

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

Studijní program: Ošetrovatelství N5341

Bc. Jana Hanzlíková

Studijní obor: Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech

**LÉČBA BOLESTI V HOSPICOVÉM ZAŘÍZENÍ**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

PLZEŇ 2019

# ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

## Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2018/2019

### ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Jana HANZLÍKOVÁ**  
Osobní číslo: **Z17N0026K**  
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech**  
Téma práce: **Léčba bolesti v hospicovém zařízení**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství a porodní asistence**

#### Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS.
- Popsat metodiku praktické části.
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
- Dodržet citační normu.
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah grafických prací:

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

Seznam doporučené literatury:

- FERREL, B. R. ET AL. Integration of Palliative Care Into standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. J Clin Oncol 2016; 35(1)
- JANÁČKOVÁ, L. Bolest a její zvládání. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-210-2
- KOLEKTIV AUTORŮ. Vše o léčbě bolesti. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1720-4
- SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J., ET AL. Paliativní medicína pro praxi. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5
- SVATOŠOVÁ, M. Hospice a umění doprovázet. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1

Vedoucí diplomové práce:

**Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.**

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

**Čestné prohlášení:**

„Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.“

V Plzni 26. 5. 2019

## PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Kateřině Ratislavové, Ph.D. za cenné rady a připomínky při zpracování diplomové práce. Dále děkuji paní ředitelce Blance Števicové DiS., MUDr. Kamile Peškové a všem sestřičkám a ošetřovatelům hospice za podporu při studiu. V neposlední řadě patří velké poděkování i celé mé rodině.

## ANOTACE

Příjmení a jméno: Bc. Hanzlíková Jana

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Léčba bolesti v hospicovém zařízení

Vedoucí práce: Mgr. Ratislavová Kateřina, Ph.D.

Počet stran: 107

Počet titulů použité literatury:

Klíčová slova: bolest, farmakoterapie, hospic, paliativní péče, potřeby onkologicky nemocných

Souhrn:

Léčba bolesti v hospicovém zařízení je v současné době aktuální téma, a to jak z pohledu onkologicky nemocných pacientů, zdravotnických pracovníků, zdravotních pojišťoven, tak i z pohledu laické veřejnosti. Hospicová péče dává možnost prožít poslední chvíle života pacienta v blízkosti rodiny a přátel. To vše za předpokladu správně tišené nádorové bolesti, zmírňování ostatních příznaků onemocnění a saturace biopsychosociálních i spirituálních potřeb. V teoretické části jsme se zaměřily na současný stav problematiky s definováním základních pojmů, popsaly paliativní péči u nás i ve světě, věnovaly se problémům a potřebám onkologicky nemocných v hospici, léčbě bolesti i psychologickým aspektům. V empirické části jsme zpracovaly kvalitativní výzkum zaměřený na saturaci potřeb onkologicky nemocných v hospici a úlohu všeobecné sestry v terapii bolesti. Pro zpracování práce jsme provedly studium domácí i zahraniční literatury, internetových zdrojů, analyzovaly dostupnou zdravotnickou dokumentaci a využily své zkušenosti z praxe při poskytování ošetrovatelské péče pacientům v hospici.

## **ANNOTATION**

Sumame and name: Bc. Hanzlíková Jana

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Treatment of Pain in a Hospice Facility

Consultant: Mgr. Ratislavová Kateřina, Ph.D.

Number of pages: 107

Number of appendices:

Number of literature items used:

Keywords: pain, pharmacotherapy, hospice, palliative care, needs of cancer patients

Summary:

Treatment of pain in a hospice facility is nowadays a current topic, both from the perspective of cancer patients, health workers and health insurance companies as well as from the perspective of the general public. Hospice care provides the opportunity to experience the last moments of the patient's life close to the family and friends. All this provided that the pain of the tumour is properly controlled, alleviating other symptoms of the disease, and saturation of biopsychosocial and spiritual needs. The theoretical part focuses on the current state of the issue with the definition of basic terms, it describes palliative care in our country and in the world, it deals with the problems and needs of cancer patients in a hospice, treatment of pain and psychological aspects. The empirical part deals with qualitative research focused on the saturation of the needs of cancer patients in a hospice and with and the role of a general nurse in pain therapy. For work processing it was necessary to study both domestic and foreign literature, Internet resources and to analyse the available medical documentation. I also used my experience in providing nursing care to hospice patients.

## Obsah

SEZNAM OBRÁZKŮ.....	10
SEZNAM TABULEK.....	11
SEZNAM ZKRATEK.....	12
1 ÚVOD .....	13
2 SOUČASNÝ STAV PROBLEMATIKY .....	15
2.1 Definování základních pojmů.....	15
2.2 Principy paliativní a hospicové péče .....	17
2.3 Cíle paliativní péče .....	19
2.4 Domácí paliativní péče .....	21
2.5 Ústavní paliativní péče.....	22
2.6 Ambulantní paliativní péče .....	23
2.6.1 Stacionář paliativní péče .....	23
2.6.2 Ambulance chronické bolesti.....	23
2.7 Paliativní péče v ČR i ve světě .....	23
2.8 Dětská paliativní péče .....	25
2.9 Komunikace v paliativní péči .....	26
3 POTŘEBY A VYBRANÉ PROBLÉMY NEMOCNÉHO .....	29
3.1 Problémy nemocných .....	29
3.1.1 Bolest .....	29
3.1.2 Dušnost.....	29
3.1.3 Nausea a zvracení .....	30
3.1.4 Výživa .....	30
3.1.5 Vyprázdňování .....	31
3.1.6 Únava .....	32
3.1.7 Imobilita .....	32
3.1.8 Spánek.....	32

3.2	Uspokojování biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb	32
4	LÉČBA BOLESTI.....	35
4.1	Léčba bolesti v terminální fázi života.....	36
4.1.1	Noniceptivní somatická bolest.....	37
4.1.2	Noniceptivní viscerální bolest.....	37
4.1.3	Neuropatická bolest.....	38
4.2	Průlomová bolest .....	38
4.3	Posuzování a hodnocení bolesti.....	39
4.3.1	Základní diagnostické metody posuzování a hodnocení bolesti.....	40
4.4	Farmakologické intervence bolesti .....	41
4.5	Způsoby podání analgetika .....	43
4.6	Nefarmakologické intervence léčby .....	44
4.7	Paliativní léčba onkologické bolesti .....	45
4.8	Práva nevléčitelně nemocných.....	46
5	PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY BOLESTI .....	47
5.1	Psychické a emoční reakce na bolest.....	47
5.2	Psychologické zpracování onkologické diagnózy .....	48
5.3	Vnímání bolesti v paliativní péči.....	48
6	EMPIRICKÁ ČÁST.....	50
6.1	Cíle výzkumu a výzkumné otázky.....	50
7	METODIKA VÝZKUMU .....	52
7.1	Etika ve výzkumu .....	52
7.2	Použitá výzkumná metoda .....	52
7.3	Pilotáž .....	53
7.4	Realizace výzkumného šetření.....	53
7.5	Analýza rozhovorů.....	53



8	INTERPRETACE DAT .....	54
8.1	Základní údaje o respondentech .....	54
8.2	Pozorování .....	59
8.3	Pozitivní ladění .....	60
8.4	Negativní ladění .....	61
8.5	Hodnocení bolesti .....	61
9	ANALÝZA ROZHOVORŮ A ZPRACOVÁNÍ DAT .....	62
9.1	Sluneční svit.....	62
9.2	Bod zlomu.....	66
9.3	Sestřičko, prosím Vás... ..	70
9.4	Pyramida potřeb.....	72
9.4.1	Potřeby biologické .....	72
9.4.2	Sociální potřeby .....	75
9.4.3	Spirituální potřeby a seberaalizace .....	77
9.4.4	Psychologické potřeby .....	79
9.4.5	Růstové potřeby .....	81
9.4.6	Přání a obavy.....	83
9.5	Axiální kódování.....	84
9.6	Selektivní kódování .....	84
9.7	Zakotvená teorie .....	85
9.8	Paradigmatický model .....	85
9.9	Analytický příběh .....	85
10	DISKUZE .....	87
11	VÝSTUP DO PRAXE.....	90
12	ZÁVĚR.....	91
	POUŽITÁ LITERATURA.....	92
	SEZNAM PŘÍLOH .....	98

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 – Schéma naladěními rozhovoru.....	59
Obrázek č. 2 – Schéma životního stylu před onemocněním.....	65
Obrázek č. 3 – Schéma sdělení onkologické diagnózy a pohled respondenta na vzniklou situaci.....	69
Obrázek č. 4 – Schéma komunikace s personálem v hospici a pocit bezpečí.....	71
Obrázek č. 5 – Schéma biologické potřeby a bolest.....	75
Obrázek č. 6 – Schéma sociální potřeby a aktivity.....	77
Obrázek č. 7 – Schéma spirituálních potřeb a seberealizace.....	79
Obrázek č. 8 – Schéma psychologické potřeby a zájmy.....	81
Obrázek č. 9 – Schéma růstové potřeby a estetično.....	82
Obrázek č. 10 – Schéma přání a obavy.....	84

## SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Základní údaje respondentů.....	54
Tabulka č. 2 – Rozšířené údaje o respondentech.....	58
Tabulka č. 3 – Farmakoterapie, VAS.....	58
Tabulka č. 4 – Seskupení kódů do kategorií při pozorování během rozhovoru.....	59
Tabulka č. 5 – Hodnocení bolesti pomocí VAS.....	61
Tabulka č. 6 – Sluneční svit.....	62
Tabulka č. 7 – Zlomový okamžik.....	66
Tabulka č. 8 – Sestřičko, prosím Vás.....	70
Tabulka č. 9 – Pyramida potřeb.....	72
Tabulka č. 10 – Přání a obavy.....	83
Tabulka č. 11 – Paradigmatický model.....	85

## SEZNAM ZKRATEK

ATLAS EAPC	Atlas of Palliative Care in Europe
CNS	Centrální nervová soustava
CT	Computer tomography
č.	číslo
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
Dr.	Doktor
DRG	Skupiny souvisejících diagnóz
EEG	Elektroencefalogram
Gtt.	kapky
h.	hodina
HH syndrom	Horní hrudní syndrom
JCAHO	Spojená akreditační komise
mg	mikrogram
ug	mikrogram
LLD	Life - limiting disease
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NHPCO	Národní organizace pro paliativní a hospicovou péči
NSA	Nesteroidní antirevmatika
NSAID	Nesteroidní protizánětlivé léky
RTG	Vyšetřovací metoda pomocí radioizotopového elektrického generátoru
s.c.	subkutánně
Sv.	svatý
TRN	Tuberkulóza a respirační nemoci
Tzv.	takzvaný
USA	Spojené státy americké
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VAS	vizuální analogová škála
WHO	World Health Organisation

# 1 ÚVOD

*„Je těžké bolest mít a trpělivý být“*

Publilius Syrus

latinský spisovatel

„Dnes je náhlé úmrtí v důsledku choroby spíše výjimkou. U většiny lidí nastává smrt po dlouhém medicínském boji s příslovečnými větrnými mlýny – pokročilou rakovinou, demencí, Parkinsonovou nemocí, progresivním multiorgánovým selháváním nebo zkrátka mnoha nahromaděnými poruchami a obtížemi, které s sebou nese stáří. Smrt je nevyhnutelná, ale nikdo neví, kdy přijde. A tak všichni bojují s nejistotou. A také s otázkou, jak a kdy přijmout, že bitva je prohraná. Moderní technologie umějí udržovat naše orgány v chodu ještě dlouho potom, co ztratíme vědomí a veškerou schopnost...“ (Gawande, 2016, s. 135).

„Lékařská věda v uplynulých dekadách rozdrtila dávná staletí zkušeností, tradic a zvyklostí okolo lidské smrtelnosti a postavila člověka před zcela nový problém: jak umřít.“ (Gawande, 2016, s. 137).

Ano, jak zemřít, je opravdu otázkou, kterou se zabývá naše společnost, vláda, parlament, ministerstvo, lékaři, všeobecné sestry, pečovatelé a v neposlední řadě člověk sám. S pokročilým onkologickým onemocněním může být hospitalizován v nemocnici, v léčebně pro dlouhodobě nemocné a od roku 1995 také v hospici.

Hospic je zařízení pro onkologicky nemocné v terminální fázi onemocnění, které nabízí útěšnou lékařskou a ošetrovatelskou péči vyškoleným personálem (zdravotníci, sociální pracovníci, duchovní, dobrovolníci). Prioritou těchto zařízení je tišení bolestí, zvládnutí doprovázejících příznaků onemocnění, saturace bio – psycho - sociálních i spirituálních potřeb, doprovázení a péče o pozůstalé.

Toto téma jsem si vyprala ke zpracování z důvodu vzpomínek na dětství, kdy na karcinom děložního čípku zemřela rodinná známá, která po sobě zanechala čtyři dcery v dětském věku a zdrceného manžela. Rodina se z této události dosud úplně nevzpamatovala. V té době neexistovaly hospicové zařízení. Dalším momentem proč jsem se chtěla věnovat tomuto tématu je práce v hospici v Mostě a každodenní setkávání se s onkologicky nemocnými v terminální fázi. A v neposlední řadě mě toto téma zaujalo osobně.

Diplomová práce je členěna na teoretickou a empirickou část. Cílem diplomové práce je komplexně zpracovat problematiku léčby bolesti v hospicové péči, Dle legislativních předpisů v ČR (Česká republika) se léčbě bolesti a farmakoterapii věnuje výhradně lékař, všeobecná sestra s ním ovšem spolupracuje, podává ordinovanou medikaci a hodnotí efekt podané medikace. Z těchto důvodů se domnívám, že je nutné, aby i všeobecná sestra získala ucelený přehled o problematice. Diplomová práce je členěna na teoretickou a empirickou část. Teoretická část obsahuje čtyři kapitoly. V teoretické části jsme popsaly současný stav problematiky, snažily se představit paliativní péči u nás i ve světě. Dále jsme nahlédly na vybrané problémy a potřeby onkologicky nemocného v hospici. Hlavní kapitolou je léčba bolesti, kterou nese i název této práce. V poslední kapitole jsme se věnovaly psychologickým aspektům bolesti.

V empirické části jsme se popsaly metodologii výzkumného šetření, určily si výzkumné cíle. Pokud mělo být cílů dosaženo, bylo potřeba ještě zformulovat výzkumné otázky. Výzkumné šetření proběhlo kvalitativním metodou, polostrukturovanými rozhovory. Během rozhovoru byla použita metoda pozorování a hodnocení bolesti respondentů pomocí vizuální analogové škály. Rozhovory byly analyzovány pomocí třech druhů kódování. Pomocí selektivního kódování jsme vytvořily paradigmatický model. Tímto způsobem vznikl analytický příběh.

Pro kvalitní zpracování práce bylo nutné předem provést rešeršní činnost. (Příloha č.1).

## 2 SOUČASNÝ STAV PROBLEMATIKY

### 2.1 DEFINOVÁNÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Diagnostikováním nevléčitelné nemoci se mění priority terapie. Prvořadě již není vyléčení, ale léčba symptomů provázejících onemocnění. Bolesti, únava, nevolnost, zvracení, ztráta chuti k jídlu, zácpa, průjem, nespavost, dušnost, úleva od stresu se stávají předními problémy, které je třeba řešit. Mění se nejen fyziologický stav pacienta, ale celková psychická, sociální a duchovní stránka. Každý terminálně nemocný pacient je jedinečný, má různé potřeby a požadavky. Je si vědom, že stanovením nevléčitelné nemoci se přibližuje k smrti a tato informace ho pronásleduje každou sekundu života. Tato zpráva nezanechává stopy pouze u samotného pacienta, ale postihuje i jeho blízké a rodinu, kteří stejně potřebují pomoc. Paliativní péče pokrývá všechny potřeby terminálně nemocného pacienta i jeho rodiny (Nemcová, 2013, s. 8-9).

Je obecně známo, že hospicovou péčí vyžadují nejvíce onkologičtí pacienti. Terminální stadia těchto onemocnění se projevují nejrůznějšími nepříjemnými symptomy, zejména výraznou bolestí, což nejvíce přispívá k utrpení umírajícího pacienta, k potřebě lékařské péče a to více než při terminálních stadiích neonkologických onemocnění.

Světová zdravotnická organizace v roce 1990 definovala paliativní péči jako *„aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin“* (Bužgová, 2015, s. 16-17).

Paliativní péče je přístup, který zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin tváří v tvář život ohrožujícího onemocnění tak, že včas identifikuje a neprodleně diagnostikuje a léčí bolest a jiné fyzické, psychosociální a duchovní problémy a tím předchází a zmírňuje utrpení. Paliativní péče zahrnuje zdravotní péči poskytovanou lékaři (diagnostiku a léčbu), ošetrovatelskou péči, rehabilitaci, psychologickou péči, léčebně-pedagogickou péči u dětí, duchovní péči a sociální poradenství. Novější definice (WHO, 2002) je již chápána v rozsáhlejší pojetí a může být uplatněna i v časně fázi choroby a zní takto: *„Paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, a to prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží“* (Bužgová, 2015, s. 16-17).

Paliativní péče se rozděluje na obecnou a specializovanou, z časového hlediska na prae finem (před koncem života pacienta), in finem (péče o umírajícího, krátký úsek terminální péče) a post finem (po smrti pacienta, péče o pozůstalé). Podle místa poskytování na ambulantní, ústavní a domácí péči. Ambulantní péče zahrnuje mobilní hospice, ambulance paliativní péče, stacionáře paliativní péče. Ústavní péči tvoří hospice, oddělení paliativní péče, jednotky paliativní medicíny (Koncepce zdravotní péče v oboru paliativní medicína). Domácí péče je realizována v domácím prostředí prostřednictvím mobilního hospice. Na všech místech a při všech formách péče hraje důležitou roli multidisciplinární tým zdravotnických a nezdravotnických pracovníků. Multidisciplinární tým se skládá z lékařů různých specializací, sester, sociálního pracovníka, fyzioterapeuta, psychologa, psychiatra, duchovního, nezdravotnických pracovníků a dalších pracovníků podle potřeby. K nejdůležitějším členům týmu patří všeobecné sestry. Tyto sestry se starají o pacienty při realizaci základní i specializované péče a na všech místech poskytování péče (Zrubáková, Majzelová, 2014, s. 6).

Paliativní péče se zaměřuje na život, zlepšuje kvalitu života pacienta a celé rodiny, zmírňuje proces truchlení. Může být poskytována v různých prostředích - doma, v nemocnici, v hospicích a v jiných ústavních zařízeních v závislosti na potřebách pacienta a jeho rodiny.

Na strategii hospicové péče poukazuje kromě jiných i zakladatelka hospicového hnutí v České republice lékařka Marie Svatošová, jejíž definice pojmu hospic zní: „*Hospic neslibuje uzdravení, ale také nebere naději. Neslibuje vyléčení, slibuje léčitelnost*” (Vorlíček et al., 2004, s. 449).

Hospicová péče je na rozdíl od paliativní péče zaměřená na poslední fáze života a na umírání. Platí, že hospicová péče je jen malá část paliativní péče. Mnoho odborné i laické veřejnosti tento rozdíl nevnímá. Paliativní péče vnímá hospicovou péči jako péči na konci života. Paliativní medicína se zaměřuje na zlepšení kvality života pacientů s chronickým, zejména onkologickým onemocněním v kterékoliv fázi jejich života. Tito nemocní žijí s vážnými chorobami i několik let a kromě onkologických to může být chronické kardiální selhávání, chronická obstrukční choroba plic, demence či konečné stadium onemocnění ledvin. Onemocnění jim přinášejí mnohé trápení, které může paliatolog zmírnit (Braun et al., 2016, s. 198-225).

Hospicové hnutí odvozuje svůj název od latinského hospes, což znamená hostitel i host, jakož i od hospitium, místo, kde byla pohostinnost dávana a přijímána. Spojitost mezi hospicovým hnutím a péčí o umírající lze však datovat do roku 1842, kdy Jeanne



Garnier v Lyonu otevřela hospic pro umírající na rakovinu. V roce 1879 v Dublinu otevřely irské charity sestry hospic, jehož primárním zaměřením byla péče o umírající (Fins, 2006, s. 14-17).

Hospic je model na poskytování paliativní péče pro pacienty na konci života, když léčba nemoci nebo život prodlužující léčba již není přínosem. Management v paliativní medicíně je komplexní, založený na potřebě, ne na prognóze pacienta. Člověk je vnímán jako celek, proto se zaměřuje kromě zmírňování tělesných symptomů i na psychickou, duchovní, sociální a společenskou potřebu. Hospicová a paliativní medicína je dnes uznávaná jako samostatná specializace v USA, Kanadě, Anglii, Irsku, Austrálii, na Novém Zélandu a v mnoha evropských zemích včetně Česka. Moderní koncepce hospice, kterou založila Dr. Cicely Saundersová v roce 1967 v Anglii, se rozšířila po celém světě. Hospice poskytují interdisciplinární péči 24 hodin denně, léčí se symptomy pod trvalým lékařským dohledem. Hospicovou péčí je možné poskytovat v libovolném prostředí, zejména v domácnostech, ale i v nemocnicích, domech s pečovatelskou službou a volně stojících hospicových zařízeních. Zatímco každá péče poskytovaná v hospicích může být považována za paliativní péči, ne každá paliativní péče je poskytována hospicem (Mrocek, 2017, s. 14-16).

Paliativní ošetrovatelská péče hospitalizovaných pacientů je zaměřena na pacienta a jeho příbuzné. Předchází a zmírňuje utrpení hospitalizovaného pacienta, zlepšuje kvalitu jeho života a později i umírání. Sestry musí znát a být připraveny implementovat paliativní péči, podporu a léčbu symptomů a management pro pacienty a jejich rodiny, kteří procházejí významnými životními krizemi. Týmový přístup zmírňuje fyzické, psychosociální, sociální, emocionální a spirituální utrpení pacienta a rodiny, předchází a zmírňuje fyzickou bolest pacienta a zmírňuje existenciální utrpení rodiny (Catlin, Carter, 2002, s. 184-195).

## **2.2 PRINCIPY PALIATIVNÍ A HOSPICOVÉ PÉČE**

Paliativní péče je určena pacientům všech věkových skupin, velkého rozsahu diagnostických kategorií onkologických, chronických život ohrožujících onemocnění a úrazových stavů bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, etnickou skupinu, národnost, politické a náboženské přesvědčení, sexuální orientaci, schopnost platby, diagnostickou kategorii, stadium onemocnění, typ zdravotnického zařízení či potřebu dalších typů léčby. Hlavní skupiny pacientů indikovány na paliativní péči podle WHO jsou pacienti s onkologickým, aktivně progresivním onemocněním; pacienti s progresivním neurodegenerativním

onemocněním; pacienti s chronickou obstrukční bronchopulmonální chorobou; pacienti s chronickou renální nedostatečností v terminálním stadiu; pacienti se závažnými bolestmi neonkologického původu a pacienti s chronickou srdeční nedostatečností (Nemcová, 2013, s. 11).

Paliativní péče je interdisciplinární obor medicíny, který se zaměřuje na prevenci a zmírnění utrpení a na podporu nejlepší možné kvality života pacientů a jejich rodin, které čelí vážným onemocněním. Primárními zásadami paliativní péče je zmírnění nepříjemných symptomů, respektování lidské důstojnosti v souladu s hodnotami a preferencemi pacienta, trpělivá a důsledná komunikace mezi pacientem a všemi osobami, které se věnují jeho péči, psychosociální, duchovní a praktická podpora pacientů a jejich rodinných pečovateli, koordinace pobytu pacienta mezi různými místy péče (Ferrell et al., 2016, s. 96-112).

V rámci paliativní péče je nezbytné komplexní uspokojování potřeb dlouhodobě nemocného pacienta. V rovině biologické jsou uspokojovány všechny potřeby lidského těla, mezi které patří léčba bolesti, symptomatická léčba ostatních potíží, ošetřování, které zahrnuje vlastní ošetrovatelskou činnost: příjem stravy, respektive krmení, pitný režim, potřeba vylučování, dodržování nočního klidu, udržování čistoty těla - hygiena pacienta, úprava zevnějšku, úprava prádla, úprava postele, polohování, ochrana před chladem nebo přílišným teplem, pravidelné větrání, mobilizace pacienta, aplikace a výměna pomůcek používaných pacientem (Dobříková-Porubčanová, 2005, s. 24-30).

Paliativní péče zajišťuje úlevu od bolesti a od jiných symptomů. Kromě jiných důležitých aspektů má zájem na zlepšení kvality života a může také pozitivně ovlivnit průběh nemoci a také nabízí způsoby podpory, která pomůže nemocným a jejich příbuzným při zvládnání chorobného procesu. Základní práva odvozená z důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících jsou však neustále ohrožena mnohými faktory, jakými jsou malá dostupnost paliativní péče a kontroly bolesti, časté zanedbávání péče o tělesné utrpení a nedostatečný ohled na psychologické, sociální a duchovní potřeby, umělé prodlužování procesu umírání, dále pak nedostatečné vzdělávání personálu v rámci paliativní problematiky, nedostatečná péče a podpora blízkým vážně nemocného a umírajícího pacienta, obavy pacienta ze ztráty autonomie i úplné závislosti, strach z deficitu soběstačnosti, chybějící nebo nevhodné sociální institucionální prostředí, umožňující klidné rozloučení pacienta s příbuznými a přáteli, nedostatečné zdroje a prostředky pro péči o smrtelně nemocné a umírající, sociální diskriminace (Munzárová, 2005, s. 63).

U obecné paliativní péče se jedná o kvalitní klinickou praxi v průběhu pokročilého onemocnění, která je saturovaná zdravotnickými pracovníky v rámci jejich odborného zaměření. Jejím základem je sledování, rozpoznávání a ovlivňování těch situací, které jsou pro pacienta nejpodstatnější (např. léčba příznaků onemocnění, respektování jeho autonomie a důstojnosti, empatická komunikace, zajištění domácí ošetrovatelské péče a jiné). Obecnou paliativní péči by měli být schopni poskytnout všichni zdravotničtí pracovníci bez ohledu na svou odbornost.

Specializovaná paliativní péče je aktivní, odborná péče poskytovaná týmem pracovníků, kteří jsou v oblasti problematiky paliativní péče speciálně školeni. Jedná se o multidisciplinární tým, který sestává z lékařů, sester, sociálních pracovníků, psychologů, fyzioterapeutů, pastoračních pracovníků, dobrovolníků a dalších. Paliativní péče je prioritním úkolem tohoto týmu (Sláma, Špinka, 2004, s. 38).

Specializovaná paliativní péče je poskytována ve specializovaných institucích pacientům s komplexními problémy, které nelze adekvátně řešit v běžných zdravotnických zařízeních. Poskytovaná péče vyžaduje interdisciplinární způsob práce a členové týmu musí být vysoce odborně erudovaní v této specifické oblasti medicíny (Radbruch, Payne, 2010, s. 27 - 28).

Hospic je zařízením, které poskytuje komplexní péči o těžce nemocného, nevléčitelně nemocného pacienta a jeho rodinu. Je jedinečným zdravotnickým zařízením, které vytváří prostor pro poslední úsek života, prožitý v lásce, kruhu nejbližších, dotykem porozumění v každé fázi prožívání odchozího a jeho rodiny. *„Současná koncepce fungování hospice může být shrnuta v myšlence, že hospic pomáhá umírajícím a jejich příbuzným prožít obtížné chvíle života pokud možno bez bolesti, v klidu, v bezpečí a v přítomnosti druhých lidí – rodina, profesionální pracovníci, laičtí pomocníci atd.“* (Svatošová, 2011, s. 77)

### **2.3 CÍLE PALIATIVNÍ PÉČE**

Mezi hlavní cíle paliativní péče patří léčba symptomů, stanovení cílů péče, psychosociální podpora a koordinace péče.

Primárním úkolem paliativní péče je zmírnění bolesti a dalších fyzických, psychických a emočních symptomů. Pacienti s pokročilými chorobami spojenými s kognitivním poškozením, jako např. demence, představují velké riziko nepoznané nebo nedostatečně léčené bolesti. Jedna studie pacientů s bolestmi při fraktuře krčku kyčelní

kosti prokázala výrazně nižší podíl podávaných analgetik u pacientů s demencí ve srovnání s kognitivními intaktními pacienty před operací a po ní (Morrison, Siu, 2000, s. 240-248).

Bolest je silným precipitátem deliria a přiměřenost managementu bolesti je spojená s výrazně sníženými riziky této běžné, ale závažné nemocniční komplikace (Mrocek, 2017, s. 15).

Kvalifikovaná komunikace je základem pro stanovení cílů péče. Studie ukázaly, že pacienti jsou nespokojeni se zkušenostmi komunikace se zdravotnickými pracovníky. Hlavním nedostatkem hodnoceným rodinnými příslušníky zemřelých pacientů v nemocnici byl nedostatek času mluvit se svými lékaři (Teno et al., 2004, s. 88-93).

Poskytovatelé paliativní péče jsou vyškolení v komunikačních dovednostech potřebných k sestavení cílů péče na základě hodnot a přání pacienta a zajištění toho, aby následně poskytovaná péče byla v souladu s těmito cíli.

Většina programů využívá interdisciplinární tým, který může zahrnovat možnou péči sociálních pracovníků, kaplanů, psychiatrů, psychologů anebo poradců s úmrtím. Deprese souvisí s vyšším využíváním zdravotnických služeb, jakož i s výrazně vyšší mírou úmrtnosti. Deprese, s prevalencí 15 až 60 % u pacientů s terminální chorobou, je ze strany zdravotnických pracovníků chybně považována za normální souběžnou nemoc, což vede k nedostatečné diagnostice a tím i k nedostatečné léčbě. U pacientů s pokročilým a chronickým onemocněním je pravděpodobné, že budou mít větší užitek z antidepressivní léčby, podpůrné psychoterapie a poradenství jako ostatní populace (Rayner et al., 2011, s. 36-51).

Deprese může být důsledkem fyzických symptomů, stresu z dlouhotrvajícího onemocnění, existenčního utrpení nebo starosti o rodinné příslušníky. Neléčená deprese je spojena se sníženou funkční kapacitou, nižší kvalitou života a touhou po dřívější smrti. Studie ukázaly, že léčba fyzických symptomů může zlepšit depresi (Temel et al., 2010, s. 733-742).

Dalším důležitým prvkem paliativní péče je péče o potřeby a obavy členů rodiny a pečovatele. Komplikovaný smutek u pozůstalých byl identifikován jako zřetelná porucha, která má za následek vážné oslabení a negativní zdravotní důsledky.

Duchovní péče hraje důležitou roli při zvládnání vážných nebo terminálních chorob; duchovní úzkost je úzce korelovaná s touhou po dřívější smrti (Mrocek, 2017, s. 15).

V empirické se budeme též zabývat spirituálními potřebami onkologických nemocných přijatých do hospice. Tato potřeba není nezanedbatelná, jak vidíme při čerpání informací o spirituální péči z různých literárních zdrojů.

Vážně nemocní pacienti a jejich rodiny v rámci složitého, úzce specializovaného zdravotnického systému čelí často velkým problémům s vysvětlením a porozuměním jejich plánů ohledně diagnostiky, léčby a péče. To vyžaduje diskuse mezi více pracovišti a specialisty ohledně diagnostických a léčebných zásahů. Programy paliativní péče díky svému mezioborovému přístupu pomáhají pacientům a rodinám při porozumění a získávání kontroly nad svými plány péče a při poskytování další péče v prostředí, které je nejvhodnější pro jejich potřeby a zdroje. Vhodná nastavení mohou pomoci při péči o pacienta v domácnosti, ošetrovatelských ústavech, v hospicích a jiných ústavních zařízeních (Mrocek, 2017, s. 15).

## **2.4 DOMÁCÍ PALIATIVNÍ PÉČE**

Domácí paliativní péče je forma zdravotní, sociální a laické péče poskytovaná umírajícímu, zcela nebo částečně závislému na pomoci druhé osoby nepřetržitě v jeho vlastním sociálním prostředí. Poskytovaná je pacientovi v domácím prostředí v případě, kdy hospitalizace by již nebyla více přínosem pro pacienta a doporučenou léčbu, tlumení bolesti a jiných obtěžujících symptomů, je možné poskytovat i v domácím prostředí. Největší měrou se na péči podílí rodinný příslušník, který spolupracuje se sestrami z agentury domácí ošetrovatelské péče nebo paliativním týmem z hospice. Poskytování hospicové péče v domácnosti nemocného spočívá konkrétně v léčbě bolesti a symptomů, v podpoře psychosociálních a duchovních problémů, v pomoci rodině zvládnout péči o umírajícího, v doprovázení umírajícího školenými dobrovolníky (Nemcová, 2013, s. 13).

Nezbytností jsou dobré podmínky v domácím prostředí, připravenost a ochota rodiny převzít péči, bez ohrožení nebo snížení kvality života umírajícího. Rodina, pokud se rozhodne doopatrovat příbuzného, musí také vědět, jak tuto péči realizovat. Pomocí jsou sestry z agentur domácí péče, které edukací příbuzných je připraví na zvládnutí intervencí při péči o příbuzného (např. manipulace s antidekubitní matrací, polohování, péče při inkontinenci, krmení pacienta, výměna krytí při nehojící se ráně). Také je třeba, aby existovaly vhodné podmínky ze strany pečovatелů, kde je třeba, aby sami nebyli oslabeni vlastní chorobou. Překážkou může být špatné materiální vybavení a nedostatek finančních prostředků (Nemcová, 2013, s. 13).

Novým druhem zdravotní péče, která je poskytována v domácím prostředí pacienta, který je nevléčitelně nemocný a umírající, je mobilní hospic. Je to komplexní péče s cílem zlepšit kvalitu jeho života a jeho rodiny, tváří tvář ohrožujícímu onemocnění.

Mobilní hospic není schopen zajistit trvalou přítomnost při umírajícím pacientovi a není schopen ani poskytnout zdravotní úkony, které vyžadují nemocniční péči. Mobilní hospic, jako návštěvní služba, je ideální formou péče o nemocné a umírající pacienty za podmínek, že jejich zdravotní stav je stabilizovaný, symptomy onemocnění jsou pod kontrolou, pacient má rodinné zázemí a domácí péče je dostupná (Dobříková-Porubčanová, 2005, s. 16-17).

Péče je poskytována pacientovi v domácím nebo náhradním sociálním prostředí prostřednictvím návštěv členy multidisciplinárního týmu. Příbuzní se aktivně podílejí na péči o umírajícího. Služba je dostupná 24 hodin denně, 7 dní v týdnu (Sláma, Vorlíček, 2007, s. 25).

## 2.5 ÚSTAVNÍ PALIATIVNÍ PÉČE

Zajišťuje komplexní péči o nemocné, u kterých nemůže být realizována domácí paliativní péče. Může být poskytována tehdy, pokud zvládnutí bolesti a obtěžujících symptomů není možné v domácím prostředí nebo rodina nemá podmínky pro zvládnutí komfortní péče o nevléčitelně nemocného a umírajícího. Může být poskytována ve zdravotnických zařízeních. Hospice jsou samostatná zdravotnická zařízení, jsou určena k poskytování paliativní péče onkologicky nemocným v terminální fázi, se sídlem v samostatné budově - hospici. Paliativní péče poskytovaná hospicem se označuje také jako hospicová péče (Nemcová, 2013, s. 13-14).

Janiczeková, Rapčíková (2012, s. 67) poukazují právě na specifika paliativní péče i v nemocničních zařízeních, kde by v ideálním případě tým paliativní péče krátce po určení diagnózy vysvětlil pacientovi a jeho rodině všechny lékařské možnosti, sestavil pro pacienta a jeho příbuzné co nejkvalitnější léčebný plán, abychom se už dopředu vyhnuli nepohodlí a stresu pacienta, způsobeného vážností onemocnění. Studie sledující pacienty s onkologickým onemocněním, konkrétně s karcinomem plic, zjistily, že i navzdory volbě méně agresivní léčby jejich rakoviny ti pacienti, kteří dostali včasnou a průběžnou paliativní péči, žili v průměru o dva a půl měsíce déle než ti, kteří dostali standardní léčbu (11,6 měsíce oproti 8,9). Oddělení paliativní péče jsou v nemocnicích a jiných zdravotnických zařízeních (např. léčebny dlouhodobě nemocných, pečovatelské domy). Optimální počet lůžek na odděleních paliativní péče je 10 až 20 lůžek. Doporučují se jednolůžkové pokoje s příslušenstvím pro pacienty, u nichž je možnost ubytování blízké osoby. Pobyt pacienta s nevléčitelným onemocněním a umírajícího pacienta na oddělení se řídí jeho potřebami. Přijetí na oddělení se domluví obvyklým způsobem mezi

jednotlivými odděleními, přičemž důraz se klade na neodkladnost léčby bolesti a jiných příznaků onemocnění nebo závažných psychosociálních obtíží (Nemcová, 2013, s. 14).

Jednotky paliativní péče jsou zřizovány při zdravotnických a sociálních zařízeních. Představují samostatnou jednotku složenou z 2 až 3 jednolůžkových pokojů, určených pro pacienty vyžadující paliativní péči.

## **2.6 AMBULANTNÍ PALIATIVNÍ PÉČE**

Je formou paliativní péče, která doplňuje domácí paliativní péči a poskytuje nenáročné odborné, specializované zásahy pro zlepšení komfortu pacienta (např. management bolesti). Poskytuje se pacientům s progresivním nevléčitelným onemocněním, kteří jsou zcela nebo částečně schopni pohybu a jejichž psychosomatický stav nevyžaduje lůžkovou péči (Nemcová, 2013, s. 14).

V oboru paliativní medicíny ambulantní péči osobě s chronickou, nevléčitelnou a zároveň pokročilou a aktivně progredující chorobou s časově omezeným prožíváním vykonávají mobilní hospice, ambulance paliativní medicíny a ambulance pro léčbu bolesti, stacionáře paliativní medicíny (Dobříková-Porubčanová, 2005, s. 10-11).

### **2.6.1 STACIONÁŘ PALIATIVNÍ PÉČE**

Filozofie poskytování paliativní péče je založena na zabezpečení komfortu, zázemí, bezpečí a svobodě rozhodování se, které pacient vyžaduje. Toto vše by měla paliativní péče prostřednictvím výše uvedených forem naplňovat. Jednotlivé formy péče musí pružně a erudovaně reagovat na pacientovy potřeby a nabídnout mu takovou péči, která bude akceptovat možnost svobodného rozhodování se a maximálně možný komfort pacienta (Prokop, 2009, s. 22).

### **2.6.2 AMBULANCE CHRONICKÉ BOLESTI**

Ambulance chronické bolesti (nebo paliativní péče) provádějí ojedinele i návštěvní službu lékaře a sestry v domácím prostředí pacienta s nevléčitelným onemocněním a umírajícího pacienta.

## **2.7 PALIATIVNÍ PÉČE V ČR I VE SVĚTĚ**

Mary Aikenheadová, představená řádu Irských milosrdných sester, významně ovlivnila rozvoj péče o umírající. Založila několik nemocnic, které měly pomáhat chronicky nemocným. Po její smrti vznikl v Dublinu 1879 Hospic Panny Marie pro



umírající, založený její svěřenkyní z řehole jako její poslední přání. Milosrdné sestry později založily hospice v mnoha zemích Evropy, které existují a poskytují útěchu umírajícím dodnes. První institucionální domov pro umírající zřídila v roce 1885 Skotka Frances Davidsonová. Sloužit měl hlavně pacientům s tuberkulózou, ale přednost zde měli i lidé, jež smrtelná choroba přivedla do komplikované životní situace. V USA otevřela první domov bezplatné péče o nevléčitelně nemocné s rakovinou v roce 1896 Rose Hawthornová v New Yorku. Její práce byla doprovázena útrapami a nedůvěrou. Na pozadí této institucionální poskytované péče se našli lékaři i sestry, kteří výrazně ocenili a podpořili její zájem o umírající (Clark, 2007, s. 49-50).

V hospici sv. Josefa v Londýně pracovala po skončení 2. světové války Cecile Saundersová, kde postupně formulovala zásady lékařské péče o nemocné, kterým už medicína nedokázala pomoci. V roce 1967 založila na předměstí Londýna hospic sv. Kryštofa, ve kterém byla péče terminálním nemocným poprvé poskytovat multidisciplinárním, profesionálním týmem. Cecile Saundersová je považována za průkopnici moderní hospicové péče, která vychází z přesvědčení, že bez ohledu na diagnózu, stupeň pokročilosti, nepříznivou prognózu onemocnění se může vždy udělat něco pro zlepšení kvality života umírajícího (Vorlíček, 2006, s. 152).

Česká republika za vývojem paliativní péče, ve srovnání s vyspělými zeměmi světa, zaostává. Historie hospiců je poměrně krátká. Kvalitní paliativní péče zde existuje, ale je dostupná pouze malému množství pacientů. Její začátky jsou evidentní již v první polovině 90. let 20. století, kdy v roce 1992 vzniklo v rámci Nemocnice TRN v Babicích nad Svitavou první lůžkové oddělení paliativní péče. Jeho fungování však nervalo dlouho a transformovalo se na léčebnu pro dlouhodobě nemocné. V roce 1993 založila Marie Svatošová občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí *Ecce homo*. Prvním viditelným úspěchem tohoto sdružení bylo vybudování prvního lůžkového hospice v České republice. Hospic Anežky České byl otevřen v roce 1995 v Červeném Kostelci (Bužgová, 2009, s. 11).

Dalším významným mezníkem v oblasti paliativní problematiky je rok 2008, kdy byla založena Česká společnost paliativní medicíny při ČLS JEP. Jejím cílem je spolupracovat s jinými odbornými společnostmi, ale i pojišťovnami i MZ ČR na rozvoji a zvýšení dostupnosti obecné a specializované paliativní péče (Sláma, 2009, s. 185).

Podle údajů ÚZIS v roce 2012 bylo v tzv. odborných léčebných ústavech, mezi které patří i hospice, v oboru paliativní péče 468 lůžek. Objevují se i první oddělení/stanice



paliativní péče v Nemocnici Jihlava a v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze.

Podle Atlasu paliativní medicíny z roku 2013 v ČR funguje 6 dobrovolnických hospicových týmů, domácí podpůrné paliativní týmy jsou 4. Počet denních stacionářů poskytujících paliativní péči je 9 na území ČR. Lůžkových hospiců je evidováno 15 disponujících 385 lůžky. Atlas EAPC

(Palliative Care in Europe) dále uvádí, že existuje jeden pediatrický nemocniční paliativní podpůrný tým a dva domácí pediatrické podpůrné týmy (Centeno-Cortes et al., 2013, s. 28).

V České republice je podle údajů z roku 2014 činných 15 lůžkových hospiců, 7 mobilních hospiců, z toho jeden dětský, a 7 zařízení, které poskytují služby jak lůžkového, tak i domácího hospice (Hospice ČR, 2014).

Pacient v hospici ve Velké Británii za poskytovanou péči nic nehradí. Financování provozu hospiců však zajišťuje velmi dobře rozvinutý systém dárcovství, ať už přímých darů, dědictví, nebo podpory hospicových obchodů nebo hospicových loterií. Stávající systém relativně pokrývá současnou hospicovou péči, ale nevytváří zdroje pro vznik dalších potřebných zařízení. Právě proto se anglická vláda rozhodla změnit systém financování paliativní péče a připravila a realizuje plán zavedení systému DRG (Skupiny souvisejících diagnóz) po vzoru Austrálie a plnohodnotným financováním této péče ze strany zdravotního zabezpečení. Obdobně funguje systém plné úhrady zdravotních pojišťoven u hospiců ve státech USA nebo v Německu. V USA podle publikovaných studií NHPCO (Národní organizace pro paliativní a hospicovou péči) pouze 0,5 % finančních zdrojů hospiců pochází od pacientů, 94,3 % hradí zdravotní pojišťovny, 4 % soukromé připojištění a 1,2 % získané prostředky z charitativních darů (Veselská, 2015, s. 57).

Hospice v ČR jsou financovány z více zdrojů. Na financování se tedy podílí zdravotní pojišťovny (50 až 60 %), pacient sám (přispívá úměrnou výší vzhledem ke svému příjmu), dále jsou využívány různé dotace, například Ministerstva práce a sociálních věcí, dotace krajů a obcí. Pochopitelně mohou přispět i fyzické osoby (pomocí finančních darů) a nadace (například Nadace Olgy Havlové). (Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče (Hospice ČR, 2010).

## **2.8 DĚTSKÁ PALIATIVNÍ PÉČE**

Dětská paliativní péče je aktivní celková péče o dětské tělo, ducha a duši, která zahrnuje i podporu celé rodiny. Hlavním cílem dětské paliativní léčby je zmírňovat bolest

a jiné obtěžující symptomy dětských pacientů se život limitujícím onemocněním. Život limitující onemocnění jsou nemoci, které nemají naději na vyléčení a v konečném důsledku jsou fatální. Dětská paliativní péče začíná v čase diagnózy onemocnění a pokračuje bez ohledu na to, zda dítě přijímá nebo nepřijímá léčbu přímo zaměřenou na onemocnění. Vyžaduje široký multidisciplinární přístup zahrnující rodinu a profesionály z více oborů, může být poskytována ve zdravotnických zařízeních, ale i v domácím prostředí (Kysel, Jasenková, 2018, s. 10).

Dětská paliativní péče je poskytování paliativní péče dětem se život limitujícím nebo ohrožujícím onemocněním. Základní principy paliativní péče u dětí a dospělých jsou stejné, rozhodovací proces, léčba i komunikace mají svá specifika. Vše začíná prvním dnem diagnózy život omezujícího onemocnění a pokračuje bez ohledu na to, zda je dítěti současně podávána další linie potenciálně kurativní nebo život prodlužující léčby život limitující či ohrožující choroby. Vyžaduje multidisciplinární přístup různých odborníků a zahrnuje i doprovod (psychologickou podporu) celé rodiny (WHO, 2017).

Incidence LLD (Life - limiting disease) v dětském věku v evropských zemích se pohybuje v rozmezí 1-3 děti na 10 000 dětí v populaci, prevalence je přibližně 10krát vyšší, 10-30 dětí na 10 000 dětí v populaci. Odbornou paliativní péči potřebuje přibližně 50 % těchto dětí, tj. 5-15 dětí na 10 000 dětí v populaci. 30 % dětí s LLD jsou děti s neléčitelnou formou nádorové choroby (zejména nádory CNS, kostí, neuroblastom) a 70 % tvoří děti s nenádorovým LLD, zejména s neurodegenerativními, metabolickými a vrozenými anomáliemi a syndromy. Více než 50 % dětí s LLD jsou děti do jednoho roku života. Podle literárních údajů je mortalita dětských úmrtí na LLD v Itálii, Velké Británii a Irsku v uvedeném pořadí 1,0 a 1,2 a 3,6/10 000 dětí v populaci (Fraser et al., 2012, s. 923-929; National Institute for Health and Care Excellence, 2016).

## **2.9 KOMUNIKACE V PALIATIVNÍ PÉČI**

V paliativní péči dětí i dospělých je mimo jiné kladen důraz na terapeutickou komunikaci „*ve smyslu vědomého, záměrného a účelového použití verbálních a neverbálních komunikačních dovedností v průběhu interakce mezi sestrou a pacientem.*” (O'Connor, Aranda, 2005, s. 30)

Tímto způsobem zjišťujeme, jaké starosti a obavy trápí pacienta, v čem by se dala zpestřit léčba, jak usnadnit a zpříjemnit život umírajícímu. Touto formou komunikace předcházíme psychickému stresu a možným depresím.

Komunikace je proces výměny myšlenek nebo informací mezi dvěma či více komunikujícími subjekty. Jak uvádí Pokorná (2006, s. 7), komunikace je vztah mezi minimálně dvěma osobami, které o sobě vědí a společně prožívají a reagují na určitou objektivní situaci. Objektem komunikace je to, jak vzniklou situaci reflektují, jak ji řeší a jak reagují.

*„Pro vytvoření optimálního léčebného prostředí je třeba vytvořit nemocnému takové podmínky, aby se necítil osamocený. Toto je možné dosáhnout v první řadě vhodnou komunikací.“* (Škrla, Škrlová, 2003, s. 120)

Nutné je taktéž zohlednit pocity a potřeby druhého. Základním principem se stává nejen celková pohoda pacienta, ale i časně poskytnutá praktická rada či pomoc v péči o nemocného.

Komunikace je prioritní podmínkou v interakci s pacientem s terminálním onemocněním a může výrazně ovlivnit fyzický a psychický stav umírajícího. Jejím cílem je zjistit pacientovy obavy, starosti, trápení, přání a objasnit jeho problémy. Kvalitní komunikační schopnosti patří mezi nejzákladnější faktory při uspokojování potřeb pacienta (Kelnarová, 2007, s. 48).

Při sdělování nepříznivých zpráv je důležité, aby lékař pro minimalizaci psychické traumatizace disponoval adekvátními dovednostmi a měl jasnou strategii rozhovoru. Pro pozitivní výsledek rozhovoru je podstatné, aby informace navazovaly na to, co už pacient o nemoci ví, a způsob jejich podání korespondoval s jeho mentálním, tělesným a emočním stavem. Nezbytnou součástí rozhovoru je ponechat prostor na pacientovy reakce, respektovat jeho osobitost, projevit porozumění a podporu (Andrášiová, 2009, s. 118).

Pacienti v paliativní péči potřebují informace, které by jim pomohly pochopit jejich diagnózu, zvládnout zákeřnou nemoc a řešit jejich specifické potřeby. Významnou roli hraje schopnost zdravotníků adekvátním způsobem podat požadované informace pacientům. V paliativní péči je důležité, aby zdravotničtí pracovníci udržovali u pacientů a jejich rodin pocit naděje, která není falešná, ale realistická. Pacienti vkládají do zdravotníků velkou naději a očekávají od nich, že nebudou jen odborníky na jejich fyzické problémy, ale prostřednictvím dobré komunikace budou umět poskytnout i psychickou a emoční podporu. Pro odborníky v paliativní sféře jsou při komunikaci s pacientem podstatné tři oblasti schopností, a to diagnostické a posuzovací schopnosti, kvalifikované reakce na pacientovy potřeby a pocity, umět reagovat na jejich potřebu být informován a vhodně odpovídat na jejich otázky (Jarrettová, Maslinová-Protherová, 2007, s. 154-155).

Dále podle autorky Andrášiové (2009, s. 119) jsou zdravotníkům k dispozici zásady pro oznamování nepříznivých informací. Hlavní zásady při oznamování negativních zpráv jsou následující: nepodávat závažné informace telefonicky, zajistit dostatek času a vhodné prostředí, připravit si předem strategii rozhovoru (zohlednit osobnost pacienta, zdravotní stav, intelekt a jiné), informace má podávat lékař, který pacienta zná nejlépe a má jeho důvěru, zjistit úroveň pacientových informací a navázat na ně, podávat informace srozumitelně, stručně a přesně, ponechat pacientovi prostor vyjádřit se, diskutovat o dalších perspektivách v léčbě a péči, pomoci pacientovi zpracovat nepříznivé informace, zanechat v pacientovi jistotu, že v náročné situaci není sám, poskytnout pacientovi další péči na základě jeho potřeb.

V oblasti komunikace praxe ukázala, že se vyskytují problémy v komunikačních dovednostech sester. Sestry pocítují nejistotu při komunikaci s těžce nemocným a umírajícím pacientem a jen těžko hledají vhodná slova. Podle Byocka (2006, s. 302-305) ve studii ze Saudské Arábie u zahraničních sester pracujících na JIP (jednotka intenzivní péče) existuje jen málo kvalifikovaných sester, které by uměly uplatňovat adekvátní komunikaci berouc v úvahu kulturu a náboženství pacientů v paliativní péči.

### 3 POTŘEBY A VYBRANÉ PROBLÉMY NEMOCNÉHO

Důležitou prioritou paliativní péče je důraz na kvalitu života nemocného a jeho rodiny a péče o bio-psycho-sociální a spirituální potřeby pacienta. Nedostatečné uspokojování potřeb výrazně snižuje kvalitu života umírajícího pacienta, proto je hodnocení saturace potřeb pacientů v paliativní péči vhodným indikátorem kvality poskytované péče (Bužgová et al., 2013, s. 310).

Péče o fyziologické potřeby se z ošetrovatelského hlediska zaměřuje obzvláště na oblasti prevence dekubitů, polohování, péče o pokožku, péče o pitný režim, nutriční péče a poradenství v otázkách týkajících se příjmu potravy, péče o vyprazdňování, péče o dutinu ústní, zejména v preterminálním a terminálním stadiu, péče o dýchací cesty, především u onemocnění dýchacího ústrojí (Plevová et al., 2011, s. 111).

#### 3.1 PROBLÉMY NEMOCNÝCH

Nyní nastíníme nejčastější problémy pacientů v paliativní péči v hospici.

##### 3.1.1 BOLEST

Bolest je na základě komplexnosti anatomických a fyziologických aspektů, individuálních rozdílů a rozmanitosti sociálních a kulturních vlivů, které se jí přiřkládají, velmi těžko definována. Mezinárodní asociace pro výzkum bolesti definuje bolest jako „*nepříjemný senzorický a emocionální zážitek spojený s aktuálním či potenciálním poškozením tkáně, nebo charakterizovaná z hlediska takového poškození*” (Pazová, Seymourová, 2007, s. 276-277).

Kvalita života nevléčitelně nemocných pacientů je podmíněna množstvím příznaků a možnostmi, jak je správně korigovat. Nejčastějším a nejzávažnějším symptomem u pacientů v paliativní péči je právě bolest (Jakubíková, Klímová, 2009, s. 13-14).

Vorlíček, Adam et al. (2004, s. 31) uvádějí, že bolest je přítomna u 1/3 pacientů v časných stadiích onemocnění a u 70 % pacientů v pokročilém stadiu nemoci.

##### 3.1.2 DUŠNOST

Češka et al. (2010, s. 19) popisují dušnost jako poměrně častý subjektivní příznak. Jedná se o pocit nedostatku vzduchu nebo obtížné dýchání (dýchání za normálních okolností nevnímáme). Dušnost je nejtěžším a nejhůře tolerovaným symptomem, který

významně ovlivňuje život pacientů s potřebou paliativní péče. Markantně ovlivňuje fyzickou i psychickou stránku nemocného člověka.

Během terminální fáze se dušnost vyskytuje až u 70 % pacientů. Nejvíce se s tímto symptomem setkáme u pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním plic, též s chronickou obstrukční plicní nemocí, kardiovaskulárním onemocněním, amyotrofickou laterální sklerózou a demencí. Příčinou může být i ascites, oslabení dýchacího svalstva a podávání myorelaxancií. Dušnost se pod vlivem úzkosti může ještě více zhoršovat (Nemcová, 2013, s. 41).

Při symptomatické léčbě dušnosti je v terminálních stavech indikováno podávání opioidů (tlumí dechové centrum), případně anxiolytik. Kyslíková léčba může být také prospěšná. U těžké dušnosti, kdy není možné zvládnout ji ani s psychoterapeutickými, ani s farmakoterapeutickými postupy, je možné se souhlasem pacienta přestoupit na farmakologickou sedaci (Rokyta, 2006, s. 93-94).

### **3.1.3 NAUZEJA A ZVRACENÍ**

Tomáška (2007, s. 115) popisuje nauzeu jako subjektivní pocit doprovázený vegetativními projevy jako jsou bledost, pocení, slinění a tachykardie. Zvracení jako vypuzení žaludečního obsahu, způsobené silnou přetrvávající kontrakcí břišních a bráničních svalů.

Nejčastější příčiny nevolnosti a zvracení podle autora Tomáška (2007, s. 115-116) jsou příčiny orofaryngeální (nedostatečná hygiena dutiny ústní, soor, dráždění hltanu při zvýšené produkci hlenu), gastrointestinální (postižení sliznice žaludku, porucha evakuace žaludku, obstrukce, zácpa, hepatomegalie), metabolické (acidóza, hyperglykémie, hyperkalcémie, nedostatečnost nadledvin, selhání jater nebo ledvin), léky (cytostatika, opioidy a jiné, radioterapie), centrální a psychogenní (zvýšený nitrolební tlak, strach, úzkost, nedostatečně tlumená bolest).

K nefarmakologickým postupům pro léčbu zvracení patří: časté podávání malých dávek chladnějších potravin a tekutin, neležení při jídle, netěsnící oděv, vyhýbání se kořeněným, smaženým a tučným jídlům, konzistence stravy dle obtíží. Podání případných antiemetik určí lékař (Slíva, Doležal, 2009, s. 17).

### **3.1.4 VÝŽIVA**

U pacientů v terminální fázi života je pozornost věnována problematice příjmu potravy a tekutin důležitá. Péče o výživu pacienta není snahou o prodloužení jeho života,

ale má za prioritu zmírnit doprovodné symptomy onemocnění a zlepšit kvalitu života (O'Connor, 2007, s. 155). Autorka O'Connor dále uvádí (2007, s. 156), že malnutrice je problémem u 51 % pacientů s pokročilým onemocněním a u 80 % pacientů v terminálním stadiu onemocnění.

Snížení příjmu potravy má za následek vysoký stupeň malnutrice, slabost, únavu. Nedostatečná výživa má negativní vliv i na další průběh základního onemocnění (Marková, 2010, s. 105).

V péči o nemocného se velmi často objevuje problém přijímání potravy, což následně vede k patologickému stavu způsobenému nedostatkem živin, čili k malnutrici. U pacientů s nevyléčitelným progresivním onemocněním se vyskytuje několik stravovacích problémů, které přispívají k nedostatečnému příjmu živin: nechutenství, odpor k jídlu nebo k některým druhům potravy, sucho v ústech, zánět sliznice ústní dutiny. Stav výživy těchto pacientů je závislý i na zvládnání symptomů, jako jsou bolest, zácpa, nevolnost a zvracení, úzkost, strach a deprese. Eliminace a zmírnění těchto příznaků mohou pomoci zvýšit příjem potravy. Zhodnocením stavu výživy anamnézou, fyzikálním vyšetřením a subjektivním globálním hodnocením je snaha o udržení optimálního příjmu energie, o zajištění příjmu vysokohodnotných proteinů, lipidů a glukózy. Pro pacienty v terminálním stadiu má výživa význam nikoli vzhledem k prodlužování života, ale na zlepšení kvality života pacienta a na zmírnění komplikací, jakými jsou dekubity či chronické rány. Při neschopnosti přijímat stravu normálním způsobem se přistupuje k umělému vyživování (Dobáková, 2015, s. 13).

### **3.1.5 VYPRÁZDŇOVÁNÍ**

Zácpa je velmi závažný problém, který podle Markové (2010, s. 109-110) může být zdrojem dalších komplikací, a to buď psychických (stres, úzkost, zmatenost až delirantní stav) nebo fyzických (nauzea, zvracení, bolesti břicha, retence moči, infekty močových cest).

Nejčastější příčiny zácpy podle Bailey (2005, s. 130) jsou obecné faktory (anorexie, dehydratace, nedostatek pohybu, nedostatek soukromí, strach z inkontinence, zmatenost a jiné), chorobné stavy (deprese, komprese míchy, nádorová onemocnění mozku, poruchy kognitivních funkcí, hypofunkce štítné žlázy a jiné), léky (opioidy, antidepressiva, antikonvulziva, antiemetika, diuretika, železo, antacida a jiné).

### **3.1.6 ÚNAVA**

Únava v průběhu chronické či smrtelné nemoci je odlišná. Standartní strategie k jejímu překonání jsou často neúčinné. Pacienta tento stav zatěžuje, stresuje a častokrát má problém popsat míru své vyčerpanosti, protože ji vnímá jako přirozenou součást života (Cornerová, 2007, s. 265).

Sláma et al. (2007, s. 191) popisují únavu jako extrémní vyčerpanost, kterou ani adekvátní odpočinek významně nezlepší. Nemocný mluví o úbytku fyzické i psychické energie, ztrácí zájem o okolí, cítí se vyčerpaný, objevují se symptomy jako bolest kloubů a svalů, dušnost, poruchy spánku a koncentrace.

### **3.1.7 IMOBILITA**

Imobilita je častým problémem pacientů s nevyлéčitelným onemocněním. Příčinou může být celková slabost, paréza, bolest, Parkinsonova choroba, Alzheimerova demence aj. Pacienti přitom pociťují bezmocnost, sebe vnímají jako břemeno a zátěž pro jiné (rodinu, sestru, pečovatele). Vyvolává to u nich změny v psychice - apatii, beznaděj, neklid, podrážděnost až depresi. Imobilita může vést až k imobilizačnímu syndromu, při kterém jsou postiženy jednotlivé systémy organismu (Nemcová, 2013, s. 58).

### **3.1.8 SPÁNEK**

Velmi častým problémem pacientů jsou poruchy spánku. Je několik příčin, které je mohou způsobovat. K nejčastějším patří bolest, duševní obtíže jako je úzkost, strach, osamělost, deprese, výčitky. Pacienti přemýšlejí o nemoci, o smrti, co bude s nimi dál, s jejich rodinou. Nemocní se cítí vyčerpaní, potřebují více odpočívat. K nejčastějším poruchám spánku patří insomnie, která trvá 1-3 týdny. Vzniká pod vlivem psychických příčin a jako syndrom základního onemocnění. Nemocní mohou mít potíže s usínáním (iniciální), se setrváváním spánku, kdy se pacient v noci často probouzí (intermitentní) a s probouzením se časné ráno nebo předčasně (terminální). Z dalších poruch to může být hypersomnie, parasomnie, narkolepsie (Nemcová, 2013, s. 62).

## **3.2 USPOKOJOVÁNÍ BIOLOGICKÝCH, PSYCHICKÝCH, SOCIÁLNÍCH A SPIRITUÁLNÍCH POTŘEB**

U těžce nemocného pacienta Svatošová (2001, s. 21) člení potřeby do čtyř okruhů na biologické, psychické, sociální a spirituální. Respektování a poznání potřeb je důležité z hlediska zabezpečení kvality ošetrovatelské péče, ale také z hlediska vymezení



jednotlivých kompetencí ošetřujícího týmu. To znamená, co všechno pro nemocného může a co nemůže udělat lékař, co může udělat ošetřující sestra a konečně i to, co pro sebe, možná i s podporou a pomocí, může udělat sám pacient. Na něj bychom neměli zapomínat, protože i on sám svým vlastním přičiněním (především svým postojem) si může svůj úděl usnadnit, nebo naopak ztížit. Nicméně je třeba pamatovat na to, že prioritou potřeb se v průběhu nemoci mění.

Uspokojování biologických potřeb je v ošetrovatelské péči zajišťováno primárně. Biologické (somatické) potřeby pacienta (zvláště například umírajícího) jsou ovlivněny zpomalujícími se tělesnými procesy a narušením homeostázy. V rámci uspokojování těchto potřeb sem patří všechno to, co nemocné tělo potřebuje. Především je třeba zaměřit se na dodržování osobní hygieny, kontrolu bolesti, zmírnění dýchacích potíží, pomoc při pohybování, přiměřenou výživu, dostatečný přívod tekutin, vylučování a sledování sensorických změn. K udržení životních aktivit včetně jídla, pohybu a spánku je nezbytné zmírňovat bolest.

Mezi uspokojování psychických potřeb patří především respektování lidské důstojnosti, a to nezávisle na stavu tělesné schránky. Důstojností v tomto kontextu chápeme schopnost fungovat jako významná a integrovaná osoba. K uspokojování psychických potřeb je potřebná komunikace. Nemocný potřebuje se svým okolím komunikovat, komunikovat nejen o svých potřebách, ale také o strachu, obavách, smyslu života. Nenahraditelnou složku představuje láska, naděje, úsměv, smysl pro humor, protože on je známým zdrojem sil. Člověk je tvor společenský, potřebuje lidský kontakt. Pacient potřebuje sociální oporu jednak od ošetřujícího týmu, ale hlavně od rodinných příslušníků, přátel, kolegů. Potřebuje návštěvy, avšak ne vždy a ne všechny. Proto má pacient právo rozhodovat, kdy a kdo ho navštíví. V paliativní péči je velmi aktuální i uspokojování spirituálních potřeb. Spiritualita může být považována za hnací sílu v životě jednotlivce, která dává všem aspektům života smysl a v jejich středu je vždy naděje (Balogová, 2008, s. 94-95).

Onkologické onemocnění vede k vyřazení z pracovního i společenského života a obvykle znamená ztrátu jistoty v mezilidských vztazích. Vzniklá situace může vést k vyhledávání zvláštností a podivuhodností v léčbě onemocnění (například alternativní medicína a léčitelství). Toto je většinou spojeno s naprostou důvěrou k léčiteli. Jen málokdy je dosaženo kýženého efektu, často však dojde ke zklamání, když se ukáže, že tento způsob nepřináší vyléčení (Opatrný, 2017, s. 39-40).

I naděje patří mezi duchovní potřeby a neměla by být úplně ztracena. Pokud nemocnému ponecháme nějakou naději, že jeho problémy budou řešeny, sejmem z něho nejtěžší břemeno, které mu působí úzkost. Nejcennější nadějí je to, že nemocný vnímá, že není opuštěn. A právě naděje se promítá do všech potřeb nemocného (bio-psycho-sociální i spirituální). Proto je potřeba v hospicích s nadějí nemocného pracovat (Opatrný, 2017, s. 41-44).

## 4 LÉČBA BOLESTI

Bolest je Mezinárodní asociací pro studium bolesti definována jako nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená se skutečným nebo potenciálním poškozením tkání, nebo je termíny takového poškození popisována. Bolest v paliativní péči se nejvíce spojuje s onkologickými onemocněními, zejména s nádory v kostech, pankreatu, žaludku a jícnu. Podstatně méně se vyskytuje u pacientů s leukémií a lymfomy. Pacient s nádorem může mít nociceptivní bolesti, neuropatické bolesti nebo obojí. Protože nociceptivní a neuropatická bolest jsou aktivovány jiným mechanismem, je přesné vyšetření bolesti velmi důležité pro formulaci plánu managementu bolesti. Oba typy bolesti se mohou objevit ve stejnou dobu na několika různých místech současně. Bolest může být také přenesena do jiných oblastí těla (Nemcová, 2013, s. 25).

Cílem v léčbě nádorové bolesti je, aby pacient netrpěl. Důležité je, aby se pacientovi podávaly požadované dávky preventivně a nečekalo se, až bude mít pacient bolesti. Dávky opiátů by měly být pacientovi podávány pravidelně a také by měl pacient mít doporučeny i mimořádné dávky, které by si mohl vzít v případě potřeby, aby zvládl náhle vzniklou bolest (průlomové bolesti) mezi pravidelnými dávkami. Léčba bolesti je doplněna i přidáním analgetické adjuvantní léčby. Jedná se o léky, jejichž primárním určením není tlumení bolesti, ale napomáhají k úlevě od bolesti.

Při léčbě bolesti je rozhodující informace o intenzitě a charakteru bolesti (nerozhoduje původ bolesti). WHO (World Health Organisation) vytvořila tzv. třístupňový žebříček léčby bolesti, který se uplatňuje při volbě analgetika při různých typech bolesti (nádorové i nenádorové bolesti), a to 1. stupeň (mírná bolest): neopioidní analgetika (analgetika - antipyretika a nesteroidní protizánětlivé léky - NSAID), 2. stupeň (středně silná bolest): slabé opioidy, 3. stupeň (silná bolest): silné opioidy. Druhý a třetí stupeň se může kombinovat s prvním stupněm, případně se volí adjuvantní analgetika - koanalgetika (antidepresiva nebo antiepileptika). Při akutní bolesti po tomto žebříčku sestupujeme („step down“), při silné bolesti volíme silnější analgetikum a invazivnější způsob aplikace pro nejrychlejší nástup účinku, při chronické bolesti po daném žebříčku vystupujeme nahoru („step up“) a volí se neinvazivní způsoby aplikace analgetik (perorálně, transdermálně, rektálně) a zvažuje se dlouhodobá toxicita používaných analgetik. Při chronické bolesti jsou analgetika podávána v pravidelných intervalech („podle hodin“), často se využívá kombinace analgetik s různým mechanismem účinku. Pro případ náhlého zvýšení bolesti

(průlomová nebo incidentální bolest) by měl být pacient vybavený záchrannou medikací s rychlým nástupem účinku. Podle Oxfordské ligy analgetik, která porovnává účinnost analgetik na základě výsledků metaanalýz klinických studií, bylo zjištěno, že nejvyšší pravděpodobnost analgetického účinku při akutní bolesti mají nejen silné opioidy jako morfin, ale i NSAID (Ibuprofen, Diklofenak), dále kombinace paracetamolu s opioidy a metamizolu (Masaryková et al., 2016, s. 47; Hakl, 2013, s. 4-5).

#### **4.1 LÉČBA BOLESTI V TERMINÁLNÍ FÁZI ŽIVOTA**

Bolest je příznak, který se velmi často objevuje u lidí v terminální fázi života. Bývá až u 90 % pacientů s onkologickým onemocněním. Má zásadní vliv na momentální komfort pacienta, náladu, na spolupráci při léčbě a celkovou motivaci k životu. Nedostatečné léčení a mírnění bolesti způsobuje pacientovi zbytečné utrpení, které se odráží jak v rovině somatické, tak i psycho-sociálně-duchovní. Neléčená bolest vede k omezení hybnosti až k imobilitě, nechutenství, malnutrici až kachexii, k sociální dysfunkci a až k izolaci. Bolest je přítomna tehdy, kdy pacient tvrdí, že ji pociťuje. Protože jde o pocit subjektivní, je velmi nesnadné bolest hodnotit. Tišení bolesti patří k prvořadým úkolům v paliativní medicíně. Úleva od bolesti všemi dostupnými prostředky umožňuje nemocnému zapojit se do běžných denních aktivit. Při dnešních farmaceutických pokrocích nemusí žádný pacient trpět nesnesitelnou bolestí (Smoleňová, Dóczeová, 2005, s. 137-141).

Onkologická bolest může být zapříčiněna nádorem (kostní metastázy, prorůstání nádoru do měkkých tkání, mozkové metastázy s nitrolební hypertenzí), diagnostikou a protinádorovou léčbou jako je punkce, trepanobiopsie, bolestivé neuropatie po chemoterapii (např. cisplatina, vinkristin, taxol), chronické bolesti po onkologických operacích (např. postmastektomický syndrom), bolesti po radioterapii (poradiační dermatitida, neuropatie).

Důležitá je správná volba analgetické léčby. Výhodnější je podávání analgetik podle časového rozvrhu, ne podle potřeby. Základním cílem léčby je, aby bolest neovlivňovala pacientův spánek, dalším stupněm je nepřítomnost bolesti v klidu a nejideálnějším cílem je bezbolestný pohyb. Bolest, která vzniká z důvodu nepřetržitého poškozování tkání, je pojmenovaná jako nociceptivní bolest. Podle toho, které tkáně jsou zasaženy, rozeznáváme somatickou, viscerální a neuropatickou bolest (Nemcová, 2013, s. 25).

Při hospitalizaci je bolest častá, avšak stresující součást života. Nevhodný management bolesti negativně ovlivňuje fyzické i psychické zdraví pacientů a zasahuje do jejich celkové kvality života. Nelékařští zdravotničtí pracovníci jsou často klíčoví v rozpoznávání bolesti u pacientů a podílejí se společně s lékaři na léčbě bolesti. Nedostatky znalostí o bolesti a jejím zvládnutí jsou hlavní překážkou ve zlepšování kvality péče (Carr, 2014, s. 1391-1403).

Výsledky práce zabývající se kvalitou a bezpečím poskytované péče v souvislosti s managementem bolesti v USA byly publikovány v roce 2013. Zdůrazňuje se důležitost měření kvality v úsilí o zlepšení poskytované zdravotní péče. V této studii čtyři interdisciplinární týmy sester stanovily budoucí směry ke zdokonalování měření kvality poskytované péče. Nejde jen o to, jak je pacientova bolest léčena, ale jak jsou její hodnocení, farmakologická i nefarmakologická léčba zaznamenávány a jak s informacemi tým zdravotnických pracovníků i pacient pracují (Beck, 2013, s. 15-22).

#### **4.1.1 NONICEPTIVNÍ SOMATICKÁ BOLEST**

Somatická bolest je způsobena poškozením kůže, svalů, kostí a kloubů. Obvykle je dobře lokalizovaná, tupá nebo bodavá. Dobře reaguje na analgetickou léčbu – nesteroidní protizánětlivá a opiátová analgetika (Nemcová, 2013, s. 25).

Nociceptivní bolest se objeví, když škodlivé podněty aktivují nociceptory spojené s primárními aferentními neurony. Aktivace těchto receptorů je způsob, jakým dává tělo najevo, že by se měl postižený organismus vyvarovat působící škodlivině a chránit poraněnou oblast. Bývá obvykle ohraničená, dobře lokalizovatelná, ostrého charakteru. Lokalizace bolesti odpovídá místu její příčiny. Tento typ bolesti vyvolávají nádory prorůstající měkké tkáně nebo kožní exulcerující (Hakl et al., 2011, s. 206).

#### **4.1.2 NONICEPTIVNÍ VISCERÁLNÍ BOLEST**

Viscerální nociceptivní bolest je přítomna při poškození nebo zraněních vnitřních orgánů (plic, srdce, střeva). Tato bolest je difuzní, špatně lokalizovaná, spojována s jinými místy na těle. Pacient často mluví o křečích, nebo že přichází ve vlnách. Bývá doprovázená nevolností, zvracením a svalovým napětím. Často se spojuje se zánětlivým procesem a odpovědí organismu na zánět (uvolnění chemických látek - histamin, bradykinin, cytokiny), kdy dochází ke zvýšené citlivosti periferních senzoryckých vláken. Při bolesti spojené se zánětem (metastázy do kostí) jsou vhodná nesteroidní protizánětlivá analgetika (Nemcová, 2013, s. 25).

Viscerální bolest se objevuje, pokud jsou aktivována aferentní nociceptivní vlákna v orgánech a kolem nich. Při nádorové bolesti vzniká při zánětu tuhého orgánu, jako jsou např. játra, či při obstrukci způsobené tumorem - útlak nebo nádorová infiltrace orgánů břišní dutiny. Bolest je tupého, křečovitého, neohraničeného charakteru, někdy je pacientům lokalizovaná na povrchu těla v místě, které je vzdáleno od místa vyvolávající příčiny - tzv. přenesená bolest (Hakl et al., 2011, s. 206).

#### **4.1.3 NEUROPATICKÁ BOLEST**

Neuropatická nociceptivní bolest vzniká při poškození periferních nervů, gangliodorzálního kořene nebo dorzálního kořene nebo i centrální nervové soustavy. Pacient ji popisuje jako brnění, vystřelování, pálení nebo jako elektrický šok. V léčbě se využívají analgetika, ačkoli někteří pacienti nemusí reagovat na nesteroidní protizánětlivé léky a opiáty. Pacienti jsou obvykle léčeni kombinací: opiátová analgetika (morfium), nesteroidní protizánětlivé léky (diclofenac), tricyklická antidepresiva (amitryptilin), serotoninové absorpční inhibitory (sertralin), antikonvulziva (karbamazepin, gabapentin). V léčbě se také využívá klonidin, steroidy, opiáty, midazolam, které jsou podávány epidurálně. Při neuropatické bolesti vyžaduje kombinace farmakologické léčby s psychologickou a pracovní terapií, které mají pomoci pacientovi léčbu zvládnout, neboť nelze ji zcela eliminovat (Brantová, 2005, s. 91-92; Nemcová, 2013, s. 26).

Neuropatická bolest vzniká, pokud je senzorická část nervového systému poraněná a vysílá bolestivé impulzy do mozku, přestože není přítomno žádné poranění tkáně. U onkologických pacientů vzniká útlakem nebo infiltrací periferní či centrální nervové tkáně. Může být způsobena radioterapií nebo chemoterapií.

#### **4.2 PRŮLOMOVÁ BOLEST**

Za průlomovou (epizodickou) bolest považujeme náhlé, přechodné, a krátkodobé vzplanutí bolesti, které se objevuje u pacientů chronicky léčených opioidy se stabilizovaným algickým syndromem. Je charakterizována nástupem během několika sekund až minut a krátkou dobou trvání (obvykle 30 až 60 minut). Frekvence výskytu je různá, od několika ataků týdně až po 4 ataky denně. Při vyšším výskytu bolestivých záchvatů je indikováno navýšení základní analgetické terapie. Svou intenzitou průlomová bolest navyšuje základní bolest v průměru o 2 stupně na stupnici VAS (Hakl et al., 2011, s. 208).

Průlomová bolest se objevuje v různých situacích. Může se objevit na konci dávkovacího intervalu, v posledních hodinách před podáním další dávky zavedeného analgetika, což se považuje za neadekvátní dávkování analgetik. Bolest mohou vyvolat určité faktory - pohyb, kašel, zvýšení nitrobřišního tlaku při defekaci. Za průlomovou bolest je také považována bolest, při které není možné identifikovat vyvolávající příčinu (Rokyta et al., 2006, s. 372).

Léčba průlomové bolesti by měla být komplexní, jedině tak je možné dosáhnout optimálního léčebného efektu. Mezi možné terapeutické zásahy patří optimalizace onkologické léčby (paliativní radioterapie nebo chemoterapie), chirurgické léčebné postupy (stabilizace patologických fraktur), odstranění nebo minimalizace vyvolávajícího podnětu, psychologická podpora, optimalizace základní analgetické terapie, invazivní léčebné metody a vybavení pacienta záchrannou medikací (Hakl et al., 2011, s. 209).

### **4.3 POSUZOVÁNÍ A HODNOCENÍ BOLESTI**

Komplexní posuzování bolesti zahrnuje: intenzitu, charakter, lokalizaci, časový faktor bolesti, podmiňující a spouštěcí faktory, zmírňující faktory a ovlivnitelnost bolesti, přidružené symptomy, vliv bolesti na denní aktivity, uspokojování psychosociálních a duchovních potřeb.

Intenzita bolesti rozhoduje o celkovém vlivu bolesti na pacienta, přičemž často v průběhu dne nebo i za delší dobu kolísá v závislosti na vývoji pacientova stavu, prožívání obav, nejistoty a osamělosti. Většina doporučení pro léčbu bolesti vychází z rozdělení bolesti do tří stupňů, jako je mírná bolest, která je v rozmezí 1-4 na číselné stupnici do 10, obvykle poměrně málo interferuje s pacientovými funkcemi a k jejímu zmírnění obvykle postačí podat neopioidní analgetika. Středně silná bolest v rozmezí 5 - 6 na číselné stupnici do 10 obvykle významně ovlivňuje některé oblasti pacientova života. Je třeba aktivně zahájit farmakologickou léčbu a nejpozději za 24 - 72 hodin zhodnotit efekt této léčby. Silná bolest rozmezí 7 - 10 vyžaduje rychlé zahájení léčby dostatečně účinnými analgetiky (většinou silné opioidy). Efekt této léčby je třeba zhodnotit nejpozději za 24 hodin a podle potřeby se musí dávky léků upravit (Nemcová, 2013, s. 27-28).

Pro klinické účely se pro posuzování a hodnocení bolesti využívají jednoduché nástroje:

a) verbální (kategorické, popisné), kde hodnotí intenzitu své bolesti pacient pomocí kategorií (např. žádná - mírná - středně silná - silná - nesnesitelná),

b) numerické, pacient přiřadí intenzitě své bolesti číslo (např. od 0 do 10, přičemž čím je číslo vyšší, tím je bolest silnější),

c) vizuální analogové škály (VAS), kdy pacient vyznačí na úsečce, která znázorňuje kontinuum intenzity bolesti od „žádné až po nejhorší“, kde se nachází jeho bolest. U dětí nebo lidí se sníženými kognitivními funkcemi používáme analogovou škálu výrazů obličeje (Nemcová, 2013, s. 28).

Spojená akreditační komise (JCAHO) vydala v roce 2000 nové standardy pro hodnocení, léčbu a dokumentaci bolesti. Tyto standardy vyžadují, aby bylo u pacienta provedeno vstupní vyšetření bolesti, pravidelné přehodnocení bolesti, edukace zdravotníků ve vyhodnocování a zvládání bolesti a přípravu plánu na zlepšování kvality hodnocení a přehodnocení bolesti. Na základě těchto standardů by měla být bolest hodnocena minimálně čtyřikrát denně. Spánek je důležitým ukazatelem pacientovy bolesti. Pokud nemocný trpí velkou bolestí, je jeho organismus zaplavený velkým množstvím stresových látek. Pokud se k tomu přidá nespavost, dochází ke zhoršování léčby bolesti (Klementová, 2010, s. 48).

Dotazníky hodnocení bolesti jsou celkové nástroje sloužící k vyšetření bolesti verbální formou, na rozdíl od hodnotících škál umožňují zachycovat nejen intenzitu, ale i kvalitu bolesti, čímž poskytují více informací. Hodnotí bolest ve více dimenzích – senzoricko-diskriminační (smyslové) a emoční (afektivní). Tyto nástroje jsou časově náročné, mohou být užitečnější pro ambulantní sféru nebo mohou najít své využití hospitalizovaného pacienta s komplikovaně léčenou chronickou bolestí (Opavský, 2011, s. 46).

Do dokumentace pro hodnocení bolesti je důležité zaznamenat údaje o normálním stavu bolesti, aby existovala možnost porovnání bolesti. Na průběžný záznam hodnocení bolesti se používá tzv. flow sheet, který ukazuje vývoj intenzity bolesti a reakce na intervence v čase. Na typickém flow sheet jsou zaznamenány informace o tom, jak pacient hodnotí intenzitu bolesti, terapeutické intervence a jejich výsledky a vedlejší účinky léčby, např. nauzea nebo sedace. Pokud pacient dostává analgetika v infuzi, může se použít průběžný záznam pro pacienta s infuzí analgetik. Pro pacienty, kteří užívají perorální léky, slouží monitorování účinnosti analgetik.

#### **4.3.1 ZÁKLADNÍ DIAGNOSTICKÉ METODY POSUZOVÁNÍ A HODNOCENÍ BOLESTI**

Anamnéza pacienta je cílený sběr nejdůležitějších údajů a měl by být jedním z prvních cílů pro poznání pacienta s bolestmi. Z praktického hlediska je účelné



dodržování jednoduchého schématu, které obsahuje nejzákladnější charakteristiky prožívané při bolesti. Lékař se také ptá na dosavadní farmakologickou léčbu, které z preparátů přinesly hodnotitelný efekt, které byly bez efektu a které naopak pacient vysadil nebo odmítl (zjistit proč). Důležitá je také nefarmakologická léčba (fyzioterapie, akupunktura apod.) a její efekt na pacienta. Lékař se také nesmí zapomenout zeptat na spánek (Opavský, 2011, s. 75).

Při farmakologické anamnéze je nutné obstarat kompletní seznam léků, které pacient užívá, protože mnoho z nich může měnit účinnost analgetik. Důležité jsou také lékové alergie.

Sociální anamnéza je důležitá pro detailní hodnocení bolesti, protože pacientovo vnímání bolesti může být ovlivněno mnoha sociálními faktory a naopak. Je třeba zjistit, co si pacient myslí o sobě, svém místě ve společnosti a o svých vztazích s ostatními. Dále je důležité zjistit pacientův stav, povolání, finanční situaci, kvalitu spánku, povinnosti apod. Je také důležité, zda pacient pije alkohol, kouří a užívá nelegální drogy. Pokud má pacient chronickou bolest, je třeba zjistit, jak bolest ovlivňuje jeho náladu, emoce a jak na jeho stav reaguje rodina.

Fyzikální vyšetření bolesti se zahajuje pozorováním. Je možné vysledovat široké spektrum chování a příznaků vyjadřujících bolest, jako je silné pocení, dilatace zorniček, slovní hlášení bolesti, vokalizace vzdycháním, časté změny polohy, pomalé pohyby nebo rigidita (Grahek, 2007, s. 62).

#### **4.4 FARMAKOLOGICKÉ INTERVENCE BOLESTI**

Farmakoterapie onkologické bolesti se svojí základní strategií neodlišuje od léčby bolesti nenádorové. Základní farmakologická terapie onkologické bolesti vychází z třístupňového žebříčku léčby bolesti, který poprvé publikovalo WHO v roce 1986. Pro svou jednoduchost a schematičnost byl přijat i pro léčbu bolesti neonkologické. Podle žebříčku začíná podáváním neopioidních analgetik (metamizol, paracetamol, nesteroidní antiflogistika), při nedostatečném efektu se přidává slabý opioid (kodein, tramadol), který je ve 3. stupni terapie vystřídán silným opioidem (morfin, fentanyl, buprenorfin atd.). Toto pravidlo však není zcela striktní, v některých případech je možné přeskočit druhý stupeň terapie a k neopioidnímu analgetiku přidat rovnou malou dávku opioidu silného. Jedná se především o onkologické pacienty, u kterých se předpokládá rychlé zvyšování dávky analgetik nebo kteří již před zahájením léčby trpěli velmi silnou bolestí. Tento přechod na silnou opioidní léčbu se nazývá elevator (výťah). Pro léčbu bolesti neuropatické se

používají obdobně jako k léčbě neonkologické neuropatické bolesti koanalgetika ze skupiny antikonvulziv a antidepresiv (Hakl et al., 2011, s. 206).

Základem léčby chronické onkologické bolesti je systematický, farmakologický postup založený na třech skupinách léků - neopioidní analgetika, opioidní analgetika a adjuvantia. Tento systém je znám jako třístupňový analgetický žebřík doporučen Světovou zdravotnickou organizací WHO.

Neopioidní analgetika se používají k léčbě méně intenzivní bolesti. Tlumí tvorbu látek podílejících se na zánětu, normalizují tělesnou teplotu a mohou vést k mírné euforii. Je to nejčastěji používaná skupina tzv. léků první volby při léčbě jakékoliv bolesti. Nejčastějšími nežádoucími účinky těchto analgetik jsou gastrointestinální potíže, protože dráždivě působí na žaludeční sliznici. Zvýšené riziko je při podávání ve vyšší dávce, vředové chorobě žaludku a u starších osob (nad 65 let), při současném podávání kortikosteroidů antikoagulancií nebo jiných nesteroidních antirevmatik (NSA). Nejmenší riziko z NSA má ibuprofen (Nemcová, 2013, s. 33).

Opium a jeho deriváty jsou využívány v léčbě bolesti pro svůj vynikající analgetický účinek. Může jít o přírodní nebo syntetická léčiva, která se používají při neúčinnosti neopioidních analgetik. Používají se při střední, silné až velmi silné bolesti. Opioidní analgetika se podávají formou injekcí, perorálně jako tablety, kapky nebo sirup, transdermálně jako náplast na kůži nebo rektálně přes konečník formou čípků (Nemcová, 2013, s. 33).

Adjuvantní léky tvoří skupinu léků, které zvyšují účinnost primárních analgetik, léčí provázející symptomy, které zvyšují bolest a zmenšují nežádoucí účinky analgetik. Používají se při každém stupni analgetického žebříku. Patří sem: kortikoidy, které snižují otoky, zánětlivé projevy, mohou zlepšit náladu a zvyšují chuť k jídlu, antidepresiva se využívají při léčbě deprese, anxiolytika a psychostimulancia se podávají při nadměrné sedaci po užití některých analgetik, inhibitory cholinesterázy se využívají k prodloužení a zesílení analgetického účinku opioidů (Nemcová, 2013, s. 34).

Mezi nejčastěji používané invazivní metody patří subarachnoideální kontinuální blokáda, periferní blokáda a blokáda sympatiku. Subarachnoideální přístup se využívá u pacientů, kde selhaly neinvazivní možnosti léčby. Punkční technikou se do subarachnoideálního prostoru zavede tenký katétr, který je tunelizovaný podkožím a napojený na vnější bakteriální filtr nebo podkožní port. Nejčastěji aplikovanou látkou je spinální morfin. Periferní nervová blokáda plexus brachialis se nejčastěji využívá při nádorech přerůstajících do brachiálního plexu nebo u těžkých postherpetických neuropatií

u imunokompromitovaných pacientů. Z farmak se využívají místní anestetika v kombinaci s opioidem. Blokády sympatiku se provádějí buď jako neurolyza plexus coeliacus, jehož neurolyza je indikována u bolestivých stavů v oblasti epigastriu, nebo jako neurolyza plexus hypogastricus, jehož neurolyza je indikována u bolestivých stavů v oblasti pánve. Neurolyza se provádí pod RTG nebo CT kontrolou (Hakl et al., 2011, s. 216-217).

Léčba bolesti je doplněna i přidáním analgetické adjuvantní léčby. Jedná se o léky, jejichž primárním určením není tlumení bolesti, ale napomáhají k úlevě od bolesti. Patří sem kortikosteroidy (dexamethason, prednisolon), které zmírňují bolesti při útlaku míchy nebo nervového kořene. Mají protizánětlivý účinek, čímž zmenšují otok v okolí nádoru. Antidepresiva (amitriptylin) a antikonvulziva (natrium-valproát, gabapentin) se využívají při stisknutí periferních nervů i útlaku v centrálním nervovém systému. Blokátory kanálu NMDA receptor (ketamin) se využívají při neuropatické bolesti v kombinaci s opiátem. Antispasmodika (hyoscin, butylbromid) jsou vhodná při kolikách a svalová relaxanta (diazepam) při bolestivých svalových křečích (Nemcová, 2013, s. 35).

#### **4.5 ZPŮSOBY PODÁNÍ ANALGETIKA**

Perorální podávání analgetik patří k nejjednoduššímu a nejméně invazivnímu způsobu. Patří k nejčastěji využívanému způsobu, bez větších komplikací. Může být použit normální a postupný nástup úlevy od bolesti. Při postupném nástupu analgezie se dosahuje déle trvajících času bez bolesti (morfium, oxykodon a hydromorfin). Obvyklé dávkování je dvakrát denně. Normální dávkování je chápáno ve smyslu, aby byl opiát pro pacienta k dispozici i při průlomové bolesti (Hakl, 2013, s. 173-176).

Intravenózním podáváním analgetik podáváme analgetickou léčbu, pokud není možné podat léky perorálně. Tento způsob vyžaduje mít zavedený intravenózní katétr buď centrálně, nebo periferně. Intravenózně můžeme podávat opiáty průběžně nebo v kombinaci, aby si sám pacient řídil dávkování a tlumení bolesti, kdy zajistíme průběžné dávkování plus dávky navíc (Nemcová, 2013, s. 36).

Rektálním podáváním se podávají opiáty, pokud to není možné pro narušené vědomí, nauzeu, zvracení, těžké gastrointestinální problémy. Nejvhodnější pro podání je rektální čípek, ale je také možné použít kterýkoli opiát, který se podává perorálně. Nesmíme podávat rektálně, pokud má pacient bolesti v anální oblasti, v důsledku zanícených a krvácejících hemeroidů, fisur nebo nádoru (Nemcová, 2013, s. 37).

Subkutánním podáváním analgetik aplikujeme léky jednotlivě nebo i v malých dávkách průběžně infuzí. Oblasti hrudi, břicha, ramen a stehů se vyholí, vydezinfikují

a zavede se jehla. Pokud je podávána analgezie průběžně, napojíme jehlu na spojovací hadičku, která vede k pumpě. Je důležité, abychom dodrželi objem tekutin, který může být vpravený podkožně v průběhu hodiny, doporučuje se 2-4 ml za hodinu. Místo vpichu měníme a pravidelně ošetřujeme, abychom zabránili vzniku infekce (Nemcová, 2013, s. 36).

Perispinálním podáváním analgetik lze opiáty podávat epidurálně nebo intratekálně tak, že malá dávka opiátu nebo lokálního anestetika se dostává do blízkosti spinálních receptorů opiátů v zádovém rohu míchy. Dosahujeme snížení podávaného množství a výskytu vedlejších účinků opiátů. Do epidurální nebo intratekální oblasti musí zavést katétr a opiát se podává pomocí vnější nebo implantované pumpy. K perispinálním metodám podávání opiátů patří: epidurální bolus, průběžná epidurální infuze, intratekální injekce a intratekální infuze (Nemcová, 2013, s. 37).

#### **4.6 NEFARMAKOLOGICKÉ INTERVENCE LÉČBY**

Farmakoterapie je prioritní volbou v léčbě chronické bolesti a bolesti při rakovině, ale představuje pouze jednu z dostupných metod. Nefarmakologické postupy a psychosociální podpora výrazně potencují účinek farmakologické intervence. (Pazová, Seymourová, 2007, s. 311-313; Nemcová, 2013, s. 39-40).

Kognitivně-behaviorální terapie usiluje o změnu myšlení a chování lidí a o zvýšení jejich schopností zvládat zátěž. Učí pacienty praktikám, jak bojovat s bolestí, zmírňovat své utrpení a zlepšit kvalitu života. Pacient si podle svých aktuálních možností plánuje a realizuje aktivity, které jsou pro něj dosažitelné.

Terapeut spolu s pacientem usilují o kontrolu nad situací, např. zvládání bolesti, nebo jak si zajistit zvládání běžných denních činností. Snahou je prožívání zmírnění utrpení, zlepšení nálady a zkvalitnění života pacienta.

Bolest je často spojena se svalovým napětím a relaxační techniky postupně uvolňují svalové napětí kosterních svalů. Součástí relaxačních technik může být i duševní cvičení nebo krátké kontrolované dýchání. Relaxací usilujeme dosáhnout uvolnění kostrosvalových skupin. Součástí těchto cvičení je i duševní cvičení a kontrolované dýchání. Pacient se během relaxačních cvičení soustředí na instrukce, což pomáhá odvádět pozornost od bolesti a pozitivně to ovlivňuje snížení vnímání bolesti a zvýšení tolerance na bolest.

Transdermální nervová stimulace je léčba s využitím elektrického proudu, prostřednictvím které se stimulují zakončení sensorických nervů v kůži, a tím se snižuje

vědomé prožívání bolesti. Mozek se selektivně koncentruje na kožní vjemy než na vjemy z hlubších částí těla.

Doplňkové terapie jako masáže, aromaterapie, reflexologie, hypnóza, řízená imaginace, vizualizace jsou dalším zdrojem úlevy a uklidnění a podporují farmakologické intervence.

Biologická zpětná vazba využívá nástroje, které zesilují impulzy přicházející z lidského těla (např. teplota kůže, velikost napětí kosterních svalů a jiné) a transformují je do viditelné podoby (např. záblesk světla a jiné). Tímto způsobem je možné ukázat pacientovi fyziologické reakce spojené se stresem či svalovým napětím, které nejsou normálně ovládané vůlí. Z fyziologických parametrů se nejčastěji využívají - svalový tonus, teplota prstů, spánkový puls a EEG alfa aktivita.

Zdravotníci pracovníci jsou vázáni povinnostmi realizovat takové kroky, intervence, které jsou výlučně orientované ve prospěch pacienta. To znamená nezůstat nečinný, ale aktivně se zabývat potřebami každé sféry bytí i umírajícího pacienta. U umírajících pacientů to představuje všestranné uspokojování potřeb, respektování práv, individuálních a věkových zvláštností, stejně jako stadií onemocnění.

#### **4.7 PALIATIVNÍ LÉČBA ONKOLOGICKÉ BOLESTI**

Dvě léčebné metody, chemoterapie a radiační terapie, které se primárně využívají k léčbě rakoviny, se mohou využívat jako paliativní léčba bolesti u terminálních nemocných onkologických pacientů.

Radioterapie je vysoce účinnou, často však nedoceněnou léčebnou metodou. Poskytuje analgetický efekt u více než 80 % pacientů, především rychlou a dlouhodobou úlevu od bolesti způsobené metastázami či místním onemocněním. Při lokálním postižení lze použít jednorázové nebo frakcionované ozáření vnějším svazkem. Při vícenásobném postižení je možné využít polotelové ozáření vnějším svazkem. Při aplikaci setronu s kortikosteroidy je tato léčebná metoda velmi dobře tolerována. Další možností při vícenásobném postižení je aplikace radioizotopů (Hakl et al., 2011, s. 216).

Paliativní chemoterapie může zmenšit velikost nádoru a tím snížit bolest, která je způsobená tlakem nádoru na okolí. Chemoterapie může mít mnoho nežádoucích faktorů, proto by měl zdravotník zvážit spolu s pacientem její výhody, ale i potenciální nežádoucí účinky.

#### 4.8 PRÁVA NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÝCH

Důležitým aspektem při poskytování paliativní péče je podle Lucase (2010, s. 175) obecné kritérium, jak pacientovi říct pravdu o jeho zdravotním stavu. Pacient má právo být informován a lež, kromě toho, že je sama o sobě špatným skutkem, komplikuje jeho vztah s příbuznými a nedovoluje mu naplno prožívat okamžik smrti.

Základním právem je nejen poskytnout pomoc při úlevě bolesti, zajistit důstojné umírání, ale také informovat nemocného o jeho skutečném stavu. Jen tímto způsobem zabezpečíme komplexní paliativní péči a svobodné rozhodování nemocného ohledně možných postupů léčení.

Munzarová (2005, s. 79) radí nedostatečnou dostupnost paliativní péče a kontroly bolesti, zanedbávání péče o tělesné utrpení a nedostatečný ohled na psychosociální a spirituální potřeby, umělé prodlužování procesu umírání, nedostatečnou vzdělanostní úroveň těch, kteří poskytují paliativní péči, omezenou nebo žádnou péči a podporu blízkým umírajícího pacienta, obavy pacienta ze ztráty autonomie, úplné závislosti, chybějící nebo nevhodné sociální institucionální prostředí, které umožňuje klidné rozloučení pacienta s příbuznými a přáteli.

Většina umírajících pacientů (přibližně 80 % onkologických) trpí silnými bolestmi, bez optimální úlevy (Janáčková, 2007, s. 78). Právo na důstojné umírání má v sobě zakoncipované i zřeknutí se „úporné léčby“, což se ale nepokládá za eutanazii (Aadland, Matulayová, 2011, s. 18). Důstojné umírání v sobě neoddělitelně spojuje nejen kvalitu poskytované ošetrovatelské a lékařské péče, ale i pacientovo subjektivní hodnocení a prožívání konce života. Kvalita života umírajícího pacienta vychází z toho, jak pacient svou nepříznivou a nezvratnou situaci vnímá, jak ji hodnotí on sám. Mezi základní práva, jejichž respektování je předpokladem důstojné smrti, patří právo na úlevu, zmírnění bolesti a utrpení, právo na poskytnutí humánní péče, právo na to, aby umírajícího v posledních chvílích života provázela osoba jemu blízká. Umírající pacient má zároveň právo na důsledné respektování písemné žádosti nebýt resuscitován nebo odmítnout léčbu (Magurová, Rybárová, Cibříková, 2007, s. 107-108).

## 5 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY BOLESTI

Obecně jsou bolestivé situace doprovázeny stresem, který má dopad na stav a funkci mnoha systémů a jejich orgánů. U akutní bolesti může stres způsobit přechodnou stresovou hypalgií. Příkladem hypalgie jsou zranění sportovci nebo vojáci, kteří krátkodobé bolestivé zranění nevnímají. Opakem stresové hypalgie je stresová hyperalgie, která se častěji vyskytuje při chronické bolesti. Způsobuje selhávání a vyčerpání mechanismů potlačujících bolest (Hakl et al., 2011, s. 38).

Stres se nejvíce rozvíjí u osob, které kromě bolesti prožívají úzkost a strach. Vše, co negativně ovlivňuje náladu člověka, souvisí s negativním stresem, ohrožením, které má na rozdíl od eustresu nepříznivé dopady do oblasti somatické i psychologické. Na druhou stranu bolest a z ní plynoucí utrpení může být vnímáno jako výsledek strukturální poruchy osobnosti. Tyto strukturální poruchy mohou vznikat jako následek deprivace či různá traumata v průběhu časně socializace. Může to být odpověď na to, proč pacient nereaguje na léčbu tak efektivně, jak by se ze symptomatologie dalo předpokládat (Opavský, 2011, s. 63).

### 5.1 PSYCHICKÉ A EMOČNÍ REAKCE NA BOLEST

Psychická reakce na bolest a utrpení závisí od intenzity bolesti, která je tvořena senzoricou a afektivní složkou. Pokud je úspěšně ovlivněna afektivní složka, promítá se do celkového vnímání intenzity bolesti. Na druhé straně i dlouhodobé přežívání negativních emocí může způsobit rozvoj somatické bolesti. Tento postulát tvoří základní myšlenku psychosomatických teorií. Bolestivé chování je behaviorálně rozpoznatelné v podobě grimas, mimiky, vzdychání, pláče, ale i získávání pozornosti od okolí apod. Takové chování v sobě může nést nevědomý manipulativní aspekt, díky kterému má pacient sekundární zisky ze svého onemocnění. Negativní rozvinuté bolestivé chování může vést až k obrazu naučené bezmocnosti a beznaděje, který se nazývá HH syndrom (Hakl et al., 2011, s. 27-30).

Psychologická rovina bolesti je určena emoční kvalitou, která je jí připisována, ale také směsí pocitů, které bolest vyvolává, ať už se jedná o krátkodobé afekty nebo dlouhodobé naladění. Zároveň však není možné tyto aspekty oddělovat od kognitivního zpracování smyslu bolesti (jak jí pacient rozumí) a její zařazení do celkového myšlenkového a hodnotového schématu. Každé somatické onemocnění je považováno za nejen tělesně, ale i psychicky náročnou životní zátěž, která ovlivní jak psychiku



nemocného, tak jeho vlastnosti osobnosti. V těchto případech se pacient může zachovat různě. O neadaptivním přizpůsobení se na chronickou bolest mluvíme tehdy, když pacient rezignuje a rozvine se u něj faktor utrpení a pasivně se „smíří“ s definitivou jeho stavu. Takové přizpůsobení se projevuje rozvojem deprese či apatie, rozvojem agrese a hněvu, rozvojem fobické reakce, vyčerpání a ztrátou životního smyslu. Adaptivní přizpůsobení na chronickou bolest vyžaduje změnu. Pacient musí najít v sobě samém víru a naději, že má možnosti se svým stavem něco udělat a že tento stav není definitivní. Bolest má negativní dopad na emoční ladění a v konečném důsledku i na kvalitu života pacienta. Pro algický syndrom je typické negativní emoční prožívání, konkrétně v podobě depresivních stavů, zhoršení spánku, prožívání beznaděje. Pokud se doba, kdy pacient prožívá silnou bolest, prodlužuje, zvyšuje se riziko rozvoje deprese a úzkosti, které zpětně negativně ovlivňují nejen prožívání, ale také patofyziologické mechanismy v těle pacienta (Hakl et al., 2011, s. 42).

## **5.2 PSYCHOLOGICKÉ ZPRACOVÁNÍ ONKOLOGICKÉ DIAGNÓZY**

Pacienti s onkologickou diagnózou se musí vyrovnat s pocitem nejistoty týkajícím se jejich dalšího života, s nežádoucími vedlejšími účinky terapie, s pocitem izolace a pocitem stigmatizace a viny. S nádorovým onemocněním je spojena celá řada tělesných, psychických a sociálních problémů. Především je to hrozba smrti, diagnóza „rakovina“ je stále spojována s nezbytnou smrtí umíráním a je chápána jako rozsudek smrti. Pocit nezranitelnosti je přirozený a zdravý člověk v zásadě nikdy nemyslí na to, že by jeho organismus mohl přestat fungovat, proto člověk při této diagnóze ztrácí pocit tělesné nedotknutelnosti. Člověk ztrácí také autonomii, pocit sebeurčení a řízení vlastního osudu vymizí. Po sdělení diagnózy člověk cítí ohrožení sociální identity a pocitu vlastní aktivity, ztrácí aktivitu, provádění běžných aktivit je částečně nebo zcela znemožněno (Tschuschke, 2004, s. 37).

## **5.3 VNÍMÁNÍ BOLESTI V PALIATIVNÍ PÉČI**

Komplexní péče psychologických potřeb vyplývá z obrazu pacientovy bolesti. Ne každý se dokáže vyrovnat s bolestí a paliativní léčbou stejně. Determinuje ji nemálo faktorů (povaha, psychická zátěž, emocionální projevy apod.). Starší lidé (senioři) vnímají svou bolest jako součást své nemoci a často akceptují její průběh. Právě využití komunikačních schopností, ke kterým by měl být multidisciplinární tým školený, je vodítkem k odstranění bariéry v tomto psychosociálním problému. Pokud dochází



v ošetrovateľskom tímu k rezignácii a distancovaniu od základnej starostlivosti o pacienta s pokročilým ochorením, pacient sa ztotožňuje so svojím statusom a stráca zmysel života. Prevláda v ňom pocit nechťenej osoby, čo v ňom následne vyvoláva nedôveru z postupu predpísanej liečby.

Studie od kolektívu autorů *Quality of Care and Quality of Dying in Nursing Homes: Two Measurement Models* (New York) bola zameraná na osobnú komunikáciu a tímovú spoluprácu. Průzkum ukázal významné rozdiely v kvalite starostlivosti na konci života, z ktorých mnohé starostlivostné domovy poskytli nekvalitnú fyzickú a psychologickú starostlivosť. Testovanie bolo zamerané na kvalitu starostlivosti a kvalitu umierania. Do testovania bolo zapojených 85 starostlivostných domov a zrealizovali sa rozpravy s 1282 pozostalými členmi rodín. Průzkumným vzorkom bolo dokázané, že v súčasnej dobe 25 % úmrtí nastáva v domovoch so starostlivostnou službou. Odhaduje sa, že do roku 2020 zomrie až 40 % ľudí starších 65 rokov, ktorí využijú domovy ako formu paliatívnej starostlivosti. Z tohto dôvodu rýchle progresívne demografické vývoj predstavuje značnú výzvu pre domovy špecializované na paliatívnu starostlivosť pro zajišćení optimálnych podmienok vysokej kvality v starostlivosti o život v posledných dňoch (Sarah et al., 2012, s. 690).

## 6 EMPIRICKÁ ČÁST

V empirické části se budeme věnovat zkušenostem a prožitkům onkologicky nemocného v hospici a to z důvodu důležitosti umění saturace bio – psycho – sociálních i spirituálních potřeb všeobecnou sestrou. Diplomová práce nese název Léčba bolesti v hospicovém zařízení, domníváme se, že zjišťování a naplňování výše uvedených potřeb zdravotnickými pracovníky se promítá do oblasti vnímání bolesti, která úzce koreluje právě s danými potřebami nemocného. Aby byly rozhovory lépe uchopitelné, bylo potřeba nastudovat zdravotnickou dokumentaci (především diagnózu, anamnestická data a farmakoterapii – opioidy) a váženému čtenáři, tak podat dokreslující obraz o vybraném respondentovi.

### 6.1 CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Na základě teoretických východisek této diplomové práce jsme stanovily cíle výzkumného šetření. Hlavním cílem bylo zjistit a popsat zkušenosti a prožitky pacientů hospitalizovaných v hospicovém zařízení.

#### **Hlavní cíl**

Zjistit a popsat zkušenosti a prožitky pacientů hospitalizovaných v hospicovém zařízení.

#### **Cíl 1**

Zjistit zkušenosti a zážitky pacientů před přijetím do hospicového zařízení (životní styl, období sdělení diagnózy).

#### **Výzkumná otázka**

Jak pacient reagoval na sdělení onkologické diagnózy?

Jak prožíval období po sdělení nepříznivé zprávy a kdo mu byl v této chvíli oporou?

#### **Cíl 2**

Analyzovat potřeby pacientů během hospitalizace v hospicovém zařízení.

Analyzovat vliv farmakologického a nefarmakologického tlumení bolesti na pacienty během hospitalizace v hospicovém zařízení.

Zjistit a popsat, jak pacienti vnímají roli všeobecné sestry v terapii bolesti v hospici, jiném zdravotnickém zařízení a roli rodiny a přátel.

#### **Výzkumné otázky**

1. Jakou roli hraje všeobecná sestra v terapii bolesti v hospici?

2. Jakou roli hraje všeobecná sestra v terapii bolesti v jiném zdravotnickém zařízení?
3. Jakou roli hraje rodina a blízcí v terapii bolesti?

Po splnění vytyčeného hlavního cíle, pomocí zodpovězení naformulovaných otázek by měla tato diplomová práce přinést výstup pro praxi. Jako přínosné se nám jeví zpracování informační myšlenkové mapy pro pacienty v hospici a zpracování návrhu na používání denního záznamu hodnocení bolesti všeobecnou sestrou pro hospic v Mostě, který by vznikl na základě analýzy tišení bolesti během hospitalizace farmakologickou a nefarmakologickou cestou.

## 7 METODIKA VÝZKUMU

V empirické části diplomové práce jsme zvolily metodu kvalitativního šetření, neboť tato metoda umožňuje proniknout více do hloubky problematiky. Z těchto důvodů je možné získat ucelenější pohled výzkumníka na danou problematiku a poté vyvodit závěry pro daný cíl diplomové práce.

### 7.1 ETIKA VE VÝZKUMU

Nejprve získáme souhlas respondenta s výzkumem a to tak, že respondentovi poskytneme úplné informace, týkající se daného výzkumného šetření. Jeden z možných přístupů je získání pasivního souhlasu, který nevyžaduje podpis respondenta. V kvalitativním šetření je však vhodné nahrát souhlas na diktafon. Další možností je získání písemného souhlasu s výzkumným šetřením od respondentů. (Příloha č. 2). Respondenti musí být informováni o možnosti kdykoliv z výzkumného šetření odstoupit. Pochopitelné je tedy i zajištění anonymity, tudíž by neměla vzniknout možnost nikterak daného respondenta odhalit. S tímto souvisí i zachování soukromí a bezpečného prostředí. Výzkumné šetření musí být ihned ukončeno, pokud by mělo ohrozit respondenta v psychické či tělesné rovině. (Hendl, 2016, s.157-159)

### 7.2 POUŽITÁ VÝZKUMNÁ METODA

V diplomové práci jsme použily kvalitativní šetření, rozhovor pomocí návodu. V návodu jsou sestaveny témata, která jsou potřeba v rámci rozhovoru s respondentem probrat. Tudíž nedochází k opomenutí či vynechání nějakého tématu, které by tazatel mohl vynechat, pokud by návod k rozhovoru neměl předem sestaven. Zároveň však zůstává tazateli určitá volnost vést rozhovor dle okolností a dle jedinečnosti respondenta. Taktéž respondent může lépe vyjádřit své zkušenosti a pocity. (Hendl, 2016, s. 178-179). Dále jsme použily terénní poznámky, nestrukturované pozorování, za použití zkratk a symbolů i jednoduchých slov, které jsme taktéž co nejdříve přepsaly. (Hendl, 2016, s. 201) Respondenti o pozorování nebyli informováni. Analýza dokumentace byla doplňkovou metodou sběru dat.

Ke sběru dat jsme použily rozhovor pomocí návodu (příloha č. 3)

### **7.3 PILOTÁŽ**

Před samotným kvalitativním šetřením proběhlo pilotní šetření, a to z důvodu ověření, zda budou splněny všechny podmínky daného šetření, rozhovor dle návodu bude vyhovující a tazatel nebude mít problém rozhovor vést. Pilotní šetření proběhlo jeden měsíc před samotným šetřením, rozhovoru se zúčastnili dva onkologicky nemocní přijatí do hospice a splňující kritéria pro rozhovor. Tyto dva rozhovory nebyly dále ve výzkumném šetření použity a nebyly analyzovány.

### **7.4 REALIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ**

Výzkumné šetření bylo realizováno v hospicovém zařízení v Mostě, po předchozím udělení písemného souhlasu statutárního zástupce (Příloha č. 4). Výzkumné šetření probíhalo v období 1. 5. 2018 do 31. 12. 2018. Rozhovor s jednotlivými respondenty probíhal na jednolůžkovém pokoji, bez přítomnosti další osoby. Jen takto byl respondentům zaručen pocit bezpečí a anonymity. Respondenty rozhovoru byli čtyři pacienti s onkologickým onemocněním přijatí do hospice z jiného zdravotnického zařízení a čtyři pacienti s onkologickým onemocněním přijatí do hospice z domácího prostředí. Jednalo se o pět žen a tři muže ve věku od 64 do 85 let. Kritériem pro výběr respondentů byla minimální doba hospitalizace v hospici, a to sedm dní. Dále musel být respondent orientován místem, časem a osobou a nesměl být limitován sluchovou bariérou a schopností se vyjádřit. A musel být schopen podepsat informovaný písemný souhlas s rozhovorem.

### **7.5 ANALÝZA ROZHovorŮ**

Rozhovor pomocí návodu byl proveden s osmi pacienty. Délka rozhovoru se pohybovala v rozmezí 50 až 55 minut. Jednotlivé rozhovory byly nahrány na diktafon, následovala doslovná transkripce a bylo použito otevřené kódování.

Otevřené kódování se provádí již při prvním pročítání doslovně přepsaného textu. Kódy se přiřazují určitým věcem, což jsou většinou podstatná jména či slovesa. Dále se dohledávají další vlastnosti, což většinou vyjadřují přídavná jména. Tento proces se nazývá dimenzionalizace. Návrh teorie vzniká z vytvořených abstraktních kategorií. (Hendl, 2016, s. 251-252).

Poté byly rozhovory analyzovány a byly vyvozeny závěry vztahující se k cílům empirické části.

## 8 INTERPRETACE DAT

V této kapitole uvádíme určitá data získané výzkumným šetřením. Pro zachování anonymity respondentů jsme použily označení R1 až R8.

### 8.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O RESPONDENTECH

Rozhovor byl proveden s osmi respondenty, kteří byli přijati do hospice s onkologickým onemocněním. Čtyři respondenti byli přijati z jiného zdravotnického zařízení a čtyři respondenti byli přijati z domova. Jednalo se o pět žen a tři muže ve věku 64 až 85 let. Zároveň všech osm respondentů splňovalo určená kritéria. Pro přehlednost údajů o respondentech, jakým jsou věk, pohlaví, odkud byli přijati použijeme následující tabulku (Tab.č. 1). Dále uvádíme o každém respondentovi údaje o rodinném stavu, profesi, anamnézu alergie, sociální anamnézu, rodinnou anamnézu a abusus. Z farmakoterapie uvádíme pouze analgetika a opioidy (ostatní medikace není uvedena, neboť není pro výzkumné šetření podstatná).

**Tabulka č. 1 – Základní údaje respondentů**

Respondent	Pohlaví	Věk	Přijat/a	Základní diagnóza
R 1	žena	85 let	z domácího prostředí	Carcinom ovaria
R 2	žena	72 let	Z jiného zdravotnického zařízení	Carcinom pravé plíce
R 3	žena	68 let	Z jiného zdravotnického zařízení	Carcinom střev
R 4	muž	81 let	Z domácího prostředí	Carcinom pankreatu
R 5	muž	75 let	Z domácího prostředí	Carcinom ledviny
R 6	žena	84 let	Z jiného zdravotnického zařízení	Carcinom levé plíce
R 7	muž	64 let	Z domácího prostředí	Carcinom žaludku
R 8	žena	58 let	Z jiného zdravotnického zařízení	Carcinom prsu

Zdroj: vlastní

#### **Respondent č. 1**

Žena, 85 let, přijata z domácího prostředí, vdova, syn a dcera, dříve učitelka na střední škole, přijata do hospice pro carcinom ovaria, alergie neudává, matka zdráva, otec zemřel na infarkt myokardu, respondentka nekouří, alkohol příležitostně, žila společně v rodinném domě s dcerou. Do hospice přijata pro celkovou slabost a nemožnost zvládnout

péči v domácím prostředí pro pracovní vyčerpání dcery a syna. O domácí péči se dcera a syn snažili několik měsíců před přijetím respondenty do hospice.

Farmakoterapie: Dolforin 75 mikrogramů/hodinu transdermální náplast, výměna á 72 hodin, při průlomové bolesti Lunaldin 200 mikrogramů při bolesti, možno opakovat á 4 hodiny.

V hospici nastavená medikace z domácího prostředí ponechána, respondentce vyhovuje, bolesti hodnoceny pacientkou v období sedmi dní od přijetí na škále VAS v rozmezí 0-3.

### **Respondent č. 2**

Žena 72 let, přijata z jiného zdravotnického zařízení, vdova, tři synové, dříve kadeřnice, přijata do hospice pro karcinom pravé plíce, alergie na včelí bodnutí, matka diabetes mellitus II. typu, otec karcinom prostaty, respondentka kouří 3-5 cigaret denně, alkohol příležitostně, žila sama v bytě, kam za ní pravidelně docházela pečovatelská služba. Do jiného zdravotnického zařízení přijata pro dušnost a celkovou slabost.

Farmakoterapie: Morphin 10 mg s.c. á 6 hodin, Zaldiar 37,5 mg/325 mg tbl. 1-0-1

Po přijetí do hospice první den bolesti na škále VAS 7, respondent převeden lékařem na kontinuální podání medikace lineárním dávkovačem, medikace Morphin, Dormicum. Ondansetron a Calypsol s.c. V dalších dnech bolesti na škále VAS v rozmezí 0-2.

### **Respondent č. 3**

Žena 68 let, přijata z jiného zdravotnického zařízení, vdaná, dvě dcery, dříve účetní, přijata do hospice pro karcinom střev, alergii neudává, matka zdráva, otec ischemická choroba srdeční, respondentka nekouří, abstinentska, vegetariánka, žila v penzionu pro seniory s manželem. Do jiného zdravotnického zařízení přijata pro celkovou slabost, bolesti břicha a dehydrataci.

Farmakoterapie: Oxycontin 20 mg tbl. 1-0-1, Algifen 30 kapek 3x denně

Po přijetí do hospice první den bolesti na škále VAS 7, nutné navýšení opioidů lékařem na Oxycontin 40 mg tb. 1-0-1, Effentora 100 mikrogramů při průlomové bolesti, možno opakovat á 4 hodiny. Další dny jsou hodnoceny pacientkou na škále VAS v rozmezí 0-3.

#### **Respondent č. 4**

Muž, 81 let, přijat do hospice z domácího prostředí pro karcinom pankreatu, vdovec, syn žijící trvale v zahraničí, 10 let se synem neviděl, dcera žijící s otcem v rodinném domě, dříve hodinář, alergie na Biseptol tablety, matka hypotyreóza, otec centrální mozková příhoda v 60 letech, respondent kouří 5 cigaret denně, alkohol 2 piva denně dříve, nyní pivo již nepije, docházela k němu domácí a pečovatelská služba, dále se starala dcera. Do hospice přijat pro celkové zhoršení zdravotního stavu, celkovou nesoběstačnost a terminální stav, který dcera neumí zcela v domácím prostředí zvládnout, převládá strach, obavy a plačtivost dcery.

Farmakoterapie: Fentalis 100 mikrogramů/hodinu transdermální náplast, výměna á 72 hodin, Morphin 5 mg s.c. 2x denně

Nastavená medikace z domácího prostředí ponechána, respondentovi vyhovuje, bolesti hodnoceny respondentem v období sedmi dní od přijetí na škále VAS 0-2

#### **Respondent č. 5**

Muž 75 let, přijat do hospice z domácího prostředí pro karcinom levé ledviny, rozvedený, tři dcery, žijící s druhorozenou dcerou v panelovém domě, otce si vzala k sobě domů, když začal slábnout v důsledku onemocnění, dříve dopravní policista, alergie na jódové přípravky, matka astma bronchiale, otec angína pectoris, respondent kouřil dříve 20 cigaret denně, nyní 1 až 2 cigarety za týden, alkohol příležitostně, docházela k němu pečovatelská a domácí péče. Do hospice přijat na žádost dcer a doporučení praktického lékaře pro terminální stádium onemocnění a výrazné bolesti.

Farmakoterapie: Durogesic 50 mikrogramů/hodinu transdermální náplast, výměna á 72 hodin, Paralen 500 mg tbl. 3x denně

Při příjmu udával respondent bolesti na škále VAS 8, transdermální náplast navýšena v den příjmu na 75 mikrogramů, dále bolest tišena Morphinem 5 mg s.c. á 8 hodin. Čtvrtý den hospitalizace udával respondent bolest na škále VAS 5, z těchto důvodů navýšena transdermální náplast na 100 mikrogramů/hodinu, Morphin 5 mg s.c. pouze 2x denně. V dalších dnech bolest na škále VAS 0-2.

#### **Respondent č. 6**

Žena 84 let, přijata do hospice z jiného zdravotnického zařízení pro karcinom levé plicí, vdova, dva synové, dříve průvodčí, alergii neudává, matka karcinom prsu, otec



diabetes mellitus II. typu, respondentka nekouří, abstinentka, žila v penzionu pro seniory. Do jiného zdravotnického zařízení přijata pro dušnost, slabost a bolesti.

Farmakoterapie: Morphin 10 mg s.c. á 6 hodin, Zaldiar 35 mg/325 mg tbl. 2x denně

Při příjmu udávala respondentka bolesti na škále VAS 4-5, lékařem byla ordinována transdermální náplast Transtec 35 mikrogramů/hodinu, výměna á 72 hodin, dále při průlomové bolesti Lunaldin 200 mikrogramů tbl. Tato medikace ponechána, respondentce vyhovovala, bolesti na škále VAS 0-2.

### **Respondent č. 7**

Muž 64 let, přijat do hospice z domácího prostředí pro karcinom žaludku, ženatý, jeden syn, dříve řidič autobusu, alergie na peří, prach, roztoče, matka karcinom střev, otec hypertenze, respondent kouří 3 až 5 cigaret denně, alkohol pivo 1 za týden, žije se synem v rodinném domě, v péči ambulance bolesti a pečovatelské služby. Do hospice přijat pro celkové zhoršení zdravotního stavu na žádost syna a doporučení praktického lékaře.

Farmakoterapie: Dolforin 100 mikrogramů/hodinu, při průlomové bolesti Effentora 200 mikrogramů tbl.

Při příjmu udával respondent bolest na škále VAS 2, terapie lékařem ponechána. V dalších dnech bolest na škále VAS 0-2.

### **Respondent č. 8**

Žena 58 let, přijata do hospice z jiného zdravotnického zařízení pro karcinom pravého prsu, vdaná, dvě dcery, prodavačka potravin, alergii neudává, matka zdráva, otec ischemická choroba dolních končetin, respondentka nekouří, abstinentka.

Farmakoterapie: Morphin 10 mg s.c. á 8 hodin

Při příjmu udávala respondentka bolesti na škále VAS 6, lékařem byla ordinována transdermální náplast Adolor 50 mikrogramů, při průlomové bolesti Sevredol 10 mg tbl. Respondentka si přála tišení bolesti formou bez injekčních aplikací, pokud to její zdravotní stav dovolí. Tomuto přání lékař vyhověl. V dalších dnech bolesti na škále VAS 0-2.

Výše uvedené údaje uvádíme pro přehlednost do tabulky (Tabulka č. 2 a č. 3).

**Tabulka č. 2 – Rozšířené údaje o respondentech**

Respondent	Rodinný stav	Děti	Povolání	Alergie	Kouření	Alkohol
R 1	vdova	2	učitelka	neudává	ne	příležitostně
R 2	vdova	3	kadeřnice	včelí bodnutí	ano	příležitostně
R 3	vdaná	2	účetní	neudává	ne	abstinentka
R 4	vdovec	2	hodinář	Biseptol	ano	dříve pivo, nyní už ne
R 5	rozvedený	3	dopravní policista	Jódové přípravky	ne	příležitostně
R 6	vdova	2	průvodčí	neudává	ne	abstinentka
R 7	ženatý	1	řidič autobusu	peří, prach, roztoči	ano	pivo 1x týdně
R 8	vdaná	2	prodavačka potravin	neudává	ne	abstinentka

Zdroj: vlastní

**Tabulka č. 3 – Farmakoterapie, VAS**

Respondent	Farmakoterapie v den přijetí	VAS v den přijetí	Změna medikace	VAS v dalších dnech
R 1	Dolforin 75 µg/h Lunaldin 200 µg	2	medikace ponechána	0 - 3
R 2	Morphin 10 mg s.c., Zaldiar tbl.	7	Kontinuálně lineárním dávkovačem	0 - 2
R 3	Oxycontin 20 mg tbl. Algifen gtt.	7	Oxycontin 40 mg tbl. Effentora 200 µg	0 - 3
R 4	Fentalis 100 µg/h Morphin 5 mg s.c.	2	medikace ponechána	0 - 2
R 5	Durogesic 50 µg/h Paralen 500 mg tbl.	8	Durogesic 75 až na 100 µg/h, Morphin 5 mg s.c.	0 - 2
R 6	Morphin 10 mg s.c. Zaldiar tbl.	4 - 5	Transtec 35 µg/h Lunaldin 20 µg	0 - 2
R 7	Dolforin 100 µg/h Effentora 200 µg	2	medikace ponechána	0 - 2
R 8	Morphin 10 mg s.c.	6	Adolor 50 µg/h Sevredol 10 mg tbl.	0 - 2

Zdroj: vlastní

## 8.2 POZOROVÁNÍ

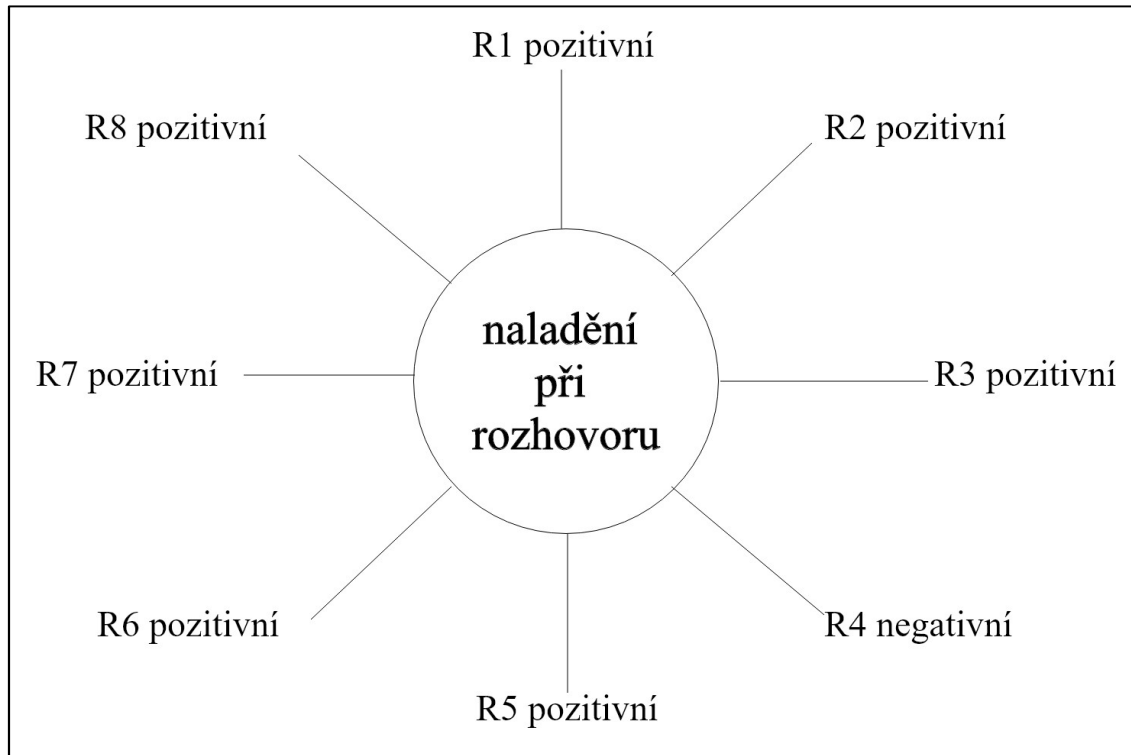
Pozorování jsme provedly zúčastněné, nestrukturované s použitím terénních poznámek. Bylo potřeba si při rozhovoru vést terénní poznámky, které musely být systematické, tak, aby pozorování bylo validní, mělo vypovídající hodnotu. Bylo použito popisných poznámek, které charakterizují prostředí jedinců, ve kterém se v danou chvíli nalézají, poskytují jakýsi portrét účastníků výzkumu, temperament, chování, schopnost vyjadřování, haptiku či mimiku. Poznámky mohou být též doplněny poznámkami reflektujícími, pokud by se objevily nejasnosti či pokud by nastala problematická etická situace. V tomto případě provádí výzkumník reflexi. (Hendl, 2016, s. 201-202)

**Tabulka č. 4 – Seskupení kódů do kategorií při pozorování během rozhovoru**

Kódy	Kategorie
Pozitivní ladění	Přátelský postoj, sdílnost, úsměv, ochota vyprávět
Negativní ladění	Použití jednoduchých vět, pláč, minimální gestikulace, nepřátelský postoj

Zdroj: vlastní

**Obrázek č. 1 – Schéma naladění rozhovoru**



Zdroj: vlastní

Toro schéma ukazuje, že sedm respondentů bylo pozitivně naladěno, převládá klidný tón řeči, oční kontakt byl udržován. Pouze u jednoho respondenta převládá smutek a během rozhovoru se rozplakal.

### 8.3 POZITIVNÍ LADĚNÍ

R 1 – převládalo pozitivní ladění, rozhovor probíhal v přátelském duchu, respondentka ležela v lůžku v poloze polosedu, sledovala televizní seriál, ihned v úvodu mi nabízela koláč, který pekla dcera. Během rozhovoru se usmívala, mluvila klidným hlasem, oční kontakt udržovala, po skončení rozhovoru mě zvala na další vyprávění svých životních zážitků z profese paní učitelky na střední škole.

R 2 – též převládalo pozitivní ladění během rozhovoru, respondentka seděla v křesle, před sebou měla hrneček s bílou kávou, jejím oblíbeným nápojem, ihned se vítala podáním ruky k pozdravu, hovořila klidně a pomalu. Z výrazu z obličeje se dalo číst, že má respondentka obavy z toho co bude dál, co jí ještě čeká. Při rozhovoru se většinou dívala z okna, ale na mé dotazy odpovídala souvisle a upřímně.

R 3 – i tuto respondentku můžeme zařadit do této kategorie, při příchodu respondentka ležela v lůžku, ale snažila se k rozhovoru posadit. Mluvila hlasitě, občas použila jadrnější výraz, z její tváře vyzařovala spokojenost, oční kontakt udržovala.

R 5 – tento respondent byl přátelský, ovšem spíše introvertní, bylo potřeba vést rozhovor s větším doptáváním na další skutečnosti vyplývající z návodu k rozhovoru. Řeč byla tišší, oční kontakt udržoval, gestikulace minimální.

R 6 - tato respondentka byla na začátku nedůvěřivá, zvědavě si mě prohlížela, ale po pár úvodních větách se začala usmívat a žertovat. V závěru rozhovoru mi potvrdila své obavy a nejistotu z rozhovoru, ale na konec prý byla ráda, že se mohla někomu vypovídat.

R 7 - respondent při mém příchodu na pokoj leží v lůžku na boku, dívá se z okna do zahrady, ale pomalu se přetáčí na druhý bok. Snaží se mě sledovat, ale spíše jeho zrak spočívá na stěně s obrázkem vnoučat. Hlas byl klidný, pomalý a tichý. Úsměv přidává až při loučení.

R 8 - respondentka byla komunikativní, otevřená k rozhovoru, tempo řeči chvílemi zrychlené, chtěla mi toho co nejvíce povyprávět. Jediné z čeho měla obavu, byl zápach na pokoji ze sekrece z nehojící se rány na prsu. Tento problém jsme vyřešily aroma lampičkou.

## 8.4 NEGATIVNÍ LADĚNÍ

R 4 – respondent byl smutný, během rozhovoru používal jednoduché věty, před koncem rozhovoru se rozplakal, omlouval se, že jako muž pláče. Domluvily jsme se, že ho budu po zbytek rozhovoru držet za ruku, aby mohl rozhovor dokončit, neboť s ukončením rozhovoru nesouhlasil.

## 8.5 HODNOCENÍ BOLESTI

Jestliže má být bolest správně léčena, je nutné v ošetrovatelské praxi pravidelně sledovat a hodnotit intenzitu bolesti, nejčastěji se používá VAS (vizuální analogová škála). Pacient vyhodnotí svojí intenzitu bolesti na stupnici v rozmezí 0 až 10.

V tomto výzkumném šetření jsme použily hodnocení intenzity bolesti na začátku rozhovoru a na konci rozhovoru. A to z těchto důvodů: pokud by respondent udával na začátku rozhovoru bolest na stupni 3 a výše, nebyl by rozhovor započat, bylo by prioritně řešeno tišení bolesti a doporučen respondentovi odpočinek. Pokud obdobná situace nastala na konci rozhovoru, bolest by musela být zvládnuta farmakologicky.

V následující tabulce uvádíme přehled hodnocení bolesti pomocí VAS a to na začátku rozhovoru a na konci rozhovoru (Tabulka č. 5)

**Tabulka č. 5 Hodnocení bolesti pomocí VAS**

Respondent	bolest před zahájením rozhovoru, VAS	Bolest na konci rozhovoru, VAS
R 1	1	2
R 2	0	1
R 3	2	2
R 4	2	2
R 5	1	1
R 6	0	0
R 7	1	2
R 8	2	1

Zdroj: vlastní

## 9 ANALÝZA ROZHovorŮ A ZPRACOVÁNÍ DAT

V této kapitole provedeme analýzu a interpretaci dat získaných pomocí rozhovorů. Rozhovory byly nahrávány na diktafon, do 24 hodin doslovně přepsány, bylo provedeno otevřené kódování a vytvořeny kategorie, které souvisí s cíli diplomové práce.

### 9.1 SLUNEČNÍ SVIT

R 3: „*Prostě jsem si život užívala, jezdila jsem na dovolené s manželem do hor, když dcery odrostly, prostě paráda.*“

**Tabulka č. 6 - Sluneční svit**

Kategorie	Subkategorie	Kódy
<b>Sluneční svit</b>	životní styl před onemocněním	kouření alkohol sport stravování

Zdroj: vlastní

V této podkapitole budeme analyzovat životní styl respondentů před onemocněním. Média, televize, internet, časopisy na nás chrlí spoustu rad, které je dobré udělat pro zdravý životní styl. Především, jak se správně stravovat, jaké sporty jsou vhodné pro různé skupiny věku a dle fyzické kondice. Na tabákových produktech jsou odstrašující obrázky a nápisy, lékaři varovně zdvihají prst, kampaně se zaměřují na snížení počtu kuřáků. Pochopitelně každý kuřák ví, že kouření škodí zdraví, ale jen málokdo se pustí do odvykání.

R 2: „*Já vím, že to není zdravý, ale co teď s tím? Teď je mi to už jedno, to, že bych přestala, to mě nevyléčí.*“

R 2 si podobně jako respondenti č. 4 a č. 7 uvědomují škodlivost tabákových výrobků.

R 4: „*Kouřím od mládí, dělal jsem frajera, jako je to špatný, (.....), já vím, přestat, teď? Stejně se té hnusné rakoviny tím nezbavím.*“

R 7: „*Kdybych věděl, že mě to vyléčí, šel bych do toho, ale už je i tak pozdě, na všechno.*“

A jak kouření vnímají nekuřáci?

R 1: „*Ne ne, nikdy jsem nekouřila, hrozně mi to smrdělo, ani můj muž nekouřil. A stojí to hodně peněz. To jsem si raději koupila něco hezkého na sebe, než utrácet za cigarety.*“

R 3 nejvíce vadí dostupnost tabáku pro mladé, nechápe, jak je možné, že rodiče nezasáhnou. Ona sama nikdy nekouřila a děti by v této neřesti nikdy nepodporovala. „*No, kouření se mi nelíbí, je to hnusný zvyk a všichni co kouří, tak, nějak odporně páchnou.*“ I zbývající tři respondenti kouření odsuzují.

R 5: „*Tenkrát v práci kouřili všichni a na zábavách u nás na vesnici i ženský. Ženský s cigárem se mi nelíbí.*“

R 6: „*Jé, teď jsem si představila toho vlka z toho večerníčku pro děti, to byl teda příklad. No, nebo ten známý herec, pořád s tím cigárem, cigáro jako doplněk. Ne, jsem ráda, že jsem se to nenaučila.*“

R 8: „*Tak to je odporný, jsem ráda, že už se v restauracích nekouří. Ikdyž mě už se to netýká (smutný výraz ve tváři).*“

Dále byla analyzována oblast stravovacích návyků, konzumace alkoholu a pohybové aktivity.

Zajímavé je, že všichni respondenti uvedli, že se stravovali spíše zdravě, nepřejídali se, netrpěli obezitou, do svého jídelníčku zařazovali zeleninu, ovoce, pili dostatek tekutin 1,5 až 2 litry denně. Pouze respondentky č. 3 a č. 6 jsou abstinentky.

R 2 : „*Nikdy jsem nebyla tlustá, bydlela jsem na vesnici, měli jsme všeho dostatek, ovoce, zelenina, zavařovalo se. (...). A králíci, to jsme měli vždycky v neděli.*“ Respondentka č. 3 je od 30 let vegetariánkou, přestala jíst maso, jí pouze ryby, pije mléko, může vejce. Její manžel na vegetariánství nepřistoupil. Druhorozená dcera je též vegetariánkou. „*Já nejím maso, ale jinak jsem se neošidila. Ani si už nepamatuji, proč jsem s tím začala, těžko říci, asi to tak na mě přišlo (úsměv).*“

Respondenti mužského pohlaví uváděli, že konzumovali normální porce a k tomu patřila ještě fyzicky náročnější práce.

R 4: „*Dřív jsem snědl i šest kynutých knedlíků, gulášek, to bylo moje. Moje babička uměla nejlepší široko daleko. A k tomu pochopitelně orosené, vychlazené pivečko, (...). A pak zas hezky do práce.*“

R 5 : „*Já mám rád pečené kuřátko a brambory, pivo moc ne. (...). A občas štamrdličku domácí slivovice.*“ Pochopitelně, že muže bez piva si málokdo umí představit, pokud se pivo konzumuje k hlavním chodům není zatracováno. Je-li ovšem alkohol

konzumován ve větší míře nese sebou, jak problémy v partnerském soužití, ale i zdravotní problémy.

R 6: „*Nepiji žádný alkohol, nechutná mi to. (...). Můj manžel se někdy víc napil a pak řádl, nemlátil mě, nebojte se, to by si nedovolil, ale byl takový hlučný. (...). Jsem ho vždycky uložila a on se z toho vyspal.*“ To ženy respondentky R 1 a R 2 uvádějí, že příležitostně konzumovaly bílé či červené víno, tvrdý alkohol nikdy.

R 1: „*Narodila jsem se na Moravě, takže jsem si občas dala skleničku červeného vína. Prý je to dobré na krvinky (smích).*“

Pohyb je též jedním důležitým článkem životního stylu. Sport lze provozovat rekreačně i závodně. Většina respondentů sport, pohyb provozovala rekreačně. Pouze respondent č. 7 dělal závodně box.

R 7: „*(...), box, to byla moje láska, párkrát jsem dostal nakládačku, ale co, vzchopil jsem se a šup znovu do ringu.*“

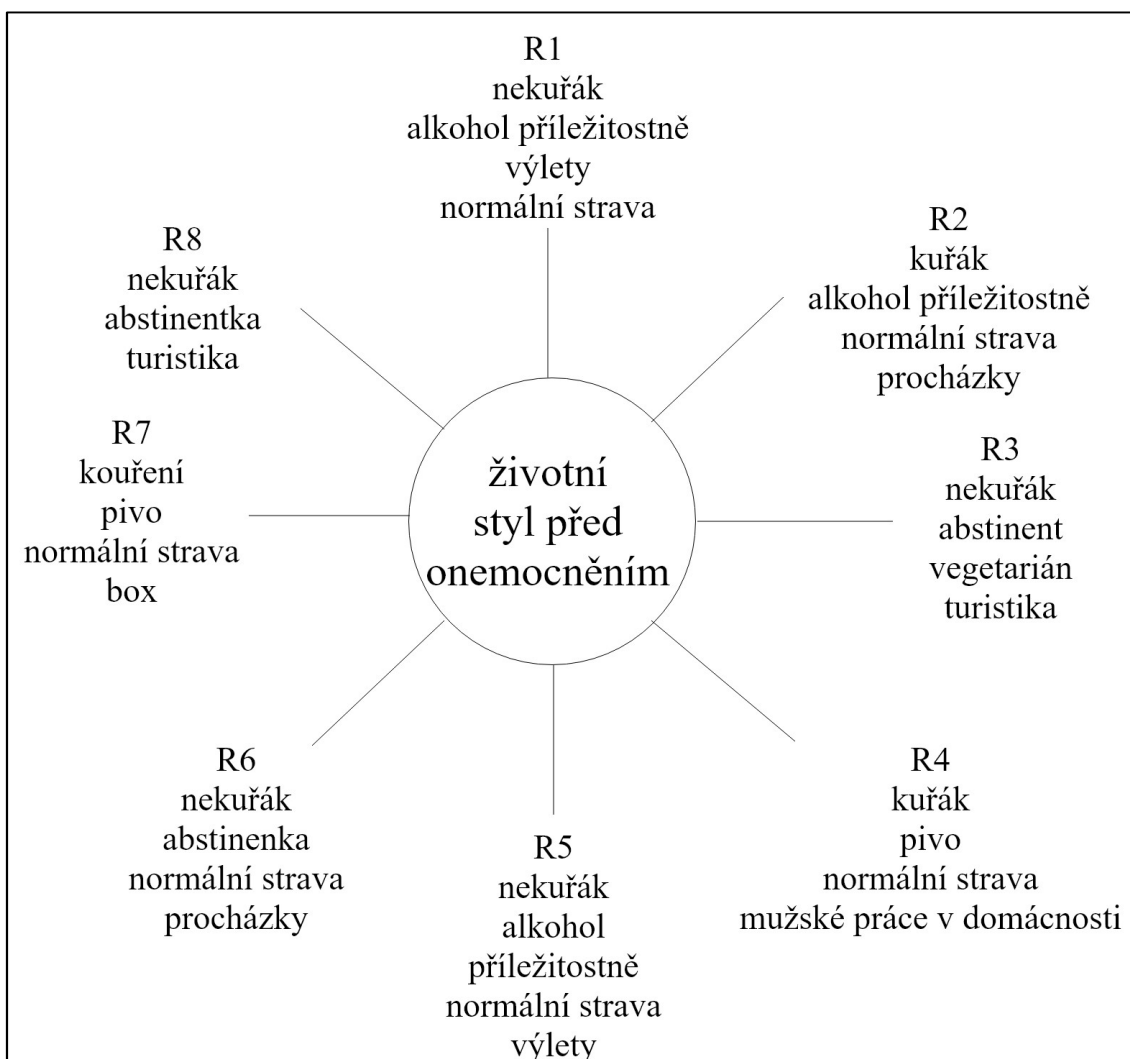
Respondentky provozovaly spíše procházky, výlety s dětmi a turistiku. R 8: „*Začala jsem chodit s těma hůlkami, měla jsem kamarádky, chodily jsme hodně a pak.....přišla tahle nemoc (ponoření se do sebe), já vím.....nevrátím to.*“

R 1: „*Jezdila jsem na výlety s klubem důchodců, bylo to hezké, byli jsme skvělá parta. (...). A taky jsem ráda houbařila, to byla moje vášeň.*“

R 2: „*Asi spíš procházky, moc se mi líbily zámecké parky a prohlídky zámků a hradů.*“



**Obrázek č. 2 – Schéma životního stylu před onemocněním**



Zdroj: vlastní

Schéma zachycuje životní styl před onemocněním. Po zhodnocení této části rozhovorů můžeme říci, že sedm pacientů se věnovalo rekreačnímu sportu a to především turistice nebo výletům a pouze jeden respondent se věnoval závodně boxu **na** profesionální úrovni. Tři respondenti jsou kuřáky, kteří, ale chápou škodlivost tabákových produktů. Pouze tři respondenti jsou abstinenty, zbývající respondenti konzumovali alkohol v přiměřené míře (pivo, víno). Jedna respondentka udala, že je vegetariánkou.

## 9.2 BOD ZLOMU

R 8: „Přišlo to ve chvíli, kdy jsem to nejmíň čekala.“

**Tabulka č. 7 - Zlomový okamžik**

Kategorie	Subkategorie	Kódy
Zlomový okamžik	onkologická diagnóza	pomocná ruka zdravotník, rodina vnitřní síla přehodnocování priorit

Zdroj: vlastní

Informovat pacienta o onkologické diagnóze je v kompetenci lékaře. Sdělení této diagnózy je uměním dotyčného lékaře a často se jedná o improvizaci, protože lékař nikdy neví, jak bude pacient reagovat. Ještě před rokem 1989 to možná bývalo pro lékaře jednodušší, používala se taktika *pia fraus*, tedy taktika „milosrdné lži“. Znamená, že lékař nesdělí pacientovi úplnou pravdu o jeho onemocnění. Poskytuje mu falešné naděje, že například jeho onemocnění nebude tak zlé a že třeba v létě už bude zaléčen. Nyní musí lékař pacienta informovat přiměřeně o svém zdravotním stavu. Na všeobecných sestřích a dalších nelékařských zdravotnických pracovnících leží nelehký úkol, podat pomocnou ruku, provést pacienta nelehkým obdobím, kdy po sdělení onkologické diagnózy pacient prožívá vztek, smutek, je dezorientován situací, netuší co dál, jaká další vyšetření bude muset podstoupit, jaký vliv jeho onemocnění bude mít na jeho rodinný život, práci. Pochopitelně v dnešní přetechizované době je pacient schopen si najít spoustu informací o daném onemocnění pomocí internetových zdrojů a poté vyhledané informace konzultuje s rodinou, přáteli, všeobecnými sestrami a lékařem. Tuto skutečnost potvrzují i někteří respondenti rozhovorů.

R 1: „Druhý den jsem hledala informace na počítači (...), co to pro mě jako znamená“

R 3: „ Měla jsem dostatek informací od doktorky, ale některé jsem si ověřovala na internetu“.

R 5: „Hledal jsem s dcerou informace o léčbě(...). A taky jsme hledali informace o nemocnicích, kde to umí dobře opeovat.“

Ze všech rozhovorů vyplývalo, že sdělení onkologické diagnózy je náročným životním obdobím a projít si tímto obdobím vyžaduje dostatek sil a podporu rodiny, přátel a pomoc zdravotníků.

R 1: „Diagnózu mi řekl můj gynekolog na prohlídce, bylo to strašný, nevěřila jsem, že je to pravda, šla jsem domů jako ve snu.“

R 2: „Měla jsem pořád kašel. Obvodňák mě poslal na rentgen plic a pak, že musím do nemocnice na další vyšetření. Tam mi to řekl pan primář na velký vizitě, vůbec jsem nechápala, co to říká. (...). Já myslela, že je to vtip. (...). No, pomohla mi sousedka, je to sestřička, přišla na kafičko a snažila se mi vysvětlit to, čemu jsem nerozuměla. (...). V nemocnici na to nebyl čas, mají toho hodně.“ Respondentka se snažila všechny zdravotníky omluvit pro časovou zaneprázdněnost. Dále se v nemocnici bála zeptat, nechtěla zdržovat a pak, aby si o ní nemyslely, že je hloupá. Z těchto důvodů se setkala se sousedkou (sestřičkou).

R 3: „Já šla na kolonoskopii a pak mi paní doktorka řekla, že se jí tam něco nelíbí a že mi odebrala vzorek a ten, že musí vyšetřit, že to bude trvat tak 14 dní. Hned jsem to volala oběma holkám. Přijely za mnou. (...). Nejhorší bylo období čekání na ten výsledek, nespala jsem, bála jsem se. (...). Pak mi paní doktorka řekla, že je to rakovina a vše mi vysvětlila, ale těch informací bylo moc. (...). Byl by super nějaký letáček, jaká vyšetření budou následovat. (...). Velkou oporou v těch chvílích mi byl manžel.“

R 4: „Mě to řekl nějaký doktor na interně a pak za mnou přišla sestřička, která měla noční, chvíli si se mnou povídala a pak mi dala prášek na spaní. Druhý den za mnou přijela dcera a říkala, že to nějak společně zvládneme. Její manžel je taky doktor v Praze.“ Tento respondent vyprávěl o tom, že se z velké části spolehl na zetě, lékaře, chirurga v Praze. Měl menší pocit strachu, protože věděl, že mu zeť vše dobře vysvětlí.

R 5: „Ležel jsem na urologii, tam mi to lékaři řekli, že je to rakovina. (...). Ano, na pětilůžkovém pokoji při ranní vizitě. Pamatuji si ten den, přšelo, foukal vítr. (...). Pak, jsem si říkal, že už je dobře, že mě to nepotkalo v mladším věku. (...). Dcera se mnou absolvovala všechna další vyšetření a pak přišla operace. (...). Lékaři i sestřičky toho mají dost a pacientů je hodně, nemají na každého čas.“ Respondent taktéž hovořil o časové zaneprázdněnosti zdravotníků, na otázky související s jeho onemocněním se nebál zeptat lékařů. „A to víte, že jsem ptal, co bude dál, každý den na urologii mi pár informací řekli. (...). Sestřičky? Ty nesmí nic říkat, ale pomohly mi, byly na mě moc hodné, pomáhaly mi s koupáním a tak.“

R 6: „Řekl mi to doktor v nemocnici, ležela jsem na plicním, protože se mi špatně dýchalo. Nejhorší den v mém životě. Všechno ztratilo smysl. Byla jsem na dně. Chtělo se mi umřít hned. (...). Dali mi nějaké tabletky, bylo to pak lepší. (...). Nejvíc si se mnou povídala jedna sestřička (Evička), když měla službu, vždycky za mnou přišla. Těšila jsem na ní. (...). Pak synové mi byli oporou a kamarádka z penzionu Bětka.“ Tato respondentka musela po oznámení diagnózy podstoupit psychiatrické konzilium, dokázala několik hodin pozorovat strop, nejíst a nemluvit. Po medikaci se jí ulevilo, nejvíc jí pomohla sestřička Evička.

R 7: „ Mě do nemocnice na vyšetření poslal obvodní lékař, nelíbila se mu nějaká zvětšená uzlina. A tam mi po různých vyšetřeních řekli, že mám rakovinu a musím na operaci. Bála jsem se té operace. (...). Nestěžuji si, v nemocnici byli na mě všichni hodní, jak doktoři, tak sestry. Syn mi pomáhal a vnučka, studuje medicínu. (...). Bylo lepší na tu rakovinu nemyslet.“ Respondent věděl, že má oporu ve vnučce, budoucí lékařce, pořád jí zmiňoval, domníval se, že mu to vnučka vysvětlí a on to od ní pochopí lépe než od lékaře, který by mu informace sděloval v rychlosti. Vnučka s ním absolvovala návštěvy lékařů a starala se o něj po operaci.

R 8: „Já jsem hned nešla k lékaři, nahmatala jsem si bulku, ale myslela jsem, že zmizí. Nestalo se tak. Čekala jsem a nic jsem nedělala. Pak se mi to prso otevřelo, hnisalo. Tak jsem zašla za naším lékařem. Řekl, že jsem měla přijít dřív. (...). Věděla jsem, že je zle. (...). Pomohli mi obě dcery a manžel, starají se.“ Tato respondentka přiznala, že si své onemocnění sama zanedbala, nikomu se nesvěřila a k lékaři šla velmi pozdě. Kdyby šla k lékaři dříve, možná by mohla ještě být v tuhle chvíli doma s manželem. Ten se svého času hodně zlobil, že se mu respondentka počátek onemocnění tajila.

Všichni respondenti nezávisle na sobě uvedli, že momentálně nejhorším příznakem onemocnění pro ně je nechutenství a zácpa.

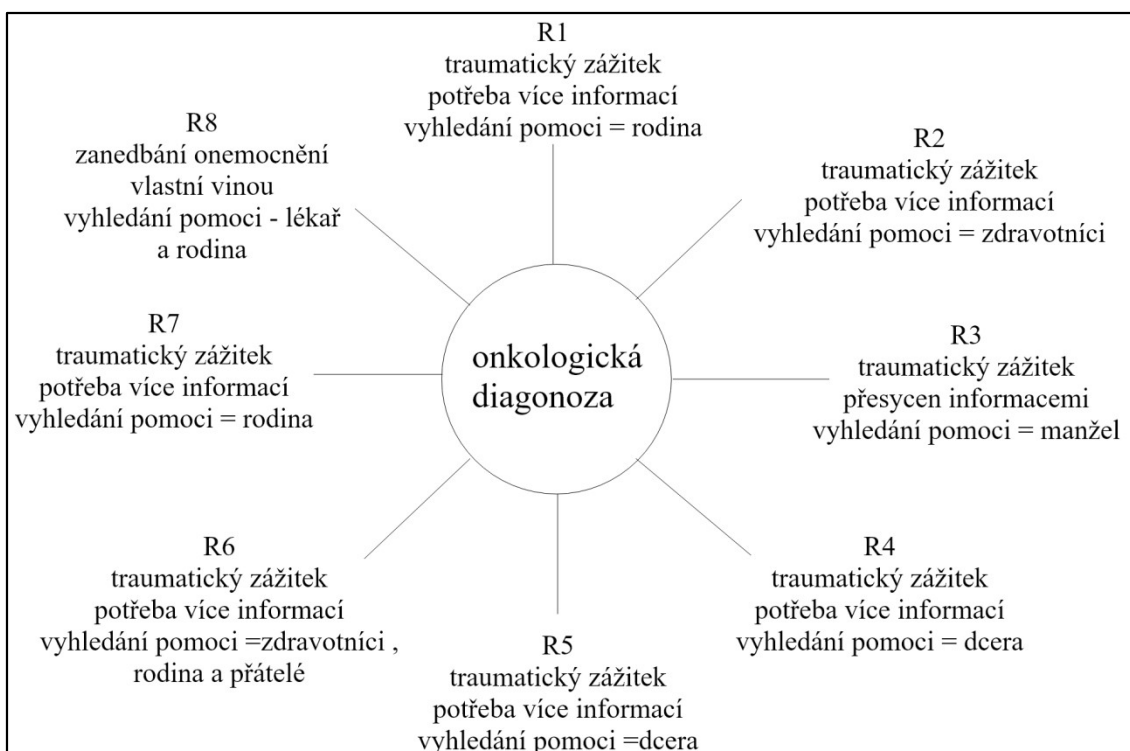
R 3: „ Mám třeba chuť na domácí polévku, vývar, dcera mi ho přinese a já s ním tři lžičky a už nemůžu. (...). Pak je mi líto, že se s ním dcera musela vařit.“

Totéž potvrzuje i R 2: „Já měla předevečirem chuť na kuřecí řízek a okurku. Volala jsem to synovi, měl radost, že mám konečně na něco chuť. (...). Ale pak jsem si dvakrát kousla a odstrčila jsem ten řízek. (...). Nešlo to, přešla mě chuť.“

R 5: „Tak, já Vám to teda povím, nemůžu na velkou stranu. (...). Dostávám sirup a už jsem dostal i čípek, ale je to obtížné, předtím jsem s tím problémy neměl. (...). To prý dělají ty léky proti bolestem, říkal pan doktor, jsem se ho na to ptal. A sestřičky to taky říkají.“ Problémy s vyprazdňováním stolice považují všichni respondenti za velmi citlivé

téma a intimní, chvíli váhají s odpovědí, ale pak odpovídají. Potvrzuje i R8: „*Jak bych to popsala (váhá), mám problém se stolicí, dřív jsem chodila každý den, někdy obden, teď jsem ráda, že to jde jednou za tři dny. (...). Dostávám ráno takový sirup. Ne, že by mi chutnal, ale pomáhá. (úsměv).* R 7: „*Já to říkal sestřičce, že mi to nějak nejde a ona to domluvila s paní doktorkou, dostal jsem čípek a pak dostávám ten sirup.*“

**Obrázek č. 3 – Schéma sdělení onkologické diagnózy a pohled respondenta na vzniklou situaci**



Zdroj: vlastní

Z uvedeného schématu vyplývá, že sdělení onkologické diagnózy bylo pro všechny respondenty traumatizujícím zážitkem. Respondentka č. 8 si své onemocnění zanedbala, k lékaři se odhodlala příliš pozdě. Všichni respondenti po sdělení onkologické diagnózy měli oporu hlavně ve své rodině.

### 9.3 SESTRÍČKO, PROSÍM VÁS...

R 2: „*Vždycky, když zazvoním, přijde nějaký anděl....*“

**Tabulka č. 8 - Sestřičko, prosím Vás...**

Kategorie	Subkategorie	Kódy
Sestřičko, prosím Vás...	zdravotník X pacient	nezemřít osamocen zemřít bez bolesti
	obavy	nedůstojné zacházení zlost zdravotníků bezmoc ztráta síly komunikovat
	role sestry	pochvala za péči
	nedostatek informací	nespokojenost úzkost a strach

Zdroj: vlastní

Klíčovým momentem se při rozhovorech ukázala oblast komunikace s personálem v hospici, to, jak respondenti zvládají vyjádřit nespokojenost a dát najevo spokojenost s ošetrovatelskou péčí, jak se subjektivně v zařízení cítí. Dalo by se dokonce říci, že pocit jistoty, bezpečí a komunikace s personálem stojí na prvním místě, že se respondenti neobávají tolik bolesti, ale toho, že se na ně zdravotníci budou za něco zlobit.

R 1: „*Sestřička mi říkala, že si mám kvůli všemu zvonit. A že vždycky někdo přijde. To v nemocnici se většinou sestřičky zlobily, že zvoním. První den jsem se bála zazvonit. Ted' už vím, že měla sestřička pravdu, vždycky někdo přijde, pomůžou a poradí.*“

R 2 je ráda, za pomalejší tempo než bývá v nemocnicích: „*Tady na mě nikdo nespěchá, mohu snídat, jak dlouho chci. To v nemocnici jsem na to měla málo času a když jsem třeba byla na vyšetření, tak jsem se vrátila na pokoj, oběd už tam nebyl. (...). A Marušku mám ráda, koupe mě, nejvíc se mi líbí ve vaně.*“

R 3 je spokojená, protože jí sestřičky odpoledne vezmou na terasu a může poslouchat jiné zvuky než na pokoji: „*vždycky, když sestřičkám řeknu, odvezou mě na posteli na terasu a povídají si se mnou.*“

R 4: „*Jestli bych si něco přál?(přemýšlí), Momentálně mám všechno, jen to zdraví už ne. (...). Ale všichni jsou tady na mě hodní. Když jsem měl narozeniny, minulý týden, přišla mi popřát i paní ředitelka.*“

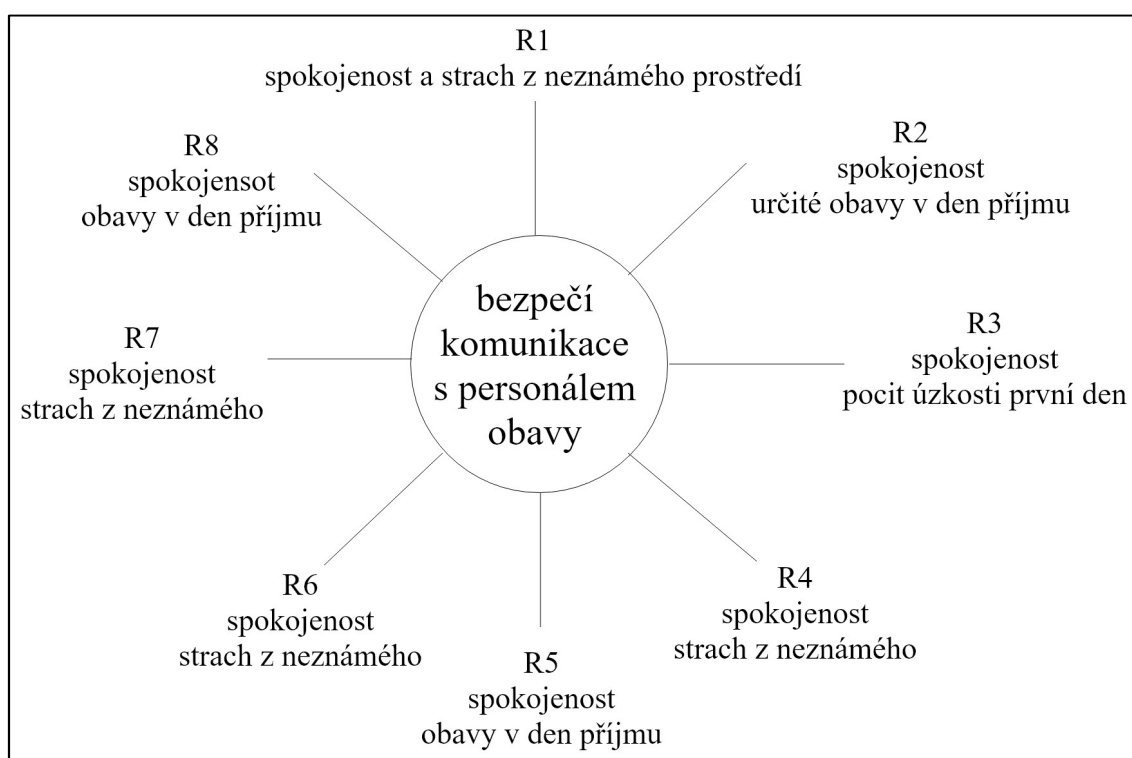
R 7: *S čím jsem tady nespokojený? (přemýšlí). Už vím, že je momentálně nevlídné počasí (listopad) a já nemohu na terasu, rád bych ještě viděl nebe. (...). třeba to půjde, až přijedou za mnou na návštěvu.*“

Ve všech rozhovorech respondenti popisovali, že se na všechny sestřičky těší, znají jejich jména. R 5 to vysvětluje tím, že je v hospici takové domácí prostředí, má svůj pokoj, když někdo vchází do pokoje, vždy zaklepe. *„Přesně poznám, že přichází Ládík, má svůj specifický humor i právě to klepání. (...). A moc hezká je Žaneta, ta by mohla klidně na MISS.“* R 6: *„Nebojím se sestřičky o něco požádat, mají na mě čas. Ještě se nestalo, že by na mě tady někdo zvýšil hlas.“* R 8 dodává, že se těší i na paní uklízečku a paní Boženku (dobrovolnici): *„Paní uklízečka je taky hodná, když uklízí, nedělá rámus a někdy mi vypráví o své tříleté vnučce. A paní Boženka mi čte knihu a luštila se mnou křížovku.“*

Dále všichni respondenti v rozhovorech udávali nepříjemné pocity v den příjmu.

R 1: *„ (...)měla ksem strach, ten první den, nevěděla jsem jaké sestřičky tu budou (...) a co budou po mě chtít.“*

**Obrázek č. 4 – Schéma komunikace s personálem v hospici a pocit bezpečí**



Zdroj: vlastní

Z uvedeného schématu vyplývá spokojenost všech respondentů se zdravotníky v hospici. Pouze první den e cítili mírně řečeno ohrožení novým prostředím a měli obavy, za vše dobře zvládnout.



## 9.4 PYRAMIDA POTŘEB

R 6: „bolest, by neměla být....“

**Tabulka č. 9 - Pyramida potřeb**

Kategorie	Subkategorie	Kódy
Pyramida potřeb	potřeby biologické	bolest, zvládání bolesti, vliv bolesti na spánek, výživu, vylučování
	potřeby sociální	rodina, přátelé, trávení volného času
	potřeby psychologické	respekt, láska, zájmy
	potřeby spirituální, seberealizace	Bůh, víra, modlitby, obavy, strachy

Zdroj: vlastní

V této kategorii analyzujeme biopsychosociální a spirituální potřeby respondentů. Potřeby pacientů se během onemocnění mění, nad biologickými potřebami více převyšují potřeby z jiné subkategorie. Úkolem zdravotníků v hospici je saturace potřeb nemocných a využití nefarmakologických metod k zvládnutí bolesti.

### 9.4.1 POTŘEBY BIOLOGICKÉ

R 1: „ (...). A mám tady na zádech tu náplast, tak to jde. Sestřičky se ptají, jestli mám bolesti, asi tak 3x denně, nevím, jestli to říkám dobře, neřeknete jim to, kdybych to popletla? (...). Doma to bylo tak 1 až 2. (...). Když mě to najednou začne bolet, zazvoním si a dostanu prášek pod jazyk a ten fakt zabírá. (...). Nechci pořád myslet na tu bolest, jsem ráda, že mě sestřičky vezmou do vany, dají mi tam pěnu a pustí na céděčku lidové písničky a zpívají si se mnou. (...). Když prší a je bouřka mám strach, že přijde velká bolest. (...). Když mě to začne pobolívat večer, řeknu si i o prášek na spaní a normálně to zaspím.“

R 2: „Já mám proti bolestem zavedenou do břicha hadičku a tady z toho (ukazuje na lineární dávkovač) dostávám celý den léky. Ale musím být opatrná, abych si to nevytrhla, to by se sestřičkám asi nelíbilo. (...). Když přijde nevěsta Miluška, zapálí mi



*tady vonnou lampičku a povídáme si. Sestřičce Aniče se to taky líbilo, ta vůně, tak tu s námi taky byla a povídala si. A uvařila mi zelený čaj, ten mám nejradši. (...). Když mám bolest, tak mi vadí hluk. Minule tu sekali trávu na zahradě, bylo to horší. (...) V nemocnici bych řekla tak 8, dali mi injekci a prášek, pak to bylo třeba tak na 3. (...). Když mě to v nemocnici bolelo, nemohla jsem jíst, dělalo se mi zle, jen jsem to jídlo viděla, zhubla jsem. Tady je to lepší, sním přesnídávku a to pitíčko, chtěla jsem i řízek, ale ten byl moc, to nešlo.“*

R 3: *„(...) Mě musel pan doktor zvýšit ty tabletky, dost mě to bolelo, v nemocnici tak 7 až 8. Teď je to dobrý, když se bolest ozve nečekaně, zazvoním a dostanu tabletku pod jazyk. (...). Ale jo, sestřičky se mě pravidelně ptají na bolest, mají na to takové pravítko i paní doktorka. (...). Když mě myjí na lůžku, tak nespěchají, hladí mě žínkou po rukách, mluví klidným hlasem, vše mi vysvětlí. (...). Přála bych si, aby už ta bolest byla malá a nezvyšovala se, už to nechci znovu zažít.“* U této respondentky byla personálem aplikována bazální stimulace, která má navodit libé pocity a naučit se vnímat své tělo.

R 4: *„(...) doma tak 1 až 2, mám náplast, tu mě pan doktor nechal a ještě mám ráno a večer injekci. (...), odpoledne se vždycky prospím, mám rád tmu, potřebuji mít zatažené žaluzie a klid, sestřičky už to ví. A večer mi vždycky vyberou něco hezkého v televizi a pak usínám (...), jo, prášek na spaní (...) beru si ho. (...), mám zácpu i doma byla, to mě pak všechno dost bolelo, když se to podařilo (...), tady dostávám ten sirup.“*

R 5: *„Když mě přivezli, tak to hodně bolelo i doma předtím, (...), tak 9, proto jsem chtěl sem. Mám víc tý náplasti, tak už je to o hodně lepší. (...). Nemohl jsem vůbec jíst i jsem zvracel. Už nezvracím a vypiju to pitíčko a ráno jsem dostal nějaký puding, prý to je stejný jako to pitíčko, říkala sestřička. (...). Tak na spaní dostávám prášek, bez něj bych nespál. (...). Jsem rád, že na mě sestřičky hezky mluví, nespíchají, všechno tu dělají v klidu. A rád se koupu, už se těším, jdu ve středu.“*

R 6: *„ V nemocnici mi píchali injekce, pak mě převezli sem a tady mi nalepila sestřička náplast na záda. (...). A když mě to znenadání začne bolet, tak zazvoním a dostanu prášek pod jazyk a ono hned přejde. (...). Ptají se mě často, jestli nemám bolesti a taky jim to musím ukázat na takovém pravítku. (...). V nemocnici to bylo tak na 5. Chtěla bych, aby ty bolesti byly už pořád malé, aby to šlo. (...). Nemůžu spát, ale prášek na spaní mi pomáhá. (...). Když jsem měla v nemocnici bolesti (...), tak mi třeba odnesli jídlo, na nic neptali (...). Tady můžu jíst pomalu a když už nemůžu, tak mi to schovají. A dobře mi dělají ty pitíčka, džusový mám nejradši.“*

R 7: „Bolest doma, tak 1 až 2. Prostě, šlo to. (...). Mám náplast a Effentoru. Ta zabírá hned, když by něco, zazvoním a sestřička mi jí přinese. (...). Prášek na spaní si беру, kdybych nemohl spát, koukal bych do stropu a přemýšlel a ráno by mi pak bylo špatně a přišla by velká bolest jako doma. (...). Jím málo, spíš to pitíčko, přesnídávku a někdy plátek toustového chleba. Když jím takhle, nebolí mě břicho, (...) a jsou dny, kdy se mi zvedá žaludek, když to jídlo vidím. (...). Moc se těším do vany, umyjí mi vlasy, oholí, ostrihají nehty. (...). Si připadám jako nová pětka (smích).

R 8: „ Mám náplast, jsem ráda (...). V nemocnici jsem měla bolesti (...), tak 6 až 7. Když na mě přijde náhlá bolest, zazvoním a sestřička mi přinese tabletku, po ní mám úlevu. (...). To ano, pořád se mě ptají, jestli mě něco nebolí a přijdou i s tím pravítkem i paní doktorka s ním chodí. (...). Prášek na spaní mi paní doktorka naordinovala, to je od ní hezké, chce, abych se dobře vyspala, já jí říkala, že moc nespím. (...) Mám ráda puštěné rádio a odpoledne se dívám na televizi Ulici. (...). A když byly velké bolesti, přála jsem si jedině, ať na mě nikdo nemluví a dají mi pokoj.(...). Mám zácpu, dávají mi sirup a první den mi pan doktor naordinoval malé klzozma.“

Z rozhovorů i čerpáním z dokumentace vyplývá, že všichni respondenti dostávají medikaci per os na spaní. Ta jim dodává pocit potřebné síly pro další den, protože spánek je důležitý pro regeneraci těla a myslí, což všichni respondenti uznávají.

Taktéž všichni respondenti trpí zácpou, která je zvládána ve všech případech pomocí sirupu Lactulosity.

S tišením bolesti v hospici jsou ve 100% respondenti spokojeni, vědí, že když přijde náhlá bolest (průlomová) musí informovat sestřičku a tam jim podá předepsaný lék. S tím souvisí kontrola a hodnocení bolesti v hospici. Sestřičky dle dokumentace hodnotí bolest 4x denně a zaznamenávají do dokumentace. Je používána vizuální analogová škála.

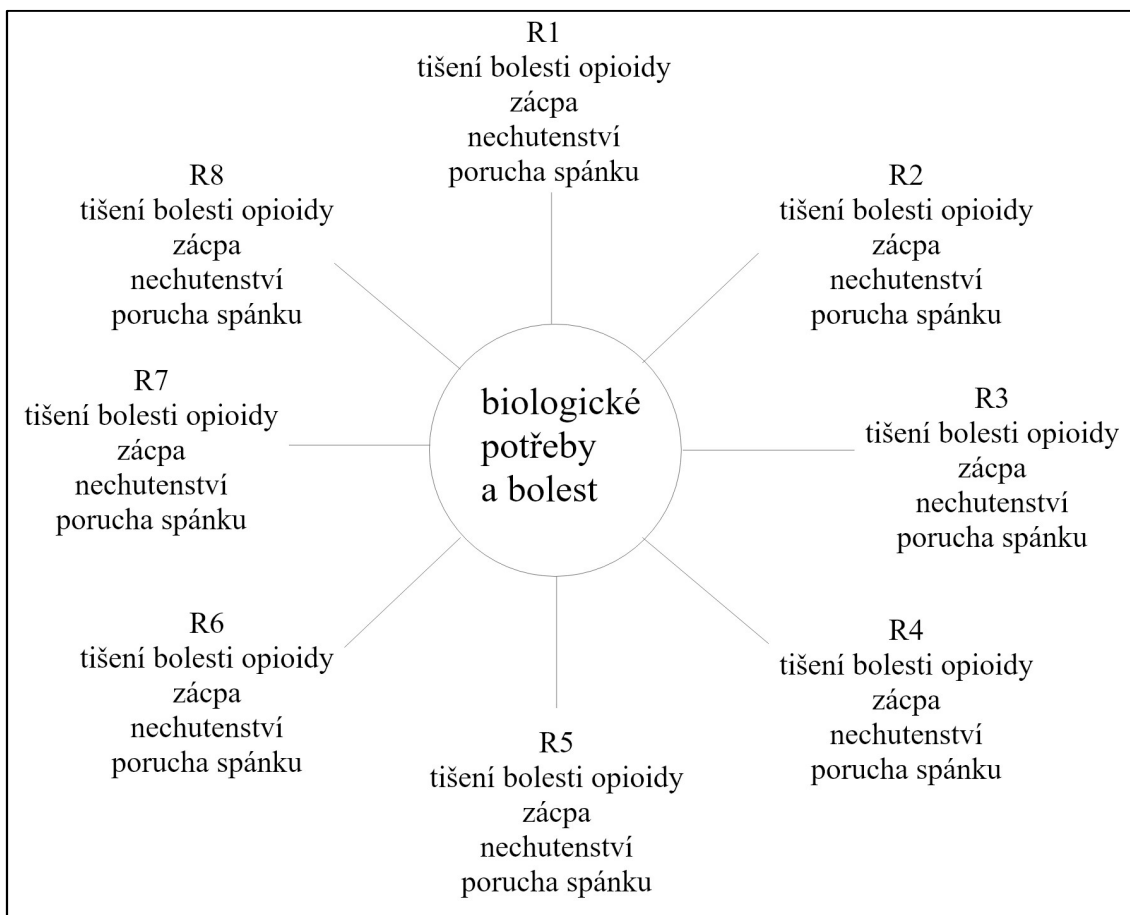
K pozitivním vlivům, které u respondentů ovlivňují bolest, se v hospici řadí: bazální stimulace, aromaterapie, poslouchání hudby, koupání ve vaně a klidný a vyrovnaný přístup personálu.

Nechutenství a zácpa je častým příznakem pacientů v hospici. Nechutenství je příznak, se kterým se špatně smiřují jak samotní pacienti, tak rodiny. Ve většině případů se dá vyzkoušet u pacientů nápoj NUTRIDRINK v různých mléčných příchutích, sladké či neslazené verzi, slaných příchutích, džusové a pudingové variantě.

V příznaku zácpy se jedná o velmi intimní problém, ke kterému se pacienti neradi sami vyjadřují, spíše zareagují na položenou otázku lékařem či všeobecnou sestrou. I

z těchto důvodů je nutné, aby si personál v hospici vytvořil ke každému pacientovi kladný vztah a dodržoval individuální přístup.

**Obrázek č. 5 – Schéma biologické potřeby a bolest**



Zdroj: vlastní

Z uvedeného schématu vyplývá, že všichni respondenti trpí nechutenstvím, zácpou a poruchou spánku. K tišení bolesti jsou používány opioidy (především v transdermální formě).

#### 9.4.2 SOCIÁLNÍ POTŘEBY

Saturování této potřeby u pacientů v hospici je též důležité, neboť každý člověk chce pocítovat zájem, snahu pomoci od blízkých, přátel i nejbližší rodiny. Při naplňování sociálních potřeb pacientům nejčastěji v hospici pomáhá sociální pracovnice. To však neznamená, že ostatní personál se této potřebě nevěnuje. Je velmi důležitá provázanost rodina – přátelé – pacient – zdravotníci – sociální pracovnice. Návštěvy v hospici jsou nejsou nikterak omezovány a je umožněno přespání člena rodiny na pokoji pacienta, kdykoliv si to obě strany přejí. Společný čas rodiny a pacienta může být stráven na pokoji,

terase a některých aktivitách připravovaných personálem pro pacienty a rodiny dle ročního období a aktuálního počasí.

R 1: „*Za mnou chodí syn i dcera (....) a mám pět vnoučat. (....) Už tu jednou spala Marcelka, Kája je víc pracovně vytížený (....), je ředitel banky, (....), ale na návštěvy jezdí, je tu hlavně o víkendu. (....). V pátek odpoledne jsme byli asi čtyři pacienti v denní místnosti a dělali jsme se sestřičkou sluníčka z hlíny. (....). Přišla se tam podívat i paní ředitelka. (....). Jsem sama na pokoji, tak ostatní pacienty moc nevidím.*“

R 2: „*Já mám tři syny a tři vnučky (....). Všechny vnučky studují vysokou školu (....). Jsem na ně pyšná. (....). Nejstarší by měla letos promovat (....), hm, to už tu asi nebudu (delší ticho). (....), chodí za mnou kamarádka a může sem i s pejskem Bertíkem. Do nemocnice by ho nemohla vzít. Včera odpoledne nás sestřičky vzaly k takovému velkému stolu u terasy a hrály jsme karty a pexeso. A večer jsem si povídala s paní, která je na pokoji vedle mě.*“

R 3: „*Už od začátku je tu se mnou celé dny a noci mladší dcera. (....). Čteme si společně časopisy a pak si vyprávíme o těch celebritách. (....). Pak za mnou chodí dobrovolnice Ája, taky si povídáme, hodně o květinách a zahrádce. (....). A dcera si odskočí vždycky na recepci na kafičko, když je tu Ája. (....) A jinak za mnou chodí manžel, každý den a o víkendu druhá dcera, ta bydlí v Písku, tak to má sem daleko.*“

R 4: „*Mě se moc stýská po synovi, je v zahraničí (....). Už jsem ho deset let neviděl. (....). Chtěl bych, aby za mnou s rodinou přiletěl (....). Telefonoval mi, to jo. (....). Slíbil, že přiletí. (....). Snad to vyjde, dřív než umřu. (....). Dcera je poklad, tu nemít, tak nevím...“ Tak nějak jsem víc vlk samotář (....), jsem radši na pokoji.*“

R 5: „*Všechny dcery se o mě starají (....), chodí za mnou, každý den jedna, střídají se u mě. (....). Pak za mnou byli na návštěvě kluci (úsměv, že použil slovo kluci) z rybářského spolku, (....), chytání ryb byl můj koníček. Byla tu za mnou včera odpoledne sestřička, dali jsme si spolu čaj a zahráli si člábrdo.*“

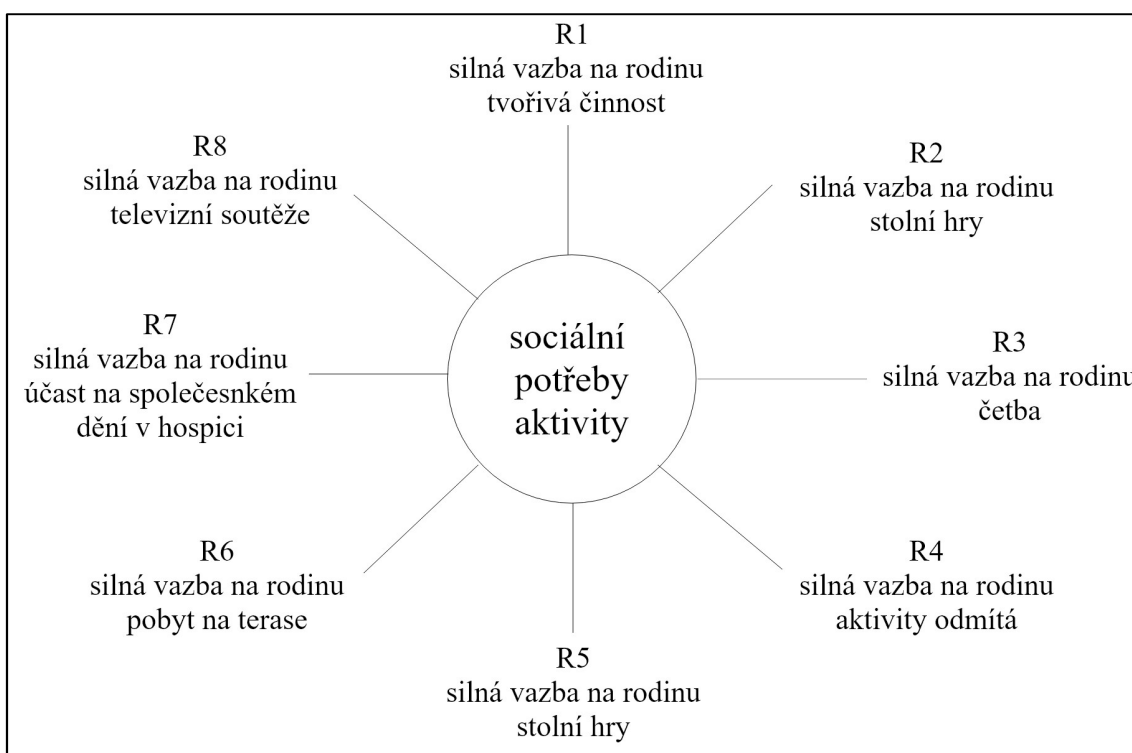
R 6: „*Už jsem prababičkou, malému je půl roku. Zrovna včera tu všichni byli. Utíká to, nedávno se narodil. (....). Škoda, že si ho dlouho neužiju. (....). No, co bych chtěla, mám odžito a splněno. (....). Sestřičky mě vyvezou na posteli na terasu a mohu pozorovat nebe, k tomu nikoho nepotřebuju. (....). A zažila jsem tu táborák a zpívali se táborákové písničky a pak jsme se sestřičkami fotili všichni. Už mám fotku vytištěnou na pokoji.*“

R 7: „*Syn a snacha za mnou chodí. Snacha je cukrářka, ukazuje mi vždycky fotky dortíků (....), já její dortíky, bábovky dřív miloval. (....). Ted' tomu jídlu už moc nedám, ale třeba včera jsem si dal skleničku piva (....), měl jsem to dovolené, opravdu. (....). A vnučka*

tu byla v patek večer, přijela ze školy, studuje medicínu (...). Tak se hned sestřiček ptala (...), jestli je jako nezlobí. Já a zlobit....kdepak....ale ze sestřiček si rád dělám legraci. (...) a včera tu byli dětičky ze školky, přišli nám zazpívat.“

R 8: „, mám dvě dcery, jsou to hodné holky. Jsou moc starostlivé (...). Jím říkám pořád, ať se tak nehoní, že je tady hezký a utíká to tu. Takže, když nestíhají, ať přijdou klidně druhý den. (...). A vnuk se teď stará o mojí kočičku Micinku a přinesl mi jí v přepravce ukázat. I sestřičkám se líbila. (...). Odpoledne koukám ráda na televizi, líbí se mi AZ kvíz. A včera tu byl v denní místnosti koncert, přišli nám zahrát na kytaru.“

**Obrázek č. 6 – Schéma sociální potřeby a aktivity**



Zdroj: vlastní

Toto schéma znázorňuje sociální potřeby respondentů. Z uvedeného vyplývá, že všichni respondenti mají silnou citovou vazbu na rodinu a přátele. Z nabízených aktivit zařízením si dokážou vybrat a mohou tak strávit příjemné odpoledne. Pouze respondent č. 4 volnočasové aktivity odmítá, spíše introvertní se sklonem k samotářství.

### 9.4.3 SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY A SEBEREAALIZACE

Důležitou součástí péče o terminální pacienty je zjišťování a naplňování spirituálních potřeb. Jedná se též o velmi citlivou oblast, kdy by měl personál empatickým přístupem zjistit konkrétní oblasti, které mají být co nejdříve řešeny. A na tomto nelehkém

úkolu se podílí i personál, který není věřící. V hospicích je podporována možnost mít u sebe Bibli, předčítání z Bible a společné či individuální modlitby.

R 1: „*Tak, určitě, jsem věřící, pomáhá mi to. Bůh to všechno vidí....(....). Byla jsem na společné modlitbě. (....). Jsem ráda, že se mi podařilo dobře vychovat děti a že z nich nejsou sprostáčky a feťáci. (....). Tak nemoc mi hodně dala i vzala. Přemýšlela jsem hodně o tom. Dala mi možnost srovnat si priority života.*“

R 2: „*Nejsem věřící. (....). Přesto jsem si na začátku všeho říkala, za co mě Bůh trestá.*

*Ale to není trest, ta nemoc, prostě se to stalo. (....). Nerada o tom, takhle mluvím.*“

R 3: „*Ano, modlím se každý den. A nějak mě to vnitřně uklidňuje. (....). Nejhorší byla chemoterapie (....), vypadaly mi vlasy, koupila jsem si paruku. (....). Byl tu za mnou Otec Martin. (....). Ale jsem ráda za zkušenost, kdo nezažil, neví o čem to je.*“

R 4: „*Já myslím, že s vírou se to dá líp zvládnout, že Vám to dodává takovou vnitřní sílu, klid na duši. (...). Strach? Asi z umírání, aby to nebolelo. (....). Vždycky ve čtvrtek je společná modlitba.*“

R 5: „*Nechci se k tomu vyjadřovat.*“

R 6: „*Když jsem byla mladší, tak jsem si často říkala, že kdybych se znovu narodila, tak, bych chtěla být hezčí, mít modré oči. (....). Dneska bych si přála, aby mě tahle nemoc vůbec nezasáhla. (....). Jsem věřící, modlím se každý den. (....). Strach už nemám, Bůh je se mnou.*“

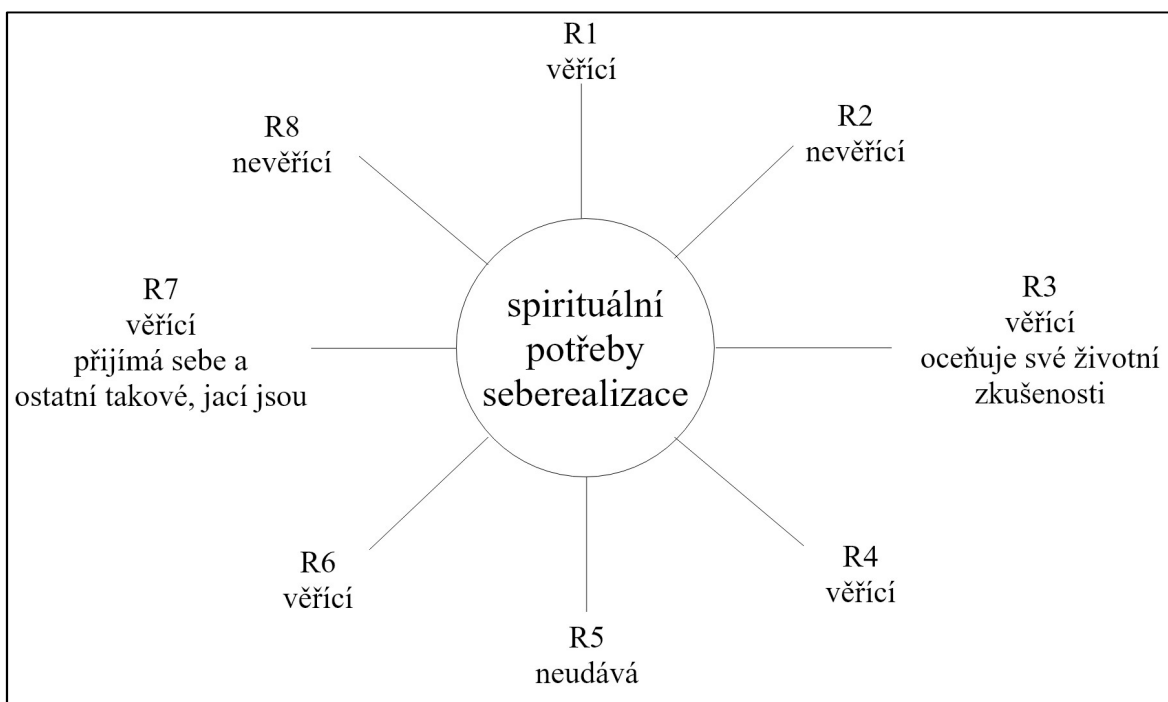
R 7: „*Já vím, že to onemocnění je nevyléčitelné a zázrak nepřijde. (....). Musím to nějak zvládnout. (....). Mám na stolečku Bibli. (....). Je tu i věřící personál. (....). Už se nezměním (....). A ostatní holt taky ne.*“

“

R 8: „*Nevěřím. To pro mě není. (....). Ta nemoc Vás hodně změní, přehodnocujete a tápete. (....). Bála jsem se bolestí, teď vím, že budou minimální, snesitelné*“

Pouze dva respondenti byli nevěřící, přesto R 8 věří, že existuje něco mezi nebem a zemí, co jí dá sílu se v klidu se svými blízkými rozloučit, až přijde ten okamžik, když bude mít pocit, že už dlouho žít nebude. Ostatní respondenti jsou věřící a rádi se účastní společných modliteb.

**Obrázek č. 7 – Schéma spirituálních potřeb a seberealizace**



Zdroj: vlastní

Z tohoto schématu vyplývá, že šest respondentů je věřících a jeden nevěřící. Ve čtyřech případech se věřící respondenti modlí každý den a účastní nespolečných modliteb. Respondentka č. 3 oceňovala své životní zkušenosti a respondentka č. 7 ví, že se už se povahou nezmění a sama taky jiné nezmění.

#### 9.4.4 PSYCHOLOGICKÉ POTŘEBY

Psychologické potřeby úzce souvisejí z energií člověka. Pokud energie člověka prudce poklesne, například vinou onkologického onemocnění, dochází k minimálnímu uspokojení těchto potřeb. A pak je tedy na místě jejich saturace, ze strany rodiny i personálu hospice. Je potřeba respektu a lásky.

R 1: „*My se měli s manželem moc rádi, nosil mi často květiny. (...). Byla jsem učitelka na ekonomce, čísla to byl můj svět, učila jsem matiku. (...). U nás v rodině se nikdy nemluvilo sprostě, děti by nikdy svého otce nenazvali fotrem. (...). Vždycky středa byl můj den, chodila jsem do kavárny s kamarádkou, to manžel vždycky šel na šachy. (...). Každý musí myslet i na sebe. (...). Sestřičky mi říkají paní učitelko, je to hezké. (...). Připomenou mi tak chvíle ve škole.“*

R 2: „*Dělala jsem v dámském kadeřnictví, bylo to hezký povídat si se zákaznicemi, podávaly mi natáčky a řešily jsme kde co. (...). Ráda jsem pletla a šila. A taky jsem toho hodně přečetla. (...). I sestřičky tady se mě ptaly, co jsem dělala za povolání a musela jsem*



*jim večer vyprávět. (...). A zítra přijede sestřenice z Chebu a můžeme si tu udělat malou rodinnou oslavu. (...). Všem z rodiny, bych chtěla moc říci, že je mám ráda. Udělám to zítra na oslavě.“*

R 3: *„Když přijde manžel, sedne si a drží mě za ruku a říká mi, že jsem jeho životní láska. (úsměv). (...). Já byla účetní a byli jsme tam dobrá parta. Byla jsem šikovná, tak jsem byla vedoucí pěti účetních. (...). První den jsem byla trochu nepříjemná na sestřičky, potřebovala jsem čas (...) a smířit se s novou situací. (...). A sestřičky se vůbec nenaštvaly.“*

R 4: *„ Vyučil jsem se hodinářem, taková rodinná tradice. (...). A rád jsem sestavoval modely letadel. (...). Byl jsem dvakrát ženatý, první žena mi utekla za jiným. (...). A druhá mi před třemi lety zemřela, taky měla rakovinu. (...). Rád se koupu odpoledne, což tady nikomu nevadí.“*

R 5: *„ Dělal jsem dopraváka, jo dřív, se řidiči chovali jinak, bylo miň aut. (...). A bavila mě myslivost, sedět na posedu, krásná příroda a čekat třeba na kance (úsměv). (...). Mám družku, ale nebydleli jsme spolu.(...). Dcerám se to ze začátku nelíbilo, že jsem se zamiloval na stará kolena (...). Ale teď už jim to nevadí a na mojí Milušku se i těší a rozumí si s ní.“*

R 6: *„Dělala jsem celý život na dráze, průvodčí. Bavily mě spíš delší cesty, rychlík. (...). Tam jsem poznala i svého manžela. (...). Pepa byl štramák, nosil rád klobouky. (...). Pro svého Pepu jsem chtěla být vždycky tou nejhezčí ženou. A bylo to tak. (...). I tady mě vždycky hezky sestřičky učešou a navoní.“*

R 7: *„ .....no. to víte řidič autobusu v našem městě. Uměl jsem řídit i traktor. (...). Rád jsem četl literaturu faktu. (...). Taky jsem chodil darovat krev. Dostal jsem stříbrnou Jánského plaketu. (...). Se svojí ženou jsem zažil hodně hezkých chvil i se synem. (...). Přál bych si, kdyby někdo našel nějaký lék na tuhle ošklivou nemoc.“*

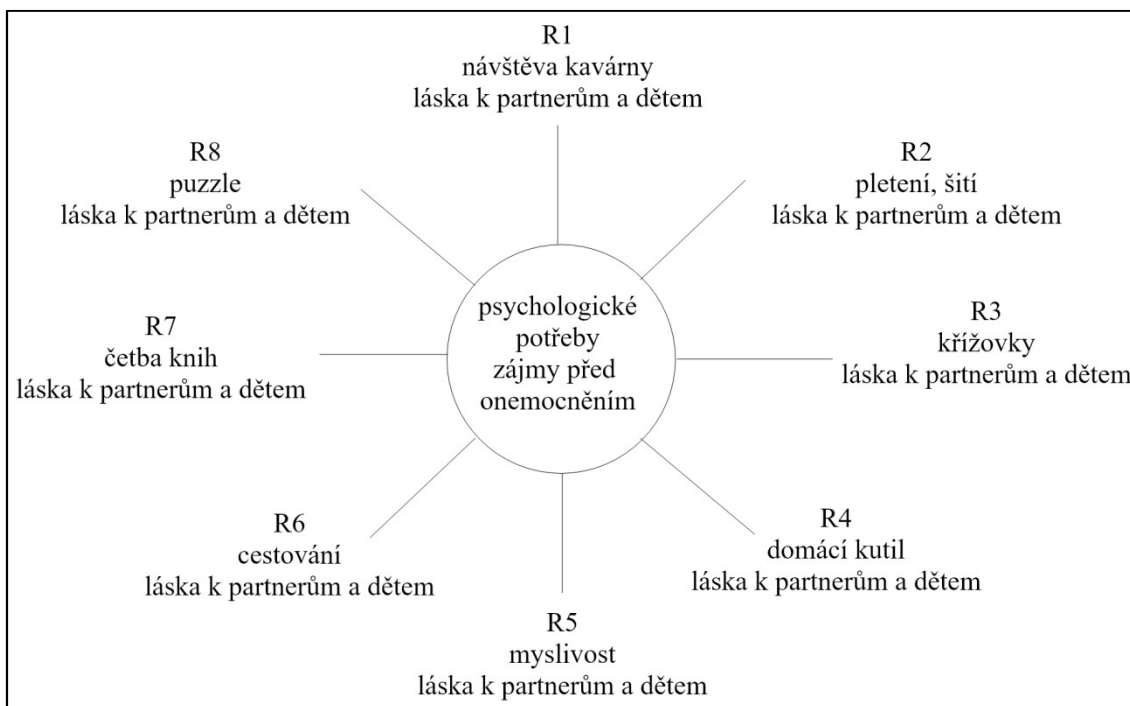
R 8: *„Já byla žena za pultem (smích), musela jsem umět dobře počítat, všechno z hlavy, neokrát zákazníka. (...). Nikdy si na mě nikdo nestěžoval a pan vedoucí samoobsluhy mě chválil. (...). Tak manžel je můj poklad a pochopitelně dcery. (...). Ráda skládám puzzle, sestřičky mi pomáhají, když teda mají čas.“*

Všichni respondenti udávají, že nejdůležitější pro ně vždycky byl partner a děti. Lásku a vzájemnou toleranci v rodinách staví na první v životě. Tedy pokud byli všichni zdraví. Taktéž uznání a respekt hrají v životě dotazovaných respondentů určitou roli, která by dle jejich názoru neměla být opomíjena. A každý člověk by měl mít rád svojí práci. Práci sestřiček považují respondenti za náročnou a v hospici prý musejí dělat jenom lidé,



kteří mají rádi druhé, nejsou sebestřední a mají srdce na správném místě. Z těchto důvodů mají všichni respondenti moc rádi a nedají na ně dopustit.

**Obrázek č. 8 – Schéma psychologické potřeby a zájmy**



Zdroj: vlastní

Z tohoto schématu vyplývá, že všichni respondenti oplývali láskou k partnerům a dětem a před onemocněním měli své zájmy a koníky. Některým z nich však onemocnění vzalo možnost svůj koníček provozovat.

#### 9.4.5 RŮSTOVÉ POTŘEBY

R 8: „... hezký výhled do zahrady a viděla jsem i srnku.“

Většina lidí touží po poznávání nepoznaného, objevování, někdy i zakázaných věcí, protože potřebují k životu i adrenalin. Vzdělávat se a své zkušenosti předávat dál v rodině i v práci. Prožít život, ve kterém budou spokojeni, zařídit si domov dle svých představ a večer usednout do křesla a radovat se i z drobností. A pochopitelně zajistit finančně rodinu a být, tím, kým chtějí být.

R 1: „ Mám tu svoje obrázky a fotografie. (...). A mohu tu mít na sobě řetízek a prstýnky. Chci vypadat i nyní dobře. (...). Mám to tu jako doma“.

R 2: „Jsem ráda, že mě vyvezou i na terasu. (...). Pozoruji stromy a poslouchám štěbetající ptáky. (...). Jinak je to podobné jako doma, můžu tu mít hodně svých věcí.“

R 3: „Chtěla jsem tu mít i svůj gauč, ten mi nepovolili. No, to nevadí, ale vysvětlili mi důvod. Možná jsem to s tím gaučem přehnala. (...). Zítřejší přijde kadeřnice a ostříhá mě a odpoledne bude pedikúra.“

R 4: „Mám tu svoje povlečení a svoje pyžamo. Bačkory tu taky mám, ale ty už nebudu potřebovat.“

R 5: „Mám tu svoje fotoalbum, hodně fotek jsem dělal já. (...). A pak svůj hrníček, ten už toho pamatuje. (...). Jsem rád, že mi to tu hodně připomíná domov.“

R 6: „Mám tady v šuplíčku medailonek po babičce (...) a vidíte, ty kytičky na okně? (...). To jsou moje oblíbené, chtěla jsem je tu mít, byla jsem zvyklá o ně doma pečovat. (...). Je to tu klidný a takový domácí.“

R 7: „ pokoj je útulný, hezky barevně vymalovaný, ne jako v nemocnici (...), tam bylo málo místa, byli jsme tam jako sardinky.“

R 8: „ Tak určitě je hezká zahrada, je tu klid. (...). Mám tu svoje obrázky z domova a pak tu mám svůj polštářek a slabou přikrývku.“

Všichni respondenti se shodují, že prostředí hospice jim připomíná jejich prostředí. Zároveň oceňují, že mohou mít u sebe věci, které měli rádi doma a možnost vyzdobit si pokoj svými obrázky či květinami

**Obrázek č. 9 – Schéma růstové potřeby a estetického**



Zdroj: vlastní

Z tohoto schématu vyplývá, že všichni respondenti mají i v terminální fázi onemocnění estetické citění

#### 9.4.6 PŘÁNÍ A OBAVY

R 3: „ ...jsem ráda, že tu mohu být. “

**Tabulka č. 10 - Přání a obavy**

Kategorie	Subkategorie	Kódy
Přání a obavy	přání	nezemřít osamocen zemřít bez bolesti
	obavy	nedůstojné zacházení zlost zdravotníků bezmoc ztráta síly komunikovat
	role sestry	pochvala za péči

Zdroj: vlastní

Všichni zdravotníci v hospici by se měli chovat k pacientům s úctou a respektem, nabídnout jim pomocnou ruku, rozptýlit jejich obavy a navodit příjemnou atmosféru připomínající domov.

R 1: „ Chci zemřít bez bolesti. (...). Sestřičky jsou sluníčka. “

R 2: „Nechci zemřít sama, chci, aby tu se mnou někdo byl z rodiny. “

R 3: „Snad smrt nebolí? (...). Jsou tu na mě všichni tak moc hodní (...).“

R 4: „Já vím...umřu (...), snad ještě uvidím sestřičku Marušku, ta má teď volno (...).“

R 5: „Předtím jsem o hospicu vůbec nic nevěděl (...), teď už vím všechno. (...). Mohl bych napsat knihu, jak se často říká, co jsem prožil. (...). I o všech, co tu pracují. “

R 6: „Jsem ráda, že jsem si s Vámi mohla popovídat (...) a aspoň mi to uteklo. Bylo to hezké, Novinářům bych rozhovor neposkytla (smích), ale Vám jo. “

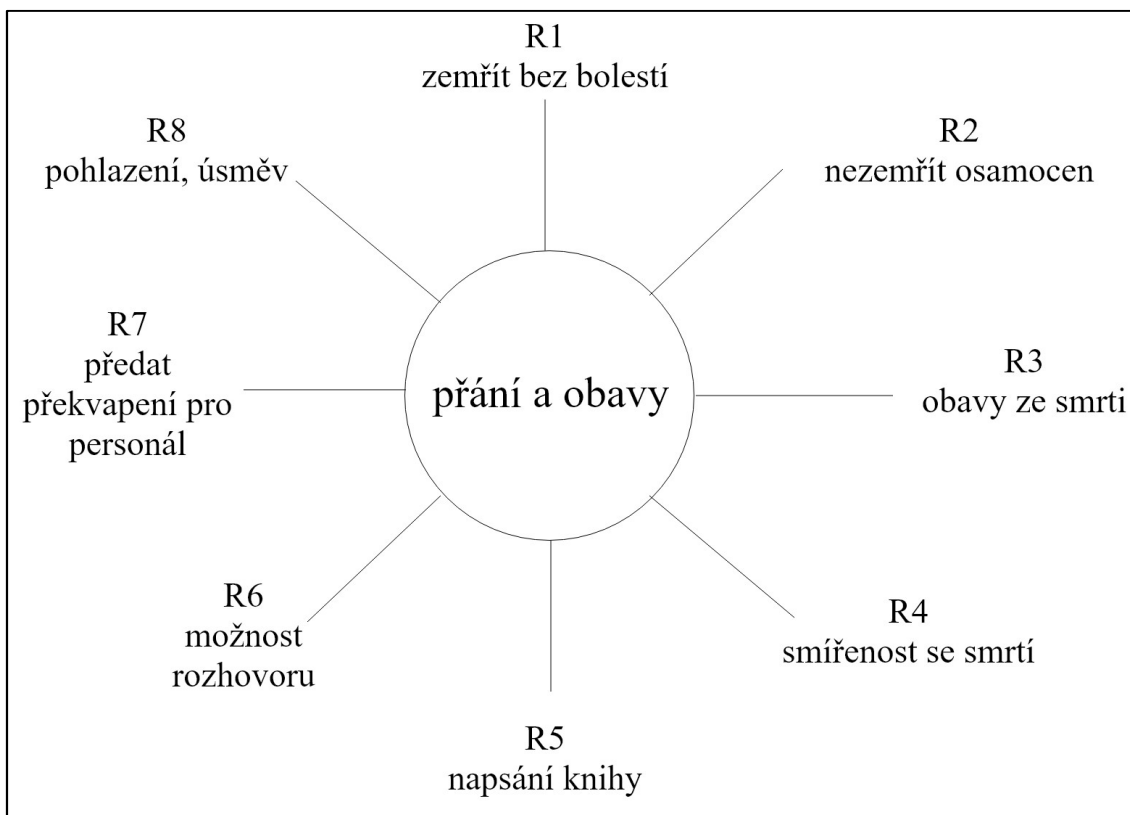
R 7: „ Mám pro všechny sestřičky překvapení, nechal jsem jim koupit každé čokoládu. Tak jim to chci dát. Snad se neurazí a vezmou si to. “

R 8: „Tak určitě by měly mít sestřičky víc peněz za tuhle práci (...). Starají se o mě dobře. (...). Umí říkat slova, která pohladí na duši a drží mě přitom za ruku. “

Všichni respondenti byli s poskytnutou ošetrovatelskou péčí nadmíru spokojeni. Sestřičky chválili.

Taktéž všichni respondenti vyjadřovali mírné obavy ze smrti, ale svojí obavu si kompenzovali tím, že ví, že personál se o ně postará a bude zachována jejich důstojnost.

**Obrázek č. 10 – Schéma přání a obavy**



Zdroj: vlastní

T tohoto schématu vyplývá, že všichni respondenti mají svá přání a zároveň si nedokážou představit okamžik smrti. Pevně věří, že smrt nebude doprovázena zvýšenou bolestí. Všichni chtějí zemřít v klidném spánku.

## 9.5 AXIÁLNÍ KÓDOVÁNÍ

Dalším krokem je axiální kódování. Toto kódování spojuje jednotlivé kategorie, přičemž výzkumník hledá určité souvislosti (Hendl, 2016, s. 252).

## 9.6 SELEKTIVNÍ KÓDOVÁNÍ

Další fází kódování je selektivní. Navazuje na axiální kódování. Začátek je možný pouze s dobře stanovenými kategoriemi a subkategoriemi. Je důležité dobře zpracovat a provázat kategorie s tématy a tímto je podpořen vznik nové teorie. Fenomén je vždy střed, ke kterému se zbíhají další kategorie, které procesem vznikly. (Hendl, 2016, s. 254)

## 9.7 ZAKOTVENÁ TEORIE

Pomocí otevřeného, selektivního a axiálního kódování vzniká zakotvená teorie. Miovský píše, že: „zakotvená teorie je teorie induktivně odvozená z procesu zkoumání jevu, který reprezentuje. To znamená, že je vytvořena a prozatímně otevřena prostřednictvím systematického shromažďování údajů o zkoumaném jevu a analýzy těchto údajů. Proto se fáze shromažďování údajů, jejich analýza a samotná teorie vzájemně doplňují. Nezačínáme teorií, jak je to obvyklé například v oblasti kvantitativního přístupu, kterou bychom následně ověřovali. Začneme zkoumanou oblastí, fenoménem a necháváme, aby se v průběhu výzkumu mohlo "vytvořit" to, co je v této oblasti významné, aniž to dopředu předjímáme či jakkoli označujeme." (Miovský, 2006, str. 226).

## 9.8 PARADIGMATICKÝ MODEL

Po pospojování těchto souvislostí, jsme byly schopny sestavit paradigmatický model (Tabulka č. 11).

Tabulka č. 11 - Paradigmatický model

Příčina	Jev	Kontext	Intervenující podmínky	Strategie	Následky
Onkologické onemocnění	Pacient v hospici	Terminální fáze onemocnění	Potřeby pacienta v hospici	Saturace potřeb zdravotníků a rodinou	Smířený a spokojený pacient
		Paliativní ošetrovatelská péče	Nefarmakologické tišení bolesti	Vzdělávání zdravotníků, použití různých metod nefarmakologického tišení bolesti, myšlenkové mapy pro pacienty	Pacient nepocítuje bolest

Zdroj: vlastní

## 9.9 ANALYTICKÝ PŘÍBĚH

„Pacient v hospici se nachází v terminální fázi onemocnění, je mu poskytována paliativní ošetrovatelská péče, jsou mu saturovány bio – psycho - sociální i spirituální potřeby vyškoleným personálem i rodinou a využity nefarmakologické metody tišení

bolesti. Důvodem pacientovo potíží je vždy onkologické, nevléčitelné onemocnění, z čehož vyplývá skutečnost, že pacient je v terminální fázi onemocnění hospitalizován v lůžkovém hospicovém zařízení a onkologické onemocnění je pro něj limitující a nedovoluje mu uspokojování výše zmíněných potřeb jeho osobou přirozenou cestou a v přirozeném prostředí. Cílem veškerého dění v hospicovém zařízení je spokojený pacient, smířený ze smrtí a umírající bez bolestí za podpory rodiny a přátel a zdravotníků.“

## 10 DISKUZE

Všeobecné sestry mají v současné době jedno z nejnáročnějších povolání z pohledu mezilidských vztahů a komunikace s nemocným a jejich rodinami. Musí zaměřit svoji pozornost na umění šetrné komunikace, empatie a zároveň si ponechat určitý odstup od problémů pacientů. O to více je komunikace náročnější s pacientem, který trpí nevyлéčitelným onemocněním a je svěřen do rukou odborníků hospicového zařízení. V této péči je potřeba respektu, důstojnosti a zároveň do jisté míry volnosti pacienta, který udává směr péče pomocí svých přání a tužeb. (Dostálová, 2016, s. 11). Cílem paliativní péče je naplnění posledních dní života nějakou aktivitou s ohledem na zdravotní stav nemocného a ne naplňování života dny a satarace potřeb, které se nemocí ve většině případů mění. Komunikace zdravotníků a pacienta probíhá pomocí verbálního či neverbálního vyjadřování, například gesta, mimika, haptika, smích, pláč (Dostálová, 2016, s. 27).

V této diplomové práci jsme se zaměřily na problematiku léčby bolesti v hospicovém zařízení. Nejprve jsme si stanovily hlavní cíl a následně přidaly dva podcíle. Jasně jsme formulovaly otázky k oběma dílčím cílům. Použily jsme kvalitativní výzkumné šetření za pomoci polostrukturovaného rozhovoru dle návodu. Další použitou metodou bylo skryté pozorování respondentů během rozhovoru a analýza zdravotnické dokumentace vybraných respondentů a to z důvodu dotvoření obrazu o respondentech. Rozhovor jsme provedly s osmi respondenty (5 žen a 3 muži), přičemž čtyři responsi byli přijati do hospice z domácího prostředí a čtyři respondenti z jiného zdravotnického zařízení. Pro dokreslení rozhovorů jsme použily i metodu pozorování během rozhovoru a poskytly nahlédnutí do vybraných anamnestických dat respondentů. Pro splnění výzkumného šetření jsme oslovily statutárního zástupce hospicového zařízení v Mostě a vyžádaly si jeho souhlas s výzkumným šetřením.

Na počátku rozhovoru jsme zjišťovaly prožitky nemocných před onemocněním a jakým způsobem jim byla sdělena nepříznivá zpráva. Domácí hospic Cesta domů a agentura Stem/Mark se společně zabývají výzkumem v paliativní péči a v určitém období vydávají ucelené výzkumné zprávy z jejich šetření. Výzkumná šetření se například uskutečnila v roce 2011, 2011 a 2015.

Ve výzkumném šetření je uvedeno, že špatnou zprávu o svém onemocnění si pacienti chtějí vyslechnout nejspíše sani (62 %), pouze face to face pacient a lékař. Což, ale rozporují zdravotníci. Ti se domnívají (v 85 %), že nemocný nechtějí být o svém

onemocnění pravdivě informováni. Zdravotníci se domnívají, že se jedná o téměř jednu pětinu nemocných. Důvodem k tomu, z jakého důvodu se zdravotníci takto vyjádřili, může být i to, že nemají dostatečný čas na rozhovor s pacientem a na zjišťování míry a rozsahu poskytnutých informací a to dle přání nemocného. Z pohledu pacientů z jiných zemí světa nebyly shledány významné rozdíly. I v jiných státech si nemocní přejí mluvit o své nepříznivé situaci a to v 90 %. (Domácí hospic Cesta domů, 2013). V našich rozhovorech s respondenty se v sedmi případech potvrdilo, že nepříznivá zpráva jim byla sdělena ve spěchu a často bez dostatku prostoru pro soukromí, pouze jeden respondent udával přesycení informacemi. Tyto informace nás vedou k zamyšlení, jak by bylo možné v praxi (akutní i ambulantní sféře) tuto situaci řešit. Neboť průměrný čas na sdělení nepříznivé zprávy má lékař v průměru 10 minut, ale potřeboval by zhruba 30 minut. (Domácí hospic Cesta domů, 2013).

Další problematikou na, kterou jsme se ve své práci zaměřily je léčba bolesti. Bolest je vždy pro nemocného nepříjemný prožitek, který je svázán s nelibými pocity. S bolestí velmi úzce souvisí strach, Strach je, ale dobře zvladatelný laskavým chováním personálu, které udávají všichni dotázaní respondenti.

V roce 2011 byli prezentovány výsledky projektu PARMA (Pain Relief Management), který byl zaměřen na monitoring bolesti u onkologicky nemocných pacientů. Do tohoto projektu bylo zapojeno v roce 2010 několik onkologických pracovišť, dotazníkové šetření bylo provedeno se 474 respondenty. Po vyhodnocení dotazníkového šetření vznikly zajímavé závěry:

„Až tři čtvrtiny onkologických pacientů, kteří jsou léčeni opioidy pro bazální bolest, trpí též průlomovou bolestí,

čtvrtina pacientů má intenzitu bazální bolesti v intervalu 5–10 na vizuální analogové škále (VAS), rozložení intenzity bazální bolesti je přitom stejné u pacientů s průlomovou bolestí i bez ní,

u pacientů s bazální bolestí o intenzitě  $\geq 5$  (25 % z celkového počtu pacientů) se ve srovnání s pacienty s bazální bolestí o intenzitě  $\leq 4$  (75 % z celkového počtu pacientů) průlomová bolest vyskytuje častěji (86 % vs. 71 %) a její intenzita je výrazně vyšší (v intervalu 9–10 na VAS),

silná průlomová bolest (VAS  $\geq 7$ ) se vyskytuje u 50 % pacientů s bazální bolestí o intenzitě  $\leq 4$  a 95 % pacientů s bazální bolestí o intenzitě  $\geq 5$ ,



67 % pacientů s průlomovou bolestí má nejméně jednu epizodu průlomové bolesti za den (nejčastější je výskyt 2–3 epizod/denně), u tří čtvrtin pacientů trvají epizody průlomové bolesti do 60 minut.“ (Sláma et al., 2011, 38 - 40).

Po analýze rozhovorů jsme též dospěly ke shodnému názoru, že průlomovou bolest pociťuje většina našich respondentů. Všichni respondenti mají znalost o této problematice, ví o intervencích k eliminaci průlomové bolesti a to přivoláním všeobecné sestry, která jim podá ordinovanou medikaci. Je – li bolest dobře zamedikována lékařem, poté hodnocení bolesti u našich respondentů se pohybovalo v rozmezí VAS 0 – 2.

Onkologicky nemocný v paliativní péči trpí často ztrátou chuti k jídlu, což potvrdili všichni naši respondenti. Nechuť k jídlu se postupně projeví u všech respondentů kachexií. Jak udává Trenzová: „výskyt nádorové anorexie a kachexie se objevuje v průměru 80 % “. Taktéž upozorňuje na situaci, že kvalita života může být pro onkologicky nemocné horší, pokud nebudou používat sipping. Respondenti našeho výzkumného šetření udávaly používání sippingu.

Limitem našeho výzkumného šetření mohla být malá zkušenost výzkumníka s kvalitativním šetřením, dále pracovní úvazek všeobecné sestry v zařízení, neboť mohlo dojít k ovlivnění výzkumníka životními příběhy nemocných, které mohly být sděleny ještě před započítím s výzkumným šetřením.

Zajímavou variantou nabízející se pro další výzkumné šetření je doplnění rozhovorů s onkologicky nemocnými o dotazník pro hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči – PNAP. A to z důvodu výraznějšího podpoření identifikace všech potřeb nemocných v paliativní péči.

## 11 VÝSTUP DO PRAXE

Splněním cílů práce jsme dospěly do stádia navrhnutí výstupu pro praxi. Tímto jsme podpořily možnost pomoci samotným pacientům při zorientování se v problematice ošetrovatelské péče v hospici. Vytvořily jsme informační mapu péče pro hospitalizované pacienty v hospicovém zařízení. Tuto informační mapu by při příjmu předala všeobecná sestra nemocnému. Ovšem za předpokladu, že nemocnému vše z této myšlenkové mapy trpělivě vysvětlí a nebude pro ni zátěží některé informace zopakovat. Tento materiál by měl mít nemocný po celou dobu hospitalizace u sebe, mohl by do něj kdykoliv nahlédnout sám nebo spolu s rodinou. Při správném používání informační myšlenkové mapy bude personálu odměnou spokojený pacient, který bude mít dostatek informací a nebude zbytečně vystaven stresovým situacím. (Příloha č. 5).

Další výstupem pro praxi je navrhnutí záznamu hodnocení bolesti pro všeobecnou sestru. Tento navrhnutý záznam by nahradil stávající používaný v hospici nyní. Pozitivní vlastností navrhnutého záznamu je větší přehlednost o bolesti nemocného pro všeobecné sestry i lékaře. K hodnocení bolesti by byla nadále používána vizuální analogová škála v rozmezí 0 – 10.

Stávající záznam bolesti (Příloha č. 6 )

Navrhnutý denní záznam bolesti (Příloha č. 7 ).

## 12 ZÁVĚR

V Předkládané diplomové práci jsme se věnovaly aktuálnímu tématu, které komplexně mapovalo léčbu bolesti v hospicovém zařízení, snažily jsme se o analýzu prožitků onkologicky nemocných za pomoci rozhovorů a následně interpretací v empirické části diplomové práce.

Za nejvíce palčivý problém se ukazuje nedostatek času lékaře při sdělování onkologické diagnózy a nedostatečné zvládnutí komunikačních technik lékařů a všeobecných sester v akutní péči. Domníváme se, že zlepšení této situace by bylo přínosem pro onkologicky nemocné, neboť by byl navázán důvěrnější vztah mezi zdravotníky a nemocnými již od samého počátku po sdělení nepříznivé zprávy.

Dále se domníváme, že hospicová péče dává onkologicky nemocným možnost na konci své životní cesty dostat spokojenému výrazu a úsměvu ve tváři i přes své onemocnění. Personál v těchto zařízeních musí být dobře proškolen v poskytování ošetrovatelské paliativní péče a chápat nemocné jako holistickou bytost se všemi potřebami a mít povšechné znalosti o fázích umírání dle Elizabeth Kübler – Rossové.

To výzkumné šetření splnilo svůj hlavní cíl, neboť všechny otázky v rozhovorech respondenti zodpověděli a jejich výpovědi byli poté důkladně analyzovány.

## POUŽITÁ LITERATURA

AADLAND, E., MATULAYOVÁ, T. et al. 2011. Etické reflexie v pomáhajúcich profesiách. Prešovská univerzita v Prešove, 2011, 192 s. , ISBN 978-80-555-0331-8.

ANDRÁŠIOVÁ, M. Oznamovanie nepriaznivých informácií v liečbe paliatívneho pacienta. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. 2009, 2(3), 118-120. ISSN 1337-6896.

BAILEY, B. Zácpa. In: O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliatívni péče pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, s. 130, 135. ISBN 80-247-1295-4.

BALOGOVIÁ, B. Ošetrovanie s úctou k dôstojnosti pacienta. Etika v ošetrovatel'stve. In NEMČEKOVÁ, M. et al. 2008. ISBN 978-80-8068-812-7.

BECK, S. L. Measuring nurses' impact on health care quality: progress, challenges, and future directions. *Medical Care*. 2013. Ročník 51, číslo 4, příloha 2, strany 15-22.

BRANTOVÁ, J. Léčba bolesti. *Paliatívni péče pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, s. 91-92. ISBN 80-247-1295-4.

BRAUN, LT. et al. Palliative Care and Cardiovascular Disease and Stroke: A Policy Statement From the American Heart Association/American Stroke Association. *Circulation*. 2016;134(11):e198–e225.

BUŽGOVIÁ, R. *Paliatívni péče v geriatricii*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2011. 101 s. ISBN 978-80-7368-835-6.

BUŽGOVIÁ, R. Paliatívni péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby hodnocení kvalita života. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5402-4.

BYOCK, I. Improving palliative care in intensive care units: Identifying strategies and interventions that work. In: *Journal of Critical Care Medicine* 2006; 11(34): 302–305.

CARR, E. C. Pain: a quality of care issue during patients' admission to hospital. *Journal of Advanced Nursing*. 2014. Ročník 70, číslo 6, s. 1391-1403.

CATLIN, A., CARTER, B. Creation of a Neonatal End-of-Life Palliative Care Protocol. In: *Journal of Perinatology* 2002; 22(3): 184-195, ISSN 0743-8346.

CENTENO-CORTES, C. et al. *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2013*. Milano: EAPC (European Association for Palliative Care); 2013. s. 283.

CLARK, D. Historie paliatívni péče, kulturní a genderové vlivy v jejím rozvoji. In: PAYNE, S. et al. *Principy a praxe paliatívni péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, s. 47-50. ISBN 978-80-87029-25-1.

CORNEROVÁ, J. Práce s těžkými symptomy. In: PAYNEOVÁ, S. , SEYMOUROVÁ, J. INGLETONOVÁ, CH. *Principy a praxe paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, s. 265-268. ISBN 978-80-87029-25-1.

DOBÁKOVÁ, P. Etické otázky umelej enterální výživy v paliativnej starostlivosti. *Paliat. med. liec. boles.*, 2015; 8(1e): e13–e15. ISSN 1339-4193.

DOBRÍKOVÁ-PORUBČANOVÁ, P. et al. 2005. *Nevyléčitelne chorí v súčasnosti*. 1. vyd. Trnava: Spolok svätého Vojtecha. 2005. 280 s. ISBN 80-162- 581-7.

Domáci hospic Cesta domů – umirani.cz. *Data z výroční zprávy. 2013*.

Dostupné prostřednictvím: <https://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2013.pdf>

FINS, J. *A palliative Ethics of Care. Clinical Wisdom and Life's End*. New York: Jones and Barlett publishers; 2006. s. 14-17.

GAWANDE, A. *Nežijeme věčně*. 1. vyd. Praha: Dokořán, 2016, 240 s. ISBN 978-80-7363-702-6

GRAHEK, N. *Feeling pain and being in pain*. 2nd ed. Cambridge: MIT Press, 2007. 181 s. ISBN 978-0-262-07283-0.

HAKL, M. et al. *Léčba bolesti; současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011, 231 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2473-0.

HAKL, M. *Zásady podávání analgetik*. *Prakt. lékáren*. 2013; 9(4–5): 173–176. Dostupné z: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2013/04/05.pdf>

FERRELL, B.R. et al. *Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update*. *J Clin Oncol* 2016; 35(1):96–112.

FRASER, L.K. et al. *Rising national prevalence of life-limiting conditions in children in England*. *Pediatrics*. 2012;129.4:e923-e929.

Hospice v ČR - asociacehospicu.cz. *Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče*. 2014. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/hospice-v-cr>.

Hospice v ČR - asociacehospicu.cz. *Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče*. 2010. Dostupné z : <http://asociacehospicu.cz/hospice-v-cr>

JAKUBÍKOVÁ, H., KLÍMOVÁ, E. *Zložitě bolestivé stavy u nevyléčitelne chorých*. In: *I. Česko-slovenská konference paliativní medicíny, konaná 12. 11. v Olomouci*. Olomouc: Regionální centrum, 2009, s. 13-14. ISBN 978-80-87327-20-3.

JANÁČKOVÁ, L. *Bolest a její zvládání*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 192 s. ISBN 978-80-7367-2.

JANICZEKOVÁ, E., RAPČÍKOVÁ, T. Špecifická ošetrovania chorých v paliatívnej starostlivosti. Paliatívna medicína a liečba bolesti – Supplement S2 | 2012; 5(S2). ISSN 1337-9917.

JARRETTOVÁ, N., MASLINOVÁ-PROTHEROVÁ, S. Komunikace, pacient a tým paliatívni péče. In: PAYNEOVÁ, S. , SEYMOUROVÁ, J., INGLETONOVÁ, CH. *Principy a praxe paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, s. 154-155. ISBN 978-80-87029-25-1.

KELNAROVÁ, J. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Litera, 2007. 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.

KLEMENTOVÁ, R. Jak umíme pracovat s bolestí v 21. století? *Sestra*. Brno: Klinika nemocí plicních a tuberkulózy, FN, 2010, 20 (7-8), 48-49. ISSN 1210- 0404.

KYSEL, O., JASENKOVÁ, M. Detská paliatívna starostlivosť na Slovensku. *Pediatr. prax*, 2018;19(1):22-26.

Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/f5686f3dde71b951f33c92220e6b138a.pdf>

LUCAS, L. R.: *Bioetika pre všetkých*. Trnava 2010. ISBN 978-80-7162-854-5.

MAGUROVÁ, D., RYBÁROVÁ, E., CIBRÍKOVÁ, S. 2007. Charta práv umierajúcich pacientov a etické princípy paliatívnej starostlivosti. In *Molisa 4*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva, 2007, s. 107-108, ISBN 978-80-8068-622-2.

MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.

MASARYKOVÁ, L. et al. Algoritmus výberu vhodného lieku na liečbu bolesti. *Aktuálna farmakoterapia. Prakt. lekár.*, 2016; 6(2): 46–51.

MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1.vyd. Prah.: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4

MORRISON, R.S. , SIU, A.L. A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture. *J Pain Symptom Manage*. 2000;19(4):240–248.

MROCEK, M. Základné princípy paliatívnej a hospicovej starostlivosti. Paliatívna medicína a liečba bolesti | 2017; 10(1-2e) | [www.solen.sk](http://www.solen.sk)

MUNZÁROVÁ, M. 2005. *Eutanázie, nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 108 s. ISBN 80-247-1025-0.

National Institute for Health and Care Excellence. End of Life Care for Infants, Children and Young People with Life-Limiting Conditions: Planning and Management. NICE Guideline, No. 61. London, UK: 2016;187-194.

NEMCOVÁ, J. Vybrané kapitoly z paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva. 2013. 77 s. ISBN 978-80-89544-52-3.

O'CONNOR, M., ARANDA, S.: Paliatívni péče. Praha 2005. ISBN 80-247-1295-4.

O'CONNOR, M. Přejchody a změny zdravotního stavu – od zdraví k nemoci, od nemoci k zdraví. In: PAYNEOVÁ, S. , SEYMOUROVÁ, J., INGLETONOVÁ, CH. *Principy a praxe paliatívni péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, s. 155-156. ISBN 978-80-87029-25-1.

OPAVSKÝ, J. *Bolest v ambulatní praxi: od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů*. Praha: Maxdorf 2011, s. 394. ISBN 978-80-7345-247-6.

PAZOVÁ, S. , SEYMOUROVÁ, J. Bolest. *Principy a praxe paliatívni péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, s. 276-277, 311-313. ISBN 978-80-87029-25-1.

PLEVOVÁ, I. et al. Ošetrovateľství II. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978- 80-247-35580.

POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovateľství*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovateľství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-440-2.

PROKOP, J. Specifika přístupu k pacientovi s paliatívni léčbou. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. [online]. 2009, 2(1), 20-23. ISSN 1337-6896.

Dostupné z: [http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=3791&magazine\\_id=13](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3791&magazine_id=13)

RADBRUCH, L., PAYENE, S. *Standardy a normy HOSPICOVÉ A PALIATIVNÍ PÉČE V EVROPĚ. Doporučení Evropské asociace pro paliatívni péči*. Praha: Cesta domů a Česká společnost paliatívni medicíny, 2010. 63 s.

RAYNER, L. et al. Antidepressants for the treatment of depression in palliative care: systematic review and meta-analysis. *Palliat Med*. 2011; 25(1):36–51.

ROKYTA, R., KRŠIAK, M., KOZÁK, J. Bolest. 1. Vyd. Praha: Tigris, 2006, 684 s. ISBN 80-235 00000-0-0.

SARAH, A. et al.: Quality of Care and Quality of Dying in Nursing Homes: Two Measurement Models. In: Journal of Palliative Medicine. New Rochelle 2012, vol. 15, č. 6, s. 690-695. ISSN 1557-7740.

SKÁLA, B. et al. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stadiu nemoci – Novelizace 2011*. Praha: Společnost všeobecného lékařství, 2011. ISBN 978-80-86998-51-0. Dostupné z: [http://www.svl.cz/Files/nastenka/page\\_4771/Version1/paliativni-pece-2011.pdf](http://www.svl.cz/Files/nastenka/page_4771/Version1/paliativni-pece-2011.pdf)

SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK J. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén 2007. ISBN 8072625055.

SLÁMA, O., LEJČKO, J., KOZÁK, J. et al. Epidemiologie a léčba průlomové bolesti u onkologicky nemocných pacientů v ČR – výsledky výzkumného projektu PARMA. *Bolest* [online]. 2011; 1: 38 – 40 [cit. 2. 5. 2019].

SLÍVA, J., DOLEŽAL, T. *Farmakoterapie bolesti*. Maxdorf, 2009, 62 s. *Farmakoterapie pro praxi*, Sv. 37. ISBN 978-807-3451-820.

SMOLEŇOVÁ, L., DÓCZEOVÁ, A. Možnosti a limity léčby terminálních chorých, *Geriatria* 2005; 3: 137–141.

SVATOŠOVÁ, M. 2001. *Hospic umenie sprevádzať*. Bratislava: Lúč, 155 s. ISBN 80-7114-335-9.

SVATOŠOVÁ, M. 2011. *Hospic. Umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské. 2011. 149 s. ISBN 978-80- 7195-580-1.

ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1 ( (brož.)

TEMEL, J.S. , et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010;363(8):733–742.

TENO, J.M. et al. Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *JAMA*. 2004;291(1):88–93.

TOMÍŠKA, M. Nauzea a zvracení. In: SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007, s. 115-117. ISBN 978-80-7262-505-5.

TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. 1. vyd. Editor Jiří Kozák. Praha: Portál, 2004, 352 s. ISBN 80-717-8826-0.

TRENZOVÁ, N. *Výživa při paliativní péči u onkologicky nemocných pacientů*. Diplomová práce 2015, s. 85 – 86. Dostupné prostřednictvím: [http://is.muni.cz/th/n05q5/DP\\_Trenzova\\_Nikola.pdf](http://is.muni.cz/th/n05q5/DP_Trenzova_Nikola.pdf) [cit. 28.5.2019]



VESELSKÁ, M. 2015. Aktuálne výzvy pre manažment hospicov na Slovensku. Proceedings from the 7th International Conference of Hospice and Palliative Care. European Association for Palliative Care, EAPC Onlus at Faculty of Health Care and Social Work, Trnava University Pazmaneum Hall Trnava, Slovakia on 16th May 2015. ISBN 978-80-7471-118-3.

VORLÍČEK, J., ADAM, Z. et al. Paliativní medicína. 2. přepr. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN8024702797.

World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care. <http://www.who.int>. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Accessed November 21, 2017.

ZRUBÁKOVÁ, K., MAJZELOVÁ, L. 2014. Realizácia paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti v ústavných zariadeniach. Zdravotnícke štúdie, ročník VII/2014, číslo 2. Vydavateľ: Verbum. ISSN 1337-723X. Dostupné z:

[http://www.ku.sk/images/dokumenty/fz/dokumenty/zdravotn%C3%ADcke\\_%C5%A1t%C3%BAdie/ZS\\_02\\_2014.pdf](http://www.ku.sk/images/dokumenty/fz/dokumenty/zdravotn%C3%ADcke_%C5%A1t%C3%BAdie/ZS_02_2014.pdf)

# SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1 – Rešerše

Příloha č. 2 – Souhlas s poskytnutím rozhovorů

Příloha č. 3 – Rozhovor pomocí návodu

Příloha č. 4 – Souhlas s výzkumným šetřením v zařízení

Příloha č. 5 – Myšlenková mapa pro pacienty

Příloha č. 6 – Používaný záznam hodnocení bolesti v hospici

Příloha č. 7 – Návrh nového denního záznamu bolesti pro zařízení

## **Příloha č.1 – Rešerše**

Rešeršní činnost

### **1. Vyhledávací kritéria**

- klíčová slova v českém jazyce: bolest, farmakoterapie, hospic, paliativní péče, potřeby onkologicky nemocných
- klíčová slova v anglickém jazyce: pain, pharmacotherapy, hospice, palliative care, needs of cancer patients
- období: 2013 až 2018

### **2. Použité databáze**

- EBSCO host
- Medline
- Medvik nalezeno 238 článků - vyřazeny byly duplicitní články
- Pro Quest
- Science direct

### **3. Pro tvorbu teoretických výhodisek diplomové práce bylo použito 25 vyhledaných článků**

- American Journal of hospice and Paliative Medicine: 4 články
- BMC Paliative Care: 1 článek
- Clinical Journal of Oncology Nursing: 1 článek
- Diagnza v ošetrovatelství:1 článek
- Journal of Clinical Nursing: 3 články
- Journal of Hospice § Palliative Nursing: 2 články
- Journal of Palliative Medicine: 4 články
- Nursing Older People: 1 článek
- Ošetrovatelství a porodní asistence: 1 článek
- Onkology Nursing Forum: 2 články
- Palliative Medicine: 3 články
- Psycho-Oncology: 2 články
- Sestra: 2 články
- Společnost pro studium a léčbu bolesti: 1 článek
- Zdravotnictví a medicína: 2 články

Dále bylo použito 5 webových stránek, které jsou uvedeny v seznamu literatury

## **Příloha č. 2 – Souhlas s rozhovorem**

### **SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ROZHOVORU**

Vážená paní / pane,

Obracím se na Vás s prosbou o poskytnutí rozhovoru. Váš rozhovor bude nahrán na diktafon a poté bude pořízen doslovný přepis. Tento přepis bude dále analyzován. Celý přepis bude anonymizován, tak, aby nebylo možné identifikovat poskytovatele rozhovoru. Některé doslovné citace mohou být v diplomové práci s názvem **Léčba bolesti v hospicovém zařízení** použity. Po zpracování závěrečné práce budou veškerá data odstraněna bezpečným způsobem.

V případě velmi citlivého tématu nemusíte odpovídat.

Rozhovor můžete kdykoliv ukončit bez udání důvodu.

Děkuji za spolupráci

Bc. Hanzlíková Jana

ZČU v Plzni, FZS

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

#### **Prohlášení účastníka rozhovoru:**

S rozhovorem souhlasím

Jméno a příjmení:

Podpis:

V Mostě, datum:

### Příloha č. 3 – Rozhovor pomocí návodu

#### ROZHOVOR POMOCÍ NÁVODU

ŽIVOTNÍ STYL	- stravování
	- kouření
	- sport
ONEMOCNĚNÍ	- reakce na sdělení dg.
	- způsob sdělení dg.
	- potřeby v té době
	- role sestry v té době
	- průběh onemocnění, (pohled pacienta)
	- příznaky onemocnění-co nejvíce nyní obtěžuje
BOLEST A JEJÍ ZVLÁDÁNÍ	- bolest v jiném ZZ/doma (hodnocení na škále 1-10)
	- pozitivní vlivy na vnímání bolesti
	- negativní vlivy na vnímání bolesti
	- znalost pojmu průlomová bolest
FYZIOLOGICKÉ POTŘEBY	- vliv bolesti/onemocnění na spánek
	- vliv bolesti/onemocnění na výživu, stravování
	- vliv bolesti/onemocnění na vyprazdňování (stolice)
	- přání pacienta v souvislosti s těmito potřebami
POTŘEBA BEZPEČÍ, KOMUNIKACE S PERSONÁLEM	- pocit jistoty a bezpečí v hospici
	- komunikace s personálem
	- spokojenost/nespokojenost
	- přání pacienta v souvislosti s těmito potřebami
PODPORA RODINY-SOCIÁLNÍ POTŘEBA, POTŘEBA SOUNÁLEŽITOSTI	- frekvence návštěv a blízkých
	- nejbližší vztah s kým z rodiny
	- využití společně stráveného času
	- využití volného času v hospici, aktivity
	- vztah s přáteli
	- vztah k ostatním pacientům
	- přání pacienta v souvislosti s těmito potřebami

RŮSTOVÉPOTŘEBY-ESTETIČNO	- vnímání potřeb estetických
	- přizpůsobení pokoje domácímu prostředí
	- nejoblíbenější předměty
	- přání pacienta v souvislosti s těmito potřebami
POTŘEBY ÚCTY A UZNÁNÍ	- profesní dráha
	- zájmy a koníčky před onemocněním
	- respekt ze strany personálu
	- respekt ze strany rodiny
	- respekt ze strany společnosti
	- sebeúcta
- přání pacienta v souvislosti s těmito potřebami	
SPIRITUALITA, SEBEREALIZACE	- spirituální potřeby, saturace ze strany personálu
	- obavy, strachy
	- smysl nemoci, léčby, existence
	- pochopení, porozumění nemoci
	- otevřenost, uzavřenost-o čem pacient mluví/nemluví
	- přání pacienta v souvislosti s těmito potřebami
PŘÁNÍ	- momentální přání, touhy
	- role sestry, význam péče sestry pro pacienta
	- přínos rozhovoru
	- prostor pro vyjádření se k již řečenému

#### **Příloha č. 4 – Souhlas s výzkumným šetřením v zařízení**

Hospic v Mostě o.p.s.

Svážná 1528

434 01 Most

#### **Věc: žádost o povolení výzkumného šetření**

Vážená paní ředitelko,


prosím o povolení výzkumného šetření ve Vašem zařízení. Jsem studentkou navazujícího magisterského studia oboru ošetrovatelská péče v chirurgických oborech, ZČU v Plzni, fakulty zdravotnických studií, katedry ošetrovatelství a porodní asistence. Ráda bych ve své diplomové práci s názvem Léčba bolesti v hospicovém zařízení využila sběru dat u osmi pacientů s onkologickým onemocněním pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Získané informace budou v diplomové práci použita zcela anonymně. Pokud projevíte zájem, výstupní data z výzkumného šetření Vám ráda poskytnu.

Děkuji předem za spolupráci



V Mostě 6. 4. 2018

  
Bc. Hanzlíková Jana

Výzkumné šetření povolují:  ANO  NE

  
Števicová Blanka, DiS.  
**HOSPIC V MOSTĚ**  
obecně prospěšná společnost  
Svážná 1528, 434 00 Most  
IČO: 254 19 561

## Příloha č. 5 – Myšlenková mapa pro pacienty

 <b>Hospic V MOSTĚ</b> <small>obecně prospěšná společnost</small>		<b>HOSPITALIZACE V ZAŘÍZENÍ</b> <b>HOSPIC V MOSTĚ o.p.s.</b>		 <b>FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ</b> ZÁPADOČESKÉ UNIVERZITY V PLZNI <i>10 let s Námí</i>	
<b>INFORMACE PRO VÁS.....co by Vás mohlo nejvíce zajímat</b> J. Hanzlíková, K. Ratislavová, Fakulta zdravotnických studií, Západočeská univerzita v Plzni					
<b>PŘÍJEM NA ODDĚLENÍ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* umístění na pokoj dle volné kapacity a zdravotního stavu (přízemí nebo první patro)</li> <li>* uložení do lůžka, úprava vhodné polohy</li> <li>* představení se personálu, k identifikaci personálu slouží jmenovky (obsahují název zařízení, jméno, příjmení a pracovní pozici zaměstnance)</li> </ul> <p><b>VŠEOBECNÁ SESTRA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* dotazem zjistí, zda máte nějaký akutní problém (zejména dotaz na bolest)</li> <li>* změří fyziologické funkce, sepiše ošetřovatelskou anamnézu</li> <li>* provede edukaci: - používání signalizačního zařízení               <ul style="list-style-type: none"> <li>- stravování (dieta vzhledem k Vašemu onemocnění)</li> <li>- použití postranic z důvodu Vaší bezpečnosti</li> </ul> </li> </ul> <p><b>OŠETEŘOVATELÉ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* zajistí dostatek vhodných tekutin dle Vašeho přání</li> <li>* pomohou Vám vybalit osobní věci</li> <li>* provedou napolohování v lůžku k zajištění prevence vzniku dekubitů</li> </ul> <p><b>LÉKAŘ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* provede Vám vyšetření a stanoví medikaci</li> </ul>				
<b>PÉČE V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE</b>	<p><b>SIGNALIZAČNÍ ZAŘÍZENÍ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* můžete využít kdykoliv během dne a noci, vždy se Vám někdo z personálu bude věnovat</li> <li>* nemusíte mít obavy, pokud signalizační zařízení použijete, personál se Vám bude rád věnovat</li> </ul> <p><b>POSTRANICE A OCHRANA POSTRANIC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* je velmi důležité, abyste byl/a, proto je někdy nutné je využít</li> <li>* postranice slouží k zabránění rizika pádu z lůžka</li> <li>* zdravotnický personál bude brát vždy brát ohled na Vaše přání a aktuální zdravotní stav</li> </ul> <p><b>STRAVOVÁNÍ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* probíhá dle diet s ohledem na Vaše onemocnění a Vaše přání</li> <li>* dále Vám bude nabídnut NUTRIDRINK, mléčný koktejl, který můžete používat jako vhodný doplněk stravy</li> </ul> <p><b>HYGIENICKÁ PÉČE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* každý den Vám bude provedena hygienická péče na lůžku</li> <li>* každý čtvrtý den bude provedena hygienická péče v koupelně ve vaně</li> <li>* hygienické a kosmetické přípravky můžete použít vlastní či používané zařízením</li> <li>* hygienická péče probíhá každý den během dopoledne, je možné se domluvit s personálem na jiný čas</li> <li>* pedikúra - jde komerční službu</li> </ul> <p><b>INKONTINENČNÍ POMŮCKY</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* dle zdravotního stavu používáme inkontenční kalhotky nebo pleny</li> <li>* velikost plen je určena dle Vaší konfekční velikosti</li> <li>* tyto pomůcky používáme vždy s Vaším souhlasem</li> </ul> <p><b>INVAZIVNÍ VSTUPY</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* používáme co nejméně</li> <li>* pokud ano, jedná se nejčastěji o permanentní močový katetr nebo periferní žilní kanylu, což je vstup pro infúzní terapii či podání kontinuální medikace a to přístupem subkutánně /pod kůži/</li> <li>* kontrolu těchto vstupů provádí všeobecná sestra dle platných standardů zařízení</li> </ul>				
<b>OSTATNÍ INFORMACE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* návštěvy jsou povoleny bez omezení, vstup do zařízení pro Vaše blízké je umožněn nejpozději do 21. hodin</li> <li>* Vaš blízký může být s Vámi i přes noc</li> <li>* návštěvy dětí jsou vítány</li> <li>* máte možnost vidět i své čtyřnohé miláčky</li> <li>* za cenné předměty a finanční hotovost neručíme</li> <li>* úklid Vašeho pokoje probíhá vždy mezi 9-11 hodinou</li> <li>* lékařská vizita probíhá v dopoledních hodinách za účasti lékaře, staniční a všeobecné sestry</li> <li>* vždy ve středu probíhá velká vizita</li> </ul>				



<p><b>PRO DOPROVÁZĚJÍCÍ OSOBY</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* informace o zdravotním stavu sděluje výhradně lékař osobně mezi 13-14 hodinou každý den</li> <li>* všeobecné sestry a ošetřovatelé nemají kompetence k podávání informací o zdravotním stavu</li> <li>* oš. personál sděluje informace pouze v rámci svých kompetencí /stravování, hygienická péče/</li> <li>* do zařízení nemohou být z bezpečnostních důvodů vpuštěny osoby v podnapilém stavu či pod vlivem omamných látek, k řešení této situace bude přivolána MĚSTSKÁ POLICIE</li> </ul>
<p><b>AKTIVITY/ VOLNÝ ČAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* při příznivém počasí lze využít terasu</li> <li>* aktivity zveřejňujeme na nástěnce v prvním patře a informace Vám vždy podá personál</li> </ul>
<p><b>SPIRITUÁLNÍ PÉČE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* možno využít spirituální péči a to individuálně nebo při konané bohoslužbě</li> <li>* svůj zájem sdělte prosím oš. personálu nebo sociální pracovníci</li> </ul>

**Příloha č. 6 – Používaný záznam hodnocení bolesti v hospici**

**DENNÍ ZÁZNAM BOLESTI**

**List č.**

**Hospic v Mostě o.p.s.**

**Jméno a příjmení .....**

**Rodné číslo .....**

**Pojišťovna .....**

**Návod:** zaznamenejte intenzitu bolesti číslem v příslušné kolonce 0 až 10.

Týden od - do	Ráno	Poledne	Večer	Noc	Efekt tišení bolesti	Spánek	Podpis sestry
Pondělí							
Úterý							
Středa							
Čtvrtek							
Pátek							
Sobota							
Neděle							

Týden od - do	Ráno	Poledne	Večer	Noc	Efekt tišení bolesti	Spánek	Podpis sestry
Pondělí							
Úterý							
Středa							
Čtvrtek							
Pátek							
Sobota							
Neděle							

Zdroj: Hospic v Mostě o.p.s.

