

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2025

Aneta Vyskočilová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Potřeby a přání pacientů v paliativní péči
Aneta Vyskočilová

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Potřeby a přání pacientů v paliativní péči jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách

a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 29. 4. 2025

Aneta Vyskočilová v.r.

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Aneta Vyskočilová**
Osobní číslo: **Z22218**
Studijní program: **B0913P360004 Všeobecné ošetřovatelství**
Téma práce: **Potřeby a přání pacientů v paliativní péči**
Téma práce anglicky: **Needs and wishes of the patients in palliative care**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Grada, 2015. ISBN 978-80-247-9037-4. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/paliativni-pece-ve-zdravotnickych-zarizenich-1275/>.
- CHRASTINA, Jan. *Případová studie – metoda kvalitativní výzkumné strategie a designování výzkumu*. Monografie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2019. ISBN 978-80-244-5373-6.
- KALA, Miroslav a DORKOVÁ, Zlatica. *Paliativní a hospicová péče: studijní opora pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2017. ISBN 978-80-7454-668-6. Dostupné také z: <http://digilib.k.utb.cz/handle/10563/41526>.
- KNAPOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelský proces a potřeby člověka*. Online. 2019. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/499/page00.html>. [cit. 2025-02-01].
- KNAPOVÁ, Jaroslava. *Paliativní péče*. Online. 2019. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/484/page01.html>. [cit. 2024-11-20].
- KRÁTKÁ, Anna. *Hodnoty a potřeby člověka v ošetrovatelské praxi: studijní texty*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2018. ISBN 978-80-7454-764-5. Dostupné také z: <https://digilib.k.utb.cz/handle/10563/43691>.
- NOVOTNÁ, Ivana. *Jak reaguje naše psychika i celá společnost aneb 5 fází smutku*. [online]. Alfabet. 2020. © 2010-2024 Alfa Human Service. ISSN 2336-7555. Dostupné z: <https://www.alfabet.cz/covid-a-my/cim-prochazi-nase-psychika-i-cela-spolecnost-aneb-5-fazi-smutku/>. [cit. 2024-08-13].

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jan Doležal**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2023**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2025**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 17. března 2025

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce za odborné vedení, cenné rady a trpělivost, které mi poskytl při zpracování tohoto tématu. Velké poděkování patří také mým přátelům a rodině za jejich nekonečnou podporu, víru ve mne a za trpělivost, kterou mi věnovali po celou dobu mého studia.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskými potřebami pacientů v paliativní péči, zejména těch s onkologickým onemocněním. Teoretická část se věnuje principům paliativní péče, jejím formám, etickým aspektům a významu komunikace s pacientem i rodinou. Praktická část analyzuje pět kazuistik pacientů v péči mobilního hospice a identifikuje jejich nejčastější ošetrovatelské problémy pomocí klasifikace NANDA-I. Cílem práce je poukázat na důležitost individualizovaného přístupu a komplexní podpory pacienta v závěrečné fázi života.

KLÍČOVÁ SLOVA

Paliativní péče, mobilní hospic, kazuistiky, potřeby

TITLE

Needs and wishes of the patients in palliative care

ANNOTATION

This bachelor thesis focuses on the nursing needs of patients receiving palliative care, particularly those with oncological diseases. The theoretical part describes the principles and forms of palliative care, including ethical aspects and the importance of communication with patients and their families. The practical part analyses five case studies of patients under the care of a mobile hospice and identifies their most common nursing problems using the NANDA-I classification. The aim of the thesis is to emphasize the importance of individualized care and comprehensive support in the final phase of life.

KEYWORDS

Palliative care, Mobile hospice, Case studies, Needs

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK	10
SEZNAM ZKRAZEK A ZNAČEK	11
ÚVOD	13
1 CÍLE A METODY PRÁCE.....	14
1.1 Metody k dosažení cíle	14
2 TEORETICKÁ ČÁST	15
2.1 Definice paliativní péče	15
2.2 Dělení paliativní péče	16
2.2.1 Obecná paliativní péče.....	16
2.2.2 Specializovaná paliativní péče.....	16
2.3 Hospicová péče	17
2.3.1 Vývojhospicové péče v ČR.....	17
2.4 Smíření se s onemocněním	18
2.4.1 Negace - popírání.....	18
2.4.2 Agrese - hněv	18
2.4.3 Smlouvání - vyjednávání	18
2.4.4 Deprese – smutek.....	19
2.4.5 Smíření - souhlas	19
2.5 Umírání a její fáze.....	21
2.5.1. Umírání	21
2.5.2 Pre finem.....	21
2.5.3 In finem.....	22
2.5.4 Post finem	22
2.6 Paliativní péče a pacient/klient	23
2.6.1 Potřeby	23
2.6.2 Symptomy.....	25

2.6.3 Kvalita života.....	26
2.6.4 Psychosociální a spirituální potřeby pacientů.....	27
2.6.5 Podpora rodiny a blízkých	28
2.6.6 Komunikace	29
2.7 Etické a právní aspekty paliativní péče.....	31
2.7.1 Etické aspekty paliativní péče.....	31
3 PRAKTICKÁ ČÁST	32
3.1 Hlavní cíl.....	32
3.2 Dílčí cíle.....	32
3.3 Metodika výzkumné (praktické) části.....	32
3.4 Přípravná fáze	32
3.5 Definování souboru respondentů	33
4 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT.....	34
4.1 Kazuistika č. 1 – pacientka A	34
4.2. Kazuistika č. 2 - pacient B	47
4.3 Kazuistika č. 3 - pacientka C	58
4.4 Kazuistika č. 4 - pacientka D	71
4.5 Kazuistika č.5 - pacient E	83
5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ	92
5.1 Nejčastější aktuální diagnózy	92
5.2 Nejčastější potencionální diagnózy	94
6 DISKUZE	95
7 ZÁVĚR.....	102
8 POUŽITÁ LITERATURA	103

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Tabulka 1 - Fáze dle Kübler – Rossové (PAAROVÁ, Fáze podle Kübler-Rossové, 2008) ...	19
Obrázek 1 - Maslowova pyramida potřeb (Český královský institut, 2023)	24

SEZNAM ZKRAZEK A ZNAČEK

ČR	Česká republika
FZS	Fakulta zdravotnických studií
NPK	Nemocnice Pardubického kraje, a.s.
UPCE	Univerzita Pardubice
ADL	Activities of Daily Living (activity denního života)
BMI	Body Mass Index (Index tělesné hmotnosti)
CT	Computed Tomography (počítačová tomografie)
CŽK	Centrální žilní katétr
DHP	Domácí hospicová péče
EKR	Elisabeth Kübler-Ross
ERCP	Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie
ESAS	Edmonton Symptom Assessment Scale (Edmontonská škála hodnocení symptomů)
ESPERO	Edukační program pro sestry v paliativní péči
FZS	Fakulta zdravotnických studií
IPOS	Integrated Palliative Outcome Scale (Integrovaná škála výsledků paliativní péče)
KPR	Kardiopulmonální resuscitace
MRI	Magnetic Resonance Imaging (magnetická rezonance)
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association (Severoamerická asociace pro ošetrovatelské diagnózy)

NECPAL	Název dotazníku NECPAL CCOMS-ICO
OPP	Oddělení paliativní péče
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
PICC	Periferně zavedený centrální katétr
RTG	Rentgen
SOS	Podle potřeby“ medikace
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

ÚVOD

Paliativní péče je specializovaná forma zdravotní péče, která je určena pacientů s pokročilým, život ohrožujícím onemocněním. Jejím hlavním cílem není léčba nemoci samotné, ale zmírnění utrpení a zajištění, co nejvyšší možné kvality života jak pro pacienty, tak pro jejich blízké. Tento přístup zahrnuje nejen léčbu bolesti a dalších tělesných symptomů, ale také podporu psychickou, sociální i spirituální (Sláma, O. et al., 2022). V kontextu rostoucího počtu chronicky nemocných pacientů v České republice nabývá paliativní péče na stále větším významu (Přecechtěl, Hlustíková, 2025)

Tato bakalářská práce si klade za cíl porozumět tomu, co pacienti v paliativní péči skutečně potřebují. Využívá k tomu metodu kazuistik pěti pacientů, kteří byli v péči mobilního hospice, a jejichž situace byly podrobně zmapovány. Hlavním cílem práce je identifikace klíčových ošetrovatelských problémů pomocí klasifikace NANDA-I, a to s důrazem na vnímání potřeb a přání pacientů. Práce se dále zaměřuje na to, jak závažné onemocnění ovlivňuje každodenní fungování, schopnost vykonávat běžné činnosti a jakou roli hrají v tomto procesu mezilidské a rodinné vztahy. Nezastupitelnou složkou zkoumání je také míra spolupráce pečujících osob se zdravotnickým personálem a jejich ochota podílet se na péči.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

Teoretický cíl:

Rešerše odborné literatury poskytující teoretický základ pro praktickou část.

Průzkumný cíl:

Zjistit ošetrovatelské potřeby pacientů s onkologickým onemocněním prostřednictvím kazuistik s cílem identifikovat hlavní problémy pacienta, potřeby za pomoci ošetrovatelských diagnóz.

Dílčí cíl:

Zjistit, jaký dopad má závažné onemocnění na mezilidské a rodinné vztahy pacienta.

Zjistit, jak onemocnění ovlivnilo pacienty ve vykonávání denních aktivit.

1.1 Metody k dosažení cíle

V teoretické části byla použita metoda analýzy odborné literatury zaměřené na problematiku paliativní péče, která vytvořila základ pro praktickou část práce. Praktická část byla realizována formou kvalitativního výzkumu prostřednictvím kazuistik pěti pacientů, jimž byla poskytována mobilní paliativní péče. Data byla získávána analýzou zdravotnické dokumentace, pozorováním a rozhovory. Tematická propojenost obou částí spočívá v aplikaci teoretických poznatků na konkrétní případy a jejich zhodnocení pomocí klasifikace ošetrovatelských diagnóz NANDA-I.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Definice paliativní péče

Paliativní péče je multidisciplinární obor specializující se na zvýšení kvality života nejen pacientů v jakékoli věkové kategorii ale i rodin, kteří bojují s život ohrožujícím onemocněním v pokročilém či konečném stádiu. Tato péče má za cíl předcházet komplikacím spojené s onemocněním. Proto je důležité tyto problémy časně zaznamenat, rozpoznat a řešit (Sláma, O. et al., 2022, s. 21).

V roce 1990 Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala paliativní péči jako komplexní péči zaměřenou na pacienty s nevléčitelnými onemocněními, pro něž kurativní léčba již není možná (Knapová, 2019).

Toto tvrzení již není aktuální, neboť moderní přístup k paliativní péči doporučuje její zahájení okamžitě po stanovení diagnózy, a to paralelně s kurativní léčbou. Paliativní péče by měla být pacientovi nabídnuta co nejdříve, aby ji mohl využívat kdykoli během průběhu nemoci. I když ji pacient a jeho rodina na počátku mohou využívat minimálně, jak se nemoc vyvíjí, stane se nedílnou součástí komplexní péče, která reaguje na měnící se potřeby pacienta a jeho blízkých (WHO, 2020).

Stejně jako každý člověk má právo na poskytnutí zdravotní péče dle zákona č. 48/1997 Sb., tak dle Charty práv umírajících, vycházející z Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999, má každý nemocný s život ohrožujícím onemocněním právo na poskytnutí kvalitní paliativní péče.

2.2 Dělení paliativní péče

Paliativní péče se dělí na obecnou a specializovanou, přičemž obě formy se zaměřují na zlepšení kvality života pacientů s nevléčitelnými chorobami a jejich rodin. Toto dělení umožňuje přizpůsobení péče individuálním potřebám pacientů v různých stádiích jejich onemocnění (Sláma, O. et al., 2022).

2.2.1 Obecná paliativní péče

Obecná paliativní péče je základní forma paliativní péče poskytována zdravotníky napříč různými obory. Je zaměřena na zmírnění utrpení pacientů nebo jejich rodin a udržení maximální spokojenosti a pohodlí pacienta nejen po fyzické, ale i psychické a sociální stránce. Obecnou paliativní péči mohou poskytovat lékaři, sestry a další zdravotníci, kteří nemusí mít specializaci v paliativní péči (Sláma, O. et al., 2022). Tento typ péče není určen pouze pro pacienty s chronickými nevléčitelnými onemocněními, ale může být poskytován také u nemocných, kteří čelí akutní, léčebně nezvládnutelné chorobě, například v rámci péče na anesteziologicko-resuscitačních odděleních (Kala, Dorková, 2024, s. 13).

2.2.2 Specializovaná paliativní péče

Typ péče o pacienty s komplexnějšími potřebami péče, kterou poskytuje personál, který se přímo zaměřuje a specializuje na paliativní péči. Paliativní tým tvoří nejen lékaři a sestry, ale také fyzioterapeuti, psychologové, sociální pracovníci a mnoho dalších pracovníků (Kiss, I. et al., 2024, s. 316). Přejít mezi obecnou a specializovanou péčí by měl být plynulý (Sláma, et al., 2022, s. 26), o této změně rozhoduje ošetřující lékař. Je nutné, aby vyhodnotil pacientovi tělesné, psychické i sociální obtíže a na základě těch vyhodnotil, zda stav vyžaduje konziliární vyšetření nebo přímo změnu typu péče (Ambrožová, J. et al., 2019, s. 9). Specializovanou paliativní péči je možné poskytovat v několika organizačních formách.

- Ambulance paliativní medicíny
- Konziliární tým paliativní péče v nemocnici
- Mobilní specializovaná paliativní péče
- Lůžkový hospic
- Oddělení paliativní péče (OPP) (Sláma, O. et al., 2022, s. 21)

2.3 Hospicová péče

Hospicová péče spadá do specializované paliativní péče. Je určena pro pacienty v terminální stádiu života (Péče.cz, n.d.). Česká legislativa neposkytuje přesné časové vymezení pro trvání terminálního stádia, což ponechává interpretaci tohoto období otevřenou a závislou na odborném posouzení zdravotnických pracovníků (Světláková, Kabelka, 2022, s. 324).

První zmínky o hospicích se datují již do středověku, kdy tato zařízení vznikala podél hlavních poutních tras, aby pomohla poutníkům směřujícím na náboženské poutě, například do Palestiny, Říma a mnoha dalších míst. Tyto poutě byly fyzicky i psychicky velmi náročné, a hospice, označované také jako "domy odpočinku," poskytovaly poutníkům přístřeší, stravu, lékařskou péči a prostor k načerpání sil. Tyto instituce se staly předobrazem moderní hospicové péče. Tyto místa postupně zanikla z důvodu malého množství poutníků (Kupka, M. et. al., 2024, s. 37). Hospicová péče, tak jak ji známe dnes, má své kořeny v polovině 20. století, kdy se začala formovat nová koncepce péče o umírající pacienty. Klíčovou postavou v rozvoji moderní hospicové péče byla Cicely Saundersová, britská lékařka a sociální pracovnice, která se zaměřila na zlepšení života lidí v terminálním stádiu. V roce 1967 založila Hospic sv. Kryštofa v Londýně, což byl první moderní hospic, který kombinoval léčbu bolesti, psychologickou podporu a péči o rodiny pacientů. Tento hospic se stal vzorem pro podobné zařízení po celém světě a položil základy pro rozvoj paliativní péče, která dnes zahrnuje jak nemocniční, tak domácí formy péče zaměřené na kvalitu života pacientů a zmírnění jejich utrpení (Světláková, Kabelka, 2022; s. 323, Sláma, Vafková, 2020).

2.3.1 Vývoj hospicové péče v ČR

V roce 1995 byl v České republice založen první hospic, nazvaný Hospic Anežky České, v Červeném Kostelci. Zakladatelkou tohoto zařízení byla MUDr. Marie Svatošová, která sehrála klíčovou roli v rozvoji hospicové péče v České republice. Od té doby došlo k výraznému rozvoji tohoto odvětví a k zakládání dalších kvalifikovaných zařízení (Hospicknizetevaclava.cz, n.d.).

Celkově v České republice funguje 19 lůžkových hospiců, jejichž kapacita se mezi lety 2010 a 2022 téměř zdvojnásobila z 284 na 544 lůžek. Mobilní hospicová péče je zajišťována prostřednictvím desítek organizací, které pokrývají většinu regionů, ačkoli některé oblasti stále zůstávají bez dostatečné dostupnosti této služby (Přecechtěl, Hlušítková, 2025).

2.4 Smíření se s onemocněním

Vyrovňávání se se ztrátou, náročným onemocněním, vážnou diagnózou či blížící se smrtí představuje pro daného jedince psychicky i emocionálně náročnou situaci. Jedná se o zásadní životní změnu, na kterou každý člověk reaguje individuálně (Kupka, M. et al., 2024, s. 123). Švýcarsko-americká psychiatrička Elisabeth Kübler- Rossová definovala pět fází smutku nebo pět fází umírání. Tento model popisuje reakce a procesy smíření se s nemocí či ztrátou. A napomáhá nám porozumět chování těchto jedinců, kteří si tímto obdobím procházejí (EKR FAMILY LIMITED PARTNERSHIP n.d)

2.4.1 Negace - popírání

Fáze popření je prvním krokem v procesu smíření se s vážnou diagnózou. V této fázi pacient odmítá a nepřipouští si realitu diagnózy (Kübler - Ross, 1969, s. 15-18). Mnohdy se nemocný může chovat jako plně zdravý a ignorovat vážnost diagnózy či situace (Kupka, et. al., 2024, s. 123). Tento proces slouží také jako obranný mechanismus, kdy popření dává prostor pacientovi se vyrovnat se šokem a emocemi (Kübler - Ross, 1969).

2.4.2 Agrese - hněv

Během této fáze může pacient prožívat intenzivní pocity vzteku a frustrace nejen k nemoci samotné, ale i vůči svému okolí. Pacienta v tomto období mohou rozhněvat úplné banální až pro nás směšné věci (Kupka, M. et. al., 2024, s. 124). Může se objevovat obviňování blízkých, zdravotního personálu nebo dokonce širšího okolí. Takové projevy jsou přirozené, protože pacient často hledá viníka či příčinu svého onemocnění, což je běžná reakce na stres a snaha vyrovnat se s pocitem nespravedlnosti (Kübler - Ross, 1969).

2.4.3 Smlouvání - vyjednávání

Ve fázi smlouvání se pacient snaží převzít určitou kontrolu nad situací a hledá způsoby, jak ovlivnit průběh nemoci. Tento proces zahrnuje vnitřní dialogy nebo modlitby, při nichž pacient prosí o zlepšení svého stavu, výměnou za určité změny v chování. Polepšení se nebo dodržování léčby a mnoho dalších. Tyto výroky představují obranný mechanismus, jehož prostřednictvím se pacient pokouší vyrovnat se s vážností své diagnózy. Podvědomě si začíná uvědomovat realitu nemoci, ale ještě se s ní plně nesmířil. Fáze smlouvání poskytuje a prostor pro emocionální adaptaci a pro pacientovu naději, která je v této fázi klíčová (Kübler - Ross, 1969).

2.4.4 Deprese – smutek

Toto období bývá charakterizováno introspekci a uzavřením se do sebe. Emoce jako smutek, bezmoc a strach z budoucnosti jsou často doprovázeny fyzickými projevy, včetně únavy, ztráty chuti k jídlu nebo nespavosti. Pacienti mohou také ztrácet zájem o každodenní činnosti, které jim dříve přinášeli radost a začít se izolovat od svého okolí. Empatie, trpělivost a podpora jsou v této fázi nezbytné (Kübler - Ross, 1969).

2.4.5 Smíření - souhlas

Smíření je obdobím hluboké introspekce, během kterého dochází k přehodnocení životních priorit. Tato fáze se obvykle dostavuje postupně, kdy pacient dosahuje vnitřního klidu a přijímá svou situaci. Jedinci v této fázi často nacházejí smysl v drobných radostech každodenního života a snaží se uzavřít nevyřešené záležitosti či vztahy. Smíření nepředstavuje rezignaci, ale spíše stav, kdy pacient překonává strach a přijímá přítomný okamžik takový, jaký je (Kübler - Ross, 1969). Přehled jednotlivých fází podle Kübler-Rossové a doporučené postupy při práci s pacienty jsou uvedeny v Tabulce 1.

Tabulka 1 - Fáze dle Kübler – Rossové (PAAROVÁ, Fáze podle Kübler-Rossové, 2008)

Fáze	Projevy	Co s tím
Negace Šok, popírání	„Ne, já ne, pro mne to neplatí. To není možné.“ „To je určitě omyl.“ „Zaměnili výsledky.“	Navázat kontakt, získat důvěru.
Agrese Hněv, Vzpoura	„Proč zrovna já?“ „Či je to vina?“ „Vždyť mi nic nebylo.“ Zlost na zdravotníky. Zlost na zdravé lidi. Vyčítá nespravedlnost apod.	Dovolit odreagování, nepohoršovat se.
Smlouvání Vyjednávání	Hledání zázračných léků, léčitelů a diet, pověr. Ochoten zaplatit cokoliv. Činí velké sliby	Maximální trpělivost, ale pozor na podvodníky.
Deprese Smutek	Smutek z utrpěné ztráty. Smutek z hrozící ztráty. Strach z účtování. Strach o zajištění rodiny.	Trpělivě naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení (zajištění rodiny apod.).
Smíření Souhlas	Vyrovnaní, pokora, skončil boj, je čas loučení. „Dokonáno jest.“ „Do Tvých rukou...“	Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utřít slzu. Pozor – rodina možná potřebuje pomoc více než pacient.

Smutek a truchlení jsou hluboce osobní a obtížně uchopitelné procesy. Každý člověk je prožívá odlišně, a proto nelze předpokládat, že jednotlivé fáze proběhnou ve stanoveném pořadí. Tyto fáze se mohou vzájemně překrývat nebo probíhat současně (Novotná, 2020). Ve všech fázích, kdy se nemocný smiřuje se svým onemocněním, navíc často přetrvává naděje na zlepšení zdravotního stavu. Mohou také nastat období, kdy se tato naděje promění v smutek či beznaděj, nebo dokonce zcela vymizí. Pokud k tomu dojde, může to být předzvěstí blížícího se konce. Je však také možné, že pacient zemře dříve, než stihne projít všemi fázemi, které jsou obvykle součástí procesu smiřování (Kupka, M. et al., 2024, s. 125).

Jelikož je každý jedinec jedinečný, je důležité k němu přistupovat individuálně (Nykl, 2012, s. 139).

2.5 Umírání a její fáze

Umírání a smrt jsou neoddělitelnou součástí lidského života. Smrt tu vždy byla a bude – pro některé přichází dříve, pro jiné později. Mladí lidé si často tuto skutečnost nepřipouštějí, ignorují ji a žijí, jako by se jich smrt netýkala. Na druhou stranu jsou mladí lidé, kteří kvůli chronickému onemocnění, úmrtí blízké osoby či vrstevníka získali s umíráním osobní zkušenost (Kupka, M. et al., 2024, s. 19). Paliativní péče vnímá smrt jako přirozenou součást lidského života a jejím cílem není ani prodlužovat, ani zkracovat čas, který má člověk na tomto světě (Švecová, 2025).

2.5.1. Umírání

Umírání je přechodnou fází mezi životem a smrtí (Elisabeth Kübler-Ross, 1969). Tento proces je také označován jako terminální stav, který se vyznačuje postupným a nezvratným zhoršováním životně důležitých funkcí, vedoucím ke konečnému zániku organismu. Umírání je komplexní proces, který lze rozdělit do tří časových období, přičemž jeho délka se může výrazně lišit v závislosti na konkrétní situaci a zdravotním stavu jednotlivce (Kupka, M. et al., 2024, s. 133).

2.5.2 Pre finem

Pokud pacient trpí závažným onemocněním, u něhož je vysoce pravděpodobné, že povede k jeho úmrtí, lze za začátek období pre finem považovat moment, kdy je pacientovi nebo jeho blízkým sděleno, že jeho stav je nezvratný a že dříve či později na toto onemocnění zemře. Toto sdělení často představuje zásadní bod nejen v medicínské péči, ale také v psychologickém a emocionálním prožívání pacienta i jeho rodiny. Období pre finem může trvat různě dlouhou dobu v závislosti na charakteru onemocnění a individuální reakci pacienta. U některých nemocí, jako jsou pokročilé onkologické diagnózy nebo neurodegenerativní onemocnění, může jít o týdny až měsíce. U jiných, jako je selhání životně důležitých orgánů, může být toto období kratší. V této fázi se mění i cíle péče – místo kurativní léčby se klade důraz na kontrolu symptomů, udržení důstojnosti a kvality života (Kupka, M. et al., 2024, s. 133 – 137; Stuchlíková, 2020).

Toto období je provázeno mnoha ztrátami a zásadními změnami, které se dotýkají nejen zdravotního stavu pacienta, ale i jeho sociálního a ekonomického života. Nemoc často ovlivňuje schopnost pracovat, mění dynamiku v rodině a může přinést i finanční nejistotu. Nezřídka se stává, že se někteří blízcí namísto podpory od pacienta odkloní, ať už ze strachu,

bezmoci nebo nedostatku porozumění situaci. O to důležitější je zajistit pacientovi nejen kvalitní zdravotní péči, ale také psychickou a sociální podporu, která mu pomůže vyrovnat se s těmito změnami a nezůstat v těžké situaci osamocen (Kupka, M. et al., 2024, s. 133 – 137).

2.5.3 In finem

Tato fáze je fáze zlomu, kdy je již znatelné, že se pacientův odchod se blíží. Objevuje se mnoho změn, mezi fyzické patří slábnoucí pulz, studené končetiny, pocení, slábnutí, nepravidelné dýchání. Také v této fázi pacienti mohou prožít tzv. Euforii. Jedná o jev, kdy se pacientův stav zlepší. Tento stav se zpravidla objevuje pár dní před smrtí. Pacient může být aktivní, je plný energie a mnohdy může mít pacient různé prosby a žádosti. (Kupka, M. et al., 2024, s. 133 – 137; Hromádková a Jungbauerová, 2020, s. 4).

Po fázi euforie následuje stav, který se nazývá smrtelné kóma. Pacient v tomto stavu již nedokáže nijak reagovat na podněty ze svého okolí (personál, rodina). Ale to neznamená, že pacient neslyší. Proto je důležité podpořit blízké, aby na pacienta hovořili (Kupka, M. et al., 2024, s. 133 – 137; Hromádková a Jungbauerová, 2020, s. 4).

2.5.4 Post finem

Jedná se o období, kdy pacient nevykazuje již žádné známky života. Pečujeme nejen zemřelé tělo pacienta, ale také o pozůstalé. Toto období je pro rodinu a blízké pacienta jedno z nejtěžších. Je velice důležité je podpořit a umožnit rodině, aby se zemřelým řádně rozloučili, dát pozůstalým prostor truchlit (Kupka, M. et al., 2024, s. 142-144).

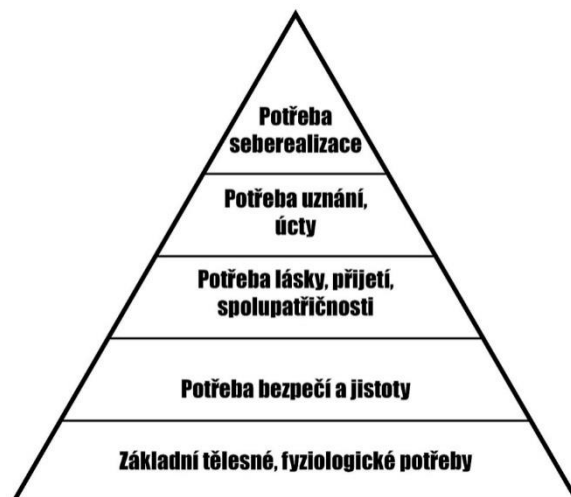
2.6 Paliativní péče a pacient/klient

Paliativní péče se zaměřuje na poskytování komplexní podpory pacientům s nevyлéčitelnými onemocněními a jejich rodinám. Jejím cílem není pouze zmírnění fyzického utrpení, ale také podpora psychické pohody, sociálního zázemí a spirituálních potřeb pacienta. Přístup k péči musí být individuální a reflektovat jedinečné potřeby každého pacienta či klienta (Sláma, O. et al., 2022). V této kapitole budou rozebrány klíčové aspekty paliativní péče, včetně specifických potřeb pacientů, symptomů, které ovlivňují jejich komfort, etických dilemat spojených s rozhodováním o péči a významu kvality života v závěrečných fázích života

2.6.1 Potřeby

Každý člověk, ať už zdravý nebo nemocný, má určité biologické, psychické a sociální potřeby. Pokud dojde k jejich nedostatku nebo nadbytku, vzniká nerovnováha, která vede k odchylce od optimálního fungování. Tento stav se pak projevuje jako potřeba, kterou je nutné uspokojit. Projevy potřeb jsou velice důležité, jelikož zde hrají zásadní roli v lidském chování a jejich pochopení nám umožňuje co nejlépe porozumět danému jednotlivci. Právě jedním z hlavních úkolů ošetřujícího personálu je aktivně vyhledávat, posuzovat a systematicky naplňovat potřeby pacientů a jejich rodin (Krátká, 2018, s. 14; Knapová, 2019). Také se dá potřeba definovat jako *“stav nedostatku něčeho co je nevyhnutelné pro organismus nebo pro osobnost”* (Bužgová, 2015) *“Každý člověk pociťuje potřeby, ať tělesné, ať duševní různého druhu a stupně, z nichž některé mohou býti k samé životní existenci nezbytně nutné (potřeby existenční), kdežto jiné vyskytují se teprve na vyšších stupních společenského a osvětového vývoje (potřeby kulturní)”* (Horáček, 1901, dle Baštecká, Mach, et al., 2015, s. 432).

Jedním z hlavních představitelů zabývajících se potřebami člověka je Abraham Maslow. Ten vytvořil tzv. Hierarchickou teorii potřeb. Přehled základních a vyšších lidských potřeb podle Maslowovy teorie znázorňuje obrázek 1.



Obrázek 1 - Maslowova pyramida potřeb (Český královský institut, 2023)

Potřeby v této hierarchii lze rozdělit na nižší a vyšší. Mezi nižší potřeby patří základní fyziologické potřeby a potřeba bezpečí (Bužgová, 2015). Patří sem potřeba lásky a sounáležitosti, která zahrnuje touhu po přijetí a mezilidských vztazích, potřeba uznání a úcty, jež se projevuje snahou o respekt a sebeúctu, a potřeba seberealizace, tedy realizace vlastního potenciálu a osobního růstu (Turečková, Buryová, 2023)

Maslowova teorie naznačuje, že uspokojení nižších potřeb je předpokladem pro naplnění potřeb vyšších. Tento model však není striktní; jednotlivci mohou usilovat o naplnění vyšších potřeb i tehdy, když některé nižší potřeby nejsou zcela uspokojeny. Také jakmile dojde k uspokojení jedné potřeby, následuje další, která také potřebuje být naplněna (Menšíková, 2018, Knapová, 2019). Zároveň hierarchie potřeb umírajících může vycházet z tohoto modelu. Jehož údělem není jen uspokojení nižších potřeb, ale aby zároveň došlo k alespoň částečnému uspokojení vyšších potřeb za pomoci rodiny a ošetřujícího týmu. Jakožto zdravotníci se automaticky zaměřujeme na plnění biologických potřeb, jelikož jsou pro nás snadněji zaznamatelné a řešitelné (Bužgová, 2015).

Biologické potřeby tvoří základní složku lidského života a jejich uspokojení je klíčové pro zachování důstojnosti a kvality života pacientů v paliativní péči. Jedná se především o kontrolu bolesti, zvládnání dalších tělesných symptomů, dostatečnou výživu, hydrataci, zajištění komfortu a prevenci komplikací, jako jsou dekubity (Houska, et al., 2018).

2.6.2 Symptomy

Paliativní péče se liší v posuzování a léčbě symptomů od ostatních lékařských oborů. Kdy se snažíme o diagnostikování příčiny a následně jejímu odstranění. Bohužel u nevléčitelných onemocnění toto nelze vždy aplikovat. Ale paliativní medicína se snaží o úplné nebo alespoň částečné odstranění symptomů. U symptomů, které nelze plně odstranit se snaží upravit tak, aby byly pro pacienta snesitelné. Důležitým aspektem je pravidelná komunikace s pacientem o tom, co pro něj znamená efektivně zvládnutý symptom. V některých případech lze i Přehled základních a vyšších lidských potřeb podle Maslowovy teorie znázornuje obrázek v pokročilém stádiu využít kauzální léčbu, například odsátí tekutiny při dušnosti způsobené fluidothoraxem. Celkově paliativní péče kombinuje odstranění příčin symptomů s léčbou zaměřenou na jejich zmírnění, přičemž přístup se vždy přizpůsobuje individuálním potřebám pacienta a jeho zdravotnímu stavu (Sláma, 2022, s. 27).

Jedním z nejčastějších symptomů doprovázející konec života je bolest (Sláma, Vafková, 2020). Je to nepříznivý subjektivní příznak mnoha různých chronických onemocnění, kdy dvě osoby se stejným onemocněním ve stejném stádiu mohou bolest vnímat naprosto odlišně (Rosenbaum, n.d). Bolest neomezuje nejen fyzicky, ale ovlivňuje nás v mnoha dalších oblastech (Linkos, n.d.; Sláma, 2022, s. 65; Kušnírová, 2020).

Pacienti se závažným chronickým onemocněním se často potýkají s tzv. totální bolestí. Ačkoli ji nelze vždy zcela odstranit, lze ji zmírnit natolik, aby byla pro pacienta snesitelná a co nejméně ho ovlivňovala (Sláma, 2022, s. 65).

Aby byla léčba bolesti úspěšná, je nezbytné provést důkladnou anamnézu pacienta, která zahrnuje nejen intenzitu a charakter bolesti, ale také faktory, které ji ovlivňují. Stejně tak je klíčové objasnění její příčiny, což umožňuje zvolit nejvhodnější přístup k její léčbě a zajistit co nejvyšší možný komfort pacienta (Sláma, 2022, s. 65; Kušnírová, 2020).

Dalším častým a velmi nepříjemným příznakem je nevolnost společně se zvracením. Tyto symptomy mohou mít různé příčiny, včetně nádorového onemocnění a související chemoterapie, metabolických změn, neurologických poruch, psychogenních faktorů a dalších zdravotních komplikací. Samotná nevolnost může pacienta mnohdy ovlivnit více než samotné zvracení. U pacientů v paliativní péči je opět důležité diagnostikovat příčiny, které vyvolávají zvracení a nevolnost (Tomáška, 2022, s. 116–117).

Následujícím symptomem je dušnost, kterou lze definovat jako subjektivní příznak, kdy dochází k pocitu nedostatku vzduchu. Bylo vyzorováno, že v posledních týdnech je touto komplikací postiženo 50 – 80% pacientů. Je důležité správně rozlišit, zda se jedná o akutní nebo chronickou dušnost, protože každá vyžaduje odlišný přístup k léčbě. Tento symptom může výrazně negativně ovlivnit kvalitu pacientova života, a proto je nezbytné zaměřit se na účinnou symptomatickou terapii, která může zahrnovat podávání opioidů, oxygenoterapii či nefarmakologická opatření ke zmírnění dechové tísně (Tomíšková, 2022, s. 156-160).

Také existují symptomy, o kterých pacient často nezačne hovořit sám od sebe. Jako například únava, deprese, poruchy spánku, suchost sliznic. Je tedy nutno se systematicky doptávat a zjišťovat potencionální symptomy, kterými by pacient mohl trpět (Sláma, 2022, s. 28).

Velkým pomocníkem při hodnocení symptomů a kvality života jsou hodnotící škály a dotazníky. Velmi často využívanou škálou je ESAS neboli Edmontonská škála hodnocení symptomů je to nástroj, který napomáhá cílenému vyhodnocování symptomů v paliativní péči. Také lze využít škály k posouzení výkonnosti a zdatnosti jako jsou Karnofského index a performance status, který slouží k analýze kompletního funkčního stavu. Také lze v tomto směru uplatnit Paliativní škálu funkční zdatnosti, která je ještě rozšířena o faktory, které se mohou typicky vyskytovat u pacientů, kteří jsou v pokročilém stádiu onemocnění (Sláma, 2022, s. 27-37).

Jak již bylo zmíněno, k hodnocení lze využít různé dotazníky. Jedním z nejčastěji používaných je dotazník NECPAL CCOMS – ICO 3.1 (2017), který slouží především k identifikaci pacientů, u nichž je vhodné přehodnotit jejich celkový stav a naplánovat další postup péče včetně jejich cílů (Sláma, 2022, s. 27–37).

Tento dotazník je screeningovým nástrojem pro určení potřeby paliativní péče a funguje na principu tzv. Surprise Question. První a základní otázka dotazníku zní: „*Překvapilo by mě, kdyby tento pacient zemřel v následujících 12 měsících?*“ Pokud je odpověď záporná, je nutné dotazník dokončit a komplexně zhodnotit pacientův aktuální fyzický, psychický a sociální stav (Kabelka, 2019).

2.6.3 Kvalita života

Pomocí dotazníků a hodnotících škál lze hodnotit potřeby, symptomy, ale také i kvalitu života. (Sláma, 2022, s. 34–38). Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje kvalitu života jako „*subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře a k systému*

hodnot, ve kterých daný člověk žije, a také ve vztahu ke svým cílům, očekáváním a starostem“ (NZIS, 2025; Slováček a Slováčková, 2012). Hlavním cílem paliativní péče je proto zajistit pacientovi co nejvyšší možnou kvalitu života. Při tomto hodnocení je zásadní přistupovat k pacientovi individuálně, protože každý člověk vnímá kvalitní život jinak (Sláma, 2022, s. 36–38).

Determinanty kvality života v paliativní péči zahrnují biologické, psychologické, sociální a spirituální faktory, které ovlivňují subjektivní pohodu pacienta v pokročilých stádiích nevyléčitelných onemocnění. Mezi klíčové aspekty patří úleva od bolesti a dalších fyzických symptomů, jako jsou dušnost, nevolnost či únava, které výrazně ovlivňují pacientův komfort. Neméně důležitá je psychická podpora, jež pomáhá zvládat úzkost, depresivní stavy a strach ze smrti. K sociálním determinantům patří dostupnost kvalitní péče, podpora rodiny a možnost trávit závěr života v domácím prostředí. Spirituální potřeby mohou zahrnovat hledání smyslu, smíření se životem a akceptaci blížícího se konce. Komplexní paliativní péče, která zohledňuje všechny tyto faktory, významně přispívá ke zlepšení kvality života pacientů i jejich rodin v závěrečných fázích života. (Sláma, 2022, s. 34–38; Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016; McCaffrey, et. al, 2016).

K hodnocení kvality života lze využít dotazník Integrated Palliative Outcome Scale (IPOS). Jedná se o nejčastěji používaný dotazník v paliativní péči zaměřenou na tuto oblast (paliativnicentrum.cz, n.d.; Sláma, 2022, s. 34–38). Je také důležité zmínit, že pacient si sám určuje, co pro něj znamená kvalitní život (Bužgová, 2015).

2.6.4 Psychosociální a spirituální potřeby pacientů

Bužgová (2011) cituje McIlmurraye et al. (2003, s. 49), kteří rozdělují psychosociální potřeby pacientů v terminálním stádiu do šesti oblastí:

- potřeby týkající se profesionálů poskytujících péči,
- potřeba být informován,
- potřeba podpory,
- potřeba sebepojetí a emočního vyjádření,
- spirituální potřeby,
- praktické potřeby.

Zároveň uvádí, že podle Murraye et al. (2004, s. 40) by spirituální potřeby měly být chápány jako samostatná kategorie, oddělená od psychosociálních potřeb.

Velkou roli v posuzování psychosociálních potřeb hraje multidisciplinární tým. Zásadním bodem v tomto směru je správný způsob komunikace s pacientem, která umožňuje vybudování důvěry mezi pacientem a ošetřujícím týmem. Tato důvěra je základem pro vytvoření příjemného prostředí, které pacientovi poskytuje pocit jistoty a bezpečí. Díky této komunikaci lze lépe porozumět individuálním potřebám pacienta a efektivně je uspokojovat, což je klíčové pro kvalitní paliativní péči (Bužgová, 2011; Masarikova univerzita, 2020). Psychologická složka kvality života zahrnuje způsob, jakým pacient psychicky zvládá svou současnou situaci. Klíčové je přitom respektování jeho důstojnosti, otevřená diskuse o těžkých tématech a podpora jeho nezávislosti – tedy právo rozhodovat o sobě. V této oblasti se řeší například problémy s nespavostí, depresivními stavy a změnami nálad, otázky samostatnosti a schopnosti postarat se o sebe. Pacienti mohou také čelit ztrátě zájmů nebo omezené schopnosti vykonávat každodenní činnosti (Švébišová, 2023, s. 237; Miflait, 2022, s. 39-40).

Další důležitou složkou potřeb, které nelze opomenout, jsou sociální potřeby. Ty zahrnují vztahy mezi pacientem, jeho rodinou a přáteli, přičemž jedním z nejčastějších přání pacienta na konci života je nebýt osamocen. Mezi sociální potřeby patří také pocit sounáležitosti a možnost zachovat či naplňovat své sociální role, jako je například role rodiče, partnera či jiné pro pacienta významné role (Bužgová, 2011; Masarykova univerzita, 2020; Švébišová, 2023, s. 237).

Spirituální potřeby hrají v paliativní péči zásadní roli. Slovo *spiritualita* pochází z latinského *spiritus*, což znamená duch, dech či vánek (Horáková, 2022, s. 51-52). Často bývá spiritualita ztotožňována s náboženstvím, avšak tyto pojmy nejsou identické, mohou se překrývat, ale spiritualita se týká všech pacientů, nejen věřících (Hajnová, Fukasová a Bužgová, 2015)

Spirituální rozměr člověka je složitý a obtížně uchopitelný. Lze jej rozdělit na vertikální spiritualitu, která se vztahuje k Bohu či vyšší moci, a horizontální spiritualitu, jež se týká vztahů k lidem a prostředí. V paliativní péči se zdravotníci zaměřují především na horizontální spiritualitu pacienta, která zahrnuje podporu důstojnosti, sebeúcty, smíření s blízkými a vyrovnání se s vlastní situací. Stejně jako fyzická bolest, i spirituální utrpení je reálné a vyžaduje adekvátní péči (Kvasničková, 2016).

2.6.5 Podpora rodiny a blízkých

Potřeby a přání rodiny pacienta v paliativní péči jsou důležité jako potřeby samotného pacienta, protože rodina je často hlavním zdrojem emocionální a praktické podpory. Rodinní

příslušníci mohou pomoci pacientovi cítit se milovaně a bezpečně, což je klíčové pro jeho celkovou pohodu.

Rodina také výrazně napomáhá komunikaci s lékaři, ale je důležité zmínit, že záleží na pacientovi, zda si bude přát, aby veškeré informace byly sdíleny s rodinou (Bužgová, 2010, 2015).

Po úmrtí pacienta prožívají pozůstalí velký šok. V této chvíli je velmi důležité poskytnout rodině a pečujícím psychickou podporu. Truchlení je přirozenou a zdravou reakcí na ztrátu (Alexandrová, R. et al., 2022, s. 316–318) a každý se s ní vyrovnává individuálně a po různé dlouhou dobu (Novotná, 2020). Bezprostředně po úmrtí, je vhodné, aby lékař kontaktoval rodinu, pokud pacient nezemřel v domácím prostředí. V tuto chvíli je důležité, vhodné předání informací, mluvit o pacientovi s úctou a respektem a vyjádřit rodině podporu. Existuje několik doporučení pro pozůstalé, aby ztráta byla snesitelnější. Jako je vzpomínání na zemřelého, sdílení svých pocitů, pečovat sám o sebe a nezanedbávat se, že je také v pořádku vyhledat odbornou pomoc (Alexandrová, R. et al., 2022, s. 316–318).

2.6.6 Komunikace

Komunikace v paliativní péči hraje klíčovou roli, protože umožňuje zdravotnickému personálu získat co nejvíce informací o pacientovi a pečujících, jejich přáních, obavách i aktuálních problémech. Efektivní komunikace vyžaduje nejen odborné znalosti, ale také specifické dovednosti, jako je schopnost budovat důvěru, adekvátně reagovat na pacientovy dotazy a emoce, poskytovat potřebnou podporu, aktivně naslouchat (Švébišová, 2023, s. 237-239).

V rozhovoru s pacientem a jeho rodinou není důležitý pouze obsah sdělení, tedy co říkáme, ale i způsob, jakým to říkáme. Klíčové jsou neverbální projevy, jako je tón hlasu, mimika, řeč těla či celkové vystupování. Empatická a citlivá komunikace může výrazně ovlivnit psychickou pohodu pacienta i jeho blízkých (Kabelka, 2022, s. 55-56).

Díky správné komunikaci získáváme potřebné informace, což umožňuje lépe přizpůsobit péči individuálním potřebám pacienta i jeho rodiny. Komunikační dovednosti zdravotníků přispívají k vyšší kvalitě poskytované péče a mohou pomoci zmírnit úzkost, strach či nejistotu spojenou s nevyléčitelnou nemocí. Kromě toho pomáhá otevřená a upřímná komunikace předcházet nedorozuměním a podporuje aktivní zapojení pacienta do rozhodování o své vlastní péči (Kabelka, 2022, s. 55-61; Sláma a Vafková, 2020).

V komunikaci v paliativní péči fungují jisté zásady, které by se měli dodržovat, aby rozhovory a podpora byla co nejefektivnější.

- Nepřerušovat
- Neodporovat
- Nesnižovat, co pacient říká
- Nespěchat, pokračovat a umět mlčet
- Nedávat falešné naděje (Cestadomů, n.d.)

Stejně jako ostatní dovednosti, tak i komunikace se lze naučit. Sestra tvoří komunikační most mezi pacientem a lékařem. Čistí komunikační šumy a nedorozumění, které by mohly nastat. Poskytuje podporu nemocným a rodinám, při sdělení diagnózy a jejím zpracování. Byly tedy vytvořeny kurzy např. ESPERO pro sestry, kde se sestry mohou v komunikaci zdokonalit, naučit se nové techniky (Centrum paliativní péče, n.d.)

2.7 Etické a právní aspekty paliativní péče

Paliativní péče zahrnuje komplexní přístup k pacientům v pokročilém stadiu nevléčitelného onemocnění, přičemž se musí řídit nejen etickými principy, ale i právními normami. Do hlavních cílů v této oblasti patří: zajistit důstojnost pacienta, respektovat jeho autonomii a poskytovat mu nejlepší možnou kvalitu života až do jeho posledních dnů.

2.7.1 Etické aspekty paliativní péče

Mezi základní etické principy paliativní péče patří zachování lidské důstojnosti. Úlohou zdravotníků je chránit a respektovat důstojnost všech pacientů, včetně těch, kteří se nacházejí v závěru života. Klíčovým aspektem zachování důstojnosti je respektování autonomie pacienta. Principem autonomie je, že každý pacient má právo na projev autonomie neboli na právo sebeurčení, tedy možnost rozhodovat o vlastní léčbě a aktivně se podílet na rozhodování týkající se poskytované péče (Milfait, 2022, s. 39 – 41).

Beneficence je v paliativní péči chápána tak, že má jednat tak, aby veškeré intervence a výkony byly pacientovi prospěšné a zmírnili jeho utrpení a byly vykonávány v zájmu pacienta (Jungbauerová, Hromádková, 2020; Sláma, Vafková, 2020; Gelegjamts et. al., 2023).

Nonmaleficence je etický princip jehož cílem je nepoškodit pacienta nebo jednat tak, aby nedošlo k jeho poškození. Zdravotní personál by měl jednat, tak aby nedošlo k poškození fyzicky ani psychicky (Gelegjamts et. al., 2023; Sláma, Vafková, 2020; Milfait, 2022, s. 40).

Justice neboli spravedlnost, jehož hlavní myšlenkou je, že jednotlivci ve stejných situacích mají být ošetřováni stejně, zatímco ti v odlišných situacích podle jejich specifických potřeb. Princip spravedlnosti také klade důraz na rovnost příležitostí a zakazuje jakékoli znevýhodňování pacientů na základě osobních charakteristik (Bužgová, 2017, s. 29-30; Ondriová, Cinová, 2012).

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Hlavní cíl

Zjistit ošetrovatelské potřeby pacientů s onkologickým onemocněním prostřednictvím kazuistik s cílem identifikovat hlavní problémy pacienta, jeho potřeby za pomoci ošetrovatelských diagnóz.

3.2 Dílčí cíle

1. Zjistit, jaký dopad má závažné onemocnění na mezilidské a rodinné vztahy pacienta.
2. Zjistit, jak onemocnění ovlivnilo pacienty ve vykonávání denních aktivit.

3.3 Metodika výzkumné (praktické) části

Praktická část této bakalářské práce je zpracována formou kvalitativního výzkumného designu. Výzkum byl realizován formou kazuistik pěti onkologických pacientů, kterým byla indikována symptomatická podpurná paliativní péče. Kazuistika, známá také jako *case study*, představuje metodu, kdy je podrobně zkoumán jeden nebo více konkrétních případů, které spojuje podobný zdravotní problém nebo situace. Tento typ výzkumu je charakteristický využitím více technik sběru dat, přičemž hlavními zdroji informací byly analýza zdravotnické dokumentace, přímé pozorování a v některých případech také rozhovory s pacientem, jeho blízkými nebo zdravotnickým personálem (Chrastina, 2019)

Hlavním cílem kazuistik bylo zjistit a identifikovat hlavní problémy a potřeby pacientů s onkologickým onemocněním, kterým byla indikována paliativní péče, a to za pomoci stanovení ošetrovatelských diagnóz podle Taxonomie II NANDA-I. Pro systematické posouzení pacientů byl využit koncept Modelu funkčních vzorců zdraví od Marjory Gordonové, který umožňuje komplexní a strukturované ošetrovatelské hodnocení pacienta/klienta ve všech oblastech jeho fungování.

3.4 Přípravná fáze

Nejprve bylo kontaktováno pracoviště, které poskytuje mobilní paliativní péči. Na základě písemného souhlasu zařízení poskytující Mobilní hospicovou péči byl proveden výzkum. Výzkum probíhal dva týdny na daném pracovišti, kdy hlavním cílem první týden bylo navození důvěry mezi mnou a potencionálními respondenty a pečujícími. Druhý týden byli potencionální respondenti osloveni a požádáni o účast ve výzkumu.

3.5 Definování souboru respondentů

Respondenty výzkumu byli pacienti s onkologickým onemocněním, kterým byla v době sběru dat poskytována symptomatická podpůrná paliativní péče. Celkem bylo do výzkumu zahrnuto pět respondentů různého věku, přičemž věkové rozmezí se pohybovalo od 13 do 78 let. Potenciální respondenti byli předem vybráni ošetřující lékařkou na základě kritérií dobré spolupráce a ochoty ke sdílení informací, což bylo zásadní pro kvalitní zpracování jednotlivých kazuistik.

V případě nejmladší respondentky, třináctileté dívky, byly rozhovory vedeny přímo s ní, s ohledem na její vyspělost a schopnost komunikace. Předem však byli o výzkumu informováni pouze její rodiče, kteří poskytli potřebný souhlas. Vzhledem k tomu, že pacientka nebyla obeznámena se svou diagnózou, rodiče si nepřáli, aby byla informována o tom, že je do výzkumu zapojena.

Vybraní respondenti a rodiče nejmladší respondentky vyslovili souhlas se zpracováním osobních údajů. Jejich ústní souhlas byl zaznamenán na diktafon za přítomnosti pečující osoby a zdravotnického personálu.

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem pět respondentů – tři ženy a dva muži. Nejmladší respondentkou byla třináctiletá dívka, u níž byla diagnostikována maligní léze vycházející z obalu periferního nervu. Další dva respondenti, muž a žena ve středním věku, byli rovněž ve fázi pokročilého onkologického onemocnění. Muž trpěl karcinomem oropharyngu s otevřenou maligní ránou na krku, která zasahovala až do obličejové části. Ženě byl diagnostikován maligní nádor ledviny s metastatickým postižením páteře a mozku. Zbývající dva respondenti, rovněž muž a žena, byli v důchodovém věku. Pacientce byl diagnostikován maligní nádor ovaria a u pacienta byl zjištěn tumor choledochu.

4 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

4.1 Kazuistika č. 1 – pacientka A

Pacientka, A 13 let byla přijata do domácí hospicové péče dne 17. 1. 2025. Byla jí diagnostikována maligní nádorová léze vycházející z pochvy periferního nervu, lokalizovaná v oblasti levého stehna. Žije společně se svými rodiči – matkou a otcem – v bytě. Hlavním pečujícím je otec pacientky.

PRŮBĚH NEMOCI:

Pacientce byla již v devíti letech diagnostikována neurofibromatóza, přičemž následná genetická vyšetření potvrdila, že toto onemocnění je dědičného původu – z matčiny strany. Již od této doby si pravidelně stěžovala na bolesti v oblasti levého bérce.

V rámci diagnostiky a snahy objasnit příčinu těchto potíží byla pacientka podrobena řadě vyšetření, včetně RTG a MRI. Zároveň byla provedena neurologická a ortopedická vyšetření. Navzdory těmto podrobným vyšetřením se nepodařilo odhalit žádnou jednoznačnou patologii, která by vysvětlovala její bolestivé obtíže. Výsledky byly tedy negativní.

Na přelomu října a listopadu 2023 byla pacientce zjištěna nebolestivá rezistence v oblasti levého stehna. Následně po konzultaci byla poslána na onkologii, kde jí byl diagnostikován maligní nádor vycházející z pochvy periferního nervu v oblasti levého stehna, který byl již ve IV. Stádiu.

15. 11. 2023 proběhla resekce ložiska v dané oblasti. Následně hned v prosinci 2023 byla zahájena onkologická léčba – chemoterapie, která začala 1. 12. 2023. V lednu 2024 byly při kontrolách objeveny metastáze v plicích.

V únoru 2024 proběhla operace, při které bylo resekováno reziduum v místě primárního nádoru.

Od léta 2024 pacientka chodila na pravidelné kontroly na onkologii. V lednu 2025 proběhla běžná kontrola, při které bylo provedeno MRI levého stehna a CT hrudníku. Zde lékaři objevili výraznou progresi obou ložisek. Lékaři měli také podezření, že se vytvořila nová léze, která zasahuje do oblasti peri/myokardu.

Později začíná být pacientka dušná a pociťuje bolesti hrudníku. Následně se zjišťuje, že se tvoří výpotek a proto je v polovině ledna zaveden hrudní drén. Pacientce se odpouští tekutina, díky čemuž pacientka cítí velkou úlevu od potíží.

Pacientce je kvůli stále se zhoršujícímu stavu zastavena onkologická léčba. Po konzultaci s nemocnicí bylo určeno, že pacientka není indikována ke KPR a je plně doporučena podpůrná léčba.

Tatínek pacientky je o jejím stavu plně informován a přeje si, aby pacientka byla doma. Je mu tedy doporučena DHP v místě bydliště. 16. 1. 2025 je pacientka propuštěna domů s CŽK a hrudním drénem.

V době, kdy pacientka byla již v DHP, se za pomoci hrudního drénu odpouštěla tekutina alespoň dvakrát či třikrát týdně dle potřeby pacientky. Později se frekvence odpouštění tekutiny snižovala, až byl 18. 2. 2025 hrudní drén odstraněn. Aktuálně u pacientky není potřeba žádné jiné jednorázové intervence za účelem odstranění výpotku.

Rodinná anamnéza: Matka 51let, zdravá, otec 62let, zdravý, starší sourozenci zdraví, u jiných členů rodiny významná onkologická onemocnění

Sociální anamnéza: Žije v bytě se svou matkou a otcem

Farmakologická anamnéza: Viz tabulka aktuální a SOS medikace

Alergická anamnéza: Alergie neguje

Gynekologická anamnéza: Menarche neguje

Diagnózy

Hlavní lékařská diagnóza: Maligní nádorová léze vycházející z pochvy periferního nervu s metastatickým rozsevem v dutině hrudní

Fyzikální vyšetření	
Vědomí	Při vědomí, orientovaná osobou, časem, místem
Celkový vzhled	Unavená, leží v pyžamu na lůžku
Váha	42kg cca
Výška	155cm
Dech	22 dechů/min, SpO ₂ 93%
Pulz	114 pulzů/min
Tělesná teplota	37 °C
Krevní tlak	100/65 mmHg
Postoj	Nelze – pacientka se nepostaví
Poloha	Při návštěvě pacientka leží v lůžku, aktivní
Chůze	Nelze
Stisk ruky, schopnost uchopit předmět	Stisk HK pevný, schopnost uchopit předmět bez obtíží
Rozsah pohybu	HK bez obtíží, DK nelze - pro pacientku bolestivé
Kompenzační pomůcky	WC křeslo
Kůže	Na LDK v místě nádoru kůže velice pigmentovaná s místy nafialovělými skvrnami, kůže na DKK suchá
Končetiny	Periferní pulzace na HK hmatná, na DKK nelze, patrný otok oblasti L stehna P kotníku
Dutina nosní	Bez sekrece
Dutina ústní	V pořádku
Zrak, zornice	V pořádku, izokorické
Sluch	Bez potíží, slyší dobře
Stolice	Naposledy 20. 2.2025
Močení	Fyziologické bez příměsí
Dieta	Bez dietních omezení

Objektivní pozorování	
Oční kontakt	Úmyslný, udržuje
Orientace	Orientovaná osobou, časem, místem
Pozornost	Úmyslná
Řeč	Bez potíží
Nervozita	Ano
Vzájemná spolupráce	Pacientka je klidná, spolupracuje, snaží se v jejích možnostech
Soběstačnost	V lůžku soběstačná, posadí se s dopomocí, na WC křeslo se s obtížemi posadí sama
Invazivní vstupy	CŽK

Aktuální medikace:

Dolforin 50 ug/h á 72h
Gabanox 300 mg tbl. , 1-1-1
Fortecortin 4mg tbl. , ½ - 0 - 0
Mirtazapin 15mg tbl. , 0-0-0-1
Rivotril 2,5mg gtt. , 0-0-3
Morphin Sulfát Ardez 0-0-0-20gtt
Do CŽK přes LD: Morphin 60mg + Calipsol 50mg + Midazolam 2,5mg + 15mg + do FR 20ml á 24h

SOS medikace:

Slabší bolest: Novalgin 500mg 1 a ¼ tbl. , á 6h max 4xD
Silná bolest, dušnost, kašel: Morphin kapky 20gtt. , á 30 min max 6xD
NÁHLE vzniklá silná bolest: Instanyl nosní sprej do nosu 1 vstřík , á 10 min max 4xD (při neefektu další podání do druhé dírky)
Nevolnost, zvracení: Novetron 8mg ½ - 1tbl. , á 6h max 3xD, příp. Haloperidol 4gtt. á 1h max 4xD
Úzkost: Atarax 25mg 1tbl. , á 6h max 3xD
Nespavost: Dithiaden 1tbl. , max 2xD
Horečka: Paralen 500mg /Novalgin 500mg 1tbl. , á 6h max 4xD
Zácpa: Lactulosa ml, 5ml max 3xD

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k jeho zlepšení

Pacientka si uvědomuje, že není zdravá, ale není informována o konkrétní diagnóze ani o aktuálním stadiu své nemoci. Aktivně se zajímá o podávané léky a jejich účel.

Během jedné z lékařských návštěv se přímo zeptala na svůj zdravotní stav. Lékařka jí sdělila, že nemá dobré zprávy, na což pacientka reagovala odmítavě s tím, že špatné zprávy slyšet nechce. Její otec si nepřeje, aby jí byla diagnóza odhalena, protože se obává, že by se uzavřela do sebe a nevyužila zbývající čas co nejlépe.

Nejvíce ji trápí přetrvávající bolest LDK, zejména při sezení, které je pro ni velmi nepříjemné. V době, kdy pacientka měla zavedený hrudní drén, si stěžovala také na bolest v této oblasti. Kromě bolesti ji sužuje také silná únava. Má strach, že se její bolesti budou stupňovat. Během rozhovoru s psychologem vyjádřila své obavy slovy: „*Přece neumřu na to, že mě to jen bolí.*“

Na pravé dolní končetině, v oblasti kotníku, se jí objevil otok a boule, což u ní vyvolalo značné obavy, „*Bojím se, že to je nádor*“. Pacientka měla také strach z hospitalizace v nemocnici a operace.

2. Výživa a metabolismus

Pacientka přijímá stravu per os a nemá žádná specifická dietní omezení. Obvykle jí třikrát denně, avšak pouze poloviční porce, neboť její chuť k jídlu je snižená. Během dne vypije přibližně 1,5 litru Kofoly, což tvoří převážnou část jejího příjmu tekutin. Vzhledem k přetrvávající zácpě jí však bylo doporučeno zařadit do pitného režimu jiné tekutiny, jako jsou čaj, džus nebo ovocné šťávy, které by mohly přispět ke zlepšení trávení.

Při poslední návštěvě se pacientka svěřila, že se necítí dobře. Stěžovala si na nechutenství, pocit plnosti a nafouknutí, což ji omezuje v běžném stravování. Ráno si proto dala pouze kousek toustu, protože měla obavy, že pokud by snědla větší porci, mohl by se dostavit se pocit na zvracení. Tyto potíže významně ovlivňují její celkový komfort a přispívají k její únavě.

3. Vylučování

Pacientka aktuálně není schopna samostatné chůze ani přesunu na toaletu s oporou. Z tohoto důvodu má vedle lůžka umístěné WC křeslo, které využívá pouze v případě potřeby jít na velkou. Pro pacientku je sezení velice bolestivé a snaží se na WC chodit minimálně. V důsledku této situace se snaží odkládat potřebu defekace, což dále přispívá k rozvoji obstipace.

Poslední spontánní stolice u pacientky proběhla 20. 2. 2025. Tento stav lze klasifikovat jako obstipaci, která u pacientky pravděpodobně souvisí s omezenou pohybovou aktivitou a užíváním analgetik. Na základě této skutečnosti byli rodiče pacientky edukováni o nutnosti pravidelného podávání Lactulosity s cílem podpořit střevní motilitu a prevenci dalšího prohlubování zácpy. Kromě toho lékařka doporučila také aplikaci glycerinového čípku, avšak pacientka tuto možnost důrazně odmítla. Při jakékoli zmínce o této metodě reagovala velmi negativně, rozplakala se a opakovaně vyjadřovala svůj nesouhlas.

Pacientka byla ze své aktuální situace byla velice zoufalá. „*Proč se mi to děje? Vždyť nikdy předtím jsem neměla problém jít na velkou.*“ Bylo jí podáno vysvětlení, že tento stav může být způsoben kombinací několika faktorů, především užíváním léků proti bolesti, sníženým pohybem a dlouhodobě změněným režimem vyprazdňování. Přítomná zdravotní sestra i

lékařka se pacientku snažily uklidnit a ujistit ji, že pokud si nepřeje aplikaci čípku, existují i jiné možnosti. Na základě tohoto rozhovoru pacientka nakonec souhlasila s úpravou medikace a s tím, že se bude pravidelněji posazovat na WC křeslo a tzv. to zkoušet.

Co se týče močení, pacientka aktuálně preferuje použití podložní mísy přímo na lůžku. Tento způsob vnímá jako méně nepříjemný ve srovnání se sezením na WC křesle.

Celkově je tedy patrné, že vylučování u pacientky představuje výrazný problém ovlivňující její fyzický i psychický stav. Vzhledem k její negativní zkušenosti se současnou situací je třeba k ní přistupovat citlivě a podporovat ji v hledání nejvhodnějšího řešení, které pro ni bude přijatelné a zároveň efektivní.

4. Aktivita a cvičení

Pacientka tráví většinu času na lůžku, protože jakýkoli přesun či delší sezení je pro ni bolestivé. Nejčastěji leží na zádech, jelikož tato poloha je pro ni nejpohodlnější. Snaží se otáčet na bok, ale nevydrží v této poloze dlouho. Je schopna se v posteli samostatně posadit, avšak pokud chce spustit dolní končetiny z lůžka, potřebuje asistenci. Přesun na WC křeslo zvládne samostatně.

V poslední době se cítí velmi unavená a většinu dne prospí. Ve chvílích, kdy je vzhůru, ráda sleduje videa na YouTube, zejména youtubery, jako jsou Tary a Fizzy. Na filmy nemá náladu, protože se na ně obtížně soustředí nebo u nich usne. Její pokoj je vyzdoben plakáty její oblíbené hudební skupiny Lollipopz, se kterou má osobní zážitky. Při rozhovoru se zmínila, že s otcem jezdila na jejich koncerty do Prahy. Díky organizaci ZLATÁ RYBKA měla v roce 2024 možnost setkat se s členy skupiny osobně během své hospitalizace v nemocnici. Z této návštěvy vzniklo mnoho fotografií a členové skupiny jí vytvořili památeční knihu, která zachycuje tento výjimečný den. Při prohlížení knihy pacientka s dojetím pronesla: „*Tady na té fotce je vidět, že brečím... fakt jsem to nečekala... bylo skvělý se s nima takhle potkat...*“

Pacientka má výrazně omezenou fyzickou aktivitu, což je důsledkem bolesti a únavy, přesto se snaží o samostatný pohyb v rámci svých možností. Ve volném čase preferuje spíše pasivní formy zábavy, přičemž největší radost jí přináší sledování oblíbených youtuberů a vzpomínky na setkání s členy skupiny Lollipopz, které pro ni mají velký emocionální význam.

5. Spánek, odpočinek

Pacientka se často cítí unavená a její spánek je rozdělený na etapy. Má problémy s usínáním a pokud usne, často se v noci budí. Zmiňuje, že bolest, která ji trápí, bývá večer obvykle silnější

než přes den. Tento stav zhoršuje její schopnost kvalitně spát. Kromě toho ji trápí i „divné sny“, které si po probuzení nepamatuje, ale ví, že byly nepříjemné a rušily její spánek.

Při usínání pacientce pomáhá mít v pozadí zapnuté nějaké video, které ji uvolňuje, a také když má u sebe své plyšáky, což jí dodává pocit bezpečí a pohodlí.

6. Vnímání, poznávání

Pacientka nemá žádné potíže se zrakem, sluchem ani řečí. Při návštěvě pacientka hned na začátku uvedla, že si přeje, aby návštěva byla co nejkratší. Pacientka působila velice unaveně a přála si, aby návštěvy nebyly tak dlouhé. Při poslední návštěvě bylo potřeba přepsat SOS medikaci, takže se návštěva protáhla. S pacientkou jsem tedy zůstala v jejím pokojíčku. Pacientka ze začátku působila nervózně. Ze začátku byl rozhovor strohý, byl zaměřený na její potřeby ohledně bolesti, chuti k jídlu a podobných tématech. Později jsem se tedy zaměřila na její záliby, aktivity a věci, co jí dělají radost. Ohledně těchto témat pacientka byla velice sdílná, komunikativní.

7. Sebepojetí, sebepéče

Pacientka je mladá, zvědavá dívka, která si zakládá na své samostatnosti a chce se sama o sobě rozhodovat. Prochází však náročným obdobím, které ji výrazně ovlivňuje. Přesto se snaží udržet si pozitivní přístup, je citlivá na to, jak s ní okolí jedná, a nechce být ztrapňována nebo vnímána jako „jiná“. Je pro ni důležité, aby ji ostatní brali vážně.

Její tatínek si nepřeje, aby jí byla sdělena pravda o diagnóze a prognóze. Sama si uvědomuje, že její stav není dobrý, ale nechce slyšet špatné zprávy a raději zůstává v nevědomosti. Pokud by si přála znát podrobnosti o svém zdravotním stavu, její přání by bylo respektováno a informace by jí byly sděleny.

Pacientce je také velmi nepříjemné odhalovat dolní končetiny, a proto je neustále přikrývá.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacientka žije v bytě se svými rodiči. S otcem má velmi blízký vztah, plně mu důvěřuje a cítí se s ním v bezpečí. Otec s ní tráví většinu času, stará se o ni, podporuje ji a snaží se jí být maximální oporou. Je ochotný ke spolupráci a sdílení, a proto s ním komunikace probíhá snadno a otevřeně. Pacientka oceňuje jeho přítomnost a péči, která jí pomáhá zvládat náročné období.

Naopak vztah s maminkou je složitější. Maminka tráví většinu času v práci a s dcerou není příliš v kontaktu. Je méně sdílná a spolupráce s ní je obtížná. Pacientka vnímá, že se odcizily, ale neví přesně proč. Maminka si přeje, aby její dcera co nejdříve zemřela, aby už netrpěla bolestí a nemusela se dál trápit.

Pacientka má starší sourozence, kteří již s rodinou nebydlí, ale snaží se ji pravidelně navštěvovat. Jejich přítomnost jí přináší radost a podporu. I když spolu netráví tolik času jako dříve, vědomí, že na ni myslí a snaží se s ní udržovat kontakt

Co se týče sociálních vztahů mimo rodinu, pacientka je stále v kontaktu se svými spolužáky, avšak nepřeje si, aby ji navštěvovali. Přiznává, že si s nimi příliš nerozumí.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

Pacientka dosud neprodělala menarche a v této oblasti nevykazuje žádné obtíže.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Pacientka se již od dětství léčí s vážným onemocněním, které ovlivnilo nejen ji, ale i celou rodinu. Nemoc zasáhla do jejich běžného života a přinesla mnoho změn. Pacientka se snaží zůstat silná, ale jsou chvíle, kdy se cítí bezmocná, rozpláče se a sama neví proč.

V posledních dnech je pacientka velmi unavená a nemá na nic sílu. Už ji nebaví žádné aktivity, které dříve měla ráda, a nemá ani náladu na návštěvy. Nejvíce jí vyhovuje klid a odpočinek, protože jakákoli větší zátěž ji rychle vyčerpává. Celkově je na ní vidět, že ji nemoc oslabuje nejen fyzicky, ale i psychicky. Je pro ni důležité, aby ji okolí respektovalo, dávalo jí prostor, ale zároveň jí dávalo najevo, že na to není sama.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pacientka ani její rodina nejsou věřící, a proto náboženství v jejich životě nehraje žádnou roli. Tuto oblast je obtížné uchopit, protože pacientka je stále dítě a její postoje jsou do velké míry ovlivněny názory rodičů a sourozenců.

Navzdory nemoci si však zachovává určitou naději a touhu po běžném životě. Důležité je pro ni je cítit se pochopená, respektovaná a mít kolem sebe lidi, na které se může spolehnout. Jejím velkým přáním, je být zase zdravá.

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY Z NANDA TAXONOMIE – 2021-2023

□ 00002 – Nerovnovážná výživa: méně než tělesné potřeby

Doména 2 – Výživa / Třída 1 – Příjem

Definice: Příjem živin nedostatečný k uspokojení metabolických potřeb.

Určující znaky:

- Snížený příjem stravy (jen tekutá výživa)
- Únava, slabost, celková vyčerpanost

Související faktory:

- nechutenství
- Bolest v oblasti GIT, nausea

□ 00011 – Zácpa

Doména 3 – Vylučování a výměna / Třída 2 – Funkce GIT

Definice: Snížená frekvence nebo obtížné vyprazdňování stolice, často doprovázené tvrdou stolicí.

Určující znaky:

- Bolesti břicha
- Vzedmuté břicho
- Poslední stolice 26.2.

Související faktory:

- Nepravidelný příjem potravy
- Omezený pohyb
- Užívání opiátů

□ **00198 – Narušený vzorec spánku**

Doména 4 – Aktivita/Odpočinek / Třída 1 – Spánek a odpočinek

Definice: Přerušování množství a kvality spánku, které narušuje běžné fungování.

Určující znaky:

- Dívka má potíže se spánkem
- Únava, potřeba odpočinku během dne

Související faktory:

- Úzkost, obavy z nemoci
- Nevolnost, bolest

□ **00091 – Porucha mobility na lůžku**

Doména 4 – Aktivita/Odpočinek / Třída 2 – Aktivita/cvičení

Definice: Omezená schopnost samostatného pohybu na lůžku.

Určující znaky:

- Pacientka potřebuje asistenci při polohování
- Oslabení, slabost, vyčerpanost

Související faktory:

- Únava, nízká výživa

□ **00237 – Porucha sedu**

Doména 4 – Aktivita/Odpočinek / Třída 2 – Aktivita/cvičení

Definice: Snížená schopnost udržet nebo změnit polohu v sedě.

Určující znaky:

- Potřeba opory a pomoci při sezení
- Bolest při sezení
- Neschopnost vydržet delší dobu v této poloze

Související faktory:

- Karcinom na LDK

□ 00093 – Únava

Doména 4 – Aktivita/Odpočinek / Třída 3 – Energetická rovnováha

Definice: Přetrvávající a subjektivní pocit vyčerpání, který omezuje běžné činnosti.

Určující znaky:

- Slabost, vyčerpání, ospalost
- Snížená aktivita, potřeba odpočinku

Související faktory:

- Onkologické onemocnění

□ 00108 – Porucha sebeobsluhy – hygiena

Doména 4 – Aktivita/Odpočinek / Třída 5 – Sebeobsluha

Definice: Neschopnost vykonávat hygienickou péči bez pomoci.

Určující znaky:

- Potřebuje pomoc s osobní hygienou
- Nedostatek síly

Související faktory:

- Snížená fyzická kapacita
- Oslabení v důsledku nemoci

□ 00148 – Strach

Doména 9 – Zvládání / Třída 2 – Reakce na zvládání zátěže

Definice: Reakce na vnímanou hrozbu, kterou jednotlivec subjektivně považuje za nebezpečnou.

Určující znaky:

- Obavy z nemoci, léčby, budoucnosti
- Úzkost, nejistota

Související faktory:

- Chronická nemoc
- Bolest, hospitalizace

□ **00004 – Riziko infekce**

Doména 11 – Bezpečí / Třída 1 – Infekce

Definice: Zvýšené riziko invaze patogenů do organismu.

Rizikové faktory:

- Oslabená imunita v důsledku chemoterapie
- Invazivní vstupy (např. centrální žilní katétr)
- Celková slabost, ztráta ochranných bariér

□ **00306 – Riziko pádu – dítě**

Doména 11 – Bezpečí / Třída 2 – Fyzické poranění

Definice: Zvýšené riziko náhodného pádu u dítěte.

Rizikové faktory:

- Snížená fyzická síla
- Oslabení, nestabilita při pohybu
- Únava, potřeba asistence

□ **00044 – Poškozená integrita tkáně**

Doména 11 – Bezpečí / Třída 2 – Fyzické poranění

Definice: Poškození kožní nebo slizniční tkáně nebo jiných tkání.

Určující znaky:

- Podráždění kůže (např. v místě vstupu, případně dekubity z nehybnosti)

Související faktory:

- Omezená pohyblivost
- Tření, tlak
- Poruchy výživy

□ **00214 – Narušený komfort**

Doména 12 – Komfort / Třída 1 – Fyzický komfort

Definice: Vnímaný nedostatek pohodlí, úlevy nebo spokojenosti v tělesné, psychické nebo

sociální oblasti.

Určující znaky:

- Nevolnost, bolest, únava
- Nepohodlí při ležení, změny nálad

Související faktory:

- Tělesné i psychické projevy nemoci

00132 – Akutní bolest

Doména 12 – Komfort / Třída 1 – Fyzický komfort

Definice: Nepříjemný senzorický a emoční zážitek spojený s aktuálním poškozením tkání.

Určující znaky:

- Udávaná bolest břicha
- Nepohodlí, výraz v obličeji, staženost

Související faktory:

- Onkologické onemocnění, léčba

4.2. Kazuistika č. 2 - pacient B

Pacient B, 44 let, přijat do domácí hospicové paliativní péče 21. 1.2025 s pokročilým karcinomem oropharyngu. Pacient momentálně bydlí s manželkou v rodinném domě. Pacient je spíše tichý a působí mírně uzavřeně. Manželka pacienta je milá a otevřená ke komunikaci. Dříve pacient pracoval jako elektrikář, momentálně pobírá invalidní důchod.

PRŮBĚH NEMOCI:

Roku 2023 byl pacientovi diagnostikován karcinom oropharyngu, v té době již nález nebylo možné operovat. Pacient je dlouholetý kuřák, dříve 20 ks cigaret denně, abusus alkoholu 4 piva denně tvrdý alkohol příležitostně. Momentálně alkohol neguje, ale kouření se i přes diagnózu nevzdal, aktuálně kouří 3 - 4 ks cigaret denně.

Pacient navštívil lékaře kvůli špatnému polykání, pocitu škrábání v krku. Lékař měl podezření, že se jedná o karcinom. Doporučil tedy provést biopsii zduřelé tkáně na levé straně krku. Později bylo potvrzeno, že se jedná o karcinom, kvůli podezření na šíření do okolí byla v zápětí provedena biopsie levé tonsily. Z důvodů zhoršujícího se polykání bylo nutné zavést PEG.

Po diagnostikování byla zahájena indukční chemoterapie CISPLATINOU, která byla rozdělena do třech sérií. Poslední série chemoterapie proběhla 1/24. Pacient vzpomíná, že se při chemoterapii necítil dobře, cítil se slabý, unavený a nevolnost se také objevovala příliš často.

Po chemoterapii následovala radioterapie. Během toho se objevuje objemná expanze TU vlevo na krku, kterou nelze chirurgicky odstranit.

Na konci roku 2024 po domluvě nasazena paliativní chemoterapie.

Pacient byl na začátku ledna 2025 přijat na onkologické oddělení, zde se pacient rapidně zhoršil, tachykardie, hypotenze, dušnost. Následkem toho byla pacientovi diagnostikována plicní embolie, která byla akutně léčena. Kvůli velkým progredujícím obtížím způsobeným onkologickou léčbou, bylo nutno tuto léčbu ukončit. Z těchto důvodů byla pacientovi nabídnuta symptomatologická paliativní péče. Pacient i rodina byli o této možnosti informováni a souhlasili s nabídnutou péčí.

20. 1. 2025 byl pacient přeložen z onkologického oddělení do domácí hospicové péče.

Momentálně je pacient stále v DHP. O pacienta pečuje manželka, která zajišťuje veškerou péči sama. Pacient si stěžuje na bolest v oblasti defektu v noci, při pohybu či převazech, po podání SOS léků, bolest klesá na snesitelnou úroveň. Defekt o velikosti 12x8 cm, který vyrůstá na levé straně krku, již začíná zasahovat do obličejové části. Jedná se o ránu s objemným žlutozeleným hnisavým sekretem, při převazech občas mírně krvácí. Manželka tento defekt převazuje alespoň jedenkrát denně. Jako primární krytí byl doporučen Sorbalgon, ten manželce ani pacientovi nevyhovuje. Momentálním primárním krytím je Bactigrass (mastný tyl) a krytí s aktivním uhlím.

S manželkou i pacientem lékařka probrala při jedné z posledních návštěv, že je tu riziko vzniku velkého akutního krvácení z defektu. Oba byli edukováni o případném postupu a použití SOS léčiv, ale také o možnosti, že se nepodaří krvácení zastavit.

Osobní anamnéza: Prodělal běžná dětská onemocnění, návštěva lékaře pouze při obtížích

Rodinná anamnéza: Matka zemřela v 58 na CA plic, s otcem není od dětství v kontaktu

Sociální anamnéza: Žije s manželkou v rodinném domě v přízemí, první patro obývá dcera s přítelem a dcerou

Farmakologická anamnéza: Aktuálně užívá léky viz. tabulka: Aktuální medikace

Alergická anamnéza: Alergie nekuje

Pracovní anamnéza: Dříve elektrikář, aktuálně pobírá invalidní důchod

Toxikologická anamnéza: Kuřák více než 25 let cca 20ks cigaret/D, aktuálně 3-4ks/D, dříve cca 4 piva/D, tvrdý alkohol příležitostně

Diagnózy

Hlavní lékařská diagnóza: CA oropharyngu s metastázemi do lymfatických uzlin

Vedlejší diagnózy: Chronická pankreatitida, kachexie

Fyzikální vyšetření	
Vědomí	Při vědomí, orientovaný osobou, časem, místem
Celkový vzhled	kachektický, působí unaveně
Váha	Není známá
Výška	182 cm
Dech	18 dechů/min
Pulz	91 pulzů/min
Tělesná teplota	36,7 °C
Krevní tlak	117/85 mmHg
Postoj	Vzpřímený
Poloha	Při návštěvě pacient leží v posteli, poloha aktivní,
Chůze	Samostatně, chodí kouřit
Stisk ruky, schopnost uchopit předmět	Stisk pevný, jemnou motoriku ovládá - LEGO
Rozsah pohybu	V normě, bez omezení
Kompenzační pomůcky	Nepoužívá
Kůže	Suchá, bez hematomů
Končetiny	Periferní pulzace hmatná, DK bez otoku, končetiny teplé
Dutina nosní	Bez sekrece
Dutina ústní	Soor – povleklý jazyk a sliznice v DÚ
Zrak, zornice	Brýle na čtení, zornice izokorické
Sluch	Bez potíží, slyší dobře
Stolice	Pravidelná, jedenkrát denně či obden, spíše řidší
Močení	Fyziologické bez příměsí
Dieta	Bez dietních omezení, dříve zvládl tekutou stravu p.o. ,dnes p.o. pouze tekutiny cca 750 – 1000 ml/24h, enterální výživa do PEG – 2-3 x denně - 350 ml dle potřeby pacienta – určuje si sám

Objektivní pozorování	
Oční kontakt	Úmyslný, udržuje
Orientace	Orientovaný osobou, časem, místem
Pozornost	Úmyslná
Řeč	Špatně srozumitelná, zhoršené otevírání úst, kvůli otoku rtů
Nervozita	Ano, mírná
Vzájemná spolupráce	Pacient, klidný, spolupracuje
Soběstačnost	V lůžku soběstačný, pouze na mírný dohled a dopomoc dle potřeby, oblékne se sám
Invazivní vstupy	PICC na PHK, PEG

Aktuální medikace

Fentalis 12 ug/h výměna á 72h
Pangrol 20 000 IU 1-1-1
Afexil 500mg 1-1-1
Controloc 40mg 1-0-0
Mirtazapin 15mg 0-0-0-1

SOS medikace

Silná bolest, dušnost, kašel: Morphin kapky 20gtt. , á 30 min max 6xD
Bolest, dušnost Sevredol 20mg 1tbl. , á 30min, 6xD
Nevolnost, zvracení Haloperidol 5 gtt. , á 30min 6xD
Zmatenost, neklid Haloperidol 10gtt. , á 1h 4xD
Nespavost, úzkost Oxazepam 10mg 1tbl. , á 4h 3xD

Posouzení současného stavu potřeb dle modelu funkčního zdraví M. Gordonové:

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k jeho zlepšení

Pacient vnímá svůj aktuální zdravotní stav jako velmi špatný a uvědomuje si jeho postupné zhoršování. Připouští, že k jeho stavu výrazně přispělo dlouhodobé kouření, které sám označuje za špatný zlozvyk a závislost. Přesto se domnívá, že jakákoli změna v tomto ohledu by nyní již neměla žádný význam. „*I kdybych ted' přestal, tak to stejně nic nezmění.*“. Největší obtíže mu v současnosti způsobuje stále se zvětšující nádor na krku, který popisuje jako velmi bolestivý. V posledních třech dnech zaznamenal výrazné zhoršení bolesti, což vedlo k nutnosti častější aplikace Morphinu v kapkách dle SOS medikace. Lékař mu nabídl navýšení dávky opiátové náplasti, avšak pacient tuto možnost odmítl.

2. Výživa a metabolismus

Pacientovi byl zaveden perkutánní endoskopický gastrostom (PEG) z důvodu postupně se zhoršující schopnosti polykání. Aktuálně přijímá enterální výživu, a to minimálně dvakrát denně v objemu 350 ml přípravku Nutrison, přičemž v některých případech dochází k navýšení dávky až na třikrát denně. Četnost podávání výživy si pacient částečně reguluje sám podle svého aktuálního stavu a pocitu sytosti.

Co se týče příjmu tekutin, pacient zvládá perorálně vypít minimálně tři hrnky čaje denně. Kromě toho pravidelně popíjí ochucené mléčné výrobky, například Actimel, které mu

vyhovují. Pacient uvádí, že vnímání chutí je u něj zachované, avšak pozoruje, že nápoje mu připadají méně výrazné a jakoby „vybledlé“.

Kůže pacienta suchá. Opiátovou náplast bylo nutné přelepovat filmovým krytím.

3. Vylučování

V této oblasti je pacient plně soběstačný a na toaletu si dojde bez jakékoli pomoci. Sám si reguluje své potřeby a nevyžaduje asistenci ani dohled. Jediným problémem, který ho v tomto ohledu trápí, je řídká stolice. Popisuje ji jako nepříjemnou, avšak bez dalších komplikací, jako jsou bolesti břicha či nadýmání. Průběh vyprazdňování je pravidelný, obvykle jednou denně, stolice je bez patologických příměsí.

4. Aktivita a cvičení

Pacient je mobilní, chodící, i když jeho pohyblivost je omezená na kratší vzdálenosti. Bez větších obtíží zvládá dojít na toaletu nebo vyjít ven na cigaretu. Zvládá se posadit s nohama z lůžka samostatně. S oblékáním potíže nemá. Při vstávání se však pro větší bezpečnost a kvůli občasné slabosti přidržuje nočního stolečku nebo jiného pevného bodu v okolí. Příznává, že se občas cítí nejistě, zejména po delším sezení nebo ráno po probuzení.

Během dne se věnuje především sledování televize, skládání LEGA nebo puzzle, při poslední návštěvě skládal auto z filmu *Návrat do budoucnosti* a zmínil se, že má také v plánu postavit dům z filmu *Sám doma*.

5. Spánek a odpočinek

Pacientův spánek je v poslední době nekvalitní a často přerušovaný. Večer a v noci trpí bolestmi v oblasti obličeje a krku, což mu znesnadňuje usínání i kontinuální odpočinek. Z tohoto důvodu nyní častěji využívá SOS medikaci (viz tabulka SOS medikace). Kromě nočních obtíží si pacient také všimá, že přes den spí častěji než dříve.

6. Vnímání a poznávání

Pacient používá brýle na čtení. Se sluchem obtíže nemá. Jediné obtíže má s mluvením. Mluva je tichá spíše nesrozumitelná z důvodu defektu zasahujícího obličeje, který způsobuje velký a výrazný otok horního i dolního rtu, zároveň je pro pacienta mluvení někdy velmi bolestivé. Ve svém pokoji má nad postelí vyvěšené koláže z fotografií své rodiny a přátel.

7. Koncepce a sebeúcta

Pacient působil během rozhovoru spíše odtažitě, jeho odpovědi byly krátké, tiché a neochotně rozvíjené. Neměl tendenci mluvit nad rámec nezbytných sdělení a aktivně se nezapojoval do komunikace. Při diskuzi o možných rizicích, která mu byla sdělena lékařem při jedné z návštěv, na tyto informace nijak nereagoval a raději se soustředil na stavění lega, čímž se zjevně snažil odvést svou pozornost. Iniciativu v této situaci převzala jeho manželka, která kladla doplňující otázky a aktivně se zajímala o další postup péče. Zdá se, že pacient si nepřipouští negativní zprávy a vědomě se je snaží ignorovat.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacient je ženatý, se svou manželkou uzavřel sňatek ve svých dvaceti letech, zatímco jí bylo osmnáct. Společně mají dvě děti – dceru a syna.

Z pozorování během návštěv je patrné, že vztah mezi pacientem a jeho manželkou není příliš blízký. Zdá se, že nemoc je spíše oddálila, než sblížila. Komunikace mezi nimi je spíše praktická a omezená na běžné záležitosti spojené s péčí o pacienta. Manželka se sice o něj stará, ale jejich interakce postrádají hlubší citovou blízkost.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

Pacient má dvě dospělé děti – dceru a syna, kteří jsou oba zdraví. Během svého života neměl v této oblasti žádné významné zdravotní komplikace ani potíže.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance

Pacient není příliš otevřený při rozhovorech na citlivá témata. Pokud se konverzace týká běžných, „bezpečných“ oblastí, jako jsou jeho denní aktivity, chuť k jídlu, kvalita spánku nebo bolesti, je ochotný sdílet své obtíže. V těchto chvílích působí komunikativněji a sdílněji.

Jakmile se však hovor stočí k vážnějším tématům, jako jsou jeho aktuální pocity ohledně nemoci, budoucnost nebo obavy, začne se uzavírat do sebe. Odpovídá velmi stručně, často vyhýbavě, používá neurčité výrazy jako: „asi,“ „nevím,“ „možná,“ případně neodpovídá vůbec. Tím dává najevo, že se o těchto věcech nechce nebo nedokáže bavit.

Manželka pacienta přiznává, že s ní o těchto tématech téměř nekomunikuje. Uvádí, že když se pokusí otevřít vážnější rozhovor, pacient ho rychle ukončí nebo stočí řeč jinam

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pacient ani jeho rodina nejsou věřící a víra pro ně nikdy nehrála významnou roli. Nikdy žádné náboženství nepraktikoval a ani v současné situaci necítí potřebu se k jakékoli víře přiklonit. Nevěří v žádnou vyšší moc ani v jiné spirituální možnosti. Na otázky týkající se spirituality odpovídá stručně

Svůj život vnímá realisticky a zaměřuje se především na přítomnost. Nezabývá se otázkami posmrtného života ani hlubšími úvahami o smyslu existence. Pokud ano, tak se o tyto myšlenky nechce aktuálně podělit. Snaží se žít tady a teď a soustředí se na věci, které mu přinášejí alespoň částečné potěšení.

OŠTŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY Z NANDA TAXONOMIE – 2021-2023

00002 – Nerovnovážná výživa: méně než tělesné potřeby

Doména 2 – Výživa / Třída 1 – Příjem

Definice: Příjem živin nedostatečný k uspokojení metabolických potřeb.

Určující znaky:

- Udává nechutenství
- Nižší příjem tekutin i potravy
- Slabost a celková vyčerpanost

Související faktory:

- Pokročilé onkologické onemocnění
- Bolest při polykání (přítomnost nádorového onemocnění v oblasti dutiny ústní a hltanu)

00103 – Porucha polykání

Doména 2 – Výživa / Třída 1 – Příjem

Definice: Funkční porucha při pohybu bolusu z ústní dutiny do žaludku.

Určující znaky:

- Udává bolest při polykání
- Snížený příjem potravy i tekutin
- Přítomnost nádoru v oblasti orofaryngu

Související faktory:

- Anatomické změny (tumor v oblasti dutiny ústní a krku)
- Slabost a únava

□ **00198 – Narušený vzorec spánku**

Doména 4 – Aktivita/Odpočinek / Třída 1 – Spánek a odpočinek

Definice: Prerušeni množství a kvality spánku, které narušuje běžné fungování.

Určující znaky:

- V noci budí
- Potřeba odpočinku během dne

Související faktory:

- Úzkost, obavy
- Bolest
- Nepohodlí spojené s nemocí

□ **00093 – Únava**

Doména 4 – Aktivita/Odpočinek / Třída 3 – Energetická rovnováha

Definice: Přetrvávající a subjektivní pocit vyčerpání, který omezuje schopnost vykonávat běžné činnosti.

Určující znaky:

- Udává únavu a slabost
- Zvládne pouze pár kroků
- Nutnost odpočinku během dne

Související faktory:

- Pokročilé nádorové onemocnění
- Nedostatečný příjem stravy a tekutin
- Emoční zátěž

□ **00118 – Porucha tělesného obrazu**

Doména 6 – Sebepojetí / Třída 3 – Tělesný obraz

Definice: Změna ve způsobu, jakým jednotlivec vnímá své tělo.

Určující znaky:

- Pacient se nevyjadřuje spontánně, je uzavřený
- Vyhýbá se kontaktu
- Může jít o narušené vnímání tělesnosti kvůli nádorovému postižení dutiny ústní

Související faktory:

- Pokročilé onkologické onemocnění v oblasti obličeje/orofaryngu
- Porucha příjmu potravy a komunikace

□ **00148 – Strach**

Doména 9 – Zvládání / Třída 2 – Reakce na zvládání zátěže

Definice: Reakce na vnímanou hrozbu, která je vědomě rozpoznána jako nebezpečí.

Určující znaky:

- Vyjadřuje obavy, neklid
- Přítomná nejistota ohledně budoucnosti a onemocnění

Související faktory:

- Neznámý průběh onemocnění
- Obava z bolesti nebo ztráty důstojnosti
- Oslabený kontakt s okolím

□ **00004 – Riziko infekce**

Doména 11 – Bezpečí/Ochrana / Třída 1 – Infekce

Definice: Zvýšené riziko invaze patogenů do těla.

Rizikové faktory:

- Pokročilé onkologické onemocnění
- Kachexie, oslabená imunita
- Polyfarmakoterapie
- Možná přítomnost otevřených ran nebo poruchy polykání

□ **00206 – Riziko krvácení**

Doména 11 – Bezpečí/Ochrana / Třída 2 – Fyzické poranění

Definice: Riziko snížení objemu krve, které ohrožuje zdraví.

Rizikové faktory:

- Pokročilé nádorové onemocnění (možné invaze do cévních struktur)
- Podvýživa a celková kachexie (zvýšená fragilita tkání)
- Polyfarmakoterapie (možné léky ovlivňující srážlivost krve)
- Možné poruchy sliznic v oblasti dutiny ústní

□ **00303 – Riziko pádu (dospělí)**

Doména 11 – Bezpečí/Ochrana / Třída 2 – Fyzické poranění

Definice: Zvýšené riziko náhodného pádu, který může mít za následek fyzické zranění.

Rizikové faktory:

- Slabost, únava
- Imobilita, omezená mobilita
- Porucha rovnováhy
- Celková ztráta fyzických sil, nutnost dopomoci při přesunu

□ **00213 – Riziko cévního traumatu**

Doména 11 – Bezpečí/Ochrana / Třída 2 – Fyzické poranění

Definice: Zvýšené riziko poranění cévních struktur, které může vést k vnitřnímu nebo vnějšímu krvácení.

Rizikové faktory:

- Nádor v oblasti hlavy a krku – riziko prorůstání do cév
- Slabost tkání
- Zvýšená fragilita cév vlivem nemoci nebo medikace

□ **00214 – Narušený komfort**

Doména 12 – Komfort / Třída 1 – Fyzický komfort

Definice: Vnímaný nedostatek pohodlí, úlevy nebo spokojenosti v tělesné, psychické nebo sociální oblasti.

Určující znaky:

- Udává bolest, slabost, nepohodlí
- Nutnost asistence, imobilita

- Omezena v běžných aktivitách

Související faktory:

- Chronické onkologické onemocnění
- Slabost, porucha příjmu potravy
- Únava, porucha spánku

□ **00132 – Akutní bolest**

Doména 12 – Komfort / Třída 1 – Fyzický komfort

Definice: Nepříjemný sensorický a emoční zážitek spojený s aktuálním nebo potenciálním poškozením tkání, s nástupem kratším než 6 měsíců.

Určující znaky:

- Pacient udává bolest při polykání
- Výraz obličeje při bolesti, omezení příjmu potravy

Související faktory:

- Nádor dutiny ústní/orofaryngu
- Poškození sliznic a okolních tkání

4.3 Kazuistika č. 3 - pacientka C

Pacientka C 46 let přijata do domácí hospicové péče 17. 2. 2025 s karcinomem ledviny. Pacientka bydlí v rodinném domě se svým manželem a dvěma dětmi ve věku 17 a 23 let. Pacientka je usměvavá mile působící žena, která je otevřená ke komunikaci. Manžel se aktuálně naplno věnuje péči o pacientku a snaží se být jí co největší oporou. Momentálně pacientka pobírá invalidní důchod, dříve pracovala jako účetní.

PRŮBĚH NEMOCI:

V roce 2023 pacientka navštívila lékaře z důvodů mírné bolesti zad a úpadku na váze. Následně byl pacientce diagnostikován tumor pravé ledviny o velikosti 96 x 65 x 60 mm. V zápětí byla provedena biopsie, která uvedla, že se jedná o světlobuněčný karcinom. Také bylo provedeno CT hrudníku a břicha, kde se potvrdily metastázy v plicích. Pacientka si zpětně není vědoma, co by potencionálně mohlo zapříčinit její onemocnění.

V polovině listopadu 2023 byla zahájena onkologická léčba pomocí chemoterapie. Po ukončení terapie se pacientčin stav mírně zlepšil. Na konci května 2024 byla pacientka na kontrolním CT, kde se objevila významná regrese a byla naplánována nefrektomie pravé ledviny, která proběhla 7/24. V zápětí se při kontrolních vyšetření objevila metastáza na mozek. Tu onkologové okamžitě řešili radioterapií s kurativním záměrem. Tyto cykly byly ke konci října 2024 ukončeny.

Kvůli zvyšujícím se bolestem v oblasti páteře a zad byla pacientka v lednu 2025 poslána na MRI a CT. Lékaři zde našli rizikovou kompresi Th 2, společně s metastázami ve skeletu a to již zmíněném Th 2 a také v oblasti acetabula a sacra. Pacientce se objevila paréza obou DKK, která zatím převažuje v té levé, i přesto je pacientka schopna mírné hybnosti DKK. Pacientka je následně hospitalizována, kde v polovině ledna podstupuje paliativní radioterapii těchto oblastí, kde cílem je zmírnění otoku v místě metastatického postižení skeletu a následné zlepšení hybnosti DKK. Ozařování trvá celkem šest dní, bohužel druhý den po začátku terapie se objevuje exantém, proti kterému se nasadili nově antihistaminika. I přes radioterapii a snahy lékařů se stav zhoršuje, paréza přetrvává a objevuje se i pocit brnění v DKK.

28. 1. 2025 provedeno MRI mozku, kde se nově vyskytla početná metastázová ložiska.

Z důvodů stupňující se křehkosti aktuálně onkologickou léčbu nelze podávat. Aktuálně paréza přetrvává, lékaři udávají, že je zde možnost obnovení malé hybnosti. Pokud k tomuto dojde, je možnost opět kontaktovat onkologa ohledně dalšího postupu a možností. Bohužel pravděpodobnost obnovení hybnosti je minimální.

Pacientka i její manžel si jsou vědomi toho, že nemoc je nevléčitelná. Pacientka si tedy přeje být doma a ne v nemocničním prostředí. Z nemocnice je proto propuštěna a referována do mobilní hospicové péče v místě bydliště.

Osobní anamnéza: Prodělala běžné nemoci, k lékaři chodila pravidelně, dlouhodobě se s ničím neléčila

Rodinná anamnéza: rodinná anamnéza nevýznamná

Sociální anamnéza: žije s manželem a dvěma dětmi v rodinném domě

Farmakologická anamnéza: před onemocněním žádné léky neužívala, všechny aktuálně podávané léky vit tabulka

Alergická anamnéza: alergie neguje

Pracovní anamnéza: dříve pracovala jako úřednice, aktuálně pobírá invalidní důchod

Toxikologická anamnéza: nekuřačka, alkohol příležitostně

Gynekologická anamnéza: menstruace od 13, pravidelně 28/ 5-7 dní, 2 fyziologické porody, které proběhly bez komplikací, potraty 0

Diagnózy

Hlavní lékařská diagnóza: světlobuněčný karcinom ledviny s metastatickým rozsevem (plíce, mozek, skelet – sacrum, acetabulum, Th2)

Vedlejší diagnózy: neguje

Fyzikální vyšetření	
Vědomí	Při vědomí, orientovaná osobou, časem, místem
Celkový vzhled	Působí unaveně, upravená na lůžku ve spodním prádle a tričku
Váha	70kg cca
Výška	165cm
Dech	16 dechů/min SpO ₂ 96%
Pulz	75 pulzů/min
Tělesná teplota	36,5 °C
Krevní tlak	100/65 mmHg
Postoj	Nelze – pacientka se nepostaví
Poloha	Při návštěvě pacientka leží v lůžku, spíše pasivní nutná velká dopomoc při změně polohy
Chůze	Nelze
Stisk ruky, schopnost uchopit předmět	Stisk LHK není pevný, hrnek v ruce neudrží – pacientka udává, že jí ruka neposlouchá, stisk PHK je pevnější, v ruce udrží hrnek – je si touto rukou jistější
Rozsah pohybu	V normě, kontraktury, či zatuhnutí kloubů není přítomné
Kompenzační pomůcky	Polohovací lůžko, WC židle, invalidní vozík, při delším sezení nutno nasadit korzet a krční límec
Kůže	Bez hematomů či defektu
Končetiny	Periferní pulzace hmatná, DK bez otoku, končetiny teplé
Dutina nosní	Bez sekrece
Dutina ústní	Soor – povleklý jazyk a sliznice v DÚ
Zrak, zornice	V pořádku, izokorické
Sluch	Bez potíží, slyší dobře
Stolice	Pravidelná, jedenkrát denně či obden
Močení	Fyziologické bez příměsí - PMK
Dieta	Bez dietních omezení

Objektivní pozorování	
Oční kontakt	Úmyslný, udržuje
Orientace	Orientovaná osobou, časem, místem
Pozornost	Úmyslná
Řeč	Bez potíží
Nervozita	Ano
Vzájemná spolupráce	Pacientka je klidná spolupracuje, snaží se v jejích možnostech
Soběstačnost	V lůžku částečně soběstačná, poloha spíše na zádech, polohovaná, při přesunech na WC křeslo je potřeba plné dopomoci
Invazivní vstupy	PMK Ch.18

Aktuální medikace

Dolforin 25 ug/h á72h
Sevredol 20mg 0-0-0-1
Mirtazapin 15mg 0-0-0-1
Afexil/Novalgin 500mg 1-1-1
Controloc 40mg 1-0-0
Dexamethazon 4mg 2-2-2
Trund 500 mg 2-0-2

SOS medikace

Menší bolesti Afexil 500mg 1tbl. , á 4h , max 3xD
Bolest, dušnost Sevredol 20mg 1tbl. , á 30min, 6xD
Nevolnost, zvracení Haloperidol 5 gtt. , á 30min 6xD
Zmatenost, neklid Haloperidol 10gtt. , á 1h 4xD
Nespavost, úzkost Oxazepam 10mg 1tbl. , á 4h 3xD

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k jeho zlepšení

Pacientka vnímá svůj aktuální zdravotní stav jako velmi špatný a postupující omezení hybnosti ji psychicky zatěžuje. O své nemoci je plně informována a ona i její manžel si uvědomují, že onemocnění je nevyléčitelné a že se její čas krátí. Přesto se snaží situaci zvládat s co největší dávkou odhodlání. Pacientka neví, co přesně mohlo nemoc způsobit, jelikož celý život dbala na své zdraví, pravidelně navštěvovala lékaře a chodila na preventivní prohlídky. Ona i její rodina jsou sportovně založení, vždy vedli aktivní životní styl, a proto je pro ni současná situace ještě náročnější.

Velmi těžce snáší fakt, že nemůže chodit ani vykonávat běžné činnosti, které pro ni dříve byly samozřejmostí. „*Všechno se to zhoršilo během jednoho měsíce. Do nemocnice jsem zvládla dojít, ale jak mě začali ozařovat, tak ty nohy přestávaly postupně fungovat.*“ Přesto se snaží neztrácet naději a věří, že se hybnost dolních končetin alespoň částečně vrátí. V současné době občas pociťuje mravenčení a brnění v dolních končetinách, což jí dává malou naději na zlepšení.

Pacientka se však cítí na obtíž, zejména proto, že se o ni musí starat nejen její manžel, ale také syn. Nejvíce ji trápí, že se nemůže sama posadit a že se v sedě neudrží bez opory. V průběhu návštěvy byl její manžel edukován o správných technikách posazování pacientky a

možnostech rehabilitace. Byly mu předvedeny také energetické a zklidňující masáže v rámci bazální stimulace, které mohou pomoci ke zlepšení pohody pacientky. Kromě toho byl poučen o správné péči o permanentní močový katétr (PMK), aby se předešlo případným komplikacím.

2. Výživa a metabolismus

Pacientka má chuť k jídlu, avšak její potřeba jíst se často snižuje kvůli únavě a bolestem. Obvykle jí 3–4krát denně, avšak spíše menší porce, většinou polovinu až čtvrtinu běžné porce. „*Manžel mi chystá jídlo, které mám ráda, ale hlad prostě nemám,*“ říká pacientka s jistou lítostí v hlase. I přes snížený příjem potravy však na váze výrazně nestrádá, jelikož užívá vysoké dávky kortikoidů (viz aktuální medikace), které mohou ovlivňovat metabolismus a udržovat tělesnou hmotnost.

Příjem tekutin byl u pacientky v normě, přibližně 1500 ml za 24 hodin. Preferovala zejména teplý čaj, především speciální Vánoční edici, kterou měla v oblibě, a také ředěný jablečný džus. Vzhledem k postupně se zhoršujícímu úchopu bylo nutné přizpůsobit způsob podávání tekutin – původně používala hrneček s brčkem, který však postupně vyměnila za uzavřené lahve s pítkem, které jí usnadňují manipulaci a snižují riziko rozlití.

Kůže pacientky byla dobře hydratovaná, bez přítomnosti defektů či jiných kožních komplikací. Manžel se pečlivě staral o její pokožku a každý večer ji pravidelně promazával hydratačním tělovým mlékem, což pomáhalo udržovat její kůži vláčnou a předcházet případnému vysušování či podráždění. Dolní končetiny byly bez otoků, což svědčí o dobré cirkulaci a absenci vážnějších komplikací spojených s imobilitou.

3. Vylučování

Pacientka má zavedený permanentní močový katétr (PMK) Ch 18, o který se s velkou pečlivostí stará její manžel. Pacientka se na něj v tomto ohledu plně spoléhá, přičemž oceňuje jeho péči, avšak zároveň ji to naplňuje pocitem bezmoci a závislosti na druhých.

Co se týče vyprazdňování, pacientka mívá stolici přibližně jednou denně, někdy obden. Konzistence stolice je tuhá a bez příměsí. Přesto je tato oblast pro pacientku velmi citlivým tématem. Přiznává, že se cítí nepříjemně a na obtíž, jelikož k přesunu na WC křeslo potřebuje asistenci svého manžela nebo syna.

Sama si je vědoma, že její rodina se o ni stará s láskou a pochopením, avšak i přesto se nedokáže zbavit pocitu frustrace a studu. Manžel i syn se jí snaží v těchto situacích

maximálně podpořit a zachovat diskrétnost, aby se cítila co nejkomfortněji. Navzdory jejich snaze se pacientka s touto situací stále těžko vyrovnává.

4. Aktivita a cvičení

Pacientka je upoutána na lůžko a v důsledku paraparézy není schopná se samostatně otočit či posadit. Horní končetiny zůstávají pohyblivé, avšak síla úchopu se výrazně snížila, což jí ztěžuje manipulaci s předměty. V běžných denních aktivitách je tak zcela odkázána na pomoc svého manžela, který se aktivně zapojuje do její péče i rehabilitace.

S cílem co nejvíce usnadnit pacientce život a zajistit jí potřebný komfort, vybavil manžel rodinný dům nezbytnými pomůckami, včetně polohovacího lůžka, WC křesla, vysokého chodítka a francouzských holí. „Jelikož jsem nevěděl, jak na tom bude, až se vrátí z nemocnice, tak jsem raději vzal všechno,“ uvedl.

Kromě fyzické péče se věnuje i rehabilitaci dolních končetin, která mu byla doporučena a ukázána při edukaci. Pravidelně pomáhá pacientce s nácvikem sedu a snaží se stimulovat její nohy pomocí akupresurní podložky, kterou pořídil pro podporu prokrvení plosek nohou a krční oblasti. Přestože je situace pro oba náročná, pacientčin manžel dělá maximum pro to, aby jí poskytl co největší míru pohodlí a možnost alespoň částečného zlepšení.

5. Spánek, odpočinek

Během první návštěvy pacientka uváděla, že trpí nekvalitním spánkem – často se budí v noci, má potíže s usínáním a její spánek je narušen divokými sny a intenzivními večerními bolestmi, které jí brání v odpočinku. Na základě těchto stížností byla její medikace upravena, aby se zmírnily symptomy bolesti a podpořila se kvalita spánku. Při následné návštěvě pacientka uvedla, že ačkoli se cítí unavená a má potřebu spát během dne, spánek se zlepšil – poprvé za dlouhou dobu byla schopna spát celou noc bez častého probouzení. Přesto ji však nadále trápí opakující se „*divoké sny*“, jejichž obsah nedokáže přesně popsat, neboť si je po probuzení nepamatuje, ale jednoznačně vyjadřuje, že jsou velmi nepříjemné.

6. Vnímání, poznávání

Pacientka nemá žádné potíže se zrakem, sluchem ani s řečí. Její oblíbenou aktivitou bylo sledování českých seriálů a kriminálních pořadů, které si stále ráda pustí jako odreagování. V minulosti se věnovala čtení, které jí velmi bavilo, avšak nyní přiznává, že na to nemá náladu ani dostatek energie. Uvádí, že se jí při čtení rychle unaví oči a myšlenky jí často utíkají jinam, což jí brání v soustředění na děj knihy.

7. Sebepojetí, sebeúcta

Pacientka působila velmi milým a vstřícným dojmem, byla komunikativní a ochotná ke spolupráci. Velmi si váží toho, že může být doma se svou rodinou a netrávit čas v nemocničním prostředí. Přesto ji trápí, že je odkázána na pomoc druhých, což pro ni představuje psychicky náročnou situaci. Nejvíce ji zasahuje pocit, že péče o ni spočívá nejen na manželovi, ale také na jejích dětech, což jí způsobuje vnitřní nepohodlí a lítost. Ráda by si uchovala co nejvíce samostatnosti, ale uvědomuje si omezení, která jí nemoc přinesla.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacientka žije se svou rodinou v rodinném domě na vesnici. Společnost jí dělá manžel a jejich dvě děti – sedmnáctiletý syn, který navštěvuje střední školu, a jednadvacetiletá dcera, která již pracuje. Pacientčini rodiče ji pravidelně navštěvují a poskytují jí emocionální podporu. Největší oporou je pro ni však její manžel, se kterým je v manželství již dvacet dva let. Momentálně je na pracovní neschopnosti, aby se o ni mohl starat, avšak omezené vycházky od 11:00 do 17:00 mu příliš nevyhovují.

Pacientka byla během našich návštěv vstřícná a ochotná otevřeně hovořit i o vážnějších tématech týkajících se jejího zdravotního stavu. Na těchto rozhovorech byl přítomen také její manžel, který se však snažil některé obtížné otázky spíše odsunout stranou. Často se snažil téma ukončit slovy: „To teď neřešme...“ Byla rovněž nabídnuta možnost, aby se na péči mohla více podílet dcera, která by zůstala doma společně s manželem, avšak pacientka tuto možnost odmítla. Nechce své děti zatěžovat.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

Pacientka má dvě zdravé děti, těhotenství i porody proběhly bez komplikací. Během těhotenství ani po porodu se nevyskytly žádné zdravotní problémy vyžadující léčbu. Gynekologické prohlídky absolvovala pravidelně.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance

Pacientka si plně uvědomuje vážnost svého zdravotního stavu a snaží se s ním vyrovnat, i když to pro ni představuje značnou psychickou zátěž. První návštěva byla pro ni velmi náročná – během sdělování svých obtíží se rozplakala, působila neklidně a bylo patrné, že se svou prognózou stále bojuje. Přesto však byla k domácí hospicové péči otevřená a vyjádřila jasné přání zůstat doma mezi svými blízkými, kde se cítí bezpečněji. Pobyt v nemocnici vnímá jako neosobní a vyčerpávající, proto se do něj již nechce vracet.

Lékař jí předepsal na noc Mirtazapin 15 mg pro zlepšení spánku a zmírnění psychického napětí. Pacientka však zatím jeho užívání odmítla s tím, že situaci zatím zvládá a nechce zbytečně užívat další léky. Přesto připouští, že pokud by její psychický stav v budoucnu vyžadoval větší podporu, může užívání léků přehodnotit.

Pacientka se snaží udržet si pozitivní myšlení, ale čelí přirozeným obavám spojeným s vývojem své nemoci. Největší oporou je jí manžel a rodina, přesto se občas cítí osamoceně ve svém boji s nemocí. Momentálně se soustředí na to, aby se co nejvíce přizpůsobila novému režimu péče.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pacientka ani její rodina nejsou věřící a k žádné konkrétní víře se nehlásí. Přesto však ona i její blízcí neztrácejí naději, že by se mohla alespoň částečně obnovit hybnost dolních končetin. Pacientka se snaží myslet pozitivně a soustředit se na drobné pokroky, které vnímá jako naději na zlepšení svého stavu.

Během rozhovorů jí byla nabídnuta psychologická podpora formou odborného poradenství s psychologem, který by jí pomohl vyrovnat se s její situací a emocemi spojenými s nemocí. Tato možnost jí byla představena citlivě s tím, že by mohla být užitečná nejen pro ni, ale i pro její blízké, kteří se o ni starají. Zároveň jí byla nabídnuta také možnost rozhovoru s duchovním, který by jí mohl poskytnout útěchu a podporu v jiném směru, pokud by o to v budoucnu projevila zájem.

Pacientka si nabídky vyslechla, avšak zatím se nerozhodla je využít. Momentálně čerpá sílu především z podpory svého manžela a rodiny, se kterou tráví co nejvíce času.

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY Z NANDA TAXONOMIE – 2021-2023

□ **00002 – Nerovnovážná výživa: méně než tělesné potřeby**

Doména 2 – Výživa / Třída 1 – Příjem

Definice: Příjem živin nedostatečný k uspokojení metabolických potřeb.

Určující znaky:

- Celková slabost, úbytek hmotnosti
- Snížený příjem stravy
- Únava, pasivita

Související faktory:

- Pokročilá onkologická diagnóza
- Nechutenství, psychická zátěž

□ **00016 – Porucha močení**

Doména 3 – Vylučování a výměna / Třída 1 – Močová funkce

Definice: Porucha vyprazdňování moči.

Určující znaky:

- V anamnéze nádor ledviny – zásadní dopad na vylučovací systém
- Změna frekvence močení (není výslovně uvedeno, ale logicky předpokládané)

Související faktory:

- Postižení ledvin
- Možné komplikace léčby, slabost

□ **00015 – Riziko zácpy**

Doména 3 – Vylučování a výměna / Třída 2 – Gastrointestinální funkce

Definice: Riziko snížení frekvence nebo obtížnosti defekace, často doprovázené tvrdou stolicí.

Rizikové faktory:

- Opiátová analgetika
- Nízký příjem tekutin a vlákniny
- Imobilita, snížená aktivita
- Onkologické onemocnění ovlivňující GIT

□ **00198 – Narušený vzorec spánku**

Doména 4 – Aktivita/Odpočinek / Třída 1 – Spánek a odpočinek

Definice: Přerušování množství a kvality spánku, které narušuje běžné fungování.

Určující znaky:

- Udává, že v noci špatně spí
- Únava přes den

Související faktory:

- Bolest

- Obavy, neklid

□ **00237 – Porucha sedu**

Doména 4 – Aktivita/Odpočinek / Třída 2 – Aktivita/cvičení

Definice: Snížená schopnost udržet nebo změnit polohu v sedě.

Určující znaky:

- Potřeba pomoci při sezení
- Vyčerpanost při změně polohy

Související faktory:

- Slabost
- Pokročilá nemoc
- Metastáze v páteři

□ **00093 – Únava**

Doména 4 – Aktivita/Odpočinek / Třída 3 – Energetická rovnováha

Definice: Přetrvávající subjektivní pocit vyčerpání, který omezuje běžné činnosti.

Určující znaky:

- Slabost, vyčerpání
- Pasivita, potřeba dlouhého odpočinku

Související faktory:

- Karcinom ledviny s metastázami
- Nedostatečná výživa, bolest

□ **00108 – Porucha sebeobsluhy – hygiena**

Doména 4 – Aktivita/Odpočinek / Třída 5 – Sebeobsluha

Definice: Neschopnost vykonávat osobní hygienu bez asistence.

Určující znaky:

- Pacientka potřebuje pomoc při hygieně
- Slabost, únava, snížená soběstačnost

Související faktory:

- Onkologické onemocnění

- Fyzická slabost, celkové vyčerpání

□ **00132 – Akutní bolest**

Doména 12 – Komfort / Třída 1 – Fyzický komfort

Definice: Nepříjemný zážitek spojený s aktuálním poškozením tkání (nástup kratší než 6 měsíců).

Určující znaky:

- Udává bolest (břicho, záda)
- Omezení aktivity, potřeba analgetik

Související faktory:

- Nádorové onemocnění
- Invaze metastáz, tlak na nervy/orgány

□ **00091 – Porucha pohybu na lůžku**

Doména 4 – Aktivita/Odpočinek / Třída 2 – Aktivita

Definice: Neschopnost samostatně se pohybovat na lůžku.

Určující znaky:

- Omezená hybnost, závislost na pomoci
- Potřeba polohování, únavnost pohybu

Související faktory:

- Slabost, kachexie
- Pokročilé nádorové onemocnění

□ **00085 – Porucha fyzické mobility**

Doména 4 – Aktivita/Odpočinek / Třída 2 – Aktivita

Definice: Omezená schopnost účelně se pohybovat v prostředí.

Určující znaky:

- Neschopnost chůze, přemístování s pomocí

Související faktory:

- Slabost, bolest
- Celkové zhoršení fyzického stavu

□ **00109 – Porucha sebeobsluhy – oblékání**

Doména 4 – Aktivita/Odpočinek / Třída 5 – Sebeobsluha

Definice: Neschopnost se samostatně oblékat/svlékat.

Určující znaky:

- Pacientka potřebuje pomoc s oblékáním

Související faktory:

- Slabost, kachexie
- Omezená hybnost

□ **00250 – Riziko poranění močových cest**

Doména 11 – Bezpečí / Třída 2 – Fyzické poranění

Definice: Zvýšené riziko poranění močových struktur.

Rizikové faktory:

- Zavedený katétr
- Třecí síly, křehkost sliznic

□ **00148 – Strach**

Doména 9 – Zvládání / Třída 2 – Emoce

Definice: Emoční reakce na reálnou hrozbu.

Určující znaky:

- Verbální vyjádření obav
- Plačtivost, nejistota

Související faktory:

- Terminální onemocnění

□ **00303 – Riziko pádu – dospělý**

Doména 11 – Bezpečí / Třída 2 – Fyzické poranění

Definice: Riziko náhodného pádu vedoucího k poranění.

Rizikové faktory:

- Slabost, dezorientace, únava

- Ztráta rovnováhy

4.4 Kazuistika č. 4 - pacientka D

Pacientka D, 68 let, byla přijata do domácí hospicové péče 27. 11. 2024. Do tohoto typu péče pro high grade serózní karcinom ovaria s metastatickým rozsevem v dutině břišní. Pacientka bydlí v rodinném domě na vesnici se svým manželem. Pacientka má dvě děti, které bydlí nedaleko a vypomáhají s péčí, ale o pacientku se primárně stará manžel, který o ni pečuje celý průběh nemoci.

PRŮBĚH NEMOCI:

Pacientka na jaře 2024 navštívila lékaře pro bolesti břicha a hubnutí. Lékaři tedy provedli vyšetření jako UZ břicha, gastroskopii, koloskopii, ale nikde v zažívacím traktu nebyl nalezen zdroj obtíží. V září 2024 bylo provedeno CT břicha, zde lékaři našli karcinomatózy peritonea, ascites a zvětšené uzliny.

Následně bylo zjištěno, že primární nádorovou lézí je CA ovaria.

26. 9. 2024 byla provedena biopsie primárního tumoru a následně byla zahájena chemoterapeutická léčba CARBOPLATINOU AUC 5. Chemoterapii bylo nutno ukončit v polovině listopadu 2024 ve 2. cyklu z důvodu zhoršujícího se stavu pacientky. Pacientka prodělala v listopadu 2024 plicní embolii, která byla akutně léčena nízkomolekulárními hepariny.

Pacientku bylo také nutno hospitalizovat v nemocnici, kde byly podány erymasy, infuze a 11. 11. 2024 byl zaveden břišní drén pro odvádění ascitu.

Z důvodů ukončení léčby byla pacientce navržena možnost paliativní symptomatické a podpůrné léčby. Pacientka a její rodina souhlasila. Pacientka byla tedy následně předána paliativnímu a referována do domácí hospicové péče.

Pacientka byla tedy přijata do DHP s břišním drénem. Ascites se odpouštěl dle potřeb pacientky. Drén byl odstraněn 7.2. 2025.

Při pravidelných návštěvách lékař popisuje viditelnou i hmatnou tumorovou rezistenci v oblasti podbříšku. Pacientka je aktuálně bez známek ikteru a cyanózy.

Pacientka i její manžel si jsou plně vědomi závažnosti prognózy. Jejich přáním je, aby pacientka mohla strávit své poslední chvíle doma, v klidném prostředí a v přítomnosti svých nejbližších.

Osobní anamnéza: V dětství prodělala běžné nemoci, aktuálně trpí také vertebroalgickým syndromem, glaukomem, DM – PAD, arteriální hypertenzí

Rodinná anamnéza: rodinná anamnéza nevýznamná

Sociální anamnéza: žije s manželem v rodinném domě

Farmakologická anamnéza: všechny aktuálně podávané léky viz tabulka

Alergická anamnéza: alergie - pyl

Pracovní anamnéza: dříve se pacientka naplno věnovala chovu psů – plemeno nemohu zmínit, jelikož pacientku lze dohledat na sociálních sítích

Toxikologická anamnéza: nekuřačka, alkohol příležitostně

Gynekologická anamnéza: menstruace od 14, pravidelně 28/ 5-7 dní, 2 fyziologické porody, které proběhly bez komplikací, potraty 1

Diagnózy

Hlavní lékařská diagnóza: high grade serózní karcinom ovaria s metastatickým rozsevem v dutině břišní

Vedlejší diagnózy: vertebroalgický syndrom, glaukom, DM – PAD, arteriální hypertenze

Fyzikální vyšetření	
Vědomí	Při vědomí, orientovaná osobou ,místem,s časem si pacientka není jistá
Celkový vzhled	Unavená, slabá, kachektická
Váha	50kg cca
Výška	165cm ca
Dech	16 dechů/min SpO ₂ 93%
Pulz	110 pulzů/min
Tělesná teplota	36,3 °C
Krevní tlak	120/90 mmHg
Postoj	Nestabilní, nutná opora
Poloha	Při návštěvě pacientka leží v lůžku, aktivní
Chůze	V chodítku, s dopomocí, pacientka zvládá okolo lůžka
Stisk ruky, schopnost uchopit předmět	Stisk rukou slabý, pacientka zvládá udržet v rukou hrneček
Rozsah pohybu	V normě, kontraktury, či ztuhnutí kloubů není přítomné
Kompenzační pomůcky	Chodítko, polohovací postel
Kůže	Bez hematomů či defektu
Končetiny	Periferní pulzace hmatná, DK bez otoku, končetiny studené
Dutina nosní	Bez sekrece
Dutina ústní	V pořádku
Zrak, zornice	Izokorické, glaukom
Sluch	Bez potíží, slyší dobře
Stolice	Třikrát denně, průjmovitá
Močení	PMK č.18, moč narůžovělá,
Dieta	Bez dietních omezení

Objektivní pozorování	
Oční kontakt	Úmyslný, udržuje
Orientace	Orientovaná osobou, místem, ohledně času si není jistá
Pozornost	Úmyslná
Řeč	Bez potíží, pomalá
Nervozita	Ne
Vzájemná spolupráce	Pacientka je klidná spolupracuje, snaží se v jejích možnostech
Soběstačnost	V lůžku částečně soběstačná, poloha spíše na zádech, posadí se, s DKK z lůžka s dopomocí
Invazivní vstupy	PMK Ch.18

Aktuální medikace:

Fentalis 12 ug/h výměna á 72h
Mirtazapin 15 mg tbl. 0-0-0-1
Degan 10mg tbl. 1-1-1
Xarelto 20 mg tbl. 0-1-0

SOS medikace:

Bolest, dušnost Sevredol 20mg ½ tbl. , á 30min, 6xD
Bolest Algifen 30 kapek , á 3h, 4xD
Nevolnost, zvracení Haloperidol 5 kapek , á 30min, 6xD
Zmatenost, neklid Haloperidol 10 kapek , á 1h, 3xD
Zácpa Dulcolax 10mg suppráno, Dulcolax 5mg 2tbl. večer
Průjem Imodium 2tbl , á 4h, max 4xD
Soor Clotrimazol 200 mg 1/3-0-0
Nespavost Oxazepam 10mg tbl. 0-0-0-1

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k jeho zlepšení

Pacientka vnímá svůj zdravotní stav jako velmi špatný a uvědomuje si postupné zhoršování svého celkového stavu. Pacientka i její blízká rodina jsou o nemoci plně informovaní. V posledních dnech se pacientka cítí výrazně slabá a unavená, což sama vnímá jako známku dalšího chřadnutí. Přestože díky vhodně nastavené medikaci netrpí bolestmi, nejvíce ji trápí únava a celková vyčerpanost.

Její manžel, který se o ni od počátku nemoci stará, popisuje, že pacientka téměř celý den prospí a jen obtížně se zapojuje do běžných činností. „*Skoro celý den prospí, je hodně unavená,*“ říká. I přes těžkou artrózu v obou kolenech se o pacientku stará sám, snaží se jí být co největší oporou.

2. Výživa a metabolismus

Pacientka je kachektická, její výživový stav je výrazně oslabený. Přesto přijímá stravu per os a je schopna se najíst sama, i když s mírnou dopomocí. Příjem tekutin je omezený, denně vypije maximálně 1 litr, přičemž preferuje džusy, minerální vodu a občas si dá přibližně deci piva.

Manžel pacientky si všímá, že v poslední době jí stále méně a její chuť k jídlu se výrazně mění. „*Už moc jíst nechce... Když má na něco chuť, jako posledně na svíčkovou, tak jsem jí druhý den přivezl na oběd... Dala si pár lžiček a pak řekla, že už nechce,*“ popisuje. Tento výkyv v chutích a celkové ztrátě zájmu o jídlo je pro něj těžké sledovat, ale i přesto se snaží pacientce dopřát vše, na co má v tu chvíli chuť.

Manžel je velmi pozorný a ochotně obstarává jídla, o které pacientka projeví zájem, i když se stává, že sní jen malé množství nebo následně vůbec nic.

3. Vylučování

Pacientka má zavedený permanentní močový katetr (PMK), který odvádí narůžovělou moč. Manžel pacientky byl plně edukován v péči o katetr, včetně pravidelného proplachování a kontroly průchodnosti. Zpočátku měl obavy z manipulace s katetrem, zejména při proplachování, jelikož se bál, aby své manželce neublížil. Postupně však získal jistotu a nyní péči o PMK zvládá bez obtíží.

V posledních dnech se objevily potíže s obtékáním moči kolem katetru. Zdravotní sestra se snažila problém řešit dofouknutím balónku a propláchnutím katetru, ale obtékání neustalo. Proto bylo nutné pacientku přecévkovat. Po výměně katetru problém sice přetrvával, ale již v menší míře.

Lékařka se tedy domnívá, že zde může mít pacientka patologickou komunikaci.

Stolici má pacientka pravidelnou, spíše průjmovitou. Jiné potíže pacientka nemá.

4. Aktivita a cvičení

Pacientka tráví většinu dne v lůžku. V posteli je částečně soběstačná, ale k posazení potřebuje pomoc druhé osoby. Ještě je schopna krátké chůze s oporou o vysoké chodítko, přičemž ji vždy jistí manžel, který při pohybu stojí za ní a dohlíží na ni. Na začátku týdne dokázala ujít kratší vzdálenost kolem lůžka, nyní však zvládne jen pár kroků, poté se cítí velmi slabá a vyčerpaná a musí si odpočinout.

Během dne má pacientka zapnutou televizi, kterou vnímá spíše jako doprovod. Manžel uvádí, že sleduje oblíbené seriály jako *Ulice* nebo *Ordinace v růžové zahradě*. Zmiňuje také, že se pacientka vždy velmi ráda dívala na dostihy – ať už koňské nebo psí. Dostihy ji velmi bavily, a pokud byla příležitost, jezdili na ně společně, případně je sledovali v televizi. Byla to jejich oblíbená společná aktivita, na kterou manžel nyní s úsměvem vzpomíná.

5. Spánek a odpočinek

Pacientka uvádí, že v noci špatně spí – dlouho nemůže usnout a v hlavě se jí honí mnoho myšlenek. Často se jí vybavují různé vzpomínky z minulosti, které si přehrává stále dokola. Na dotaz sestry, co se jí v noci zdá, odpověděla: „*Takové blbosti...*“ a v tu chvíli si nepřála téma dále rozebírat.

Bylo jí proto doporučeno využít SOS medikaci na zklidnění a podporu spánku. Následující den se pacientka cítila o něco odpočatější. Uvedla, že ji sice trápily podobné myšlenky jako v předchozích nocích, ale spánek byl celkově klidnější.

6. Vnímání, poznávání.

Pacientka neudává žádné potíže se zrakem ani sluchem. Chuť k jídlu je snižena a často se rychle mění. Komunikace s pacientkou je omezená, vyjadřuje se převážně jednoslovně nebo v krátkých větách. Působí unaveně a uzavřeně.

Občas si stěžuje na bolest a tlak v podbřišku, které však nejsou výrazné.

7. Sebepojetí, sebeúcta

U pacientky bylo obtížné rozpoznat její aktuální emoční stav. Při návštěvě působila uzavřeně a její odpovědi byly stručné, často jednoslovné, bez zjevného emočního zabarvení. Komunikace byla chladná, bez výraznějších projevů nálady či mimiky. Na otevřené otázky odpovídala velmi rezervovaně a neprojevovala zájem o hlubší rozhovor.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacientka žije se svým manželem v rodinném domě na vesnici, v prostředí, které má ráda a kde se cítí bezpečně. Před propuknutím onemocnění se naplno věnovala chovu psů, což bylo nejen její zaměstnání, ale především životní vášeň a náplň.

Podle slov jejího manžela byla vždy velmi přátelská, otevřená a společenská. Měla ráda společnost, ráda se smála, komunikovala s lidmi a byla aktivní. V současnosti už tolik nemluví – její komunikace je omezená, často reaguje jednoslovně, případně jen krátkou větou. Na delší rozhovory nemá sílu ani náladu. Když je však vyzvána, dokáže ocenit péči svého manžela a vyslovit mu poděkování, i když stručně.

Manžel o ni pečuje již od počátku onemocnění s velkým odhodláním. Při návštěvách je velmi sdílný, rád mluví o své ženě, vzpomíná na společné chvíle a je zřejmé, že pro ni chce jen to nejlepší. Vypráví s úsměvem různé příběhy z jejich společného života, například, jak šli

jednoho večera na procházku do lesa, když se začalo rychle stmívat. Vylezli na posed, a jak se stmívalo, uslyšeli divoká prasata. Museli tam zůstat schovaní, dokud zvířata neodešla. Popisoval, jak se jeho žena bála a slíbila, že už nikdy večer do lesa nepůjde.

Pacientka má dvě dcery, které bydlí nedaleko. Občas přijedou, aby se o maminku postaraly, pomohly s péčí nebo ji navštívily. Na stěně u pacientčina lůžka je nástěnka s fotografiemi rodiny – jsou tam snímky dcer i vnuček.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

Pacientka má dvě zdravé dcery, obě těhotenství proběhly v pořádku, porod první dcery proběhl bez komplikací, u druhé dcery pacientka musela podstoupit císařský řez. Obě šestinedělí proběhla bez komplikací. Menopauza nastala okolo 50 roku života, do té doby pacientka chodila na gynekologické prohlídky pravidelně, po té již ne.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance

Pacientka působila klidným, vyrovnaným dojmem. Na první pohled působí klidně a spíše uzavřeně, avšak při bližším kontaktu je patrné, že své emoce drží spíše uvnitř. Pacientku v noci trápí sny a myšlenky z minulosti, o kterých nechce mluvit. Dle manžela to byla silná, žena, která vše zvládla sama. Do chovu psů jí nijak nezasahoval, maximálně venčil, ale vše si jinak obstarala.

11. Víra, životní hodnoty

Pacientka a její manžel jsou věřící, vyznávají katolickou víru. V minulosti pacientka pravidelně navštěvovala bohoslužby, každou neděli chodila do kostela. V současné situaci přijímá duchovní podporu formou svátostí – farář z její domovské farnosti ji navštěvuje, uděluje jí svátost pomazání nemocných. Pacientka se již nyní jasně vyjádřila ohledně svých přání do budoucna – přeje si být pohřbena vedle svých rodičů a chce, aby její rozloučení proběhlo formou církevního obřadu.

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY Z NANDA TAXONOMIE – 2021-2023

00257 – Syndrom křehkého stáří

Doména 1 – Podpora zdraví / Třída 2 – Řízení zdraví

Definice: Dynamický stav snížené fyzické a/nebo psychické rezervy, zvyšující zranitelnost.

Určující znaky:

- Imobilita, závislost na péči

- Fyzická slabost, vyhublost
- Celkové zhoršení stavu, dehydratace

Související faktory:

- Pokročilé nádorové onemocnění
- Věk a chronické vyčerpání organismu

□ **00002 – Nerovnovážná výživa: méně než tělesné potřeby**

Doména 2 – Výživa / Třída 1 – Příjem

Definice: Nedostatečný příjem živin oproti potřebám těla.

Určující znaky:

- Snížený příjem stravy a tekutin
- Celkové vyhublé tělo, BMI 15,5
- Únava, slabost

Související faktory:

- Bolest, nechutenství
- Nevolnost, nechut' k jídlu kvůli nemoci

□ **00179 – Riziko nestabilní hladiny glukózy v krvi**

Doména 2 – Výživa / Třída 4 – Metabolismus

Definice: Riziko výkyvů v koncentraci glukózy v krvi mimo normální rozmezí.

Rizikové faktory:

- Snížený příjem potravy
- Chronická nemoc a vyčerpání
- Nepravidelná strava

□ **00016 – Porucha močení**

Doména 3 – Vylučování a výměna / Třída 1 – Močová funkce

Definice: Porucha vyprazdňování moči.

Určující znaky:

- V katetru minimální diuréza

- Změněná barva a množství moči

Související faktory:

- Onkologické onemocnění a celkové selhávání

□ **00095 – Nespavost**

Doména 4 – Aktivita/Odpočinek / Třída 1 – Spánek a odpočinek

Definice: Pocit nedostatečného nebo nekvalitního spánku, narušujícího denní fungování.

Určující znaky:

- Udává problémy se spánkem, časté buzení
- Noční neklid

Související faktory:

- Bolest
- Úzkost, fyzický diskomfort

□ **00091 – Porucha pohybu na lůžku**

Doména 4 – Aktivita/Odpočinek / Třída 2 – Aktivita/cvičení

Definice: Neschopnost nezávisle se pohybovat na lůžku.

Určující znaky:

- Pacientka je ležící, omezená pohyblivost
- Potřeba asistence při polohování

Související faktory:

- Kachexie
- Terminální stav, slabost

□ **00088 – Porucha chůze**

Doména 4 – Aktivita/Odpočinek / Třída 2 – Aktivita/cvičení

Definice: Omezená schopnost samostatně chodit z místa na místo.

Určující znaky:

- Zcela závislá na asistenci
- Chůze v chodítku, nutná podpora

Související faktory:

- Slabost, kachexie
- Onkologické onemocnění

□ **00093 – Únava**

Doména 4 – Aktivita/Odpočinek / Třída 3 – Energetická rovnováha

Definice: Přetrvávající a subjektivní pocit vyčerpání, který omezuje schopnost vykonávat běžné činnosti.

Určující znaky:

- Pacientka udává extrémní slabost
- Celková pasivita, nutnost neustálé asistence

Související faktory:

- Pokročilý nádor, neefektivní výživa
- Emoční i fyzické vyčerpání

□ **00108 – Porucha sebeobsluhy – hygiena**

Doména 4 – Aktivita/Odpočinek / Třída 5 – Sebeobsluha

Definice: Neschopnost vykonávat hygienickou péči bez pomoci.

Určující znaky:

- Pacientka se sama neumyje, neudrží hygienu

Související faktory:

- Fyzická slabost, imobilita
- Závislost na ošetrovatelské péči

□ **00109 – Porucha sebeobsluhy – oblékání**

Doména 4 – Aktivita/Odpočinek / Třída 5 – Sebeobsluha

Definice: Neschopnost samostatně se oblékat a svlékat.

Určující znaky:

- Pacientka není schopna žádné sebeobsluhy
- Veškerou péči zajišťuje rodina a tým domácího hospice

Související faktory:

- Kachexie, únava

□ 00110 – Porucha sebeobsluhy – vyměšování

Doména 4 – Aktivita/Odpočinek / Třída 5 – Sebeobsluha

Definice: Neschopnost samostatně zvládat vylučování moči a stolice.

Určující znaky:

- Pacientka používá inkontinenční pomůcky
- Zcela závislá na pomoci druhých

Související faktory:

- Imobilita
- Celkové oslabení

□ 00148 – Strach

Doména 9 – Zvládání / Třída 2 – Reakce na zvládání zátěže

Definice: Reakce na vnímanou hrozbu, kterou jednotlivec subjektivně chápe jako nebezpečnou.

Určující znaky:

- Vyjadřuje obavy, úzkost
- Nejistota

Související faktory:

- Pokročilá nemoc
- Špatné myšlenky, bolesti

□ 00004 – Riziko infekce

Doména 11 – Bezpečí/Ochrana / Třída 1 – Infekce

Definice: Zvýšené riziko invaze patogenů.

Rizikové faktory:

- Zavedený močový katétr
- Oslabený imunitní systém
- Imobilita, inkontinence

□ **00206 – Riziko krvácení**

Doména 11 – Bezpečí/Ochrana / Třída 2 – Fyzické poranění

Definice: Riziko snížení objemu krve, které ohrožuje zdraví.

Rizikové faktory:

- Pokročilé nádorové onemocnění (možná invaze do cév)
- Poruchy srážlivosti (např. vlivem onkologické léčby)
- Slabost sliznic

□ **00303 – Riziko pádu – dospělý**

Doména 11 – Bezpečí/Ochrana / Třída 2 – Fyzické poranění

Definice: Riziko náhodného pádu vedoucího k poranění.

Rizikové faktory:

- Slabost, únava, imobilita

□ **00250 – Riziko poranění močových cest**

Doména 11 – Bezpečí/Ochrana / Třída 2 – Fyzické poranění

Definice: Zvýšené riziko poranění v oblasti močového systému.

Rizikové faktory:

- zavedený močový katétr
- Křehkost tkání

□ **00132 – Akutní bolest**

Doména 12 – Komfort / Třída 1 – Fyzický komfort

Definice: Nepříjemný sensorický a emoční zážitek spojený s aktuálním nebo potenciálním poškozením tkání, s nástupem kratším než 6 měsíců.

Určující znaky:

- Slovní vyjádření bolesti
- Změna výrazu tváře (staženost, napětí)
- Ochranné chování (omezení pohybu, stahování)
- Nechuť k jídlu, nespavost

4.5 Kazuistika č.5 - pacient E

Pacient E 78 let byl přijat do domácí hospicové péče 28. 11. 2024 s karcinomem choledochu – jedná se o infiltrativní adenokarcinom. Pacient bydlí v panelovém domě v bytě se svou manželkou. Manželka se o pacienta stará nebo spíše na pána dohlíží.

PRŮBĚH NEMOCI:

Pacient byl na preventivní prohlídce u praktického lékaře, kde pacient měl elevované jaterní testy. V září 2024 pacient podstoupil vyšetření jako UZ, CT, odběry TU markerů. Na konci září 2024 bylo provedeno ERCP, při kterém mu byl zaveden stent a byla potvrzena diagnóza karcinomu žlučových cest bez metastáz.

Později proběhlo onkologické konzilium, kde byla pacientovi nabídnuta paliativní radioterapie nebo symptomatická paliativní péče. Pacient radioterapii odmítl a přeje si péči zaměřenou na komfort a kvalitu života.

Kvůli kardiologickým obtížím, byl pacientovi v červnu 2024 zaveden kardiostimulátor. Pán B zvažoval jeho vypnutí, ale to kardiologické centrum nedoporučuje. Pán B se tedy rozhodl si kardiostimulátor prozatím nechat zapnutý, ale v terminální fázi onemocnění si přeje kardiostimulátor vypnout.

Pacient i jeho rodina jsou plně informováni o jeho zdravotním stavu. Pacient si nepřeje být resuscitován.

Osobní anamnéza: pacient v dětství prodělal běžná onemocnění. Aktuálně se léčí s kardiologickými obtížemi a arteriální hypertenzí.

Rodinná anamnéza: oba rodiče pacienta zemřeli na onkologické onemocnění, matka 68 let CA prsu, otec 75 CA tlustého střeva. Sourozence nemá

Sociální anamnéza: žije v bytě se svou manželkou, která na pacienta dohlíží

Farmakologická anamnéza: viz tabulka aktuální a SOS medikace

Alergická anamnéza: alergie neguje

Pracovní anamnéza: dříve pracoval ve stavebnictví, aktuálně pobírá starobní důchod

Toxikologická anamnéza: nekuřák, alkohol příležitostně, má rád Becherovku

Diagnózy

Hlavní lékařská diagnóza: Karcinom žlučových cest

Vedlejší diagnózy: arteriální hypertenze, proximální fibrilace síní, porucha glukózové tolerance, presenilní smíšená vaskulární demence, ICHS angina pectoris

Fyzikální vyšetření	
Vědomí	Při vědomí, orientovaný osobou, časem, místem
Celkový vzhled	Pacient upravený, energický, oblečený v košili a kalhotách
Váha	80kg cca
Výška	176cm
Dech	16 dechů/min SpO ₂ 96%
Pulz	73 pulzů/min
Tělesná teplota	36,8°C
Krevní tlak	140/70 mmHg
Postoj	Vzpřímený
Poloha	Aktivní
Chůze	Bez obtíží
Stisk ruky, schopnost uchopit předmět	Stisk pevný, úchop předmětů bez obtíží
Rozsah pohybu	V normě
Kompenzační pomůcky	Francouzská hůl při procházkách
Kůže	Bez hematomů či defektu
Končetiny	Periferní pulzace hmatná, DK bez otoku, končetiny teplé
Dutina nosní	Bez sekrece
Dutina ústní	V pořádku
Zrak, zornice	Brýle na čtení, izokorické
Sluch	Nedoslýchavost na pravé i levé ucho, používá naslouchátko
Stolice	Pravidelná, jedenkrát denně či obden, bez příměsí
Močení	Bez obtíží
Dieta	Bez dietních omezení

Objektivní pozorování	
Oční kontakt	Úmyslný, udržuje
Orientace	Orientovaný osobou, časem, místem
Pozornost	Úmyslná
Řeč	Bez potíží
Nervozita	Ne
Vzájemná spolupráce	Pacient je klidný spolupracuje
Soběstačnost	Pacient je plně soběstačný, manželka na pacienta dohlíží
Invazivní vstupy	Ne

Aktuální medikace:

Eliquis 5mg tbl 1-0-1
Betaserc 24mg tbl 2-2-2
Tamurox 0,4mg cps 0-0-1
Tritace 2,5mg tbl 1-0-0

SOS medikace:

Bolest, dušnost Sevredol 20mg 1tbl. , á 30min, 6xD
Menší bolesti Algifen NEO 500mg 30gtt. , á 4h, max 3xD
Nevolnost, zvracení Haloperidol 5 gtt. , á 30min 6xD
Zmatenost, neklid Haloperidol 10gtt. , á 1h 4xD
Nespavost, úzkost Oxazepam 10mg 1tbl. , á 4h 3xD
Průjem Imodium Plus 2´2mg/125mg 1tbl. , á 4h max 3xD
Zácpa Dulcolax 10mg sup 1 čípek ráno per rectum
Zácpa Dulcolax 5mg tbl 2tbl večer per os

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k jeho zlepšení

Pacient vnímá svůj zdravotní stav jako dobrý a podle svých slov je velmi rád, že aktuálně nemá žádné výrazné obtíže, nebo se objevují pouze občas. Přestože si je vědom svého onemocnění, snaží se soustředit na pozitivní aspekty svého života a užívat si čas strávený s rodinou.

Na konci prosince pacienta potrápila viróza, která se projevovala vysokými teplotami a celkovou únavou. Přesto se s ní dokázal úspěšně vypořádat. Koncem ledna se pak nachladil, což doprovázely horečky a kašel. Tento stav ho sice na několik dní oslabil, ale nyní je bez teplot, jeho zdravotní stav je stabilní a celkově se cítí dobře.

Občas pacienta trápí bolesti zad a žeber, které však zvládá s dostupnými prostředky tlumení bolesti.

Pacient i jeho rodina jsou milí, vstřícní a otevření ke spolupráci. Rodina pacienta aktivně podporuje a zajišťuje mu veškerou potřebnou péči. Pacient je velmi vděčný, že může zůstat doma v kruhu svých blízkých, což mu přináší pocit klidu a bezpečí.

2. Výživa a metabolismus

Pacient přijímá stravu per os a aktuálně nemá žádná dietní omezení. Pro něj i jeho rodinu je velmi důležité, aby si udržel chuť k jídlu a dobře stravu toleroval, protože si uvědomují, jak zásadní roli hraje výživa.

Momentálně pacient nepocituje žádné závažné trávicí obtíže, ale občas se u něj vyskytuje nevolnost, nadýmání a bolest v podžebří. Na začátku onemocnění ho trápilo i zvracení, to se však postupem času výrazně zmírnilo a nyní se objevuje jen výjimečně.

Pacient si obvykle jí celé porce jídla, ale v horších dnech, kdy se necítí dobře, sní pouze polovinu nebo tři čtvrtiny porce. Důležitou roli v jeho jídelníčku hraje tradiční česká kuchyně, kterou má velmi rád. Je zvyklý na domácí stravu, kterou mu s láskou připravuje jeho manželka, a právě tento rodinný přístup k vaření mu přináší radost. Rodina se snaží dbát na to, aby pacient měl pestrou a výživnou stravu, která mu chutná a zároveň respektuje jeho aktuální potřeby. Pacient oceňuje péči své manželky a váží si toho.

3. Vylučování

Pacient v tomto ohledu nevykazuje žádné obtíže, je plně mobilní, samostatně se pohybuje a na toaletu si dojde bez problémů. Nemá žádná omezení týkající se vylučování a jeho vyprazdňování je pravidelné.

Močení je bez abnormalit a známek bolesti, obtížného močení nebo inkontinence. Stolice je taktéž v normě, pravidelná, obvykle jednou denně, nejčastěji ráno. Nemá žádné známky zácpy, průjmu či jiné střevní dysfunkce.

4. Aktivita, cvičení

Pacient vedl od mládí velmi aktivní život. Sport byl jeho nedílnou součástí a vždy rád trávil čas pohybem. Mezi jeho oblíbené aktivity patřilo například střílení, kterému se věnoval s nadšením, a také práce na automobilech. Připravoval vozy na auto-moto závody.

Celý svůj pracovní život strávil ve stavebnictví, kde vykonával fyzicky náročnou práci. Díky tomu byl dlouhá léta v dobré kondici a zvyklý na každodenní fyzickou zátěž.

I nyní se snaží zůstat aktivní a pohyb je pro něj důležitou součástí dne. Každý den chodí na procházky, které mu pomáhají udržovat jak fyzickou, tak psychickou pohodu. V posledních

dnech však kvůli nachlazení a zvýšené teplotě raději zůstal doma, aby se plně zotavil. Nyní, když se jeho stav zlepšil, se plánuje k pravidelným procházkám opět vrátit.

V domácím prostředí se pohybuje bez opory, což mu umožňuje zachovat si soběstačnost. Při chůzi venku však pro větší stabilitu používá vycházkové hole nebo francouzské hole, které mu dodávají jistotu a bezpečí.

Pacient si uvědomuje, jak důležité je zůstat v pohybu, a snaží se být co nejvíce aktivní. Procházkou mu zároveň přináší radost a možnost trávit čas venku, což mu pomáhá udržovat pozitivní náladu.

5. Spánek, odpočinek

Pacient v noci spí nepřerušovaně a po probuzení se obvykle cítí odpočatý. Nemá potíže s usínáním a jeho spánek trvá v průměru 8 až 10 hodin.

V posledních dnech si však všimá, že se během dne rychleji unaví a častěji pociťuje potřebu krátkého odpočinku. Někdy si proto na chvíli lehne, aby načerpal síly. Přesto se snaží zůstat co nejvíce aktivní a udržovat si svůj denní režim.

6. Vnímání, poznávání

Pacient je plně orientovaný místem, časem i osobou. Jeho kognitivní schopnosti jsou zachovány, komunikuje srozumitelně a bez obtíží. Pro čtení používá brýle a kvůli zhoršenému sluchu také naslouchátko.

Jednou z pacientových hlavních obav je bolest a nevolnost. V současné době však bolesti pociťuje jen minimálně, nejčastěji se objevují večer před spaním. V těchto případech využívá Algifen ze své SOS medikace, po jehož užití bolest během krátké doby odezní a po celou noc již pacienta neobtěžuje. Byl ujištěn, že bolest je symptom, který jsou lékaři schopni účinně tlumit, což mu přináší pocit jistoty.

Pacient i jeho manželka velmi oceňují služby a péči poskytovanou domácím hospicem. Jsou vděční za podporu, kterou jim tým hospice poskytuje, a cítí se díky tomu více v bezpečí a klidnější v průběhu celého procesu péče.

7. Sebepojetí, sebeúcta

Pacient byl vždy milý, vstřícný a během návštěv rád vtipkoval a vyprávěl zážitky. Měl pozitivní přístup k okolí a i přes své zdravotní obtíže se snažil udržovat dobrou náladu. Jeho smysl pro humor a optimismus byl patrný i při běžné komunikaci, což velmi pomohlo příjemné atmosféře při setkáních.

Nemoc přijímá s realistickým pohledem, je si vědom jejího průběhu a možných komplikací, ale snaží se soustředit na přítomný okamžik a kvalitu života. Dokázal otevřeně mluvit o svých obavách.

Stejně tak je na tom i manželka, která je velmi milá, komunikativní a snaží se udržet pozitivní atmosféru v domácnosti. Při návštěvách bylo vidět, že se podporují navzájem.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Jak již bylo zmíněno, pacient žije v bytě se svou manželkou, se kterou je od svých 20 let. Mají spolu tři dcery, které jim daly celkem osm vnoučat – sedm chlapců a jednu dívku. Kromě vnoučat se už pacient dočkal i pravnoučete – jedno z jeho vnoučat má dceru, což ho naplňuje radostí. Všichni pacienta pravidelně navštěvují a udržují s ním blízký vztah. Rodina se snaží setkávat alespoň jednou do měsíce, což pacient velmi oceňuje a těší se na společně strávený čas.

Pacient s úsměvem přiznává, že v domácnosti vždy „velela“ jeho žena a její slovo bylo rozhodující. Tento uspořádaný rodinný systém mu však vyhovoval a s nadhledem na něj vzpomíná.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

Pacient má tři dospělé děti, které jsou zdravé. Během svého života neměl v této oblasti žádné zdravotní komplikace ani potíže.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Pacient zvládá náročné situace velmi dobře a s obdivuhodným klidem. Plně si uvědomuje vážnost svého zdravotního stavu a nepodceňuje jej, zároveň se však snaží nepropadat negativním myšlenkám ani depresivním stavům. Má realistický pohled na svou situaci a přijímá ji s nadhledem. Soustředí se na přítomný okamžik a žije podle principu „teď a tady“.

Velkou oporou je mu jeho manželka, se kterou má silný a dlouholetý vztah založený na vzájemné důvěře a podpoře. Také mu v této oblasti pomáhá víra.

Pacient je celkově odolný vůči stresu a snaží se ke svému onemocnění přistupovat s rozvahou a klidem. Přestože si je vědom možných komplikací, nevyhýbá se otevřenému hovoru o své situaci a o svých obavách dokáže komunikovat s rodinou i zdravotníky.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pacient i jeho rodina jsou věřící katolíci a víra pro ně vždy byla důležitou součástí života. Po celý život se snažil žít v souladu s křesťanskými hodnotami a pravidelně navštěvoval kostel. I nyní, pokud mu to jeho zdravotní stav dovolí, se účastní bohoslužeb.

Víra mu poskytuje nejen oporu v běžném životě, ale také mu pomáhá zvládat nejtěžší chvíle spojené s jeho nemocí. Díky ní vnímá svou situaci s větším klidem a vyrovnaností, což mu pomáhá čelit náročným momentům bez zbytečného strachu či úzkosti. Smrt nebere jako tabuizované téma, naopak o ní dokáže hovořit otevřeně a s přirozeným přijetím.

Pacient velmi jasně vyjádřil své představy o konci svého života i o pohřbu. Přeje si, aby obřad byl ekumenický, tedy aby se na něm podílel nejen katolický kněz, ale také kazatel protestantské církve a husitský duchovní. Má jasnou představu o místě svého posledního odpočinku – chce být pochován tam, kde odpočívají jeho rodiče.

Rodina se o jeho přáních otevřeně bavila a má připravený i seznam přibližně 80 lidí, kteří by se měli zúčastnit následné smuteční hostiny. Pacient si velmi cení toho, že jeho blízcí jeho rozhodnutí respektují a jsou připraveni je naplnit. Jeho otevřený přístup k této otázce rodině usnadňuje situaci a dává jim jistotu, že budou moci jeho poslední vůli splnit tak, jak si přeje.

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY Z NANDA TAXONOMIE – 2021-2023

□ 00093 – Únava

Doména 4 – Aktivita/Odpočinek / Třída 3 – Energetická rovnováha

Definice: Přetrvávající subjektivní pocit vyčerpání, který omezuje běžné fungování.

Určující znaky:

- Pacient vyčerpaný, slabý, ležící
- Ospalý, reaguje pomaleji

Související faktory:

- Pokročilé onkologické onemocnění
- Nedostatečná výživa, dehydratace

□ **00231 – Riziko syndromu křehkého stáří**

Doména 1 – Podpora zdraví / Třída 2 – Řízení zdraví

Definice: Zvýšené riziko snížení fyzické nebo psychické rezervy, které vede k větší zranitelnosti a zhoršení zdravotního stavu.

Rizikové faktory:

- Věk nad 75 let
- Onkologické onemocnění v pokročilém stádiu
- Imobilita, svalová atrofie, podvýživa
- Slabost, únava, kachexie

□ **00004 – Riziko infekce**

Doména 11 – Bezpečí/Ochrana / Třída 1 – Infekce

Definice: Zvýšené riziko invaze patogenních mikroorganismů do těla.

Rizikové faktory:

- Onkologické onemocnění → oslabená imunita
- Kachexie, dehydratace
- Možné poruchy bariér (sliznice, kůže)
- Katetrizace močových cest nebo invazivní vstupy

□ **00303 – Riziko pádu – dospělý**

Doména 11 – Bezpečí/Ochrana / Třída 2 – Fyzické poranění

Definice: Zvýšené riziko náhodného pádu, který může vést k poranění.

Rizikové faktory:

- Slabost, hypotonie
- Dezorientace, únava
- Imobilita, věk

□ 00132 – Akutní bolest

Doména 12 – Komfort / Třída 1 – Fyzický komfort

Definice: Nepříjemný sensorický a emoční zážitek spojený s aktuálním nebo potenciálním poškozením tkání.

Určující znaky:

- Udává bolest břicha
- Omezená pohyblivost, diskomfort

Související faktory:

- Pokročilé nádorové onemocnění
- Zvětšená játra, tlak na okolní struktury

□ 00311 – Riziko poruchy kardiovaskulární funkce

Doména 4 – Aktivita/Odpočinek / Třída 4 – Kardiopulmonální odpovědi

Definice: Riziko narušení mechanismů zajišťujících přiměřenou perfuzi tkání a funkci srdce a cév.

Rizikové faktory:

- Věk nad 75 let
- Onkologické onemocnění v pokročilém stádiu
- Slabost, nízký krevní tlak
- Dehydratace, snížený příjem

□ 00015 – Riziko zácpy

Doména 3 – Vylučování a výměna / Třída 2 – GIT funkce

Definice: Riziko snížení frekvence nebo obtížnosti defekace, často doprovázené tvrdou stolicí.

Rizikové faktory:

- Nízký příjem tekutin a vlákniny
- Opiátová analgetika
- Imobilita, snížená aktivita
- Onkologické onemocnění ovlivňující GIT

5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Výzkumná část této bakalářské práce byla realizována formou kvalitativního šetření pomocí kazuistik pěti pacientů s onkologickým onemocněním, jimž byla poskytována mobilní paliativní péče. Cílem bylo identifikovat jejich ošetrovatelské potřeby a klíčové problémy za využití klasifikace NANDA-I.

5.1 Nejčastější aktuální diagnózy

00002 – Nerovnovážná výživa: méně než tělesné potřeby

Ošetrovatelská diagnóza **nerovnovážná výživa: méně než tělesné potřeby (00002)** byla přítomna u všech pěti pacientů. Tato diagnóza je v kontextu paliativní péče velmi častá, a to zejména v důsledku kombinace pokročilého onkologického onemocnění, nechutenství, bolesti, poruch polykání, vedlejších účinků léčby a psychické nepohody. V některých případech pacienti zcela odmítali jídlo, jindy byl příjem výrazně snížen, a to jak z důvodu somatických obtíží (např. dysfagie), tak i ztráty zájmu o stravu. Pečující osoby byly ze strany zdravotnického personálu edukovány, že v paliativní fázi není cílem dodržování dietních omezení, ale zajištění komfortu pacienta. Bylo zdůrazněno, že pacient by měl jíst to, co mu chutná a kdykoli na to má chuť – i v malém množství. Pečující se proto často snažili připravit oblíbená jídla dle přání nemocného, i když si pacient následně vzal jen pár lžic nebo zcela odmítl.

00132 – Akutní bolest

Ošetrovatelská diagnóza **akutní bolest (00132)** byla stanovena u všech pacientů zapojených do výzkumného šetření. Bolest je jedním z nejčastějších a zároveň nejvíce zatěžujících symptomů u pacientů v paliativní péči. V jednotlivých kazuistikách byla bolest přítomna v různé intenzitě i charakteru – od tupé, přetrvávající bolesti pohybového aparátu po ostrou, lokalizovanou bolest v místě nádoru či operační rány. Pacienti bolest často popisovali slovně, ale v některých případech byla pozorována i neverbálními projevy, jako jsou bolestivé grimasy či odmítání pohybu.

Ve všech případech byla bolest léčena analgetiky, a to buď ve formě opioidů (např. morfin, fentanyl), nebo slabších analgetik dle doporučení lékaře.

00198 – Narušený vzorec spánku

Ošetrovatelská diagnóza **narušený vzorec spánku (00198)** byla zjištěna u většiny sledovaných pacientů, kromě pacienta E. Poruchy spánku byly způsobeny celou řadou faktorů – především bolestí, či špatnými sny a myšlenkami. Pacienti uváděli, že jejich spánek je povrchový a často přerušovaný.

00093 – Únava

Ošetrovatelská diagnóza **únava (00093)** se vyskytovala u většiny pacientů zapojených do výzkumného šetření a patřila k nejčastěji uváděným obtížím v průběhu paliativní péče. Únava byla přítomná i v situacích, kdy pacienti zcela odpočívali nebo se fyzicky téměř nenamáhal. Jednalo se o hlubokou, přetrvávající únavu, která neustupovala ani po spánku a výrazně omezovala schopnost vykonávat běžné denní aktivity.

00148 – Strach

Ošetrovatelská diagnóza **strach (00148)** byla zaznamenána u několika pacientů. Strach se projevoval v různých podobách – obavy ze smrti, bolesti, možné hospitalizace či prohlubování se symptomů. Pacienti své obavy někdy sdíleli otevřeně, jindy byly patrné spíše z jejich neverbálního chování – úzkostný pohled, pláč, mlčení nebo stažení se do sebe. Významnou roli zde hrála míra otevřenosti komunikace mezi pacientem, rodinou a zdravotnickým personálem.

00108 – Porucha sebeobsluhy – hygiena

Ošetrovatelská diagnóza **porucha sebeobsluhy - hygiena (00108)** byla identifikována u tří z pěti sledovaných pacientů. Ve všech případech se jednalo o osoby ve výrazně pokročilém stadiu onkologického onemocnění, u nichž byla soběstačnost značně omezena zejména v důsledku celkové fyzické slabosti, bolesti, únavy nebo omezené mobility. Tito pacienti potřebovali pomoc druhé osoby. V několika kazuistikách byla péče zajišťována rodinnými příslušníky, kteří pomáhali s hygienou i výměnou inkontinenčních pomůcek nebo přemístěním na toaletu. Porucha sebeobsluhy vedla u některých pacientů také k psychickému diskomfortu – pocity studu a frustrace byly zřejmé zejména u pacientek A a C.

5.2 Nejčastější potencionální diagnózy

00004 – Riziko infekce

Ošetrovatelská diagnóza **riziko infekce (00004)** byla stanovena u všech pacientů, čtyři pacienti měli zavedený nějaký invazivní vstup nebo PMK, které byly potencionálním zdrojem infekce. Pacient E neměl žádné vstupy ani PMK, ale jeho imunita byla snižená.

00303 – Riziko pádu – dospělý, 00306 – Riziko pádu dítěte

Tato ošetrovatelská diagnóza **riziko pádu – dospělý (00303)** byla identifikována u všech pacientů, z důvodů slabosti a únavy zapříčiněnými onkologickým onemocněním.

00015 – Riziko zácpy

Ošetrovatelská diagnóza **riziko zácpy (00015)** byla zaznamenána u dvou sledovaných pacientů. Tento problém je u pacientů v paliativní péči velmi častý a souvisí s několika faktory – omezenou mobilitou, nedostatečným příjmem tekutin či užíváním opiátů.

00206 – Riziko krvácení

Ošetrovatelská diagnóza **riziko krvácení (00206)** byla identifikována u některých pacientů, především v souvislosti s onkologickým onemocněním, které zasahovalo cévní struktury (pacient B), nebo při užívání antikoagulační terapie (pacientka D).

6 DISKUZE

Tématem této bakalářské práce byly potřeby a přání pacientů v paliativní péči. Ve výzkumné části byly zpracovány kazuistiky pěti pacientů, kterým byla poskytována paliativní péče v domácím prostředí. Hlavním cílem práce bylo identifikovat hlavní problémy těchto pacientů a následně popsat jejich potřeby a přání prostřednictvím ošetřovatelských diagnóz. Všichni sledovaní pacienti trpěli pokročilým onkologickým onemocněním.

Jednou z nejčastějších obtíží, kterou měli pacienti společnou, byla bolest. Ta je u onkologických pacientů velmi častým příznakem – vyskytuje se v různé intenzitě, od středně silné až po velmi silnou. Ověřenou a účinnou volbou léčby jsou v takových případech opiátová analgetika (Pochop, 2015). Potřebou všech pacientů tedy bylo, aby byla bolest zcela odstraněna nebo alespoň zmírněna na snesitelnou úroveň, která by je neomezovala v běžných denních aktivitách.

Všichni pacienti kromě pacienta E užívali opiáty. U pacientky A byla bolest velmi výrazná – nejvíce ji omezovala při pohybu, zejména při posazování. Navzdory použití opiátových náplastí se bolest vyskytovala, převážně ve večerních hodinách a v noci. V těchto případech bylo nutné podat SOS medikaci. V závěru sledování byla pacientce upravena medikace do CŽK, nicméně vzhledem k časovému rámci výzkumu již nebylo možné zaznamenat účinek této změny. U pacienta B byla bolest lokalizována do oblasti krku a obličeje, což souviselo s přítomností maligní rány. I přes použití opiátové náplasti pacient večer a v noci pociťoval zvýšenou bolest, proto užíval kapky Morphinu z předepsané SOS medikace. Tento režim mu v době výzkumu vyhovoval, a sám si nepřál žádnou změnu medikace. Pacientka C udávala při přijetí bolest celého těla, přetrvávající po ukončené onkologické léčbě. V důsledku bolestí a špatných myšlenek se nedokázala dostatečně vyspat. Po podání opiátu Sevredol došlo již druhý den k úlevě – pacientka se cítila odpočatá a při návštěvě žádné bolesti nepociťovala. U pacientky D byla bolest dobře zvládnuta pomocí opiátové náplasti. Během celého období sledování neužívala žádné analgetikum z SOS medikace, což svědčí o dostatečné účinnosti zvolené terapie. Pacient E jako jediný neužíval žádná opiátová analgetika. Udával pouze občasné bolesti, které byly dobře zvládnutelné podáním kapek Algifen. Tato potřeba byla tedy minimální a snadno kontrolovatelná.

Jednou z dalších komplikací je únava, která byla zaznamenána u všech pacientů v odlišné míře. Únavou trpí přibližně kolem 60-96 % pacientů s pokročilým onemocněním. Tento typ únavy je specifický, tím že objevuje bez předchozí námahy a výrazně ovlivňuje kvalitu života

(Linkos, 2025). Pacientka A ji pociťovala velice často a doprovázela ji po celý den. Neměla následně sílu na aktivity, které mohla vykonávat a ani náladu na návštěvy zdravotníků, které kvůli jejímu stavu musely být každý den. U pacienta B byla únava patrná zejména při verbální i neverbální komunikaci – byl často ospalý, reakce byly zpomaleny, měl snížený zájem o své okolí. Dlouhodobé vyčerpání bylo spojeno s celkovým oslabením organismu, pokročilým nádorovým onemocněním i psychickou zátěží spojenou se zhoršujícím se stavem. Pacientka C uváděla celkové vyčerpání a omezenou vitalitu, zejména při přijetí do paliativní péče. V důsledku předchozí onkologické léčby a bolestí se nemohla kvalitně vyspat, což její únavu ještě prohlubovalo. Po zavedení odpovídající analgetické terapie došlo k výraznému zlepšení jejího stavu i psychické kondice – byla komunikativnější a méně unavená. U pacientky D se únava projevovala méně nápadně, avšak stále byla přítomna v pozadí. Projevovala se především klidovým režimem, častým poleháváním a sníženou aktivitou. Pacientka se snažila spolupracovat, ale její výkonnost byla zřetelně limitovaná dlouhodobým vyčerpáním. U pacienta E byla únava přítomna, ale méně intenzivní než u ostatních sledovaných osob. Pacient byl částečně aktivní, měl zájem o okolí, ale i jeho síly byly omezené. Delší aktivita vedla rychle k vyčerpání, a potřeboval proto časté přestávky a odpočinek.

Dalším častým problémem, který byl u sledovaných pacientů zaznamenán, byla porucha spánku. Tato obtíž výrazně ovlivňuje celkovou kvalitu života pacientů v paliativní péči. Spánek plní důležitou regenerační a stabilizační funkci, a pokud je narušen, zhoršuje celkový fyzický i psychický stav nemocného (Sláma a Vafková, 2020). Podle odborné studie *Sleep Disturbances in Patients With Advanced Cancer in Different Palliative Care Settings* (Mercadente, et. al., 2015) trpí poruchami spánku přibližně 60 % onkologicky nemocných pacientů. Poruchou spánku u pacientky A bylo časté buzení, zejména kvůli bolesti, neschopností usnout. Spánek byl tedy nekvalitní a také se na kvalitě spánku podílela bolest. Jak již bylo zmíněno, byla upravena medikace, ale vzhledem ke krátkosti trvání výzkumu nemohu tuto oblast zhodnotit. U pacienta B byly podobné obtíže, také nespavost spojená s bolestí a pocit nekvalitního spánku. Obtíže se spánkem pacientky C byly patrné předchozí dny, které strávila v nemocnici a první den, kdy z ní byla převezena a přijata do péče DHP. Další den se cítila lépe, tento stav ovlivnila nově nastavená medikace, ale také tomuto mohlo přispět domácí prostředí a rodina. U pacientky D byl problém se spánkem méně nápadný, často ležela se zavřenými očima a působila dojmem, že spí. Později však vyšlo najevo, že ji trápí negativní myšlenky a zážitky z minulosti, o nichž nechtěla hovořit. Tyto psychické obtíže jí způsobovaly nespavost, časté buzení a problémy s usínáním, a spánek tak nebyl

plnohodnotný. Naopak u pacienta E nebyly zaznamenány žádné obtíže spojené se spánkem. Spal celou noc, bez obtíží usínal a neudával žádné další potíže v této oblasti. Spánek je jednou ze základních biologických potřeb člověka. Nekvalitní spánek výrazně ovlivňuje kvalitu života (Státní zdravotní ústav, 2021).

Stejně jako spánek, tak i příjem potravy a tekutin patří mezi biologické potřeby člověka. Součástí onkologického onemocnění může být úbytek hmotnosti následně rozvoj nutričního deficitu a následné malnutrice (Meisnerová, 2017). U všech pacientů objevoval snížený příjem potravy. U Pacientky A byla chuť k jídlu snižena, jedla obvykle malé porce. Ke konci výzkumu se její nechť k jídlu výrazně zvýšila, tyto obtíže mohli být zapříčiněny zácpou. Pacient B byl kachektický. Veškerou stravu přijímal enterálně do PEG, kromě tekutin, které přijímal per os. Množství enterální výživy dávky si určoval sám dle aktuálního stavu. Chuť tekutin podle pacienta, byla nevýrazná vybledlá, což jeho psychickému stavu nepřispívalo. Pacientka C přijímala obvykle malé porce. Ale hlad nepociťovala. Pacientce D se chuť velmi často měnila, či jídlo chutnalo jinak, než si přála. Pacient E nepociťoval žádné změny v chuť, ale příjem stravy nebyl dostatečný.

Zácpa je jedním z nejčastějších symptomů u pacientů v paliativní péči. U pacientky A byla během sledovaného období zaznamenána, přičemž ji výrazně zatěžovala nejen fyzicky, ale i psychicky – styděla se a cítila se kvůli tomu velice nekomfortně. Tento stav ukazuje, že i intimní fyziologické potřeby mohou mít u pacientů v terminální fázi zásadní vliv na jejich důstojnost a kvalitu života (Tomáška, 2022). Podobné riziko bylo pozorováno také u pacientky C, která sice aktuálně zácpou netrpěla, ale vzhledem k imobilitě, užívání opioidů a sníženému příjmu potravy byla v ohrožení jejího vzniku. Také pacient E byl v určitém riziku zácpy, i když míra tohoto rizika nebyla vysoká a během sledování se zácpa neobjevila. Podle studie *The prevalence of constipation at admission and after 1 week of palliative care: a multi-center study* (Mecadente et al., 2017) trpí zácpou přibližně dvě třetiny pacientů v paliativní péči. Autoři upozorňují, že je důležité zácpu nejen aktivně řešit, ale i včas identifikovat rizikové pacienty, protože prevence bývá často účinnější než samotná léčba.

Průjem je méně častým symptomem než zácpa (Tomáška, 2022). Pacient B a stejně tak pacientka D netrpěli přímo průjmem, ale konzistence stolice neodpovídala fyziologické. Pacient B, tuto obtíž přisuzoval enterální výživě. Tuto teorii potvrzuje studie *Prevention and management of enteral nutrition-related diarrhea among adult inpatients: a best practice implementation project* (Zhang, et. al., 2024), která odkazuje na studii *Mechanisms,*

prevention, and management of diarrhea in enteral nutrition (Whelan, Schneider, 2011), kde zmiňují, že 2 – 95% trpí průjmy spojené s enterální výživou.

Strach je v psychologii definován jako emoce, která se projevuje jako reakce na potencionální nebezpečí (Najdi pomoc, 2025). V paliativní péči je strach často spojován se smrtí a umíráním. V rámci výzkumu jsem se však setkala i se strachem z jiných příčin. Samozřejmě všichni pacienti pociťovali jistý strach ze smrti či umírání – až na pacienta E, který byl s koncem života naprosto smířený, v tomto ohledu mu výrazně pomáhala jeho víra a silné rodinné zázemí. Pacientka A nepřímo vyjadřovala strach ze smrti, ale konkrétněji popisovala obavy z bolesti, hospitalizace, operačních zákroků a z možnosti, že trpí nádorovým onemocněním. Veškeré odpovědi ohledně diagnózy zůstávaly záměrně neutrální – nevyvracely obavy pacientky, ale ani je nepotvrdily. Tento přístup zamezil jak zbytečnému posilování falešné naděje, tak i předčasnému zklamání či úzkosti. Pacientka tak mohla dál fungovat v určitém psychickém bezpečí, kde ji informace zcela neochromovaly, ale zároveň jí ponechávaly prostor k vlastnímu zpracování reality. V případě pacientky A byla zároveň zřetelná potřeba jistoty, že nebude hospitalizována a nebude jí proveden žádný operační zákrok. V kvalitativním šetření *Pohled na hospitalizaci očima dětských pacientů* (Růžičková, Hlaváčková, Černožská, 2022), v kategorii pět zjistili, že dotazované děti ve věku 7 – 13 let udávají, že nepříjemné věci v nemocnici jsou pro ně vyšetření, zákroky, odběry krve, ale také, stesk po rodině, což díky domácí péči pacientka může zůstat doma se svou rodinou. Obava z hospitalizace byla jasně vyvrácena a pacientka byla opakovaně ujištěna, že zůstane doma a žádná vyšetření ani operace jí prováděny nebudou. Odpověď tohoto typu pravděpodobně naplnila i její potřebu bezpečí a jistoty. Pacient B své obavy přímo nevyjadřoval, ale z jeho neverbální komunikace bylo patrné, že se vážnějším tématům záměrně vyhýbal. Zprávy o svém zdravotním stavu přijímal pasivně, což může být vnímáno jako obranný mechanismus, který mu pomáhal vyrovnávat se s realitou onemocnění. Je pravděpodobné, že pacient procházel fází popírání podle modelu Kübler - Rossové, kdy jedinec odmítá připustit závažnost situace jako ochranu před psychickým přetížením. Šrámková ve své bakalářské práci *Paliativní péče a její přínos pro kvalitu života klientů* parafrázuje Dostálovou (2004), která popisuje jednu z reakcí pacientů na nemoc jako tzv. represi – tedy popření, při němž se jedinec snaží vyhnout nechtěným prožitkům a emocím. U pacientky C byly přítomny výrazné známky psychického zatížení a skrytého strachu, ačkoli se navenek snažila působit vyrovnaně. Největší obavy souvisely se ztrátou soběstačnosti, a hybnosti dolních končetin, která byla zapříčiněna metastatickým rozsevem v páteři. Zhao et

al. (2023) uvádějí, že léčba pacientů s tímto typem metastáz je převážně paliativní. Pacientka těžce snášela skutečnost, že není schopna se sama posadit či přemístit a je plně odkázána na pomoc své rodiny. Tento typ ztráty samostatnosti je v odborné literatuře popisován jako častý zdroj frustrace, smutku, studu a ztráty sebedůvěry. *Podle studie Palliative Care Need and Quality of Life Mediated by Psychological Distress in Neurologic* (2025) publikované v *Journal of Pain and Symptom Management* může omezená mobilita u pacientů v pokročilém stadiu onemocnění vést k intenzivnímu psychickému stresu, který zahrnuje pocity bezmoci, obavy z budoucnosti a hluboké vnímání závislosti na druhých. Stejně tak organizace Marie Curie v článku *Mobility issues when living with a terminal illness* (2024) potvrzuje, že ztráta mobility významně narušuje vnitřní rovnováhu pacienta a může negativně ovlivnit jeho kvalitu života – zejména tehdy, pokud pacient v minulosti vedl aktivní životní styl, jako tomu bylo u pacientky C. Pacientka D strach nijak neprojevovala, jediné obavy, které měla byly špatné myšlenky a sny nejspíše z minulosti, které jí způsobovaly obtíže spojené se spánkem.

1. Dílčí cíl:

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jaký dopad má závažné onemocnění na mezilidské a rodinné vztahy pacienta. Na základě analyzovaných kazuistik je zřejmé, že závažné onemocnění výrazně ovlivňuje mezilidské a rodinné vztahy pacienta. Ve většině případů dochází ke změně rodinných rolí, kdy se jeden člen domácnosti – nejčastěji partner, rodič nebo dospělé dítě – stává hlavním pečujícím. Tento přechod bývá doprovázen silnou emocionální zátěží, pocity viny, studu a bezmoci u pacienta, zatímco pečující čelí psychickému i fyzickému vyčerpání. Například u pacientky C došlo k úplné ztrátě soběstačnosti, a přestože ji její manžel a rodina obětavě podporují, sama pacientka prožívá silný pocit, že je na obtíž, což negativně ovlivňuje její sebeobraz. Podobně pacientka A, třináctiletá dívka, čelí nejen fyzickým obtížím, ale také sociální izolaci – nerozumí si s vrstevníky, cítí se jiná a ani s matkou si příliš nerozumí. Naopak s otcem má velmi blízký vztah, i když ten ji chrání před pravdou o závažnosti nemoci, což přináší napětí mezi potřebou otevřenosti a snahou zachovat psychickou rovnováhu dítěte.

Mezi některými pacienty a pečujícími je možné sledovat hluboké pouto – například manžel pacientky D pečuje o svou ženu s mimořádnou trpělivostí, přestože sám trpí tělesnými obtížemi. Jejich vztah působí harmonicky, vyrovnaně a pevně. Naproti tomu u pacienta B a jeho manželky sice funguje základní spolupráce při péči, ale jejich vztah nepůsobí blízkým dojmem – spíše distancovaně, s omezenou emoční výměnou. V případě pacienta E nemoc

nijak zásadně nenarušila rodinné vztahy – jeho manželka ho podporuje v běžném životě a dohlíží na něj, přičemž jejich vztah zůstává stabilní. Tento případ ukazuje, že závažné onemocnění nemusí vždy vést k rozpadu nebo zátěži ve vztazích, ale může být naopak příležitostí k upevnění vzájemné blízkosti.

Z výše uvedeného je patrné, že vliv onemocnění na rodinné a mezilidské vztahy je značně individuální. Klíčovou roli hrají nejen osobní charakteristiky pacientů a pečujících, ale také kvalita předchozích vztahů, styl komunikace v rodině a míra otevřenosti k tématu nemoci a umírání. Tato pozorování potvrzuje i studie *Family Relationships and Psychosocial Dysfunction Among Family Caregivers of Patients With Advanced Cancer* (Nissen, 2016), která zjistila, že funkce rodiny významně ovlivňuje psychosociální pohodu pečovatelů pacientů s pokročilým karcinomem. Identifikace typu rodinné dynamiky může pomoci včas rozpoznat pečovatele ohrožené psychickými problémy a umožnit jim cílenou podporu. Intervence zaměřené na zlepšení komunikace, posílení důvěry a zvládání konfliktů mohou zlepšit kvalitu života pečujících osob. Podobně i novější studie *Family Peace and Affecting Factors in Family Caregivers of Patients With Cancer: A Cross-Sectional Study* (Şahin, et al, 2025) ukazuje, že „rodinný klid“ je u pečujících ovlivněn nejen závažností onemocnění, ale i úrovní sociální podpory, finanční situací a zvládáním stresu. Tyto faktory dohromady utvářejí celkovou atmosféru v rodině a schopnost společně čelit krizové situaci, jakou je závažná nemoc blízkého člověka.

2. Dílčí cíl:

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jak závažné onemocnění ovlivnilo pacienty ve vykonávání běžných denních aktivit. U všech analyzovaných kazuistik se projevil různý stupeň omezení soběstačnosti, mobility, stravování, hygieny či celkového režimu dne. Nejvýraznější omezení vykazuje pacientka C, která je kvůli metastázám v oblasti páteře zcela upoutána na lůžko a nedokáže se sama posadit ani otočit. Je zcela odkázána na pomoc manžela a syna při všech každodenních činnostech. Podobně pacientka A trpí výrazným fyzickým omezením a v některých případech je potřeba asistence – běžnou hygienu a vyprazdňování zvládá s pomocí otce, WC křeslo. U pacientky D nemoc vedla k postupnému úbytku sil – přestože se pohybuje s chodítkem, při přesunech a hygieně je již částečně závislá na pomoci manžela. Závažné změny ve výživě jsou patrné u pacienta B, kterému byl kvůli zhoršenému polykání zaveden PEG a je zcela závislý na enterální výživě. Jeho mobilita je omezená na kratší

vzdálenosti, zvládá však dojít na toaletu a sám se obléká. Využívá podpůrné body při vstávání a často odpočívá.

Naopak pacient E si navzdory onemocnění a vyššímu věku zachovává poměrně vysokou míru soběstačnosti – zvládá každodenní hygienu, dochází na toaletu, chodí na procházky a jeho manželka na něj spíše dohlíží, než že by mu aktivně asistovala. Z celkového pohledu je zřejmé, že s postupem nemoci dochází u většiny pacientů ke ztrátě autonomie v běžných denních činnostech, ať už se jedná o mobilitu, hygienu, příjem stravy nebo schopnost zvládat vlastní režim. Tento proces bývá provázen nejen fyzickým omezením, ale i psychickou zátěží, která souvisí se závislostí na druhých a s narušením osobní důstojnosti. Míra těchto dopadů je však vždy individuální a závisí jak na typu a stadiu onemocnění, tak i na osobnosti pacienta a podmínkách domácí péče. Tato pozorování potvrzuje i studie *Trajectories of Activities of Daily Living in the Last Eight Weeks of Life Among Patients With Terminal Cancer in a Palliative Care Unit: A Retrospective Study* (Sasaki et al. 2024), která analyzovala schopnost vykonávat běžné denní aktivity (ADL) u pacientů s terminálním stadiem rakoviny. Zjistila, že schopnost samostatné péče o sebe u těchto pacientů prudce klesá již několik týdnů před smrtí, přičemž většina z nich vyžaduje plnou asistenci v posledním týdnu života.

7 ZÁVĚR

Paliativní péče představuje specifickou oblast zdravotní péče, která je zaměřena na zmírňování utrpení a zajištění co nejvyšší možné kvality života pacientů s nevléčitelným onemocněním. Jejím cílem není prodlužování života za každou cenu, ale respekt k důstojnosti, autonomii a individuálním potřebám nemocného člověka. Bakalářská práce se zaměřila na identifikaci ošetrovatelských potřeb pacientů v paliativní péči prostřednictvím pěti kazuistik, přičemž jako hlavní nástroj byla využita klasifikace NANDA-I.

Teoretická část práce poskytla přehled o principech, cílech a formách paliativní péče, včetně jejího historického vývoje, etických a právních aspektů, jakož i významu komunikace a multidisciplinární spolupráce. Byla zdůrazněna potřeba komplexního a individualizovaného přístupu k pacientovi, který zahrnuje nejen biologické, ale také psychické, sociální a spirituální potřeby.

Praktická část práce byla realizována kvalitativním výzkumem formou kazuistik pěti onkologických pacientů v domácí hospicové péči. Analýza těchto případů ukázala, že mezi nejčastější ošetrovatelské problémy patřily bolest, dušnost, únava, omezená soběstačnost, obavy z budoucnosti a potřeba psychické a emocionální podpory. Výzkum dále poukázal na klíčovou roli rodinných příslušníků a důležitost jejich zapojení do procesu péče, stejně jako na význam efektivní a empatické komunikace mezi zdravotnickým personálem, pacientem a jeho blízkými.

Výsledky práce potvrzují, že paliativní péče vyžaduje nejen odborné znalosti, ale především citlivý, respektující a lidský přístup. Ošetrovatelský personál zde hraje nezastupitelnou roli, a to nejen v oblasti přímé péče, ale i v oblasti podpory pacienta a jeho rodiny. Předložené poznatky mohou být přínosem pro další rozvoj ošetrovatelství v oblasti paliativní péče a pro zvyšování kvality života pacientů v závěrečné fázi jejich života.

8 POUŽITÁ LITERATURA

AMBROŽOVÁ, 2019. Nové standardy mobilní specializované paliativní péče. In: *cestadomu.cz* [online]. Česká republika: Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP a Fórum mobilních hospiců, 2019. [cit. 2024-08-13]. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/aktuality/nove-standardy-mobilni-specializovane-paliativni-pece>

BUŽGOVÁ, 2015. Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života. In: *Bookport.cz* [online]. Praha: Grada, 2015. [cit. 2024-08-13]. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/paliativni-pece-ve-zdravotnickych-zarizenich-1275/>

LÉČBA BOLESTI, 2025. Léčba bolesti. In: *Linkos.cz* [online]. Praha: Česká onkologická společnost ČLS JEP, 2025. [cit. 2025-02-07]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pece-o-pacienta/lecba-bolesti-1/>

BUŽGOVÁ, Radka, 2011. Hodnocení psychosociálních potřeb terminálně nemocných [online]. *Kontakt*, roč. 13, č. 3, s. 267–269. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <https://doi.org/10.32725/kont.2011.032>. [cit. 2025-02-27].

BUŽGOVÁ, 2017. Etika ve zdravotnictví. In: *Ostravská univerzita, Lékařská fakulta* [online]. Ostrava: Ostravská univerzita, 2017. [cit. 2025-04-07]. Dostupné z: https://bme-data.vsb.cz/download/DXDqaG--FJhZJ2xT_n3J_aC6QeG3v4cHpmHG0KJMPuo-Pf4X9xs9c8werFX2OPh-t5NEWIxOsTgfsqhw52uAxFNcz2RhDT1AwDqcRrMlCaRkUTiQEHqxIRNyUolsqH-hvJP9AkopTUp4eQbnqmItH66p4AQunX-VsRydqD08ifms9bGXplyrwrflEnuhlW3PIo778EBm9RJzzy_TA_d_FG9JZ1JFrwk4mJ8mm-a3J8re3WPdpi4BkvE5zsBwROiV2XXe1h7YuuXozpN_HqkRDEtfjbJCCDWr4zmcgPKnE7oZHDI0374

BUŽGOVÁ, 2015. Assessment of the Spiritual Needs of Patients in Palliative Care. In: *Klinická onkologie* [online]. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2015. [cit. 2025-02-28]. Dostupné z: <https://doi.org/10.14735/amko201513>

CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE, n.d. ESPERO pro sestry [online]. *paliativnicentrum.cz*. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/kurzy/espero-pro-sestry>. [cit. 2025-04-07].

CESTA DOMŮ, n.d. Nové standardy mobilní specializované paliativní péče. In: *cesta domů.cz* [online]. Praha: Cesta domů, neuveden. [cit. 2024-08-13]. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/aktuality/nove-standardy-mobilni-specializovane-paliativni-pece>

CESTA DOMŮ, n.d. Komunikace s umírajícím a blízkými. In: *cesta domů.cz* [online]. Praha: Cesta domů, neuveden. [cit. 2025-04-07]. Dostupné z: <https://elearning.cestadomu.cz/elearning/pro-psychosocialni-pracovniky/komunikace-s-umirajicim-a-blizkymi/>

CHRASTINA, 2019. Případová studie – metoda kvalitativní výzkumné strategie a designování výzkumu. In: *doivup.upol.cz* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2019. [cit. 2025-04-26]. Dostupné z: https://doivup.upol.cz/artkey/doi-990003-1100_Pripadova_studie_8211_metoda_kvalitativni_vyzkumne_strategie_a_designovani_vyzkumu.php

DESATERO PALIATIVNÍ PÉČE PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE, 2018. Desatero paliativní péče pro praktické lékaře. In: *paliativnipraktik.cz* [online]. Praha: Centrum paliativní péče, 2018. [cit. 2024-08-13]. Dostupné z: <https://paliativnipraktik.cz/desatero-paliativni-pece-pro-prakticke-lekare.pdf>

GELEGGJAMTS, 2023. Etika v paliativní péči. In: *IntechOpen* [online]. London: IntechOpen Limited, 2023. [cit. 2025-03-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.5772/intechopen.110756>

HERDMAN, 2021. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2021–2023. In: *dehaghan.iau.ir* [online]. New York: Thieme, 2021. [cit. 2025-04-26]. Dostupné z: <https://dehaghan.iau.ir/file/download/page/1673866158-nanda-international-nursing-diagnoses.pdf>

KABELKA, 2019. Péče o závažně nemocné v ČR – výzvy 2019/2020. In: *Paliatr Vysočina* [online]. Jihlava: Paliatr Vysočina, 2019. [cit. 2025-02-25]. Dostupné z: https://www.paliatr-vysocina.cz/wp-content/uploads/2019/10/pece-o-zavazne-nemocne-v-cr-v-datech-vyzvy-2019_2020.pdf

KALA, Miroslav a DORKOVÁ, Zlatica, 2017. Paliativní a hospicová péče: studijní opora pro nelékařské zdravotnické pracovníky. In: *digilib.k.utb.cz* [online]. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2017. [cit. 2024-10-30]. Dostupné z: <http://digilib.k.utb.cz/handle/10563/41526>

- KISS, et al., 2024. Paliativní péče. In: *Linkos.cz* [online]. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2024. [cit. 2024-10-30]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/informace-pro-praxi/modra-kniha/>
- KNOPOVÁ, 2019. Paliativní péče. In: *vovcr.cz* [online]. Praha: Vysoká odborná škola zdravotnická, 2019. [cit. 2024-11-20]. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/484/page01.html>
- KNAPOVÁ, 2019. Ošetrovatelský proces a potřeby člověka. In: *vovcr.cz* [online]. Praha: Vysoká odborná škola zdravotnická, 2019. [cit. 2025-02-01]. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/499/page00.html>
- KRÁTKÁ, 2018. Hodnoty a potřeby člověka v ošetrovatelské praxi: studijní texty. In: *digilib.k.utb.cz* [online]. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2018. [cit. 2024-10-30]. Dostupné z: <https://digilib.k.utb.cz/handle/10563/43691>
- KUPKA, 2024. Smrt a umírání v celostní perspektivě: psychologické, sociální a spirituální aspekty. Praha: Grada, 2024. ISBN 978-80-271-3947-7.
- KVASNIČKOVÁ, 2016. Uspokojování spirituálních potřeb z pohledu pacienta. In: *florence.cz* [online]. Praha: Ambit Media, 2016. [cit. 2025-02-28]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2016/7/uspokojovani-spiritualnich-potreb-z-pohledu-pacienta/>
- LEE CHAN, 2025. Palliative Care Need and Quality of Life Mediated by Psychological Distress in Neurologic Diseases. In: *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. Amsterdam: Elsevier, 2025. [cit. 2025-04-15]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2025.03.004>
- MASARYKOVA UNIVERZITA, 2020. Paliativní péče. In: *Muni.cz* [online]. Brno: Masarykova univerzita, 2020. [cit. 2024-10-30]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/med/jaro2020/BDZP061p/um/VZ_Paliativni_pece_4_22_2020.pdf
- McCAFFREY, 2016. What Aspects of Quality of Life Are Important From Palliative Care Patients' Perspectives? A Systematic Review of Qualitative Research. In: *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. Amsterdam: Elsevier, 2016. [cit. 2024-08-13]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.02.012>

MEISNEROVÁ, 2017. Výživa a nádorové onemocnění. In: *onkologiecs.cz* [online]. Praha: Solen, 2017. [cit. 2025-04-14]. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2017/01/06.pdf>

MENŠÍKOVÁ, 2018. Potřeby člověka a jejich hierarchie. In: *muni.cz* [online]. Brno: Masarykova univerzita, Katedra ošetrovatelství, 2018. [cit. 2024-10-30]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/med/podzim2018/BSPC011/Potreby_lidskeho_jedince_a_jejich_hierarchie.pdf

MERCADANTE, 2015. Sleep Disturbances in Patients With Advanced Cancer in Different Palliative Care Settings. In: *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. Amsterdam: Elsevier, 2015. [cit. 2025-04-14]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26311122/>

MERCADANTE, 2017. The prevalence of constipation at admission and after 1 week of palliative care: a multi-center study. In: *Current Medical Research and Opinion* [online]. London: Taylor & Francis, 2017. [cit. 2025-04-14]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/03007995.2017.1358702>

NISSEN, 2016. Family Relationships and Psychosocial Dysfunction Among Family Caregivers of Patients With Advanced Cancer. In: *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. Amsterdam: Elsevier, 2016. [cit. 2025-04-15]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.07.006>

NOVOTNÁ, 2020. Jak reaguje naše psychika i celá společnost aneb 5 fází smutku. In: *Alfabet* [online]. Praha: Alfa HumanService, 2020. [cit. 2024-08-13]. Dostupné z: <https://www.alfabet.cz/covid-a-my/cim-prochazi-nase-psychika-i-cela-spolecnost-aneb-5-fazi-smutku/>

NYKL, 2012. Carl Ransom Rogers a jeho teorie Přístup zaměřený na člověka. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4055-3. [cit. 2024-10-30].

ONDŘIOVÁ, 2012. Uplatňování etických principů v paliativní péči. In: *Umirani.cz* [online]. Praha: Centrum paliativní péče, 2012. [cit. 2025-04-07]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/clanky/uplatnovani-etickyh-principu-v-paliativni-peci>

PALIATIVNÍ PÉČE, 2025. In: *Linkos* [online]. Praha: Česká onkologická společnost ČLS JEP, 2025. [cit. 2025-04-14]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari->

tym/personalizovana-onkologie/modra-kniha-cos/aktualni-vydani-modre-knihy/31-34-paliativni-pece/

PEFEK TRAINING & CONSULTING S.R.O., 2021. Komunikační dovednosti. In: *Pefek.cz* [online]. Praha: PEFEK TRAINING & CONSULTING S.R.O., 2021. [cit. 2025-03-01]. Dostupné z: <https://www.pefek.cz/nabidka-sluzeb/firemni-vzdelavani/komunikacni-dovednosti>

POCHOP, 2015. Léčba bolesti u onkologických pacientů se zaměřením na průlomovou bolest. In: *onkologiecs.cz* [online]. Praha: Onkologies, 2015. [cit. 2025-04-10]. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2015/05/08.pdf>

PŘECECHTĚL, 2025. Dostupnost lůžkové a hospicové péče. In: *Iez* [online]. Praha: Efektivní zdravotnictví, 2025. [cit. 2025-04-18]. Dostupné z: <https://www.efektivnizdravotnictvi.cz/post/dostupnost-luzkove-a-hospicove-pece>

RADA EVROPY, 1999. Doporučení č. 1418 (1999) o ochraně lidských práv a důstojnosti nevyлéčitelně nemocných a umírajících („Charta práv umírajících“). In: *Rada Evropy* [online]. Strasbourg: Rada Evropy, 1999. [cit. 2025-04-16]. Dostupné z: <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=16722>

RŮŽIČKOVÁ, Petra; HLAVÁČKOVÁ, Eva a ČERNOHORSKÁ, Iveta. 2022, Pohled na hospitalizaci očima dětských pacientů – kvalitativní šetření. [online]. In: *Solen*. s. 73 - 76. ISSN 1803-5264. [cit. 2025-04-15]. Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2022/01/15.pdf>.

SLÁMA, O., J. KREJČÍ a J. AMBROŽOVÁ. 2019. Metodika implementace programu paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení [online]. In: *Paliativa.cz*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019. [cit. 2025-04-21]. Dostupné z: https://www.paliativa.cz/sites/default/files/201909/Methodika_implementatione_PPP_2019%20FINAL.pdf?msclkid=9583d355b4e211ec97db814bd9a3ea47

SLÁMA, Ondřej a KREJČÍ, Jiří. 2019. *Metodika implementace programu paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení: pracovní materiál programu MZ ČR na podporu rozvoje paliativní péče v nemocnicích*. [online]. In: *Medvik.cz*. Praha: [cit. 2022-04-21].

Dostupné také z: <https://kramerus.medvik.cz/search/handle/uuid:MED00205546-18d29db5-67d6-4e9e-92cf-078d0d8c127f>.

SLÁMA, Ondřej a KABELKA, Ladislav. 2022. *Paliativní medicína pro praxi*. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, ISBN 978-80-7492-627-3. [cit. 2022-04-21].

SLOVÁČEK, Ladislav a SLOVÁČKOVÁ, Brigita, 2012. Kvalita života nemocných v programu paliativní onkologické péče. In: *Paliativna medicína a liečba bolesti* [online]. Bratislava: Solen, 2012. s. 13–17. [cit. 2025-02-26]. Dostupné z: <https://www.solen.sk>

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, 2021. Spánek a zdraví. In: *Nzip.cz* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2021. [cit. 2025-04-14]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/216-spanek-a-zdravi>

ŠRÁMKOVÁ, 2022. Paliativní péče a její přínos pro kvalitu života klientů. In: *theses.cz* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, 2022. [cit. 2025-04-26]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/dhoks0/>

ŠVÉBIŠOVÁ, 2023. Paliativní péče (jak komunikovat s pacientem). In: *MEDICÍNA PRO PRAXI* [online]. Praha: SOLEN, 2023. s. 237. [cit. 2025-02-27]. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/med.2023.037>

ŞAHIN, 2025. Family Peace and Affecting Factors in Family Caregivers of Patients With Cancer: A Cross-Sectional Study. In: *Journal of Palliative Care* [online]. Toronto: SAGE Publications, 2025. roč. 40, č. 1, s. 28–40. ISSN 0825-8597. [cit. 2025-04-15]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/08258597241282999>

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002. Pain Relief and Palliative Care. In: *National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines*, 2nd ed. Italy: World Health Organization, 2002. s. 83. [online]. [cit. 2024-08-08]. Dostupné z: <https://iris.who.int/handle/10665/42494>

HAUN, M., et al., 2017. Včasná paliativní péče pro dospělé s pokročilým nádorovým onemocněním. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. London: Cochrane, 2017. s. 3. [cit. 2024-10-24]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011129.pub2>

ZHANG, et al., 2015. Prevention and management of enteral nutrition-related diarrhea among adult inpatients: a best practice implementation project. In: *J Pain Symptom Manage* [online]. Amsterdam: Elsevier, 2015. [cit. 2025-04-14]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000412>

ZHAO, 2023. Postup léčby metastatického karcinomu páteře: účinný nástroj pro zlepšení kvality života pacientů. In: *Journal of Orthopaedic Surgery and Research* [online]. London: BioMed Central, 2023. ISSN 1749-799X. [cit. 2025-04-15]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s13018-023-03975-3>