

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Nikola Kafková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Nikola Kafková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA
S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM V TERMIÁLNÍM
STADIU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jitka Krocová

PLZEŇ 2019

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP/DP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 29. 3. 2019

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Kafková Nikola

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelská péče o pacienta s onkologickým onemocněním v terminálním stadiu

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jitka Krocová

Počet stran – číslované: 70

Počet stran – nečíslované: 19

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 16

Klíčová slova: onkologický pacient, paliativní péče, terminální stav nemoci, hospicová péče, informovaná veřejnost

Souhrn:

Téma této práce se týká se paliativní léčby a ošetrovatelské péče. Pomocí případových studií jsou popsána specifika ošetrovatelské péče o pacienty, kteří se nacházejí v terminálním stadiu onemocnění, a specifika specializované paliativní péče a její podstata v závěru života umírajícího nemocného. V této práci se snažím poukázat na jedinečnost oboru paliativní medicíny, neboť má nesporné opodstatnění v lékařství a myslím si, že by neměla být opomíjena. Protože je veřejná společnost minimálně informována o tématu paliativní léčby i péče, vytvořila jsem informativní leták pro širokou veřejnost, kde uvádím základní informace týkající se právě poskytování paliativní péče. Jedná se o stručný obsah náplně poskytované paliativní péče, který poukazuje na podstatu paliativní péče, jež se zaměřuje nejen na nemoc, ale také se zajímá o individualitu pacienta a pečuje o psychickou hygienu rodiny.

Abstract

Surname and name: Kafková Nikola

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Nursing Care for Cancer Patient in Terminal Stage

Consultant: PhDr. Mgr. Jitka Krocová

Number of pages – numbered: 70

Number of pages – unnumbered: 19

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 16

Keywords: cancer patient, palliative care, terminal disease state, hospice care, informed public

Summary:

This thesis focuses on palliative treatment and nursing care. The specificities of nursing care for cancer patients in terminal stadium, specialized palliative care and its essential in end-of-life patients are described via case studies. This thesis endeavours to highlight uniqueness of palliative care branch since it has undoubted justification in healthcare and should not be ignored. The information leaflet containing brief information of palliative care that is focused not only to disease itself but also takes interest in individuals and tends mental health of family was prepared. The main aim of this leaflet is to change awareness gap of public about palliative care.

Předmluva

První z hlavních důvodů, proč jsem si zvolila téma ošetrovatelská péče o pacienta s onkologickým onemocněním v terminálním stadiu, je především ten, že pracuji v hospici.

Druhý důvod, proč jsem se rozhodla napsat bakalářskou práci na toto téma, je pro mě podstatně důležitější. Celou svoji práci jsem se rozhodla věnovat dvěma lidem – mé babičce (+ 51 let) a tetě (+ 43 let). Moje babička, měla primárně tumor oka, ale následně zemřela na metastatické postižení jater. Naopak má teta měla maligní karcinom prsu, poté metastatické postižení páteře, mozku a jater. Průběh onemocnění byl u každé individuální, a především v odlišném časovém rozmezí. Zatím co babička zemřela necelý rok po určení základní diagnózy, teta se s rakovinou statečně potýkala dlouhých sedm let. Obě tyto ženy zůstaly v srdcích naší rodiny jako obrovské hrdinky a bojovnice, které statečně kráčely životem, který se s nimi nemazlil. Babička i teta zemřely doma, kde se o ně střídavě starali členové rodiny.

Cílem mé práce je ukázat společnosti, že je možné se postarat o své nejbližší doma i v terminálním stadiu onemocnění, jen je nutné mezi sebou komunikovat a spolupracovat. Starat se o umírajícího je velmi náročné, a proto jsou specializovaná zařízení, která se zabývají paliativní péčí a myslím si, že je nezbytné, aby veřejná společnost znala a dokázala charakterizovat tato zařízení, protože nikdy nikdo netuší, kdy bude potřebovat jejich služby.

Poděkování

Tímto bych ráda vyjádřila poděkování paní PhDr. Mgr. Jitce Krocové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále bych ráda poděkovala Hospici svatého Lazara v Plzni za přístup k informacím a nahlédnutí do ošetrovatelské dokumentace za účelem získání materiálů k vypracování této práce.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK	11
ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 ONKOLOGICKY NEMOCNÝ PACIENT.....	14
1.1 Etiologie vzniku nádorů.....	14
1.1.1 Zevní vlivy podmiňující vznik nádorů	14
1.1.2 Vnitřní vlivy podmiňující vznik nádorů	14
1.2 Patologie nádorového onemocnění	15
1.2.1 Přímé šíření nádorů.....	15
1.2.2 Metastatické šíření nádorů.....	16
1.2.3 Klinická klasifikace nádorů	16
1.2.4 Typy nádorů.....	17
1.3 Diagnostika nádorového onemocnění.....	18
1.3.1 Anamnéza	18
1.3.2 Komplexní vyšetření	19
1.3.3 Laboratorní vyšetření.....	20
1.4 Léčba onkologicky nemocných	22
1.4.1 Chirurgická léčba.....	22
1.4.2 Radioterapie.....	23
1.4.3 Chemoterapie.....	23
1.4.4 Adjuvantní a neoadjuvantní postupy	24
2 PALIATIVNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	25
2.1 Druhy paliativní péče.....	26
2.2 Hospic a hospicová paliativní péče.....	27
2.2.1 Formy hospicové péče	27
2.2.2 Podmínky hospitalizace v hospici	28
2.3 Holismus v paliativní péči	29
2.4 Terminálním stadiem nádorového onemocnění.....	30
2.5 Nejčastější obtíže v terminálním stádiu onemocnění	31
2.5.1 Respirační potíže	31
2.5.2 Bolest	32
2.5.3 Ošetřování maligních ran.....	32
2.5.4 Omezený příjem potravy	32
2.5.5 Psychická nepohoda pacienta	33
2.6 Péče o umírajícího pacienta	34

2.7	Péče o zemřelé tělo	35
2.8	Péče o pozůstalé.....	36
	PRAKTICKÁ ČÁST	38
3	VÝZKUMNÁ METODIKA PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	38
3.1	Formulace problému	38
3.2	Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	38
3.2.1	Hlavní cíl	38
3.2.2	Dílčí cíle	38
3.3	Výzkumné otázky	38
3.4	Charakteristika sledovaného souboru	38
3.5	Metodika práce	39
3.6	Organizace práce.....	39
4	KAZUISTIKY	40
4.1	Kazuistika 1	40
4.1.1	Průběh onemocnění pacienta	40
4.1.2	Hodnoty naměřené při příjmu pacienta	40
4.1.3	Fyzikální vyšetření pacienta	42
4.1.4	Terapie a vyšetření.....	43
4.1.5	Diagnostický závěr	44
4.1.6	Anamnéza pacienta.....	44
4.1.7	Průběh hospitalizace	44
	1.-3. den hospitalizace	44
	4. den	45
	5.-6. den	45
	7.-10. den	45
	11.-14. den	46
	15.-17. den	46
4.2	Ošetrovatelská péče dle modelu N. Roperové, W. Loganové a A. Tyerneyové... 46	
4.2.1	Ošetrovatelské diagnózy.....	50
4.3	Kazuistika 2	58
4.3.1	Průběh onemocnění	59
4.3.2	Hodnoty naměřené při příjmu pacienta	59
4.3.3	Fyzikální vyšetření pacienta	60
4.3.4	Terapie a vyšetření.....	61
4.3.5	Diagnostický závěr	62
4.3.6	Anamnéza pacienta.....	62
4.3.7	Průběh hospitalizace	63

1.-7. den hospitalizace	63
8.-12. den hospitalizace	63
13.-16. den hospitalizace	64
17.-19. den hospitalizace	64
20.-22. den hospitalizace	64
23.-27. den hospitalizace	64
4.4 Ošetrovatelská péče dle modelu N. Roperové, W. Loganové a A. Tyerneyové...	65
4.4.1 Ošetrovatelské diagnózy	68
4.5 Hodnocení výsledků	75
DISKUZE	76
ZÁVĚR.....	81
SEZNAM LITERATURY.....	83
5 PŘÍLOHY	85
5.1 Seznam příloh	85

SEZNAM ZKRATEK

CHT – chemoterapie

RT – radioterapie

DVT – deep vein thrombosis (hluboká žilní trombóza)

BZD – benzodiazepiny

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie

s.c. – subkutánně

DÚ – dutina ústní

supp. – suppositorium (čípek)

DK – dolní končetiny

DC – dýchací cesty

č. – číslo

ATB – antibiotika

CRP – C-reaktivní protein

NGS – nasogastrická sonda

PPI – proton pumps inhibitors (blokátory protonové pumpy)

ZN – zhoubný nádor

PAD – perorální antidiabetika

LMWH – nízkomolekulární hepariny

CT – počítačová tomografi

TEN – tromboembolická nemoc

ÚVOD

Nádorová onemocnění jsou známa celé populaci. Rakovina, slovo, které děsí nejednoho jedince. Píší se o ní knihy, internet je plný informací a onkologických pacientů stále přibývá. Ačkoli evoluční vývoj medicíny prochází celou škálou inovací a jde svými léčebnými metodami kupředu, nevede léčba vždy jen k rekonvalescenci. Tato skutečnost je veřejnosti dobře známá, a právě proto je přítomnost smrtelné choroby mnohdy společenským tabu. Zdraví jedinci často odmítají brát v potaz, že je v jejich možnostech snížit riziko vzniku choroby. Naopak onkologicky nemocní pacienti často pátrají po důvodu vzniku choroby ačkoli ne vždy se odpovědi dopátrají. Proto je důležité edukovat společnost v prevenci vzniku těchto onemocnění, informovat ji o rizikových faktorech onemocnění, a tak bránit narůstajícímu výskytu nádorových onemocnění.

Smrt a vše s ní spjata děsí nejednoho z nás, ale je důležité si uvědomit, že žijeme v pomyslném trojúhelníku, který je nedílnou součástí naší existence. Narození, život a smrt. Tyto tři archetypy jsou komplexem našich životů a bytí. Nikdo nemá žádné privilegium, nikdo smrti neunikne a je nezbytné si uvědomit tuto skutečnost. Neexistuje žádné alibi, kterým bychom argumentovali opak.

V této práci se zaměřuji na onkologicky nemocné pacienty s onemocněním v terminálním stadiu. V teoretické části popisuji průběh onkologické nemoci, paliativní medicínu a péči o umírajícího pacienta. V praktické části jsem zvolila výzkum formou kazuistik, kdy jsem zpracovala podklady dvou pacientů, kteří zemřeli v hospici svatého Lazara v Plzni. Jejich diagnóza, léčba i příznaky se liší, a to včetně jejich individuálních potřeb. V této práci se pokouším poukázat na problematiku onkologického onemocnění, neboť maligní choroby jsou do jisté míry společenským tabu. Často proto dochází k situacím, kdy lidé o svých zdravotních problémech nemluví, skrývají je nebo se úmyslně vystavují rizikovým faktorům. Bohužel pak dochází k situaci, kdy jedinec vážně onemocní a on ani jeho rodina netuší, jak mají postupovat, natož jak se o nemocného postarat, když už není pacient schopný.

Společnost je velmi málo informována o existenci paliativní léčby a mnohdy netuší, co je hospic a hospicová péče. Proto v práci popisuji podstatu paliativní léčby a péče, kterou vykonává proškolený personál ve specializovaných zdravotnických zařízeních. Snažím se v práci ukázat, že se nejedná o dům, kam chodí lidé umírat, ale je to místo, kde se umí-

rajícím lidem dostane specializované péče v maximálním rozsahu. Hospic je zařízení, jehož podstata tkví ve zkvalitnění konce života terminálně nemocného pacienta. Hospic není tečka za životem, ale život před tečkou.

K vypracování práce jsem použila aktuální a dostupné zdroje. Využívala jsem kombinaci elektronických a knižních pramenů, přičemž informacím z knižní monografie jsem dávala přednost.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ONKOLOGICKY NEMOCNÝ PACIENT

1.1 Etiologie vzniku nádorů

Vznik maligních onemocnění může být způsoben mnoha vnějšími i vnitřními příčinami. Primárně se udávají dva faktory, které stojí za vznikem maligního onemocnění – vnitřní (genetický) a vnější. V případě genetické predispozice je důležitá pravidelná prevence pro časný záchyt onemocnění. I přes všechnu snahu jedince i zdravotnického personálu může dojít ke vzniku a rozvoji nádorového onemocnění. Pokud se však bavíme o zevních faktorech, je v lidských silách snížit riziko vzniku, a naopak proti maligním chorobám aktivně bojovat (Vorlíček, 2012 s. 33).

1.1.1 Zevní vlivy podmiňující vznik nádorů

Epidemiologické studie ukazují, že bychom měli brát zevní faktory ovlivňující naše zdraví naprosto vážně. Výsledky studií jsou rozhodně nezanedbatelné a je nutné jim věnovat patřičnou pozornost. Je důležité se zaměřit na životní prostředí a životní styl, protože ačkoliv se to může zdát být zbytečné, ovlivňuje zdraví našeho těla víc, než si jen dokážeme představit. Mezi rizikové faktory patří např. kouření, které způsobuje 90 % (devadesát procent) úmrtí na karcinom plic. Dále pak nesprávná životospráva, infekce organismu, ionizující a UV záření, chemická karcinogeneze či chemoprevence. Brát vážně tyto rizikové faktory je nutné a minimalizovat jejich výskyt v denních rutinách nezbytné. Proto je důležité začít včas s prevencí anebo změnit destruktivní vzory životního spektra. Zdravý životní styl, konzumace kvalitních potravin, pravidelný pohyb a psychická pohoda je základem prevence onkologického onemocnění (Vorlíček, 2012 s. 33-46).

1.1.2 Vnitřní vlivy podmiňující vznik nádorů

Vnitřními faktory, způsobující vznik maligní choroby, rozumíme jako například genetické. Je udáváno, že každý vzniklý nádor je vytvořen genetickou změnou na buněčné úrovni. Zevní faktory jsou v tomto případě další hrozbou a mohou sloužit jako spouštěč genetické změny buněk. Výskyt dědičných nádorů představuje značně malé procento ze všech nádorů. I přes sporadický výskyt nebereme tyto nádory na lehkou váhu, naopak je potřeba znát mechanismus vzniku, rizika s ním spjata i intervence pro časnou diagnostiku. Základem prevence vzniku onkologického onemocnění je znát anamnézu pacienta. Pokud

informace od pacienta poukazují na genetickou predispozici a výskyt nádorového onemocnění v několika generacích jeho rodiny, jedná se o tzv. „familiární výskyt“ určitého typu nádoru. V tomto případě jsme ostražití, dbáme prevence a časně diagnostiky (Vorlíček, 2012 s. 47).

1.2 Patologie nádorového onemocnění

Nádorové onemocnění je patologický proces v těle jedince, kdy je trvale narušen normální proces růstu buněk. Buňky nádorů tak mohou nekontrolovatelně růst, ničit a napaďovat zdravé tkáně organismu člověka, které mu mohou způsobit až smrt.

Je důležité rozpoznat, o jaký druh nádoru se jedná. Základním dělením nádorů je na benigní a maligní. Mluvíme-li o benigní nádoru, nejedná se zhoubný novotvar, avšak neměli bychom jej brát na lehkou váhu a věnovat mu plnou pozornost. U benigního nádoru je až mizivý výskyt metastáz, obvykle nemá negativní dopad na funkci organismu a progresse nádoru bývá poměrně pomalá. Velkým opakem a strašákem populace je nádor maligní. Jedná se o nádor zhoubný, který zpravidla infiltruje do okolních tkání, kde působí destruktivně a poškozují komplexní funkci organismu. Důležitá je včasná diagnostika i léčba, protože v případě pozdního nálezu může mít fatální dopad na organismus a způsobit jeho smrt.

Literatura udává existenci až 250 různých nádorů, kdy každý z nich má svůj specifický projev, symptom a reaguje na konkrétní léčebnou metodu. Je nutné podotknout, že každý nádor má svůj proces růstu, které morfologie dělí třemi způsoby. Růst expanzivní je charakteristický pro benigní nádory, někdy i nádory maligní. Princip expanzivního růstu spočívá v útlaku okolí, které vedou k regresivním změnám utlačovaných tkání. Bavíme-li se o infiltrativním růstu nádoru, je známé, že nedochází k přímému ničení okolních tkání, avšak nádorové buňky vrůstají mezi zdravé buňky tkání. Poslední a nejagresivnější je invazivní růst nádoru, kdy dochází k totální destrukci okolních tkání, jež jsou poškozovány vrůstáním nádorových buněk do tkání. Již z popisu je zřejmé, že tento druh růstu je typický pro nádorové onemocnění způsobené maligním novotvarem (Vorlíček, 2012 s. 53).

1.2.1 Přímé šíření nádorů

Nádory v těle se mohou šířit v zásadě dvěma způsoby. První způsob je uváděn jako přímé šíření nádoru neboli per continuitatem. Tento proces navazuje na lokální růst, při němž může zasáhnout i rozsáhlé části lidského těla (Vorlíček, 2012 s. 53).

1.2.2 Metastatické šíření nádorů

Druhý způsob, jak se může nádor rozšířit do okolních tkání a následně celého těla je infiltrace maligních buněk. Tyto buňky jsou schopny se vtěsnat do tělních dutin či štěrbin, kde jim je umožněn dostatečně volný pohyb, vzhledem k absenci anatomických překážek. Toto tak zvané porogenní šíření je typické pro maligní nádor ovaria, který se rozrůstá v dutině břišní, kde napadá povrchy orgánů. Hematogenní metastázy jsou vytvořeny nádorovými buňkami, ty jsou zaneseny do krevního řečiště organismu. Ve vzdáleném místě cévy primárního karcinomu probíhá bujení a následně vznik nového ložiska. Nádory tlustého střeva jsou příznačným ukazatelem hematogenních metastáz, neboť takto cestují do jater skrz vrátnicovou žílu. Dalším transportním prostředkem pro nádorové buňky jsou lymfatické uzliny, tedy cesta lymfogenní. Během tohoto šíření vznikají nová ložiska, která bývají zavlčena lymfatickými uzlinami do krevního řečiště a jsou tak považovány za hematogenní metastázy (Vorlíček, 2012 s. 53-54).

1.2.3 Klinická klasifikace nádorů

V případě propuknutí onkologického onemocnění je důležité stanovit o jaký typ nádoru se jedná a následně tak mohou lékaři stanovit odpovídající léčbu. Nádor je nutné vyšetřit a klasifikovat dle histologické struktury, biologických vlastností a místa nálezů. Dále je důležité stanovit, jak dalece nádor zasahuje a následně jej ohodnotit podle „*Klasifikačního systému UICC (Union International Contre le Cancer)*“. Jedná se o systém, který je známý po celém světě a slouží jako klasifikační řád všech nádorů. My jej známe jako klasifikační systém TNM.

Klasifikace TNM je komplexní systém, jehož účelem je usnadnit plán léčby. Tato klasifikace se snaží co nejpřesněji představit prognózu - závažnost onemocnění a je velkým pomocníkem při hodnocení výsledků i průběhu léčby. Slouží jako rychlá a přesná výměna informací o zdravotním stavu pacienta mezi zdravotnickými pracovišti. Výsledky lze uplatnit i při výzkumech zhoubných nádorů. Systém TNM hodnotí anatomický rozsah onkologického onemocnění hned ve třech kategoriích. Každá kategorie si nese své příslušné písmeno, při čemž T značí rozsah primárního nádoru. O tom, jaký je stav regionálních lymfatických uzlin nás informuje písmeno N a zda jsou přítomny vzdálené metastázy napovídá M.

To, jak moc velký je anatomický rozsah nádorového procesu v těle nemocného, je určeno pomocí přidávaných jednotlivých čísel za již zmíněná písmena. Pravidlo klasifikačního systému TNM zní, čím větší číslo, tím větší je nález nebo šíření nádorového onemocnění. V případě, že není reálné stanovit rozsah dle klasifikace, připisuje se za písmeno sym-

bol X, neboť nebyla provedená předepsaná vyšetření. Klasifikace TNM má možná hodnocení, která stanovují závažnost onkologického onemocnění. Rozsah primárního nádoru může lékař hodnotit na škále T 0, T 1, T 2, T 3, T 4 a T X. Stav regionálních uzlin má na hodnotící škále o jeden stupeň méně, tedy N 1, N 2, N 3 a N X. Poslední k hodnocení jsou vzdálené metastázy, které jsou označovány písmenem M. Jejich hodnotící škála je nejméně obsáhlá a lékař má možnost hodnocení M 0, M 1, M 2 a M X.

Klasifikace systému TNM je vyhodnocena ještě před stanovením základní léčby nádorového onemocnění. Lékař jej stanoví na základě klinického vyšetření, rtg, endoskopie či jiného nařízeného vyšetření. Další klasifikační hodnotící škálou je klasifikace pooperační histopatologická, označována jako p TNM. Je využívána po provedení definitivního chirurgického zákroku a doplňuje hodnotící systém TNM. Díky tomuto systému je škála TNM obohacena o další cenné informace, které mohou vést ke kvalitnější volbě léčby nádorového onemocnění (Vorlíček, 2012 s. 58-59, 72).

1.2.4 Typy nádorů

Typy nádorů rozlišujeme podle druhu tkáně, kterou nádorové buňky napadají a z níž následně karcinom vzniká. Každá tkáň má svůj konkrétní název pro patologický nález.

Nádorům, jež napadají pojivou tkáň, buňky krvevotvorby a cévy, říkáme nádory mezenchymové. Benigní i maligní nádory nesou podobné názvy, které jsou odvozeny z původu místa vzniku. Mezi známé benigní nádory patří například lipom, nádor vycházející z tukové tkáně. Dále pak hemangiom, jehož cesta vede z krevních cév, nebo fibrom z kolagenního vaziva. Maligní nádory z řad mezenchymových obecně nazýváme sarkomy. Název nádorů jsou obdobné těm benigním, avšak mají na konci vždy příponu -sarkom. Literatura nejčastěji uvádí příklady – fibrosarkom, liposarkom a podobné. Mezi další maligní karcinomy patří leukemie, které vycházející z tkáně kostní dřeně. Leukemické nádory dělíme na myeloidní a lymfatické, podle toho, ze kterých buněk vycházejí. Průběh onemocnění pak dělíme na akutní či chronický. Lymfatická tkáň taktéž nezůstává netknutá, bývá napadena nádory z řad lymfomů, jejichž základní rozdělení jsou Hodgkinův lymfom a neHodgkinův lymfom.

Epitelové nádory. Tyto nádory vznikají z epitelových buněk žlázových a krycích epitelů. Benigním nádorům z povrchového epitelu říkáme papilomy, jeho kolegou je benigní nádor adenom, který vychází ze žlázového epitelu. Maligní epitelové nádory jsou nejvyskytovanější vůbec a v odborné terminologii se nazývají karcinomy.

Nádory centrální a periferní nervové soustavy nazýváme neuroektodermové nádory. Příčinou vzniku nádoru tohoto rázu jsou buňky tvořící melaninový pigment, který vylučuje ektodermový nádor z melanocytů. Tento proces je schopný vytvořit typicky dva druhy nádorů. Nádor zvaný pigmentový névus je z řad benigních, maligní varianta nádoru je známá jako maligní melanom.

Skupina nádorů, jež vzniká ze zárodečných buněk pohlavních žláz se nazývá germinální nádorové onemocnění. Jejich vlastní funkční tkáň je ve většině případů spjata ze dvou či více různých tkání. Dalším velmi zhoubným nádorem, jež se vyskytuje v patologii lidského těla, je nádor zvaný choriokarcinom. Původ tohoto nebezpečného nádoru bohužel tkví již v embryonální části placenty. Poslední typ nádoru onkologického onemocnění, který literatura uvádí, je nádor mezoteliom. Tento typ nádoru bývá někdy označován jako nemoc z povolání, protože je důsledkem profesí, kde dochází k vystavování expozice azbestu. Jeho buňky napadají tkáň, jež vystylají pleurální, perikardiální a peritoneální dutin (Vorlíček, 2012 s. 54-55).

1.3 Diagnostika nádorového onemocnění

Diagnostika nádorového onemocnění je velmi důležitá a tvoří velkou část ošetrovatelské dokumentace a je vodítkem k nastavení účinné léčby. U nádorového onemocnění hraje roli čas, proto je nezbytné stanovit diagnózu v co nejkratším časovém úseku. Teorie praví zachytit nemoc v raném stádiu. Praxe však nebývá vždy tak snadná. Vzhledem k tomu, že nemocný zpravidla nemá žádné subjektivní ani objektivní potíže, které by ho omezovaly v denním životě, nemá ani důvod navštívit lékaře. Ani laboratoř není schopna rozpoznat patologické změny, pokud je nádor v časném stadiu. V případě, že je nádor v pokročilém stadiu, pravděpodobnost určení přesné diagnózy je téměř sto procentní. Naopak léčba bývá mnohem náročnější, pro nemocného je nepříjemná a velmi často bývá neúspěšná. Proto je kladen důraz na včasné stanovení diagnózy a nasazení konkrétní léčby, která zaručí vyléčení choroby a bude minimální přítěží pro nemocného (Vorlíček, 2012 s. 62).

1.3.1 Anamnéza

Anamnéza je jednou z klíčových pro stanovení včasné diagnózy. Zdravotní personál musí dbát empatického přístupu při sběru informací, neboť pro pacienty bývá téma onkologie nepříjemné a někdy raději potlačují příznaky nebo zdravotníkům ze strachu sletu následných událostí nechtějí říct, co je trápí, nebo potíže zlehčují.

Je několik varovných signálů, které mohou, ale i nemusí upozorňovat na přítomnost zhoubného onemocnění. Jeden z mnoha příznaků je nepravidelné krvácení nebo výtok z tělních dutin, mohou to být například rodidla, močový měchýř či konečník. Mezi další patří zduření nebo zatvrdnutí v kůži nebo pod kůží, zduření žláz na krku, pod paží, v tříselech. U žen (u mužů méně často) se může vyskytnout zduření nebo zatvrdnutí prsu, výtok z bradavky, její deformity a mokvání. V případě poranění či chronické rány se defekty mohou déle hojit nebo se vytvářejí na kůži a ve sliznici vředy. Pacient může vnímat změny mateřských znamének, pociťovat zažívací i respirační potíže, problémy při polykání potravy, ale i tekutin.

Zde je jen malá ukázka příznaků, které mohou být ukazatelem zhoubného onemocnění. Je nezbytně nutné věnovat těmto potížím pozornost, protože v případě časně diagnostiky můžeme zachránit nemocnému život (Vorlíček, 2012 s. 62-63).

1.3.2 Komplexní vyšetření

Součástí anamnézy je celkové vyšetření pacienta, které je též velmi důležité pro časný záchyt nádorového onemocnění. Toto vyšetření je v režii lékaře, který musí podrobně vyšetřit a zhodnotit konkrétní partie pacientova těla. Začíná vertikálně od hlavy, kde vyšetří krk a dutinu ústní, dále u žen zhodnotí patologii prsů. Přejde ke kůži a lymfatickým uzlinám, kontroluje otoky, poranění, zduření a další chorobné aspekty. Konečnou fází je digitální vyšetření konečníku a u mužů prostaty.

Dalším krokem pro získání kvalitní anamnézy je poslat ženu na gynekologické vyšetření, kde jí lékař odebere vzorek na cytologii. Vyšetření stolice na okultní krvácení je též velmi důležité vyšetření, které slouží nejen pro stanovení diagnózy, ale i jako prevence kolorektálního karcinomu. Rentgen plic a srdce, náběry krevního obrazu i vyšetření moči je nedílnou součástí komplexního vyšetření nemocného při podezření na nádorového onemocnění (Vorlíček, 2012 s. 63).

Mimořádný význam v onkologii pro určení diagnózy má na svědomí endoskopické vyšetření. Endoskopie umožňuje přímé vyšetření dutých orgánových soustav a zároveň je možné při tomto vyšetření odebrat vzorek tkáně na cytologické vyšetření, které je též klíčovým při odhalování vzplanuté nádorové nemoci. Toto vyšetření je nejen hodnotným prostředkem v získávání diagnóz, ale též je využíván jako kontrola efektivnosti zavedené medikamentózní léčby. Endoskop umožňuje zdravotnickému personálu prohlédnout gastrointestinální trakt v celém jeho rozsahu. Jednotlivá vyšetření endoskopického oboru se zamě-

řují na konkrétní část zažívacího traktu. Například ERCP – endoskopická retrográdní cholangiopankreatiografie je nepostradatelná při vyšetřování a diagnostice nádorů jater, žlučníku, žlučových a pankreatu. Dalším dominantním endoskopickým vyšetřením při zjišťování onkologických chorob je cystoskopie, která umožňuje náhled na močový měchýř. Laparoskopie nám dovoluje pohled na povrch jater, žlučníku, část žaludku a peritonea. Ani bronchopulmonální část nezůstane opomenuta, nýbrž bývá vyšetřována bronchoskopem, někdy thoraskopem či mediastinoskopem (Klener, 2011 s. 26-27).

Zobrazovací metody jsou další velmi důležitou částí komplexního vyšetření pacienta, při podezření na přítomnost nádorového bujení v lidském organismu. Díky těmto metodám jsou lékaři schopni lokalizovat nádor, jeho přesné uložení, velikost, případnou diseminaci, krevní zásobení nádoru či lymfatické postižení. Pro správnou a časnou diagnózu je důležité správně zorganizovat slet po sobě jdoucích a na sebe zavazujících vyšetření. Mezi první se řadí sonografie, která je schopna odhalit cystické útvary v parenchymatózních orgánech či měkkých tkáních. Můžeme zjistit velikost sleziny, jater, pankreatu, ledvin, zvětšení uzlin a invazivní hloubku nádoru zjišťujeme pomocí endosonografie. Další metodou je samozřejmě vyšetření rentgenem, který využívá všechny dostupné metody, včetně počítačové tomografie známé jako (CT) vyšetření. Magnetická rezonance je též často využívána, a to především v diagnostice centrálního nervového systému. Radionuklidové metody se využívají dvojím způsobem. První ve formě funkčních testů, kdy lékař posuzuje funkci určitého orgánu. Druhou a častěji využívanou metodou je tzv. scintigrafie, která získá kompletní přehled o umístění, velikosti, tvaru, uložení i patologických změnách orgánu, jež je vyšetřován. Pozitronovaná emisní tomografie (PET) je zobrazovací metoda, která umožňuje vyobrazení metabolické aktivity a anatomické struktury buněk. Hodnotnějším vyšetřením je kombinace PET s výpočetní tomografií (PET-CT), kdy je možné konkrétně lokalizovat uložení nádorového útvaru (Klener, 2011 s. 25).

1.3.3 Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetření má velký, ba zásadní význam v medicínském oboru. Dovoluje nám podrobně vyšetřit nemocného, zjistit patologii organismu a zjistit celkový stav pacienta. Umožňují stanovit přesnou diagnózu, progres choroby i výsledky zavedené léčby. Odběr biologického materiálu patří k základním diagnostickým postupům, jdou ruku v ruce s přidruženými vyšetřovacími metodami, se kterými tvoří komplexní diagnostický proces. V onkologii mají laboratorní vyšetření veliký význam především při detekci nádorového bujení (Vorlíček, 2012 s. 63).

Specifický test, který by odhalil výskyt nádoru v organismu bohužel není znám. Přesto je důležité provést biochemické vyšetření k upřesnění diagnózy a kontrole léčby či nežádoucích účinků. Důraz se klade na vyšetření tumorových markerů, i když ne vždy platí jejich pozitivita. Toto vyšetření se přesto provádí, neboť je specifické pro monitorování medikamentózní léčby a odpovědi organismu na léčebný proces. Tumorové markery jsou globálním souborem antigenů, enzymů nebo hormonů, jejichž přítomnost v těle jedince může signalizovat výskyt nádorové choroby (Klener, 2011 s. 25).

Zvýšená hodnota antigenu CEA značí především výskyt kolorektálního karcinomu, ale také u karcinomu prsu, pankreatu, ovaria a plic. Antigen AFP je přítomen u hepatocelulárního karcinomu, embryonálních hepatoblastomů nebo germinálních nádorů s příměsí buněk žloutkového váčku. Antigen CA 19-9 bývá zvýšen při výskytu ca pankreatu, žaludku či žlučových cest. Antigen CA 125 značí přítomnost karcinomu ovaria a CA 15-3 mají zvýšený pacientky s karcinomem prsu. Karcinom prostaty odhalí zvýšený antigen PSA. Mezi zástupce enzymových markerů řadíme ALP, který ukazuje metastatický proces karcinomu prostaty. Zvýšený NSE je specifický pro malobuněčný karcinom plic a ne Hodgkinovy lymfomy doprovází enzymový marker LDH (Klener, 2011 s. 26).

Dalším důležitým laboratorním vyšetřením je odběr biologického materiálu k hematologickému vyšetření. Patologické změny krevního obrazu mohou být důsledkem samotného nádoru nebo vedlejšími účinky léčby, která byla indikována. V onkologii je hematologické vyšetření specifické především pro hemoblastózy, ale opomíjet vyšetření i pro řádné nádory nesmíme. Nádorové onemocnění a jeho patogenní mechanismy způsobují degrační změny v obvodové krvi, projevující se zejména anémií. Nežádoucí je přítomnost normoblastů v krevním řečišti, neboť zvýšená hodnota napovídá nádorovou diseminací, především karcinomu plic a prsu. Také průkaz nádorových buněk v kostní dřeni poukazuje na diseminované onemocnění. Leukocyty a jejich chorobné výsledky často signalizují konkrétní disfunkci, ale medicína mnohdy není schopna vysvětlit původ patologie (často bývá nevysvětlitelná leukocytóza, leukopenie i lymfopenie). Naopak časný záchyt trombocytopenie může odhalit progres počínající hemoblastózy a zastavit tak její patogenní vývoj. Vyšetření trombů je skutečně nedílnou součástí hematologického vyšetření, například trombocytóza je v onkologické praxi potenciální ukazatel maligních lymfomů nebo bronchogenního karcinomu (Klener, 2011 s. 26).

1.4 Léčba onkologicky nemocných

Léčba onkologických pacientů je velice náročná, složitá, zdlouhavá, pro pacienty nepřijemná a nese s sebou velké množství vedlejších, nežádoucích účinků. Komplikace, jež s sebou nese protinádorová léčba, tkví v charakteristice samotných nádorů, které se vyznačují svými specifickými vlastnostmi. Nádorová onemocnění jsou velmi rozmanitou heterogenní skupinou nemocí, jejíž komplikovanost spočívá v rozličnosti biologického chování nádoru a patologické proměnlivosti. Při plánování a sestavování léčebného procesu dbáme znalosti etiologie, rozsahu i lokalizace konkrétního nádoru. Bez těchto informací nemůže být zavedena vhodná léčba, která by dosáhla nejlepšího možného výsledku (Klener, 2011 s. 35).

Kurativní léčba patří k nejvyšším cílům léčebných metod v onkologii. Klade důraz na odstranění nádoru a úplné vyléčení pacienta. Metodika tohoto léčebného postupu s sebou nese nejen vidinu absence nemoci, ale i narušení kvality života nemocného. Abychom minimalizovali pacientův dyskomfort, je nedílnou součástí léčebného procesu podpůrná léčba, která tlumí komplikace způsobené samotným nádorem, jeho progresivitou, ale i protinádorovou léčbou. Podpůrná léčba dbá nejen o fyzickou pohodu pacienta, ale též řeší jeho psychickou a duševní rovnováhu. Součástí podpůrné léčby je léčba paliativní. Cílem této léčby není vyléčit pacienta, ale poskytnout komplexní péči v terminálním stadiu nádorového onemocnění a kvalitně prodloužit život nemocného (Klener, 2011 s. 35).

1.4.1 Chirurgická léčba

Zásadní postavení v léčbě onkologického onemocnění má chirurgická léčba, která slouží jako nástroj k odstranění nádorů především v raných stádiích. Není-li nádor infiltrován do okolních tkání a regionálních uzlin, je tzv. lokoregionální a dochází k jeho excizi. Smyslem této kurativní terapie je zabránit progresi onemocnění, přesto přetrvává riziko vzniku vzdálených metastáz. Je-li prokazatelná systematická metastatická diseminace, tedy nádor v pokročilém stádiu, je chirurgická paliativní léčba indikována spolu s radioterapií, chemoterapií, hormonální terapií, biologickou či imunomodulační. Cílem této terapie je zredukovat množství nádorových buněk a umožnit jednodušší aplikaci léčebných metod. Paliativní chirurgická operace reguluje obstrukci způsobenou rostoucím nádorem a předchází tak potenciálním komplikacím, které mohou pacienta ohrozit na životě (Adam, 2011 s. 101).

1.4.2 Radioterapie

Radioterapii řadíme mezi základní léčebnou metodu účinnou lokálně či lokálně-regionálně v terapii zhoubných nádorových onemocnění a vybraných nenádorových chorob. Radioterapie představuje léčbu ionizujícím zářením, která se provádí dvěma způsoby. Zevní neboli externí radioterapie vysílá zdroj záření mimo tělo pacienta, ve vzdálenosti 80-100 cm od těla nemocného. Toto záření s sebou nese mnoho nežádoucích účinků, nejčastějším bývá popálení okolní tkáně, sliznic či orgánů, které může vést k dehiscenci nádoru. Tato komplikace je pro pacienta velmi nepříjemná, neboť ošetřování defektu je často bolestivé. Brachyradioterapie je charakterizováno jako záření na krátkou vzdálenost. Aplikuje se dávka koncentrovaného záření do těsné blízkosti lokalizovaného nádoru. Umožňuje aplikovat větší dávku ionizujícího záření v kratším časovém úseku. Tuto metodu je možné používat především u malých, ohraničených a dobře přístupných nádorů (Adam, 2011 s. 115).

1.4.3 Chemoterapie

Chemoterapie představuje širokou škálu pojmů, do kterých zahrnujeme protinádorovo chemoterapii, protinádorovou hormonální léčbu, léčbu diferenciacními látkami, různé formy bioterapie. Protinádorová farmakologická léčba se zaměřuje na specifickou strukturu nebo signální cestu, ta je pro nádorovou buňku životně důležitá. Protože se chemoterapie zaměřuje na daný cíl, je označována jako cílová terapie.

Chemoterapií rozumíme podávání chemické látky do organismu pacienta. Jedná se o syntetickou látku s cytotoxickým účinkem, její původ je tedy syntetický nebo se jedná o deriváty rostlin a plísní. Hlavním úkolem těchto farmak je poškozovat nádorový DNA řetězec. Chemoterapeutika se však nepoužívají jen k léčbě onkologických nemocí, ale také léčí bakteriální, virové či plísňové choroby.

Chemoterapeutika se dělí do několika podskupin dle mechanismu, jež poškozují nukleové kyseliny. Cystostatika jsou farmaka, která nemají mnoho zástupců, avšak účinek jistě není opomíjen. Hlavním cílem cystostatik je narušit vzorec DNA nádorové buňky a zabránit jejímu dalšímu růstu. Při manipulaci a dávkování cystostatik musíme dbát zvýšené pozornosti. Protinádorová hormonální léčba ovlivňuje růst nádorů z tkáně, jež jsou závislé na hormonálním vyživení. Diferenciace maligních nezralých buněk řeší diferenciacní léčba, která se pokouší stimulovat a směřovat tyto nezralé buňky do zralé formy. Bioterapie je aplikována do organismu jedince a představuje léčivo obsahující molekuly, které jsou tělu vlastní. Farmakologická forma léku pro aplikaci je připravena rekombinantní

technologií. Výsledkem tohoto procesu je produkce bílkoviny, která je zapříčiněna vložením příslušné genetické informace z lidského genomu do buněčných struktur (Adam, 2011 s. 129).

1.4.4 Adjuvantní a neoadjuvantní postupy

Adjuvantní léčba doplňuje a zvyšuje účinnost základní léčebné metody. Je podávána s kurativním úmyslem a navazuje na chirurgickou léčbu či radioterapii. Jejím hlavním cílem je systematicky zničit přetrvávající nádorové buňky v organismu nemocného. Adjuvantní chemoterapii je důležité podat záhy po operaci, neboť mikrometastázy jsou nejcitlivější právě po resekci primární ložiska.

Naopak neoadjuvantní chemoterapie je podávána před chirurgickým výkonem či radioterapií. Cílem této léčby je zmenšit primární nádor, v lepším případě zneškodnit mikrometastázy. Tento postup je výhodný především před chirurgickým výkonem, protože účinná chemoterapie zmenší nádor, což zaručí přehlednější operační pole a hladší průběh celé operace. Regrese nádoru má značný význam pro okolní tkáň i orgány, neboť nejsou významně neutlačovány. Postižený orgán je lépe cévně zásoben, celkový stav pacienta je příznivější a tolerance léčby lepší (Klener, 2011 s. 41-42).

2 PALIATIVNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Paliativní ošetrovatelská péče je specializovaný obor, který má své opodstatněné místo ve zdravotnictví. Je třeba zmínit, že poskytnout paliativní péči pacientovi v terminálním stadiu onemocnění má v kompetenci každá všeobecná sestra, neboť s tímto pacientem se v praxi setká i na standartním oddělení.

Paliativní medicína se zabývá péčí o pacienty v terminálním stadiu jejich onemocnění, kdy byly vyčerpány všechny možnosti léčby a neexistuje reálné řešení, které by jim navrátilo zdraví. Středem zájmu paliativní péče nejsou pouze pacienti v terminálním stadiu onemocnění, ale též pacienti, kteří mají ukončenou léčbu nevyléčitelného onemocnění a vyžadují speciální odbornou a nepřetržitou péči. Hlavním cílem paliativní péče je zmírnit symptomy choroby, mírnit bolest, respektovat pacienta jako lidskou bytost včetně jeho potřeb, a především maximálně zkvalitnit závěr života.

Existuje několik definic, které charakterizují paliativní medicínu. Autorem jednou z nich je WHO, tato definice zní:

„Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž léčba nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin“ (Marková, 2010 s. 19).

Podstata paliativní péče představuje jistou filozofii péče, která pohlíží na pacienta jako na holistickou bytost. Důraz tedy klade na biologické, psychologické, sociální a spirituální potřeby. Zajímá se nejen o fyzické potřeby pacienta, ale rovněž pohlíží na originalitu člověka, psychosomatické atributy nemoci i jejich následků a též věnuje pozornost doprovázející rodině. Důležitou jednotkou v péči o nemocného v terminálním stadiu choroby je začlenění rodiny do ošetrovatelského procesu. Nikdo nezná umírajícího na lůžku oddělení líp než rodina, proto je nezbytné věnovat specifickou péči i příbuzným (Sláma, 2011 s. 25).

Pochopení individuality umírajících je základním pilířem paliativní péče. Proto je cílem zdravotnického personálu, poskytujícího paliativní péči, zaopatřit pacienta ve všech existenčních aspektech. Snaží se vyhovět pacientovo potřebám v širokém rozsahu, respektuje pacientova přání, priority a klade důraz nejen na kvalitní dožití a bezbolestný průběh nemoci, ale též dbá o duševní pohodu nemocného. Duševní hygiena umírajících je důleži-

tou součástí paliativní péče, neboť každý jedinec prožívá konečnou fázi života individuálně. Je potřeba být citlivý, empatický, a především aktivně dostát důstojné smrti pacienta.

2.1 Druhy paliativní péče

Velmi často se veřejná společnost, ovšem nejen laická, domnívá, že paliativní péče je poskytována pouze v hospicích. Jak jsem již výše zmínila, paliativní péči by měla poskytovat všechna zdravotnická zařízení. Vyhodnotit stav pacienta, progresi nemoci, zvážit další kroky aktivní léčby, pozorovat pacienta jako ucelenou jednotku s konkrétními potřebami, poskytovat hodnotnou péči a léčbu zkvalitňující pacientův život. Komunikace s rodinnými příslušníky, respektovat nezávislost pacienta, jeho potřeby fyzické i duševní. Regulovat omezující symptomy nemoci pacienta, tišit bolest a hovořit o dalším možném řešení. Takto probíhá obecná paliativní péče, která je poskytována na standartních odděleních zdravotnických zařízení (Marková, 2010 s. 20-21).

Specializovaná paliativní péče je poskytována v konkrétních zařízeních, která mají ve své náplni práce paliativní péči jako hlavní činnost. Tato zařízení disponují vyškoleným personálem s vyšší úrovní profesní kvalifikace a početnějším ošetřujícím personálem ku poměru hospitalizovaných pacientů (Marková, 2010 s. 21). Je více než nutné podotknout, že odborné vzdělání zaměstnanců je nezbytné a potřebné, avšak v tomto oboru by měl činnost vykonávat člověk, který si je vědom svojí smrtelnosti a faktu, že smrt je nedílnou součástí existence nás všech. Specializovaná paliativní péče je poskytována pacientům, jejichž komplikované onemocnění přesahuje rámec schopností poskytnout komplexní péči sobě samému, nebo není-li v silách rodiny zajistit nepřetržitou péči o nemocného. Pokud je pacientův stav vážný natolik, že i přes poskytovanou obecnou paliativní péči vyžaduje péči specializovanou, je plynule předám do rukou specializovaného zařízení. Pacient musí být na tento krok připraven, obeznámen s okolnostmi, a především mu musí být sdělena skutečnost nezvratnosti diagnózy (Sláma, 2011 s. 31).

Existuje několik konkrétních specializovaných zařízení, která se zaměřují právě na paliativní péči. Tato zařízení se věnují jen poskytování paliativní péče a řadíme mezi ně například domácí hospice, lůžkové hospice, oddělení paliativní péče, ambulance paliativní péče, denní stacionáře a další zařízení jako poradny, tísňové linky, půjčovny pomůcek a jiné. Jednotlivá oddělení či zařízení mají různorodé systémy i postupy práce, avšak původní myšlenka těchto zařízení zůstává zachována – profesionální přístup a zajistit maximální kvalitu života pacienta i s nevléčitelnou chorobou (Marková, 2010 s. 21).

2.2 Hospic a hospicová paliativní péče

První zmínka hospicového hnutí zasahuje až do středověku, kde existovaly hospice, které sloužily jako útočiště pro poutníky. Poutníci zde odpočívali a nabírali síly na další dlouhou cestu, proto zde byla poskytována základní lékařská pomoc. Postupně tyto hospice vymizely a začaly se objevovat až v 18. století našeho letopočtu (Kupka, 2014 s. 30). I přesto se jejich provoz nedal označit za stálý, proto literatura uvádí jako zakladatelku novodobého hospicového hnutí lékařku Cicely Mary Saunders, která v 60. letech založila první moderní hospic ve Velké Británii. Cicely Saunders vzbudila velký zájem a velmi rychle se začaly budovat hospice po celém světě. V České republice stojí za hospicovým hnutím paní MUDr. Marie Svatošová, která založila hospic Anežky České v Červeném Kostelci v roce 1995. Marie Svatošová je mimořádnou, neopomíjenou a uznávanou ikonou v oboru paliativní péče a hospicového hnutí. Je váženou osobností nejen pro zasazení seminária, které sklídilo obrovskou úrodu, ale především proto, že nezanevřela. S obrovským úsilím a účelně podporuje vývoj hospicové a paliativní péče v Čechách. V jedné ze svých knih Marie Svatošová uvádí stručnou definici myšlenky hospice.

„Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti.“ (Svatošová, 2011 s. 115).

2.2.1 Formy hospicové péče

Literatura uvádí celkem tři druhy hospicové paliativní péče. Jednou z nich je domácí hospicová péče. Tato forma ošetřování je pro nemocného ideální, neboť domácí prostředí zná, má ho rád a cítí se v něm dobře. Bohužel není vždy optimální setrvat v domácím prostředí do konečného stadia onemocnění. Nejen, že péče nemusí být dostačující, vzhledem k narůstajícím obtížím pacienta, ale také se velmi často vytratí pohodové rodinné zázemí, které je v této životní situaci obtížné zachovat (Svatošová, 2011 s. 118-119).

Dalším možným způsobem k poskytování hospicové péče umožňují denní stacionáře, kam pacient přijde ráno a večer si jej rodina může opět vyzvednout. Samozřejmě je možné zařídit transport pacienta hospicem, vše vždy záleží na zvyklosti a domluvě. Způsob toho ošetřování je možný v případě, že bydliště pacienta je v krátké vzdálenosti od stacionáře a pokud zdravotní stav pacienta dovoluje tak častý přesun z místa na místo. Důvody, proč existuje tento typ hospicové péče, jsou prosté. Můžeme aktivně kontrolovat stav pacienta, regulovat jeho bolesti, pozorovat změny a progres onemocnění. Je možná také aplikace další paliativní léčby, aniž by musel být pacient hospitalizován v nemocnici. Také

psychoterapie je důležitým aspektem stacionáře. Ne každý pacient je schopen se bavit o úskalích jeho nemoci nebo naopak by rád hovořil o svých pocitech, emocích, trápení, ale rodina není schopna vést, z pochopitelných důvodů, na toto téma konverzaci (Svatošová, 2011 s. 119-120).

Hospitalizace v lůžkovém hospici je třetí formou hospicové paliativní péče. K hospitalizaci předcházejí důvody uvedené u péče stacionární. Pokud je stav pacienta natolik vážný, že není schopen dojíždět do stacionáře nebo není možné pacienta mít doma, je umístěn do hospice. Není pravidlem, že pacient, který je přijat do hospice z něj nikdy neodejde. Jsou pacienti, jejichž stav se natolik stabilizuje, že je schopen odejít domů a tam spokojeně dožít zbytek svého života. Troufáme si však říct, že toto tvrzení ve většině případů neplatí u pacientů s onkologickým onemocněním. Hospic se snaží co nejvíce zapojit do ošetrovatelského procesu rodinu nemocného, proto jsou návštěvní hodiny zcela neomezené a příbuzní mají možnost přijít kdykoliv jim to čas dovolí. Proto je pacientům i rodině hospic přístupný 24 hodin 7 dní v týdnu bez výjimky. I přesto, že v hospici je zaveden systematický řád, pacient má den v podstatě ve své režii. Stejně jako v nemocnici, i zde dochází lékař k pacientovi a provádí vizitu, avšak pacient je vždy na prvním místě a jeho priority jsou výchozí pro celý zdravotnický tým. Hospicová zařízení mají vybudované společné prostory, které slouží sociálnímu rozvoji pacientů. V těchto prostorách se pacienti scházejí, vytvářejí přátelství, mohou zde trávit čas s knížkou, rodinou i sami. Dále je v hospici také kaple, neboť spirituální opatření je nedílnou součástí všech hospiců a některá zařízení mají i svoji zahradu, kam mohou pacienti také zajít. Hospicovým cílem je komplexně zajistit pohodlí všech pacientů, umožnit jim žít kvalitní život bez nemocničního systému a být chápavým partnerem v konečné fázi života těžce nemocných pacientů i rodiny (Svatošová, 2011 s. 120-121).

2.2.2 Podmínky hospitalizace v hospici

Hospicová zařízení mívají standardně okolo 20-28 lůžek. Na základě žádosti, kterou podá rodina nemocného, hospicový lékař rozhodne, zda je pacient vhodný k hospitalizaci. Hodnotí celkový stav pacienta a stadium postupující choroby spolu s ošetřujícím lékařem. Bezpodmínečně musejí být upřednostňováni pacienti, jejichž stav povede brzy ke smrti, neboť pro takové pacienty je hospic určen především. Pokud je nízká obloženost hospice, může být lékař benevolentní, udělat výjimku a přijmout pacienta ve stavu, který neodpovídá kritériím hospicového řádu. Pokud však lékař upřednostní pro-

tekčního pacienta a umožní jeho hospitalizaci s rizikem malého počtu dostupných lůžek, dojde k hrubému porušení etického kodexu hospicové péče (Svatošová, 2011 s. 122).

2.3 Holismus v paliativní péči

Paliativní medicína klade důraz na holistické pojetí pacienta. Tento koncept vnímání pacienta se začal v medicíně uplatňovat po druhé světové válce. Podstatou holistického vnímání je pochopit celostní pojetí člověka, pokusit se vnímat nemoc jako další životní etapu se všemi aspekty a upozornit na jednotu těla, mysli a ducha. Ukazuje spojitost mezi tělem a duší, neboť tělesná bolest může souviset s bolestí psychickou, sociální či spirituální. Paliativní medicína je doplňujícím oborem, který se soustředí na rozmanitost lidské individuality a holistické vnímání člověka považuje za neodmyslitelnou stavební jednotku (Matějovská Kubešová, 2015 s. 405).

Podstatou holistického vnímání je hledět nejen na pacientovo základní diagnózu, ale zajímat se i o jeho životní priority, které se během vývoje onemocnění mohou měnit. Pokud ošetřujeme pacienta, který trpí nevléčitelnou chorobou, je dobré znát alespoň okrajově jeho život před nemocí, neboť nikdy netušíme, o co všechno nemocný přišel. Nejen, že se ocitl na křižovatce života, ale najednou není schopen sám dojít na toaletu, potřebuje pomoc při oblékání, jídle či pohybu. Ocítá se ve stavu, kdy je zcela odkázán na pomoc druhých, protože jeho nemoc mu nedovoluje být mobilní, jak byl zvyklý. V této situaci má pacient naprosté právo být v psychické nepohodě, či být emočně frustrován (Svatošová, 2011 s. 18-19).

Čtyři základní holistické pilíře představují jednotlivé potřeby, které se vzájemně doplňují a vytvářejí soubor konstruktivního systému. Biologická potřeba je první, která zdravotníka zajímá, ať se vyskytujeme v kterémkoliv zdravotnickém oboru. Objektivně sbíráme informace, se kterými se snažíme co nejefektivněji naložit dle předepsaných postupů. Základní diagnóza je nám berličkou, vedlejší symptomy a vše co můžeme zjistit pozorováním pacienta řešíme *lege artis*. Dále pečujeme o psychickou pohodu pacienta, pozorujeme změny chování, výkyvy nálad, umožníme kontakt s psychologem, a především empaticky nasloucháme. Nevléčitelná nemoc zasáhne i sociální citění pacienta. Důležitá je spolupráce rodiny a přátel se zdravotnickým týmem, neboť nikdo nezná nemocného lépe než jeho nejbližší. Naopak je důležité se vyhýbat soucitné konverzace, nesměřovat konverzaci k nemoci pacienta, pokud si to on sám nepřeje. Pastorační služby jsou kompenzací

spirituální potřeby. Pokud má pacient o tyto služby zájem jsou mu poskytovány, neboť i víra je pro některé jedince nezbytnou součástí života. Každá bytost má určitý postoj k duchovní tématice, aniž by si to po celý život uvědomovala. Na sklonku života lidé přehodnocují své rozhodnutí i priority a někdy hledají odpovědi na své otázky u vyšší moci (Matějovská Kubešová, 2015 s. 407-409).

Je zřejmé, že tyto čtyři dimenze spolu korespondují a mají veliký konstruktivní význam v péči o pacienty s nevy léčitelnou chorobou. Je důležité mít na paměti, že každý člověk je jedinečná bytost s různými potřebami a v zájmu zdravotníků je pečovat o celý soubor potřeb pacienta. Všechny čtyři zmíněné oblasti jsou vzájemně propojeny, synchronně na sebe navazují a představují komplexní soubor celistvosti člověka.

2.4 Terminálním stadiem nádorového onemocnění

Smrt-skutečnost, která se ve společnosti stala jistým tabu. Lidé se pokoušejí smrt a vše s ní spjata vytěsnit ze svých životů, poněvadž ji považují za zlo, které jim vezme to nejcennější – blízkou osobu, kterou milují. Zajdeme-li k úplnému jádru věci, snadno dojdeme poznání, že smrt je součástí našich životů. Vše, co začíná, musí jednou skončit. Každý, kdo se jednou narodil, musí také zemřít. Životní trojúhelník (narození, život, smrt) cyklicky obíhá svoji trajektorii a je jen na nás, kdy přijmeme tento fakt. Život je oběžná dráha a my jsme cestující, kteří nastupují a vystupují z jedoucího vlaku. Je zcela pochopitelné, že v okamžiku, kdy přijdeme o milovanou osobu, jsme plni emocí, které nedokážeme ovládat ani regulovat jejich intenzitu. Nechápe me, proč se takové věci dějí, protože například nemáme příležitost se rozloučit, dát poslední sbohem nebo si říct, co jsme dlouho odkládali. Takové situace jsou velmi těžké, ale přesto není důvod vytěšňovat smrt z naší mysli, neboť jednou přijde okamžik, kdy všichni dojdeme na konec svojí cesty. V dnešní době virtuálního světa je jednoduché se uzavřít do ulity, nevylézt a utíkat před skutečností, která nás stejně jednou dožene. Neměli bychom zavírat oči před tímto tématem a přehlížet realitu, která před námi stojí tváří v tvář. Je nezbytné, abychom smrt přijali s respektem, protože je tu s námi, ať chceme nebo ne. Vždycky byla a vždycky bude.

Terminální stadium onemocnění je považováno za fázi, kdy dochází k nezvratnému selhávání lidského organismu v důsledku základního onemocnění. Tato fáze trvá přibližně dny a hodiny. Hlavní myšlenkou ošetrovatelského zdravotnického týmu je zajistit maximální komfort a komplexní zajištění biologických, psychologických, spirituálních a sociálních potřeb pacienta. V konečné fázi onemocnění není úmyslem zdravotnického personálu

smrt oddálit za každou cenu, klade se zřetel na základní diagnózu, léčbu a celkový stav pacienta. Vždy je cílem, aby pacient došel důstojné smrti (Sláma, 2011 s. 29).

Péče o pacienta v terminální fázi onemocnění je náročná a intenzivní. Od zdravotnického personálu se očekává nepřetržitá péče a empatické jednání v nejlepším zájmu umírajícího pacienta. Zdravotnický personál dbá, aby pacientovi poslední dny a hodiny byly bezbolestné, klidné a důstojné. Aktivní spolupráce s rodinou je nesmírně důležitá, neboť přítomnost nejbližších u lůžka pacientovi pomůže dojít pokojné smrti. Je důležité si uvědomit, že psychický komfort pacienta nezajistíme bez přítomnosti rodiny a přátel. I když zdravotnická odbornost přináší mnohé, v úplném závěru života pacienta je důležitý především ten, kdo se podílel na dlouhé životní cestě pacienta a kráčel po jeho boku (Svatošová, 2011 s. 16-17).

2.5 Nejčastější obtíže v terminálním stádiu onemocnění

V konečné fázi nevléčitelné choroby může pacienta trápit velké množství vedlejších příznaků. V kompetenci a zájmu ošetrovatelského týmu je předcházet a ovlivnit symptomy, které jsou pacientovi značně nepříjemné a působí mu trápení. Všeobecná sestra pečuje, hodnotí a aktivně podává farmakologickou terapii, která slouží k tlumení vedlejších symptomů (Marková, 2010 s. 93).

Je několik nepříjemných, a přesto často přítomných nežádoucích tělesných příznaků, které dokáží pacienta v terminálním stadiu velice potrápit. Řadíme mezi ně respirační potíže, bolest, komplikace maligních ran, omezený příjem potravy, dehydratace, péče o dutinu ústní, vylučovací potíže a psychická deprivace. Samozřejmě se vyskytují další přidružené potíže, které například navazují na základní diagnózu, ale mezi ty nejčastější patří již zmíněné (Marková, 2010 s. 93).

2.5.1 Respirační potíže

Dušnost je subjektivní pocit nedostatku vzduchu v plicích. Pacient má pocit dušení, je neklidný, obává se o vlastní život, a to jemu stavu nepřispívá. Velmi často bývá vznik dušnosti zapříčiněn psychickou zátěží, proto je nezbytné pacienta uklidnit, což nebývá v daném okamžiku zcela možné. Další příčinou dušnosti mohou být přidružené či základní diagnózy, dále také obstrukce dýchacích cest nádorem a metastatické postižení. Pokoušíme se pacienta uklidnit, zajistíme přísun čerstvého vzduchu, aplikujeme kyslíkovou terapii, zvolíme vhodnou a pacientovi příjemnou polohu, podáváme ordinovanou medikaci (Marková, 2010 s. 93).

Těž časté, hlasité, chrčivé dýchání bývá přítomno u pacientů v terminálním stadiu. Ve většině případů nevzbuzuje tato respirační potíž subjektivní nedostatky pro pacienta, neboť se objevuje ve stadiu, kdy je nemocný v kómatu. Toto hlasité chrčivé dýchání je spíše nepříjemné pro rodinné příslušníky, neboť v laikovi může budít dojem dušení. Častá příčina bývá způsobena především neuváženou parenterální hydratací pacienta, která není v terminálním stadiu zcela nutná (Marková, 2010 s. 95).

2.5.2 Bolest

V paliativní péči je bolest nejvíce monitorovanou a hlavní prioritou ošetřujícího personálu je absolutní absence bolesti. Většina onkologických pacientů trpí krutými bolestmi, kterým je nutné věnovat maximální pozornost. Všeobecná sestra se aktivně zajímá, hodnotí, pacientovi jeho bolest nevyvrací a věří mu, neboť je příznakem subjektivním. Léčba bolesti u onkologických pacientů se řeší převážně opioidy. Z počátku může mít pacient fentanylovou náplast, a pokud bolest přetrvává, je bolusově aplikován, jsou mu podávány perorální opioidy, či jiná analgetika naordinována lékařem. Je-li bolest intenzivní a pacientovi je často aplikována další medikace, ordinuje lékař lineární dávkovač, který zaručí kontinuální podávání léků proti bolesti subkutánní cestou (Marková, 2010 s. 96-97).

2.5.3 Ošetřování maligních ran

Převazy maligních ran jsou jednou z nejnáročnějších ošetřovatelských procedur. Šance na zhojení defektu je v podstatě mizivá a komplikace i projevy, které s sebou přináší nejsou vždy dobře zvladatelné. Cílem při ošetřování je zamezení sociální izolace, maximálně mírnit bolest a snaha zachovat pacientovo pohodlí (Marková, 2010 s. 103).

Proliferující a exulcerované nádory „květákovitého či houbovitého“ tvaru postrádají estetický vzhled, ale též intenzivně zapáchají, což je velmi nepříjemné především pro pacienta, který si svůj stav dobře uvědomuje. Další nepříjemnosti při ošetřování těchto nádorů je lokalita, která hraje důležitou roli pro kvalitní ošetření rány. Komplikace rozpadlých nádorů je převážně zápach, zvýšená exsudace z rány, silná bolest při převazech, ale i mimo ně, podráždění a macerované okolí rány nebo krvácení (Marková, 2010 s. 103-104).

2.5.4 Omezený příjem potravy

Snížený příjem potravy u pacientů v terminální fázi onemocnění je naprosto běžný. Důsledek sníženého příjmu potravy je malnutrice, kachexie, slabost a únava. Jako má výživa zásadní dopad na naše zdraví během života, stejné je to u pacientů s onkologickým onemocněním. Nedostatečná strava vede k prudkému poklesu celkového stavu a horšímu

průběhu nemoci. Především nechut' k jídlu, nauzea a zvracení je příčinou, proč pacient odmítá příjem potravy (Marková, 2010 s. 105).

Samozřejmě snížený stav pacienta s sebou nese další systematická omezení. Pokud pacient není schopen přijímat potravu per os, pokoušíme se aktivně zvýšit příjem tekutin, ovšem ne pokaždé je tento krok úspěšný. Pacienti v konečné fázi života odmítají veškerý perorální příjem. Zapojujeme do role také rodinu a pokoušíme se alespoň o sipping a dbáme zvýšené hygieny dutiny ústní, neboť sliznice bývají snadno a velmi často vysušovány. Dutinu ústní proto zvlhčujeme, podáváme kostky ledu a kapky proti suchosti v ústech (Marková, 2010 s. 105-106).

S absencí příjmu potravy a následně tekutin přichází logicky potíže v podobě dehydratace. V tomto případě je možné nahradit tekutinu parenterální výživou, ale i to má svá úskalí. Lékař musí důkladně zhodnotit stav pacienta a nutnost podání infuzní terapie. Je zde riziko zvýšené rehydratace, která může následně způsobit respirační potíže, které pacientův stav nijak neulehčí (Marková, 2010 s. 107).

Zácpa je další komplikací navazující na ty předchozí. Zácpon rozumíme méně časté nebo obtížné vyprázdnění střeva, které je v paliativní léčbě častým vedlejším účinkem opioidové terapie, imobilizace, střevní obstrukce a samozřejmě sníženého příjmu potravy a tekutin. Pravidelnost a množství stolice důkladně sledujeme, umožníme pacientovi soukromí, včas reagujeme na potřebu defekace a v případě potřeby podáváme laxativa (Marková, 2010 s. 109-111).

2.5.5 Psychická nepohoda pacienta

Každá nemoc s sebou nese nepříjemné změny v životě. Člověk je unavený, slabý, nemá chuť k jídlu ani dělat věci, které má běžně moc rád. Angina, chřipka, úraz i obyčejné nachlazení umí narušit náš biorytmus i psychickou rovnováhu. Všechny tyto pocity, které zažíváme při nachlazení vnímá i onkologicky nevléčitelný pacient, jen intenzita emocí a pocitů má zcela jiný rozměr.

Pacienta s nevléčitelnou chorobou postavíte před nezvratnou skutečnost a on se musí vypořádat nejen se základní diagnózou, ale dalšími specifickými, přidruženými komplikacemi zdlouhavé léčby. Adaptace na všechny přichozí životní změny i situace není jednoduchá. Nemocný se náhle stává závislým na pomoci druhých, schopnost být samostatný slábne a najednou není v jeho silách reálně vykonávat aktivity, které byly jeho sou-

částí. Ztrácí motivaci v realizaci vytyčených cílů, je apatický, má pocit osobní degradace v životní roli, nemá potřebu se snažit, bojovat ani jít dál. Střídání nálad je na denním pořádku, pocity viny, hněvu, agrese, frustrace, strachu, úzkosti a spousty dalších působí na narušenou psychickou stabilitu (Sláma, 2011 s. 237). Je nezbytné zapojit do ošetrovatelského procesu rodinu, taktně a zdvořile hovořit s pacientem o jeho pocitech, pochopit jeho myšlenkové pochody a umožnit mu kvalitní zbytek života se všemi atributy jeho konkrétních potřeb.

2.6 Péče o umírajícího pacienta

Spěje-li onemocnění pacienta do fáze terminálního stadia, je nutné tuto skutečnost taktně sdělit umírajícímu pacientovi i jeho rodině. Obezpečíme pacienta i jeho rodinu s dalším postupem, nabídneme psychologickou pomoc a umožníme soukromí při loučení. Aktivně hodnotíme základní symptomy jako bolest, dušnost, nauzeu, psychickou nepohodu a snažíme se těmito příznakům bděle předcházet, neboť našim cílem je pokojné dožití umírajícího, nikoli utrpení. Podáváme pravidelně léky proti bolesti, adekvátně upravujeme dávkování a hodnotíme účinek podané medikamentózní léčby. Lékař naordinuje do chorobopisu variaci léků, které je možné aplikovat neprodleně, při náhlém zhoršení stavu pacienta, či akutních obtížích umírajícího pacienta. Farmaka jako morphin, midazolam, haloperidol, rivotril, degan, dexamed a podobné. Je nutné mít na oddělení v dostatečném množství i náležité aplikační formě. Je-li pacient schopný přijímat per os, snažíme se zachovat polykací reflex co nejdéle, proto i léky, pokud možno, podáváme perorální cestou. Smažíme se podpořit příjem potravy per os, nikdy však terminálně nemocného nenutíme (Sláma, 2011 s. 305).

V konečné fázi nemoci, tedy ve fázi umírání není pacient schopen přijímat per os, proto jsou léky nahrazeny injekční formou. Nejčastěji bývá zavedena subkutánní kanylka a formou lineárního dávkovače jsou pacientovi kontinuálně podávány medikamenty. Uzná-li lékař za vhodné, podávají se též subkutánní cestou infúze spolu s léky přes infuzní pumpu, která zaručí stálou aplikaci léků. Dle stavu pacienta lékař zhodnotí, které léky nemají bezprostřední vliv na komfort umírajícího pacienta, jaká farmaka je nutné podávat, popřípadě léčbu zreguluje a vysvětlí rodině i pacientovi, je-li stále při vědomí, následující postup. Je nutné, aby toto vysvětlení bylo srozumitelné a aby jej obě strany akceptovali (Sláma, 2011 s. 305-306).

Péče o umírajícího pacienta nevyžaduje, ba odmítá rutinní diagnostické a ošetrovatelské postupy jako jsou: odběry krve, pravidelné měření fyziologických funkcí, monitorování EKG, ale také s rozvahou zvažuje bolestivé převazy, polohování pacienta, či hygienu. Je důležité vždy zhodnotit celkový stav umírajícího pacienta, vnést zkušenosti a na základě zhodnocení stavu zvážit, zda je nutné a důstojné dodržovat tyto ošetrovatelské postupy, neboť jsou v těchto situacích často irelevantní. Velmi těžké je zhodnotit míru diskomfortu pacienta, poněvadž bývá v této fázi onemocnění v kómatu. Nejspolehlivějším nástrojem při zjišťování nepohodlí umírajícího je citlivá komunikace, pozorování polohy, grimas, hloubky dechu, zvuky, které může pacient vydávat. Velmi často je vhodné zapojit do tohoto hodnocení rodinu pacienta, ale je důležité být objektivní, neboť rodina může některé fyzické projevy pacienta vnímat zkresleně. Vzhledem k vypjetí a složité životní situaci mohou být rodinní příslušníci úzkostní a ve stresu, proto je práh vnímaní citlivější. Je na místě být oporou rodině a opakovaně vysvětlovat současnou situaci. Umožníme přítomnost rodiny u lůžka nemocného, dopřejeme soukromí a poskytneme veškeré nutné informace. Pokud není rodina přítomna u umírajícího pacienta, neprodleně kontaktujeme nejbližší osobu, obeznámíme ji se skutečností blížící se smrti a nabídneme možnost doprovázení až do samotného konce (Sláma, 2011 s. 306).

2.7 Péče o zemřelé tělo

Pojem smrt je charakterizována jako nevratná zástava srdeční činnosti. Pokud byla u pacienta přítomna rodina, dáme jim prostor pro rozloučení a teprve poté pečujeme o zemřelé tělo. V případě nepřítomnosti rodiny při úmrtí pacienta, uložíme zemřelé tělo do vodorovné polohy, otevřeme okno a necháme jej chvíli „o samotě“. Zařídíme ohledání těla zemřelého, neboť smrt vždy konstatuje lékař dle platných odborných norem. Dále věnujeme bezprostřední péči zemřelému. I po smrti pacienta dbáme respektu, úcty, intimity a sociální diskrétnosti. Pokud pacient zemřel na jednolůžkovém pokoji, ponecháme jej v místnosti, v případě, že je pacient na pokoji dvoulůžkovém, převezeme tělo zemřelého do místnosti k tomu určené, kde jej ponecháme standartní dvě hodiny (Haškovcová, 2007 s. 96).

O zemřelé tělo pacienta pečuje všeobecná sestra. Její povinností je odstranit permanentní močové katetry, žilní vstupy, nasogastrické sondy, drény, eventuálně invazivní vstupy zkrátit, zalepit a zabezpečit před vypadnutím. Znehodnotit obsah lineárních dávko-

vačů a infúzí s opioidy a tyto fakta zapsat do chorobopisu. Dále pak čistě převázat rány, defekty, dekubity. Odstranit veškeré šperky, snímatelné protézy a zjistit, zda zemřelý nemá v dutině ústní jakékoliv kovy a tuto skutečnost uvést do chorobopisu. Sestra provede hygienu zemřelého těla, zavře oči, podváže bradu a zajistí náležitou identifikaci těla v podobě jména, rodného čísla, datumu úmrtí plus hodinu, místo úmrtí (oddělení) a jeho zdravotní pojišťovnu. Identifikační údaje se uvádí buď na štítek, který se dá na končetinu, či se informace píše fixem přímo na dolní končetinu zemřelého. V hospicích a v paliativní péči bývá zvykem ošacení zemřelého. Nejčastěji je oblečen do vlastního oděvu, který donese po domluvě rodina. Takto upravený je zemřelý ponechán na lůžku dvě hodiny a rodině je umožněno poslední rozloučení (Haškovcová, 2007 s. 96).

Další péče spočívá víceméně v administrativě, kdy probíhá oznámení rodině, kontaktování konkrétní pohřební služby, kterou si rodina sama určí a především záznam všech úkonů do dokumentace. Následně je sepsána pozůstalost a cennosti zemřelého, které jsou předány nejbližší rodině (Haškovcová, 2007 s. 97).

2.8 Péče o pozůstalé

Smrt blízké osoby je vždy velmi náročná pro pozůstalé. Člověk zažívá velkou životní ztrátu, se kterou se ne vždy umí vypořádat. Dojde-li k úmrtí blízké osoby a my jsme měli jen málo času či žádný čas na to, abychom se připravili na definitivní odchod blízké osoby, jsme prudce vyvedeni z míry a naše reakce mohou být někdy až příliš přehnané. Je lidské jednat iracionálně v takové chvíli a troufám si tvrdit, že i přes očekávanou smrt našich blízkých je obtížné vyrovnat se s takovou ztrátou a ve své podstatě je jedno, zda jsme smrt očekávali či nikoli. Zmocňuje se nás vztek, zoufalství, pocit prázdnoty a nespravedlnosti. Rozhodně bychom měli všechny tyto emoce ventilovat, neboť smutek, pláč, zloba či fyziologické projevy jako zvracení či zažívací potíže, jsou cesta ke smíření se skutečností, že tento svět opustila osoba blízka našemu srdci (Kübler-Ross, 2015 s. 196).

Často se stává, že s předáním pozůstalosti končí veškerá práce s rodinou. Paliativní medicína však klade důraz na spolupráci s rodinou nejen během hospitalizace, ale také po smrti pacienta. V hospicích bývají zvykem setkání pozůstalých, kde společně s ošetřujícím personálem má rodina možnost hovořit o smrti svého nejbližšího, ale také vzpomínat na společně strávené chvíle. Je důležité dbát o duševní hygienu pozůstalých a nabídnout jim pomocnou ruku v tak těžké životní situaci. Po smrti blízkého nastává pro pozůstalou rodinu

aktivní zařizování formalit, pohřbu, návštěvy dalších příbuzných, přijímání kondolence, a tak nezbyvá moc prostoru pro truchlení. Tato fáze přichází krátce po pohřbu, kdy dochází k definitivnímu rozloučení s milovanou osobou (Kübler-Ross, 2015 s. 196).

Valná většina pozůstalých se snaží mobilizovat a vyrovnat se situací během několika měsíců a není potřeba speciální pomoc zdravotnických odborníků. Bohužel u některých pozůstalých dochází ke komplikovanému truchlení, které je charakteristické dlouho dobou smutku, doprovázené depresí i psychosomatickými potížemi. Nikdy bychom neměli hodnotit projevy truchlících, i když se nám mohou zdát bizarní a přehnané, neboť každý jsme individuální bytost, která má rozličné vnímání a vztah k zemřelé bytosti (Sláma, 2011 s. 315).

PRAKTICKÁ ČÁST

3 VÝZKUMNÁ METODIKA PRAKTICKÉ ČÁSTI

3.1 Formulace problému

Problematika onkologicky nemocných je velice rozšířena a pacientů s tímto onemocněním stále přibývá. Bohužel společnost není zcela informována o průběhu nemoci a náročnosti léčby, jejíž důležitou a nedílnou složkou je komplexní a specializovaná ošetrovatelská péče. Důležitým aspektem v léčbě tohoto onemocnění je specializovaná paliativní léčba, o které je veřejnost minimálně informována.

3.2 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

3.2.1 Hlavní cíl

Cílem této práce bude zmapovat specifickou péči o onkologického pacienta, upozornit na možné komplikace postupující nemoci a zásady ošetrovatelské péče

3.2.2 Dílčí cíle

1. Charakterizovat péči v paliativní medicíně
2. Specifikovat ošetrovatelskou péči pacienta v terminálním stavu
3. Vytvořit edukační plán s komplexní péčí o onkologicky nemocného pacienta

3.3 Výzkumné otázky

1. Jaká je ošetrovatelská péče v paliativní medicíně?
2. Jaké jsou specifické aspekty ošetrovatelské péče o pacienta v terminálním stadiu?
3. Jak edukovat společnost v péči o onkologicky nemocného pacienta?

3.4 Charakteristika sledovaného souboru

V této práci se zaměřím na pacienty trpící onkologickou nemocí s ukončenou léčbou základního onkologického onemocnění, kteří jsou hospitalizováni v hospici. Zde je jim poskytována paliativní ošetrovatelská péče a paliativní léčba. Pro svůj výzkum jsem si vybrala dva respondenty s odlišnou základní diagnózou. Oba respondenti jsou muži, při-

čemž první je narozen roku 1956 a jeho základní diagnóza je karcinom hrtanu. Druhý respondent je ročník 1959 se základní diagnózou karcinom slinivky.

3.5 Metodika práce

Případová studie – kazuistika:

V bakalářské práci popisuji za pomoci kvalitativního výzkumu metodou ošetrovatelského procesu péči o pacienta s onkologickým onemocněním. Zaměřuji se nejen na samotné onemocnění pacienta, ale též na jeho celkové psychické rozpoložení. Ošetrovatelské kazuistiky vypracujeme na základě detailního sběru informací ze zdravotnické dokumentace, ošetrováním pacienta, sledováním celkového stavu, pozorováním postupné progresse onemocnění a kontaktu s pacientem.

Po získání a vyhotovení kazuistik jsem použila model životních aktivit N. Roperové, W. Loganové a A. Tyerneyové, podle kterých jsem vyhodnotila stupeň závislosti pacienta. Dále jsem vypracovala ošetrovatelské diagnózy, plány, cíle, realizaci a nakonec celkové hodnocení.

3.6 Organizace práce

Cílem práce je získat co největší množství informací o respondentech a jejich onemocnění. Data jsme sbírali po dobu vymezeného časového úseku – červenec až září 2018 v Hospici svatého Lazara v Plzni. Ke sběru dat mám informovaný souhlas zdravotnického zařízení. Výzkum jsem zakládala především na získání podrobné anamnézy zdravotnické dokumentace, ale také objektivním pozorováním pacienta, přičemž jsem kladla důraz na sběr subjektivních pocitů pacienta.

4 KAZUISTIKY

4.1 Kazuistika 1

Pacient ve věku 62 let se spinocelulárním karcinomem hrtanu po rozsáhlé onkologické léčbě – chemoterapie (CHT) a radioterapie (RT). Vzhledem ke stavu pacienta a rozsáhlému postižení je dále indikován konzervativní postup léčby. Pacient byl hospitalizován v nemocnici Beroun, kde byla podávána analgetická léčba, poskytována péče o tracheostomii a exulcerovanou maligní ránu karcinomu hrtanu, pacient přeložen ke specializované paliativní péči do Hospice svatého Lazara.

Při přijetí je pacient orientovaný, kachektický, imobilní, inkontinentní, oběhově stabilní, na vzduchu hyposaturovaný (70 % SpO₂) tracheostomie klidná, bez známek zahlazení. Pacient se subjektivně cítí špatně, udává bolesti v místě rozsáhlého tumoru v oblasti laryngu, dále břicha z důvodu retence moči, po zavedení permanentního močového katétru (PMK) odchází moč bez příměsí – retence tři litry, dále připouští mírnou dušnost, suchost v dutině ústní, neguje nauzeu a krvácivé projevy.

4.1.1 Průběh onemocnění pacienta

V květnu roku 2016 byl pacientovi diagnostikován zhoubný nádor (ZN) – léze přesahující hrtan: Spinocelulární karcinom hrtanu (T2N1M0). V souvislosti k základní diagnóze byla pacientovi provedena laryngektomie s tracheostomií. V období 6/2016-8/2016 pacient prodělal radikální CHRT a následně pacient podstoupil CHT v pěti dávkách cisplatin weekly. Pro recidivu onemocnění iniciovali v dubnu roku 2017 opakované resekce. Téhož roku v září zjištěn dlaždicobuněčný karcinom s postižením do okolních struktur a lumen, ten byl opět resekován a 12/2017 podána paliativní RT, kterou vystřídala paliativní CHT paklitaxel weekl. Léčbu ukončili vzhledem k postupující progresi, dále indikován symptomatický postup léčby. Následujícího roku, tedy v roce 2018 v dubnu byla pacientovi zavedena perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG) pro neschopnost příjmu potravy per os.

4.1.2 Hodnoty naměřené při příjmu pacienta

SpO₂: 70 % bez oxygenoterapie

Pulzy: 75/ min

Krevní tlak: 110/70

Glykémie: 7, 2 mmol/l

Tělesná teplota v axile: 36, 6°C

Stupeň soběstačnosti podle Barthelova testu všedních činností:

1. Najedení, napití: s pomocí – 5 bodů
2. Oblékání: neprovede – 0 bodů
3. Koupání: neprovede – 0 bodů
4. Osobní hygiena: neprovede – 0 bodů
5. Kontinence moči: trvale inkontinentní – 0 bodů
6. Kontinence stolice: inkontinentní – 0 bodů
7. Požití WC: neprovede – 0 bodů
8. Přesun lůžko – židle: neprovede – 0 bodů
9. Chůze po rovině: neprovede – 0 bodů
10. Chůze po schodech: neprovede – 0 bodů

Pacient je vysoce závislý a je odkázaný na komplexní ošetrovatelskou péči, neboť v součtu obdržel dohromady 5 bodů.

Hodnocení rizika vzniku dekubitů podle Nortonové:

1. Schopnost spolupráce: částečná – 2 body
2. Věk: 62 let – 1 bod
3. Stav pokožky: suchá – 1 bod
4. Každé další onemocnění: kachexie, karcinom – 1 bod
5. Fyzický stav: velmi špatný – 1 bod
6. Stav vědomí: dobrý – 4 body
7. Aktivita: ležící – 1 bod

8. Pohyblivost: velmi omezená až žádná – 2 body

9. Inkontinence: moč + stolice – 1 bod

Pacient obdržel v hodnotící škále dle Nortonové 11 bodů, riziko vzniku dekubitu je velmi vysoké.

Hodnocení bolesti podle Melzacka:

Pacient trpí až nesnesitelnými bolestmi, na stupni podle Melzacka je tato bolest označována číslem (č.) 5. Pacient trpí bolestí v oblasti sacra, kde je dekubit 3. stupně, a především jej trápí bolest maligních ran na krku.

Je nutné pacienta medikovat před převazy, neboť trpí nesnesitelnou bolestí. Po medikaci uvádí stupeň bolesti jako mírnou – 1, ale to pouze v klidu. Při dotyku a ošetřování ran trpí krutými bolestmi. Postupně je medikace na bolest navyšována, postupně lékař provádí analgosedaci a 2 hodiny před převazem je pacientovi aplikován dle ordinace morphin 20mg + midazolam 5mg subkutánní cestou. Tato medikace je velmi účinná, neboť pacient při převazu převážně spí, občas je viditelná bolestivá grimasa. Pacient nadále nebyl schopen bolest hodnotit slovně, ale objektivně jsme bolest po medikaci zhodnotili jako mírnou až nepříjemnou: č. 1 – 2.

4.1.3 Fyzikální vyšetření pacienta

Hlava

Kalva na poklep nebolestivá, bulby ve středním postavení, volně pohyblivé do stran, zornice izokorické, spojivky růžové, skléry anikterické. Jazyk je oschlý, nepovleklý, sliznice oschlé. Uši a oči bez výpotku.

Krk

Rozsáhlé postižení exulcerovaným tumorem, několik ložisek podél krku velké cca 5x5 cm, velmi bolestivé, především při ošetřování. Štítná žláza ani uzliny nezvětšeny. Karotidy tepou symetricky bez šelestů. Tracheostomie klidná, bez přítomnosti sputa.

Hrudník

Symetrický, dýchání sklípkové, čisté. Pacient pociťuje mírnou dušnost. Akce srdeční klidná, pravidelná – 75/ min.

Břicho

Břicho nad niveau, v hypogastriu tuhé a při palpaci bolestivé. Játra i slezina nehmátelné. PEG klidný, bez výpotku, okolí bez zarudnutí, poskytováno pravidelné ošetřování, aplikace výživy. Zavedena subkutánní kanyla.

Genitál

Genitál mužský, lékařem zaveden PMK č. 20 – retence 3 litry moče bez příměsí krve.

Horní končetiny

Hybnost obou horních končetin zachována, bez otoků, periferie prokrvená.

Dolní končetiny

Bez otoků, periferie prokrvené, bez známek DVT. Hybnost dolních končetin možná pouze na lůžku.

Kůže

Kůže suchá, pacient je kachektický, málo živený. V sacru dekubit 1x2cm, 3.stupeň. ohraničený, povleklý defekt, ošetřován Dermacynem, Braunovidon mřížkou a sterilním krytím. Na krku exulcerovaný tumor, rozsev na přední straně. Oplachováno Dermacynem, ošetřeno Ag auqa a sterilní krytí.

4.1.4 Terapie a vyšetření

Další vyšetření vzhledem ke stavu pacienta, již nebylo lékařem indikované. Při příjmu byl změřen krevní tlak, glykémie, tělesná teplota a SpO₂. Během hospitalizace byl pacientovi měřen krevní tlak dvakrát do týdne a následující den po přijetí byla pacientovi změřena kontrolní SpO₂ - 83 % s oxygenoterapií.

Všechny léky v tabletové podobě byly pacientovi podávány nadrcené do PEGu. Perorální medikace: Prednison 20mg tbl. 1-0-0, Controloc 40mg tbl. 1-0-0, Mirtazapin 15mg tbl. ve 22.00 hod.

Při příjmu byla pacientovi aplikována vstupně dávka kortikosteroidu v podobě Dexamedu 8mg subkutánně. Další medikace byla podávána v podobě opioidů. Lékař pacientovi naordinoval lineární dávkovač s léky proti bolesti (Morphin 80mg/24hod) v kombinaci

s dalšími léky: metoclopramidem (v zastoupení Degan 2amp./24hod.) a benzodiazepiny (BZD) (Rivotril 1amp./24hod.) v kombinaci Fentalis empl. 50ug/hod. á 72 hod. Tentýž den byl pro silné bolesti pacientovi bolusově aplikován Morphin 20mg subkutánní cestou po šesti hodinách.

Před každým převazem, který se prováděl jedenkrát denně, byl pacientovi aplikován Midazolam 5mg subkutánní cestou 2 hodiny před převazem. Při převazu jsme měnili i tracheostomickou kanylu, jejíž výměna probíhala dvakrát denně.

Pacient si přál pokračovat ve výživě cestou PEG i vzhledem ke svému nepříznivému stavu. Proto lékař naordinoval výživu Fresubin v malých dávkách: 250ml Fresubinu čtyřikrát denně.

Aktivní pozornost byla věnována dutině ústní pacienta, neboť jazyk i sliznice byly značně vyschlé. Byly podávány kapky proti suchosti v ústech a též kostky ledu, a to po celou dobu hospitalizace.

Vzhledem k objektivní i subjektivní dušnosti pacienta byla indikována oxygenoterapie, která byla podávána z centrálního kyslíku přímo do tracheostomie nemocného.

4.1.5 Diagnostický závěr

C328 – ZN – léze přesahující hrtan: Spinocelulární karcinom hrtanu

Z515 – Péče paliativní (zmírňující) v hospici svatého Lazara

4.1.6 Anamnéza pacienta

Pacient je v invalidním důchodu, v aktivním věku byl řidič kamionu a operátor ve výrobě ve vzduchotechnice. Byl dvakrát ženatý, přičemž druhé manželství přetrvává do současné doby, žije s manželkou v domě. Má čtyři děti a 4 vnoučata, je s nimi v kontaktu a je velmi rád za jejich návštěvy. Matka zemřela stářím v 85 letech, otec zemřel také v 85 letech, avšak na srdeční selhání.

Alergii má pacient na těžké kovy, proto má plastovou tracheostomii. Alkohol nepije, pouze příležitostně, již 3 roky je nekuřák.

4.1.7 Průběh hospitalizace

1.-3. den hospitalizace

Pacient byl přijat do hospice svatého Lazara. Po přijetí byla zajištěna derivace moči pomocí PMK, který zavedl lékař za asistence sestry. Dále jsme ošetřili, zhodnotili a zapsali

do ošetrovatelské dokumentace sakrální dekubit a exulcerovaný tumor. Nutná byla ošetrovatelská péče o tracheostomii i její výměna a následně jsme péči soustředili na ošetření PEGu. Analgetická léčba se řídila podle ordinace lékaře, proto jsme zajistili subkutánní kanylu, jejíž cestou jsme aplikovali analgetickou léčbu. Pacient měl i přes danou medikaci kruté bolesti v oblasti kožních metastáz, proto mu byl bolusově aplikován Morphin 25mg s.c., po kterém pacient udával podle Melzackovy škály stupeň bolesti jako č. 1, tedy bolest mírnou. Oxygenoterapii odmítá, neboť se mu prý s kyslíkem dýchá obtížněji.

4. den

Pacientovi byla vzhledem k přetrvávajícím bolestem navýšena dávka opioidů v lineárním dávkovači: Morphin 90mg + Rivotril 1amp + Degan 2amp/24hod. Dále byla pacientovi vyměněna Fentanylová náplast a do medikace lékař přidal Lactulózu odměrku 1-1-1 kvůli obstipaci pacienta. Vzhledem k zahlenění podáván ACC long 600mg jedenkrát denně ráno. Převaz a ošetření kožních metastáz, sakrálního dekubitu, výměna tracheostomické kanyly, péče o všech invazivní vstupy. PMK vede moč bez příměsi krve, diuréza je 3200ml/24hod.

5.-6. den

Pacient stále udává silné bolesti při převazu exulcerovaného tumoru, který zapáchá, je povleklý, na dotyk velice bolestivý. Lineární dávkovač navýšen o analgetika (Morphin 100mg + Rivotril 1amp + Degan 2amp/24hod.) a též medikace před převazem upravena: Midazolam 5mg + Morphin 20mg s.c. cestou dvě hodiny před převazem. Péče o tracheostomii, nemocný vykašlává zelené sputum, subjektivně bez respiračních potíží. Jinak klidný, snaží se komunikovat, péče o DÚ – aktivně podávány tekutiny, psychická podpora pacienta.

7.-10. den

Pacient je klidný, pro opakované bolesti podávána injekční medikace v podobě opioidů. Analgetická léčba v lineárním dávkovači opět navýšena: Morphin 130mg + Rivotril 1amp. + Degan 2amp./24hod.

Převazy maligních defektů jsou pro pacienta velmi náročné a bolestivé. Defekty jsou povleklé, lokálně krvácejí. Sakrální dekubit se vzhledem k podvýživě a celkovému stavu pacienta hojí velmi pomalu. Stav stacionární bez významných změn.

11.-14. den

Pacient je neutěšený, má silné bolesti nejen při ošetřování maligních ran, ale i při manipulaci, která je nezbytná především při ošetřování sakrálního dekubitu, který se značně horší. Zvýšená péče o tracheostomii, vzhledem ke zvýšené sekreci sputa v dýchacích cestách (DC). Vzhledem k celkovému stavu a infaustní prognóze onemocnění pacienta byla medikace značně redukována. Léky per os byly lékařem vysazeny, analgosedace v rámci intencí paliativní medicíny ordinována do lineárního dávkovače: Morphin 140mg + Rivotril 1amp. + Tisercin 1amp./24hod. Výživa do PEGu podávána – 100ml třikrát denně.

Rodina informována o stavu pacienta lékařem, seznámena s okolnostmi, vysvětlena skutečnost, že onemocnění spěje ke konečné fázi.

15.-17. den

Terminální stadium onkologického onemocnění. Stav vědomí: sopor až kóma. Febrilie, podávána antipyretická medikace + ledy do třísel. Tracheostomie čistá, bez přítomnosti sputa, dýchání povrchové. Péče o invazivní vstupy, terapie symptomatická s ohledem na komfort umírajícího pacienta. Péče o rodinu a příbuzné, poskytována péče psychologa, dlouhá rozprava s lékařem – vysvětlení závažného stavu umírajícího pacienta a nezvratné skutečnosti.

17. den exitus letalis v 11.30 hod. O zemřelé tělo pacienta jsme se postarali dle standardních postupů. Informovali jsme rodinu o úmrtí pacienta, provedli hygienu, znehodnotili lineární dávkovač, zbavili zemřelého všech invazivních vstupů, oblékli do smutečního obleku, který si rodina přála a umožnili jsme rodině poslední rozloučení. Dále byl zemřelý ohledán koronerem a předán pohřební službě. Rodině jsme předali pacientovu pozůstalost včetně cenností a nabídli psychickou podporu rozhovorem.

4.2 Ošetrovatelská péče dle modelu N. Roperové, W. Loganové a A.

Tyerneyové

Model životních aktivit je koncepční model, jehož původ pochází z Británie. Poprvé byl publikován v roce 1980 N. Roperovou, W. Loganovou a A. Tyerneyovou v publikaci „The Elements of Nursing“.

Původní myšlenkou toho modelu byla předat studentům ošetrovatelství co nejvyšší množství informací k osvojení potřebných znalostí a dovedností v praxi. Primární

filozofie modelu životních aktivit tkví z Maslowovy hierarchie potřeb v kombinaci s komplementárním modelem 14 univerzálních potřeb podle V. Hendersonové.

Model životních aktivit vytváří koncepční model, který je sloučen a vytvořen z pěti vzájemně propojených dílčích částí. První je jedinec, neboť každá bytost je individuální, má odlišné potřeby, priority a vůbec smysl života jakým žije. Dále pak životní aktivity, průběh života, do kterého je zakomponován vývojový růst. Závislost či nezávislost daného člověka a faktory ovlivňující životní aktivity. Těchto pět elementů je v průběhu života jedince vzájemně ovlivňováno a vytváří se tak individuální bytost s rozdílnými potřebami.

Model životních aktivit zahrnuje těchto 12 činností: (Tóthová, 2017 s. 89-90).

Udržení bezpečného prostředí

Pacienta jsme při přijetí uložili na jednolůžkový pokoj, neboť jeho zdravotní stav byl závažný, proto klid a soukromí pacienta hrálo velikou roli. Snažili jsme se zajistit, aby komfort pacienta byl maximální s ohledem na komplikovanou ošetrovatelkou péči.

Postupovali asepticky při péči o invazivní vstupy, při ošetrování maligního tumoru v oblasti krku i sakrálního dekubitu. Věnovali jsme se duševní hygieně, pravidelně pacienta navštěvovala psychologička.

Komunikace

Komunikace s pacientem byla náročnější vzhledem k tracheostomii. Z počátku si byl pacient schopný prstem jedné ruky zakrýt ústí tracheostomie a vedl konverzaci pomocí jednoduchých vět. Pacient byl velmi milý, ale časté rozhovory jej vyčerpávaly. Se zhoršujícím se stavem nemocnému docházely síly a poté nebyl schopen kontakt vůbec navázat.

Dýchání

Pacient dýchal pomocí tracheostomie, která byla při přijetí klidná, bez známek zahlenění, avšak subjektivně se pacient cítil mírně dušný. Byla mu indikována oxygenoterapie do tracheostomie, ale protože mu byl přívod kyslíku nepříjemný, odmítl jej. Během hospitalizace začal být pacient zahleněný, vykašlával zelené sputum. V závěru onemocnění došlo k útlumu dechového centra, pacient usnul, dech s apnoickými pauzami.

Jídlo a pití

Pacient byl přijat na naše oddělení s PEGem, do kterého mu byla pravidelně aplikována výživa. Tekutiny byl nemocný schopen přijímat per os v menším množství – cca 1000ml za 24 hodin. Vzhledem k indikované paliativní léčbě a celkovému stavu pacienta je tento příjem tekutin adekvátní. Množství podávané výživy bylo průběžně redukováno, tekutiny byly podávány též cestou PEG. V terminálním stadiu onkologického onemocnění jsme pacientovi již žádné tekutiny ani výživu nepodávali.

Vylučování

Pacientovi byl při příjmu vzhledem k bolestem břicha zaveden PMK o velikosti 20F – retence moči byla 3l. Na něj byl napojený sběrný sáček, díky kterému byla monitorována diuréza. Pacientovi odcházelo dostatečné množství moči bez příměsi krve a dalších patologií. V konečné fázi onemocnění byla moč koncentrovaná, tmavá, zapáchající a v malém množství. Pacient byl inkontinentní, ležící na lůžku a imobilní, proto měl plenkové kalhotky, do kterých mu odcházela stolice. Vzhledem k tomu, trpěl obstipací, byla mu pravidelně podávána Lactuloza, v případě nutnosti jsme aplikovali glycerinové supp. či Yal, po kterých se nemocný vyprázdnil.

Osobní hygiena a oblékání

Pacient byl od samého začátku hospitalizace odkázán na péči ošetřujícího personálu. Hygienu jsme prováděli vždy během dopoledne, dle stavu a možností pacienta. Pokud se pacient cítil dobře, brali jsme jej na ario vanu do sprchy, jinak byl myt na lůžku. Následně po hygieně jsme ošetřovali rozpadlé nádory na krku a sakrální dekubit. Celá hygiena i převazy mohly probíhat pouze po podané medikaci, jinak byla nereálná jakákoliv manipulace. Oblečení měl pacient erární, dělo se tak po domluvě s ním a rodinou. Pacientovi jsme dávali pouze tričko, vyhovovalo mu to, neboť genitál byl přikrytý jednorázovou plenou a dekou.

Udržení tělesné teploty

Pacientova tělesná teplota byla během hospitalizace stabilní. V terminálním stadiu onemocnění měl pacient febrilie, které jsme srazili medikací a podáváním ledů do třísel. Teplotu se podařilo z původních 40°C snížit na 37,8°C. Tuto teplotu jsme pouze monitoro-

vali, medikaci jsme nepodávali, neboť subfebrilie byla součástí celkového úpadku stavu nemocného.

Mobilita

Při příjmu byl pacient schopný pohybovat rukama, sám pil, v lůžku byl v rámci možností soběstačný. Dolní končetiny byl schopný pokrčit, pomáhal při polohování. Sed byl možný pouze v lůžku, nikoliv však z lůžka. Chůze ani stoje nebyl pacient schopný již od přijetí. Rehabilitační sestra za pacientem docházela a prováděla pasivní i aktivní cvičení především s DK.

Polohování bylo velmi náročné a pro pacienta bolestivé. Vzhledem k progredujícímu dekubitu v sacru bylo nutné pacienta polohovat, ale protože měl silné bolesti, mohli jsme provádět pouze mikropolohování. V konečné fázi onemocnění, jsme nechali pacienta v klidu a jeho oblíbené poloze. Protože trpěl respirační insuficiencí, upřednostňoval Fowlerovu polohu.

Práce a hry

Pacient býval řidič kamionu a dispečer ve výrobě ve vzduchotechnice. Měl moc rád návštěvy rodiny a chvíle strávené s nimi. Ergoterapie mu byla nabízena, ale protože přes den hodně spával, byl unavený a slabý, nebyla u něj prováděna. Na stolku měl rádio, které chtěl mít puštěné i v noci a vedle rádia mu svítil andělíček, kterého dostal od rodiny. Pacient si rád povídal, ale konverzace jej značně vysilovala, byl usměvavý a velmi trpělivý.

Vyjádřování sexuality

Pacient měl manželku a čtyři děti. Rodina za ním pravidelně docházela, sedávala u lůžka, držela pacienta za ruku, děti mu věnovaly polibek na čelo a manželka pohlazení po tváři. I toto citové vyjádření je nezbytné u tak nemocného člověka a nikdo jej nemůže vyjádřit lépe než rodina a přátelé, které nemocný znal většinu svého života a sdílel s nimi životní okamžiky.

Spánek

Pacient spal dobře, v noci byl klidný, usínal po podané medikaci. Z počátku byl přes den více aktivní, ale v průběhu hospitalizace byl spavější, unavenější a slabší. Samo-

zřejmě zde hrály velkou roli léky, které mu byly aplikovány. Pacient byl později somnolentní, probuditelný na oslovení, jinak přes den spíše spával.

Umírání

Pacient si nepřál být informován o svém zdravotním stavu. Znal základní diagnózu, ale vše nadcházející vědět nechtěl, i když bylo zjevné, že vše moc dobře ví. Přesto, že naše zařízení nabízí duchovní služby, pacient o ně neměl zájem. V momentě, kdy se pacientův stav rapidně zhoršil, jeho celkový stav byl označen za terminální, byla informována rodina a poskytnuta možnost rozloučení a doprovázení. Po smrti pacienta bylo pečováno o jeho zemřelé tělo a pozůstalé.

4.2.1 Ošetřovatelské diagnózy

Ošetřovatelské diagnózy jsem vytvářela na základě poznatků a informací získané z ošetřovatelské dokumentace během celé hospitalizace pacienta v hospici svatého Lazara.

Porušení kožní integrity z důvodu metastatického procesu a sakrálního dekubitu - 00046

Sakrální dekubit

Projevující se subjektivně: bolest, necitlivost okolí

Projevující se objektivně: bolestivé grimasy, léze, pacientův neklid, vyhledávání vhodné polohy

Příčiny vzniku:

- Porucha příjmu výživy – kachexie
- Imobilita
- Působení chemických látek

Očekávané výsledky:

- Pacient nemá žádné další defekty kůže
- Snaha maximálně vyživit a hydratovat pokožku
- Při převazu netrpí bolestí nebo je bolest únosná

- Snaha o absenci bolesti i v klidovém režimu
- Dekubit se nezvětšuje, hojí se

Ošetrovatelské intervence:

- Pravidelně kontroluj kůži pacienta
- Prováděj důkladnou hygienu pacienta a dbej čistoty ložního prádla
- Asepticky převazuj dekubity a hodnot' stavu dekubitů
- Výživa a hydratace úměrná stavu pacienta
- Pravidelně polohuj pacienta
- Kontruj efekt podávaných analgetik
- Pravidelně kontroluj predilekční místa

Realizace:

Pacient byl přijat na oddělení při vědomí. V sacru má dekubit 3. stupně o velikosti 1x2cm. Defekt je ohraničený, povleklý, bez zápachu, okolí zarudlé. Ošetřován Dermacynem, Braunovidon mřížkou a sterilním krytím. Před převazem probíhá u pacienta řádná hygiena a výměna lůžkovin. Samotný převaz provádíme asepticky, hodnotíme stav dekubitu, podáváme analgetika. Polohujeme pacienta dle možností celkového stavu.

Hodnocení:

Dekubit se vzhledem k základní diagnóze pacienta a celkovému stavu zcela nezhojil, ale došlo ke zlepšení. Pacient při převazu netrpěl bolestí, vzhledem k podávané medikaci. Vzhledem k respirační insuficienci jej nebylo možné polohovat v plném rozsahu možností. Nedošlo k rozvoji infekce, ani progresi dekubitu.

Maligní defekty na krku

Projevující se subjektivně: bolest

Projevující se objektivně: zápach, léze kožního povrchu

Příčiny vzniku:

- Důsledek základní diagnózy
- Působení radioterapie a chemických látek
- Metastatický proces

Očekávané výsledky:

- Bezbolestné ošetřování ran
- Defekty jsou bez zápachu a infekce
- Nepoškozené okolí kožní integrity
- Maximální psychická pohoda pacienta

Ošetrovatelské intervence:

- Podávej analgetika před převazem a kontroluj jejich efektivitu
- Zvol vhodnou a pacientovi příjemnou polohu
- Asepticky a pravidelně převazuj tumory, důkladně hodnot' stav maligního defektu
- Pečuj o okolní kožní integritu
- Dostatečná hydratace a výživa pacienta

Realizace:

Pacientovi je pravidelně podávána medikace proti bolesti, ale vzhledem k přetrvávajícím bolestem je dvě hodiny před převazem podána analgosedace dle ordinace lékaře. Pacient má při převazu bolestivé grimasy, ale spí a nenaříká. Nádory jsou ošetřeny Dermacynem dezinfekcí, následně jsou kryty Ag Aqua a sterilním krytím. Cílem naší péče není nádory zhojit, neboť v takto pokročilém stadiu onemocnění to není zcela možné, ale zabránit rozsáhlé progresi, zápachu, možné infekci, a především maximálně socializovat pacienta a podpořit tak jeho psychický stav.

Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení permanentního močového katetru a subkutánní kanyly – 00004

Projevující se subjektivně: pálení a bolest v místě vpichu či ústí PMK

Projevující se objektivně: otok, zčervenání, zvýšená tělesná teplota

Příčiny vzniku:

- Invazivní vstupy
- Neaseptická péče o invazivní vstupy
- Nedodržování ošetrovatelských intervencí

Očekávané výsledky:

- Pacient je bez lokální infekce, otoků, hematomů v místě vpichu, patologického sekretu, zarudnutí
- Pacient je bez známek celkové infekce

Ošetrovatelské intervence:

- Při zavádění s.c. kanyly a PMK zacházej přísně asepticky
- Sleduj místo vpichu, prováděj pravidelné výměny
- Kontroluj průchodnost kanyly i PMK
- Dbej zvýšené hygieny PMK a jeho okolí
- Postupuj asepticky při výměně sběrného sáčku
- Prováděj dezinfekci rukou
- Sleduj subjektivní i objektivní příznaky pacienta
- Kontroluj průchodnost PMK

Realizace:

Pacient byl přijat do hospice a uváděl bolesti břicha. Lékařem bylo indikováno zavedení PMK. Lékař asepticky, dle standardu za asistence všeobecné sestry zavedl PMK č. 20, který byl následně napojen na sběrný sáček - retence 3l čiré moči. Během hospitalizace jsme s PMK asepticky manipulovali a měnili pravidelně sběrný sáček. Kontrolo-

vali jsme průchodnost PMK a množství moči, která byla odváděna. Dbáno bylo také o důslednou hygienu genitálu. Subkutánní kanyla byla zavedena, neboť lékařem by indikovaný lineární dávkovač s.c. cestou. Kanyla byla zavedena asepticky do podkoží břicha. Pravidelně byla měněna, bylo kontrolováno místo vpichu, zda není zarudlé či oteklé a průchodnost kanyly.

Hodnocení:

U pacienta nedošlo k žádným komplikacím korespondující se zavedením PMK a subkutánní kanyly. O tyto invazivní vstupy bylo přísně asepticky pečováno, proto nedošlo k šíření infekci či nosokomiální nákazy.

Riziko vzniku respirační insuficience z důvodu zavedené tracheostomie – 00031

Projevující se subjektivně: pocit dušnosti, úzkost, strach, neklid

Projevující se objektivně: neprůchodná tracheostomie, tachykardie, palpitace, neschopnost vykašlat sputum

Příčiny vzniku:

- Neprůchodná tracheostomická kanyla
- Nadměrné zahlenění
- Neschopnost odkašlat
- Imobilita pacienta
- Respirační infekce

Očekávané výsledky:

- Pacient má průchodnou tracheostomickou kanylu
- Pacient nemá pocit respirační nedostatečnosti
- Pacient je uložen ve vhodné poloze
- Pacient dýchá klidně a čistě, bez přítomnosti sputa

- Pacient je dostatečně saturovaný

Ošetrovatelské intervence:

- Pravidelně vyměňuj tracheostomické kanyly
- Zajisti pacientovi vhodnou polohu
- Pravidelně odsávej sekret z dýchacích cest
- Podávej léky dle ordinace lékaře na zředění hlenu
- Zajisti přívod čerstvého vzduchu
- Aplikuj oxygenoterapii
- Monitoruj SpO₂

Realizace:

Dbáme o správnou hygienu, dezinfikujeme tracheostomickou kanylu, provádíme výměnu minimálně dvakrát denně, popřípadě častěji, dle potřeb pacienta. V případě značného zahlenění aktivně, za spolupráce pacienta, odsáváme sputum z DC. Dbáme, aby měl pacient častý přívod vzduchu, pokoušeli jsme se pacientovi podávat oxygenoterapii, ale odmítal ji. Pacienta jsme udržovali ve Fowlerovo poloze, které se sám dožadoval.

Hodnocení:

Pacient během hospitalizace netrpěl zásadní respirační insuficiencí. Lékař indikoval šumivé tablety ACC long, které byly pacientovi podávány jedenkrát denně do PEGu. Docházelo k uvolnění hlenu a spontánnímu vykašlání. Oxygenoterapii po celou dobu hospitalizace nemocný odmítal, v případě potřeby si řekl o medikaci v podobě morfinu. V konečné fázi onemocnění ustála produkce hlenu a vykašlávání sputa.

Riziko vzniku zácpy související s podáváním opioidů a imobilitou - 00015

Projevující se subjektivně: nucením na stolicí, neschopnost vyprázdnit se

Projevující se objektivně: bolestivé grimasy, záznamy v ošetrovatelské dokumentaci

Příčiny vzniku:

- Snížený příjem tekutin a výživy
- Imobilita
- Cizí prostředí, ztráta soukromí
- Vedlejší účinek léků/opioidů

Očekávané výsledky:

- Pacient má pravidelnou stolicí v dostatečném množství i přiměřené konzistenci
- Netrpí bolestmi břicha a zažívacími obtížemi

Ošetrovatelské intervence:

- Podávej pravidelně laxativa
- Umožni soukromí při defekaci
- Zajisti dostatečnou hygienu a péči o konečník po vyprázdnění
- Aktivně nabízej tekutiny a podávej výživu do PEGu, dle ordinace lékaře
- Udělej záznam o defekaci do ošetrovatelské dokumentace
- Věnuj pozornost barvě, konzistenci, množství, zápachu

Realizace:

Pacient trpěl obstipací v důsledku sníženého příjmu potravy. Dále mu byla podávána v četném množství opioidy, které zácpu způsobují. Pacientovi jsme pravidelně podávali laxativa, ale i přesto se pacient vyprazdňoval zřídka. Dále jsme museli aplikovat glycerinové čípky, pokud ani ty nezabraly, podávali jsme Yal. Vzhledem ke sníženému příjmu potravy jsme v konečné fázi onemocnění obstipací nevěnovali maximální pozornost, neboť její řešení nebylo vhodné ani etické v celistvosti ošetrovatelské paliativní péče.

Hodnocení:

Pacient trpěl zácpou po celou dobu hospitalizace. Vzhledem k velkým bolestem bylo pacientovi aplikováno velké množství opioidů a nebylo možné je z medikace vysadit. Obstipaci jsme vždy vyřešili glycerinovými čípkami, ale i přesto pacientovi odcházelo malé množství stolice.

Akutní bolest související se základním onemocněním - 00132

Projevující se subjektivně: bolest, úzkost, strach

Projevující se objektivně: bolestivé grimasy, autonomní reakce organismu – pocení, změny krevního tlaku, pulzu, dýchání

Příčiny vzniku:

- Ošetřování maligních defektů a sakrálního dekubitu
- Základní diagnóza + metastatický proces

Očekávané výsledky:

- Zmírnit bolest pacienta, v lepším případě ji zcela odstranit
- Rychlé ošetření ran
- Pacient chápe původ bolesti

Ošetrovatelské intervence:

- Posud' efektivnost analgetické léčby
- Hodnot' stupeň bolesti podle Melzackovy škály
- Sleduj projevy pacienta – verbální/neverbální
- Sleduj fyziologické funkce pacienta
- Podávej léky dle ordinace lékaře
- Všechny informace zaznamenej do ošetrovatelské dokumentace

Realizace:

Pacient trpěl silnými bolestmi při pravidelném ošetřování maligních ran na krku a při ošetřování sakrálního dekubitu. Lékař byla indikována dvě hodiny před převazem a celou ranní hygienou medikace, která musela být postupně navýšena, neboť bolesti přetrvávaly. Lékař byl nucen medikovat analgosedavou léčbu, která byla efektivní, neboť pacient usnul. Podle objektivního hodnocení (subjektivního pacient již nebyl schopen hodnotit) byla bolest před medikací srovnatelná podle Melzackovy škály s č. 5 – nesnesitelná, ale po medikaci byla bolest hodnocena č. 1, tedy mírná bolest.

Hodnocení:

U pacienta trvalo delší dobu, než došlo ke zmírnění bolestí při převazu. Až částečná analgosedace pacienta uspala a mohli jsme převázat defekty, aniž by pacient trpěl nesnesitelnými bolestmi.

4.3 Kazuistika 2

59-letý pacient s generalizovaným karcinomem pankreatu po 21 cyklech paliativní chemoterapie (poslední byla aplikována v květnu roku 2018). Další léčba byla odložena pro komplikace po chemoterapii – trombocytopenie. V únoru téhož roku byl pacient hospitalizován na chirurgické klinice pro kolaps a tržnou ránu na hlavě, která byla ošetřena. Pacient byl následně ve stabilizovaném stavu přeložen na onkologii, tam byla provedena počítačová tomografie (CT), kde byla prokázána progresse základního onemocnění, včetně útlaku jícnu lymfadenopatií, dále hydropický žlučník, obstrukce venae portae a venae lienalis s rozvinutým kolaterálním edémem. Pacientovi byl zaveden jícnový stent pro poruchu polykání. Po výkonu komplikace – zvracení stagnačního obsahu, přetrvává intermitentní vomitus a zácpa. Další léčba nebyla indikována pro celkový stav, přechodně podávána parenterální výživa, klyzmata kvůli obstipaci, antibiotika (ATB) pro elevaci C-reaktivního proteinu (CRP), pro bolesti břicha podávány transdermální fentanylové náplasti.

Nyní pacient přeložen ke specializované paliativní péči do Hospice svatého Lazara v Plzni. Pacient je při přijetí orientovaný, při vědomí, omezeně mobilní, kontinentní, oběhově i ventilačně stabilní, na vzduchu normosaturovaný, subjektivně se necítí dobře, trpí nauzeou a opakovaným zvracením, bolesti neudává. Aktuálně podávány kortikosteroidy, blokátory protonové pumpy (PPI), haloperidolové kapky, infúzní podpora se substitucí kalia parenterálně. Kvůli úpornému zvracení byla pacientovi zavedena nasogastrická sonda (NGS) s dobrým efektem, dále byla léčba podávána intravenózně, využit port. Vzhledem k bolestem byla nutná analgetická léčba, pro neklid bylo indikováno BZD, zavedení PMK.

Další léčba pokračovala v intencích paliativní medicíny s ohledem na maximální komfort pacienta.

4.3.1 Průběh onemocnění

V červnu roku 2017 byl pacientovi diagnostikován ZN hlavy slinivky břišní – caput pancreatis: Inoperabilní, dobře diferencovaný, invazivní, duktální adenokarcinom hlavy pankreatu s metastatickým postižením jater a plic (cT3N1M1). Pacientovi byla indikována paliativní CHT, dále symptomatická léčba pro progresi onemocnění. Pacient trpí smíšenou úzkostnou depresivní poruchou-podávána léčba. Dále diabetes mellitus 2. typu původně léčeno perorálními diabetiky (PAD), ale v průběhu onkologického onemocnění bez léčby. Komplikaci po CHT trombocytopenie. V únoru 2018 dle CT stabilizace onemocnění a v červnu 2018 po kolapsovém stavu, otřes mozku a tržná rána na hlavě, která byla ošetřena na chirurgickém oddělení ve Fakultní nemocnici Plzeň. Dále trombóza ve vena portae a v. linealis – zajištěno nízkomolekulárními hepariny (LMWH). Při CT vyšetření v červnu 2018 byl viditelná progresse onemocnění, útlak distální části jícnu, proto byl zaveden jícnový stent, neboť pacientovi se obtížně polykalo.

4.3.2 Hodnoty naměřené při příjmu pacienta

SpO₂: 94 % bez oxygenoterapie

Pulzy: 94/ min

Krevní tlak: 130/70

Glykémie: 6, 1 mmol/l

Tělesná teplota v axile: 36, 5°C

Stupeň soběstačnosti podle Barthelova testu všedních činností:

1. Najedení, napití: s pomocí – 5 bodů
2. Oblékání: s pomocí – 5 bodů
3. Koupání: s pomocí – 5 bodů
4. Osobní hygiena: s pomocí – 5 bodů
5. Kontinence moči: plně kontinentní – 10 bodů
6. Kontinence stolice: plně kontinentní – 10 bodů

7. Použití WC: s pomocí – 5 bodů
8. Přesun lůžko – židle: vydrží sedět – 5 bodů
9. Chůze po rovině: neprovede – 0 bodů
10. Chůze po schodech: neprovede – 0 bodů

Pacient je středně závislý na ošetrovatelské péči zdravotnického personálu. V Barthelově testu všedních činností obdržel pacient 50 bodů.

Hodnocení rizika vzniku dekubitů podle Nortonové:

1. Schopnost spolupráce: malá – 3 body
2. Věk: 59 let – 2 body
3. Stav pokožky: normální – 4 body
4. Každé další onemocnění: karcinom – 1 bod
5. Fyzický stav: špatný – 2 body
6. Stav vědomí: dobrý – 4 body
7. Aktivita: sedačka – 2 body
8. Pohyblivost: částečně omezená – 3 body
9. Inkontinence: není – 4 body

Pacient obdržel v hodnotící škále dle Nortonové 25 bodů, proto je nutné dbát zvýšené péče o kůži pacienta a zabránit vzniku dekubitů.

Hodnocení bolesti podle Melzacka:

Pacient při přijetí uvádí mírnou bolest v oblasti břicha a zad, podle Melzackovy škály tedy č. 1. Pacient medikaci na bolest nevyžadoval, bolest byla snesitelná. Prozatím mu stačí fentanylová náplast.

4.3.3 Fyzikální vyšetření pacienta

Hlava:

Kalva na poklep nebolestivá, bulby ve středním postavení, volně pohyblivé do stran, bez přítomnosti nystagmusu, zornice jsou okrouhlé, izokorické, spojicky růžové, skléry anikterické. Jazyk pacient plazí ve střední čáře, je vlhký, nepovleklý. Hrdlo klidné, uši a nos bez výtoků.

Krk:

Symetrický, uzliny nejsou hmatatelné, náplň krčních žil přiměřená, štítná žláza nezvětšena. Karotidy tepou symetricky bez šelestů.

Hrudník:

Symetrický, klidný port vpravo, dýchání sklípkové, čisté, bez subjektivních potíží.

Břicho:

Břicho nad niveu, ascites bez známek tenze, měkké, v egigastriu při palpaci bolestivé, bez známek peritoneálního dráždění, peristaltika velice obleněná. Játra ani slezina nebyly pro bolesti vyšetřeny.

Genitál:

Mužský, pacient močí do močové lahve, diuréza dostatečná.

Horní končetiny:

Aktivní hybnost zachována, bez otoků, periferie prokrvená

Dolní končetiny:

Otoky po 2/3 bérců, těstovitý charakter, bez palpační bolestivosti, trofické změny na bércích. Prevence tromboembolické nemoci (TEN) – bandáže.

Kůže:

Kůže růžová, hydratovaná, klidná, čistá, bez defektů.

4.3.4 Terapie a vyšetření

Další vyšetření vzhledem ke stavu pacienta již nebylo lékařem indikované. Při příjmu byl změřen krevní tlak, glykémie, tělesná teplota a SpO₂. Během hospitalizace byl pacientovi měřen krevní tlak a glykémie dvakrát do týdne.

Lékař naordinoval pacientovi tuto medikaci:

Fentanyl náplast 12,5ug/hod. á 72 hodin, Dexamed 8mg s.c. 1-0-0, Degan 1amp. s.c. 1-1-1, Controloc 40mg tbl. 1-0-0, Neurol 0,25mf tbl. ve 22.00 hodin, Haloperidol kapky 2-3-4, Cipralex 10mg tbl. 1-0-0, Torecan supp. 1-1-1, Fraxiparine 0,3ml s.c ve 20.00 hodin

Pacient byl přijat na oddělení, uložen na lůžko a byla mu poskytnuta základní ošetrovatelská péče. Seznámili jsme nemocného se zařízením a jeho zvyklostmi, sestra provedla sběr informací, naměřila fyziologické funkce a následně jsme nechali pacienta v klidu odpočinout, neboť cesta byla velmi vyčerpávající.

Vstupně bylo pacientovi aplikováno do portu Dexamed 8mg + Omeprazol 40mg + 100ml fyziologického roztoku (FR). Podán Haloperidol 2 kapky. Dále byla pacientovi podána infuzní terapie v podobě FR 500ml + 40ml KCl + Ondansetron 1amp. + Dexamed 8mg + Omeprazol 40mg + Degan 2amp též do portu, vykapat pomalu na 4 hodiny. Po aplikaci naordinované medikaci lékař indikoval uzavření portu a pokračovalo se v dávkování medikace subkutánní cestou. Port byl zaslepen heparinovou zátkou a subkutánní jehla byla zavedena do břicha.

Pacient vyžadoval velkou psychickou podporu, doposud byl v péči psychologa. Proto za pacientem krátce po příjmu došla psychologka, která s pacientem vedla sáhodlouhý rozhovor. Tentýž den za pacientem dorazil i kněz, neboť nemocný byl věřící a velmi stál o tyto služby.

4.3.5 Diagnostický závěr

C250 – ZN – hlava slinivky břišní: caput pancreatis

Z515 – péče paliativní (zmírňující) v hospici svatého Lazara

4.3.6 Anamnéza pacienta

Pacient pracoval jako projektant, dále v obchodním úseku. Nemocný je velmi srdečný, ještě před půl rokem pomáhal nezištně bezdomovcům. Ženatý nikdy nebyl, žil sám v domě, děti neměl. Nejbližší osobou byl bratr s manželkou a přátelé, kteří pacienta často navštěvovali. Nemocný se zajímal o rockovou hudbu, rád chodil na koncerty, byl společensky aktivní, zajímala ho též turistika.

Alergii pacient neguje, ani v dokumentaci není žádná zmínka. Nikdy nekouřil a pil jen příležitostně.

4.3.7 Průběh hospitalizace

1.-7. den hospitalizace

Pacient byl přijat ke specializované péči do hospice svatého Lazara. Pacient je kontinentní, močí do močové lahve, s pomocí je schopen se přesadit na toaletní křeslo. Trpí nauzeu, první den hospitalizace zvracel stagnační obsah, podána medikace dle ordinace lékaře, poté úleva. Dále byl pacient parenterálně vyživován do portu, tentýž den večer lékař indikoval zavedení subkutánní kanyly a port jsme zaslepili heparinovou zátkou.

Druhý den hospitalizace lékař provedl redukcí léků per os, protože pacientovi léky působily nauzeu. Dále byla indikována trvalá infuzní podpora v podobě FR 500ml + KCl 10ml + Degan 1amp./12 hod. v noci, subkutánní cestou. Dále lékař ordinoval Rivotril 4 kapky ve 22.00 hodin namísto Neurolu 0,25mg a z medikace zcela vysadil Torecan supp.

Další dny hospitalizace byl pacient stabilní, třetí den hospitalizace lékař navýšil fentanylovou náplast 25ug/hod. á 72 hodin. Pacient byl celkem klidný, bez významných změn. Nauzeu udával, ale nezvracel. Poskytována psychologická péče a duchovní služba.

8.-12. den hospitalizace

Pacient se necítí dobře, občas má nauzeu, připouští úzkost a strach z brzké budoucnosti – spolupráce s psycholožkou. Osmý den hospitalizace lékař indikoval lineární dávkovač: Morphin 20mg + Rivotril ½ amp. + Haloperidol ½ amp. + Degan 3amp. á 24 hodin cestou portu. Vysadil LMWH a perorální léky. Dexamed 8mg podáván 1-0-1 též do portu.

Jednorázově podán Ketonal 1 amp. intramuskulárně, poté lékař za asistence setry provedl punkci ascitu – 4 litry tekutiny. Po evakuaci ascitu se pacientovi značně ulevilo, bolesti břicha a zad nebyly tak intenzivní.

Subkutánní kanyla byla odstraněna, okolí vpichu bez známek hematomu, toku či zčervenání. Péče o port, výměna portové jehly jedenkrát za 7 dní.

Další dny pacient masivně zvracel, proto indikována NGS, která odvádí 3 litry stagnačního obsahu za 24 hodin. Pacientovi se hodně ulevilo, ale je slabý, depresivní a hodně unavený. Jakákoliv manipulace je pro něj náročná, ošetrovatelská péče je maximálně ohleduplná k výrazně se zhoršujícímu stavu nemocného.

13.-16. den hospitalizace

Celkový stav pacienta se postupně horší, pacient potřebuje větší pomoc při sebeobsluze, dopomoc při hygieně. Depresivní a nešťastný, návštěvy rodiny toleruje.

Lékař značně zredukoval léky per os, vzhledem k celkovému stavu. Pacient momentálně užívá léky aplikované pouze intravenózní cestou. Péče o port, aseptická manipulace při výměně léků, použití dezinfekce. Péče o NGS, výměna lepení, kontrola průchodnosti sondy. Zvýšená péče o dutinu ústní, nabízeny kostky ledu, ty pacientovi nevyhovovaly, dále jsme zkusili Tantum Verde bonbóny dvakrát denně, s dobrým efektem. Tekutiny aktivně nabízeny, rty promazávány Infadolanem.

17.-19. den hospitalizace

Pacient byl neklidný, dezorientovaný a zmatený, vytáhl si NGS. Nutné podání medikace dle ordinace lékaře na zklidnění a opětovné zavedení sondy vzhledem k masivnímu odchodu stagnačního obsahu – 3,5-4 litry. Po medikaci pacient klidný, další dny celkem spokojený, bolesti neudává. Břicho s ascitem bez známek tenze, lékař tedy neindikoval punkci.

Pacienta trápí nechut' k jídlu, proto nabízeny aspoň nutridrinky a dostatek tekutin. Většinu dne nemocný prospí, uvítá návštěvu rodiny a přátel, jinak velmi slabý a unavený.

20.-22. den hospitalizace

Vzhledem k rychlé progresi onemocnění a vážnému stavu nemocného lékař zavádí PMK č. 16 za asistence setry. PMK jsme napojili na sběrný sáček, diuréza za 24 hodin cca 1200 ml moči.

Dále lékař navyšuje lineární dávkovač: Moprhin 30mg + Rivotril ½ amp. + Haloperidol ½ amp. + Degan 3 amp. á 24 hodin cestou portu. Medikace je stacionární, beze změn. Pacient je odkázán na komplexní péči ošetřujícího personálu. Tekutiny jsou podávány po douškách, ale vše ihned odvede NGS. Bolesti pacient neguje.

23.-27. den hospitalizace

Pacient somnolentní, kachektický, per os přijímá pouze tekutiny. Již imobilní, polohován, zvýšená péče o dutinu ústní – zvlhčování, tekutiny po douškách, péče o rty – infadolan. NGS trvale na spád, odvádí již menší množství sterkorálního obsahu – 600ml/24 hodin.

Pacient je neklidný, chvílemi zmatený, lékař navýšil medikaci v lineárním dávkovači: Morphin 40mg + Dormicum 15mg + Haloperidol ½ amp. + Degan 3 amp. á 24 hodin cestou portu. Terminální stadium onkologického onemocnění. Rodina informována o stavu nemocného, též přišel kněz na přání pacienta – poslední pomazání.

Pacient si opět vytáhl NGS, ale již nebyla znovu zavedena vzhledem k celkovému stavu. Absence nauzey i zvracení, bolesti pacient též neudává, pouze při manipulaci bolestivé grimasy. Terapie symptomatická s ohledem na komfort umírajícího pacienta.

27. den exitus letalis v 11:55 hodin. Péče o zemřelé tělo pacienta dle standartních postupů. Informovali jsme rodinu o úmrtí pacienta, provedli hygienu, znehodnotili léky z lineárního dávkovače, zbavili zemřelého všech invazivních vstupů, oblékli do smutečního obleku, který si rodina přála a umožnili jsme rodině poslední rozloučení. Dále byl zemřelý ohledán ošetřujícím lékařem a předán pohřební službě. Rodině jsme předali pacientovu pozůstalost včetně cenností a nabídli psychickou podporu rozhovorem.

4.4 Ošetrovatelská péče dle modelu N. Roperové, W. Loganové a A.

Tyerneyové

Udržení bezpečného prostředí

Pacienta jsme při přijetí uložili na jednolůžkový pokoj, neboť jeho zdravotní stav byl závažný, proto klid a soukromí pacienta hrálo velikou roli. K lůžku jsme nemocnému dali močovou lahev a toaletní křeslo, vzhledem k celkovému stavu bylo nebylo v silách nemocného dojít do koupelny.

Postupovali asepticky při péči o invazivní vstupy, věnovali jsme se duševní hygieně, neboť pacient trpěl depresí, pravidelně jej navštěvovala psycholožka a též jsme zajistili pravidelnou duchovní službu, o kterou pacient velmi stál.

Komunikace

Komunikace s pacientem ohledně ošetrovatelské péče nebyla nijak obtížná, protože pacient byl z počátku naprosto schopný adekvátně odpovědět na dané otázky. Ovšem v případě, že jsem se začali zajímat o jeho bytost, museli jsme být velmi opatrní, protože pacient byl velmi úzkostný a depresivní. Byla nutná komunikace s psychologem a velkou roli hrála rodina a přátelé, kteří v navázání kontaktu personálu s pacientem.

Dýchání

Pacient neměl po celou dobu hospitalizace problémy s dýcháním. V terminálním stadiu onkologického onemocnění bylo dýchání zhoršené, povrchové a v úplném závěru života přibýly i apnoické pauzy, které jsou v takovém stavu pacienta standardní.

Jídlo a pití

Z počátku měl pacient dietu č. 3, ale i tak jedl střídavě kvůli nauzeu, která ho trápila většinu času hospitalizace. S progresí onemocnění upadala pacientova chuť jíst cokoliv, protože po požití trpěl zvracením a nauzeou. Po zavedení NGS se pacientovi značně ulevilo, sonda odváděla až 3 litry za 24 hodin, později sonda odváděla 600ml stagnačního obsahu za 24 hodin a v konečném stadiu onemocnění si pacient sondu vytrhnul, opětovné zavedení nebylo vzhledem ke stavu nemocného indikované.

Nabízeli jsme pacientovi aktivně nutridrinky, které popíjel, ale i ty mu později způsobovaly nauzeu. Dále jsme u pacienta ve spolupráci s rodinou podporovali sippnig. V konečné fázi onemocnění jsme pečovali o DÚ, zvlhčovali jsme ústa, promazávali rty a štětkou otírali sliznice dutiny ústní.

Vylučování

Pacient močil do močové lahve, později mu byl zaveden lékařem PMK č. 16. Močový katetr odváděl přibližně 1200ml čiré moči, bez příměsi krve.

Na stolici pacient chodil zřídka, trpěl obstipací, kterou jsme řešili glycerinovými čípky nebo Yalem. Vzhledem k nízkému až mizivému příjmu potravy neodcházela pacientovi stolice ani po podané medikace, vždy pouze v malém množství. V závěru života jsme obstipaci pacienta výrazně neřešili, neboť jsme nechtěli narušit komfort pacienta v terminálním stadiu.

Osobní hygiena a oblékání

První dny hospitalizace byla úroveň soběstačnosti pacienta částečně omezená. Byla nutná dopomoc při hygieně, při pohybu na lůžku a přisednutí na toaletní křeslo. Pacient se snažil být maximálně soběstačný, ale síl mu rychle ubývalo. Většinou jsme pacienta brali do sprchy, později, když se stav zhoršil, volili jsme spíše hygienu na lůžku.

Pacient měl své vlastní oblečení, rodina mu jej brala domů vyprat a nosila je zase čisté. Zpočátku byl pacient schopný se obléknout sám, ale s postupující nemocí byl v závěru zcela odkázán na komplexní péči ošetrovatelského personálu.

Udržení tělesné teploty

Pacient měl po celou dobu hospitalizace teplotu v normě. Subfebrilii měl pacient až v terminálním stadiu onkologického onemocnění. Teploty v tak vážném zdravotním stavu jsou běžné, proto jsme zvýšené teplotě nevěnovali přílišnou pozornost.

Mobilita

Při přijetí a pár dní poté byl pacient částečně soběstačný, byla nutná pomoc. Pacient se zvládl posadit nohama dolů z lůžka. Na toaletní křeslo se posadil za pomoci ošetřujícího personálu.

Nemocný vyhledával polohu na zádech a střídal ji s polohou na pravém boku. V konečné fázi nemoci jsme pacienta polohovali dle potřeby s ohledem na maximální komfort pacienta. Vzhledem k tomu, že pacient neměl žádné kožní léze nebylo polohování nutné.

Práce a hry

Pacient byl od prvního dne hospitalizace velice úzkostný a depresivní. Uvědomoval si to a vyžadoval návštěvy psychologa. Byl věřící a velmi stál o duchovní služby, proto za ním kněz pravidelně docházel, poskytl mu poslední zpověď a pomazání.

O ergoterapii neměl pacient moc zájem a celkově bylo obtížné s ním navázat kontakt. Nechtěl být moc rušen, usmál se, poděkoval, ale o víc nestál. Měl rád návštěvy rodiny a přátel, ti za ním pravidelně chodili.

Spánek

Pacient dostával na spaní ordinovanou medikaci, takže v noci spal celkem dobře. Když se stav začal zhoršovat, byl pacient zmatený, neklidný a dezorientovaný převážně v noci. Proto mu musela být poskytována další medikace dle ordinace lékaře. Velký vliv na neklid jsme přikládali nauze a úpornému zvracení, protože po zavedení NGS se pacientovi udělalo lépe a v noci spal dobře. Nemocný byl hodně unavený a slabý, takže spával i přes den.

Umírání

Pacient byl obeznámen se svoji základní diagnózou a lékař pacientovi postupně přiznával i prognózu nemoci. Jak jsem již zmínila, za pacientem pravidelně docházela psycholožka a kněz, který poskytoval pacientovi duchovní služby. Pacient si v závěru nemoci vytrhl NGS, kterou jsme následně opětovně nezaváděli vzhledem k celkovému stavu. Poslední pomazání, které kněz nemocnému poskytl pacienta hodně zklidnilo, usnul a zemřel v klidu na lůžku.

Přátelé pacienta se s ním rozloučili tentýž den ráno, byli na návštěvě. Rodina byla informována o úmrtí pacienta, přišli se rozloučit a převzali si pozůstalost. Po smrti pacienta bylo pečováno o jeho zemřelé tělo.

4.4.1 Ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelské diagnózy jsem vytvářela na základě poznatků a informací získané z ošetrovatelské dokumentace během celé hospitalizace pacienta v hospici svatého Lazara.

Nauzea z důvodu hromadění stagnačního obsahu v zažívacím traktu – 00134

Projevující se subjektivně: nauzea, bolest

Projevující se objektivně: zvracení

Příčina vzniku:

- hromadění stagnačního obsahu v zažívacím traktu
- proces postupujícího onkologického onemocnění
- důsledek chemoterapie
- ascites

Očekávané výsledky:

- pacient netrpí nauzeou
- pacient nezvrací
- pacient je dostatečně hydratován

Ošetrovatelské intervence:

- podávej antiemetika a sleduj jejich účinky
- zajisti dostatečnou hydrataci pacienta subkutánní cestou
- umožni pacientovi klid na lůžku
- zaveď pacientovi nasogastrickou sondu
- punkce ascitu a evakuace obsahu

Realizace:

Pacient byl přijat s nauzeou, později trpěl úporným zvracením i přes podávanou medikaci. Lékař proto indikoval NGS na spád. Pacientovi se velmi ulevilo, sonda odvádí přibližně 3 litry stagnačního obsahu za 24 hodin. Dále byla pacientovi podávána infuzní podpora intravenózní cestou.

Hodnocení:

Pacientovi se po zavedení NGS značně ulevilo, ale i přesto mu byla nadále podávána antiemetika. Pacient si dvakrát NGS vytrhnul, přičemž po druhém vytrhnutí mu nebyla znovu zavedena pro celkový stav.

Riziko porušení kožní integrity z důvodu zavedení nasogastrické sondy – 00047

Projevující se subjektivně: bolest v oblasti nosní přepážky a okolí NGS

Projevující se objektivně: zčervenání, otok

Příčina vzniku:

- Dlouhodobé zavedení NGS
- Tlak NGS na nosní přepážku a nosní dírky

Očekávané výsledky:

- Pacient nemá poškozenou kožní integritu
- Netrpí bolestí

Ošetrovatelské intervence:

- Kontroluj nosní díрку pacienta
- Při výměně použij druhou nosní díрку
- Dbej o hygienu
- Dobře fixuj sondu

Realizace:

Pacientovi byla zavedena nasogastrická sonda kvůli úpornému zvracení a nauze. Sondu jsme napojili na sběrný sáček a sledovali jsme množství odvedeného žaludečního obsahu. Pravidelně jsme kontrolovali místo zavedení sondy, přelepovali ji, dbali správné hygieny a předcházeli jsme tak vzniku dekubitu.

Hodnocení:

Pacient neměl po celou dobu známky porušení kožní integrity ani vzniklý dekubit v místě zavedení nasogastrické sondy.

Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení portové jehly, subkutánní kanyly a permanentního močového katétru – 00004

Projevující se subjektivně: pálení a bolest v místě vpichu či ústí močového katétru

Projevující se objektivně: zčervenání, otok, zvýšená teplota

Příčina vzniku:

- Neaseptické zacházení
- Invazivní vstupy
- Neodborné zacházení

Očekávané výsledky:

- Pacient je bez známek místní infekce – zčervenání, otok, patologický sekret v místě vpichu
- Pacient je bez známek celkové infekce, je bez zvýšené teploty

Ošetrovatelské intervence:

- Při zavádění s.c. kanyly, portové jehly a PMK dbej aseptických pravidel
- Pravidelně měň asepticky invazivní vstupy
- Kontroluj průchodnost kanyly, jehly i PMK
- Sleduj místo vpichu a jeho okolí
- Dbej zvýšené hygieny PMK a jeho okolí
- Asepticky postupuj při výměně sběrného sáčku
- Dezinfikuj ruce
- Sleduj subjektivní i objektivní příznaky pacienta

Realizace:

Pacienta jsme přijali na naše oddělení ve zdravotním stavu, kdy byl schopen přisednout s pomocí na toaletní křeslo a močil do močové lahve. Později, vzhledem k celkově zhoršenému stavu pacienta, lékař zavedl PMK č. 16, který jsme napojili na sběrný sáček – diuréza za 24 hodin byla přibližně 1200ml. Lékař PMK zaváděl asepticky za asistence sestry. Pravidelně jsme měnili sběrný sáček, kontrolovali průchodnost katétru a prováděli důslednou hygienu genitálu a ústí PMK. Subkutánní kanylu jsme zavedli ihned při příjmu, neboť lékař indikoval touto cestou infuzní terapii. Kanylu jsme pravidelně měnili za aseptických podmínek, kontrolovali jsme místo vpichu a okolí. Port měl z počátku hospitalizace pacient zaslepen heparinovou zátkou. Později lékař indikoval zavedení portové jehly, kterou jsme asepticky zavedli a i nadále jsme o ni asepticky pečovali. Portovou jehlu jsme kryli transparentním krytím, abychom mohli místo vpichu dobře kontrolovat. Při podávání léků do portu jsme vždy řádně dezinfikovali spojení infuzních setů, abychom eliminovali zanesení infekce.

Hodnocení:

Během hospitalizace u pacienta nedošlo k žádným komplikacím korespondující se zavedením PMK, subkutánní kanyly ani zavedením portové jehly. O tyto invazivní vstupy bylo přísně asepticky pečováno, proto nedošlo k šíření infekce či nosokomiální nákazy.

Úzkost ze smrti spojená s ukončením léčby onkologického onemocnění a následného umírání – 00147

Projevující se subjektivně: smutek, úzkost, strach

Projevující se objektivně: neklid, zmatenost, pláč

Příčina vzniku:

- Terminální stádium onkologického onemocnění
- Strach z umírání
- Ztráta kontroly nad sebou samým
- Strach o příbuzné

Očekávané výsledky:

- Pacient nemá úzkost
- Hovoří o svých potížích a pocitech
- Pacient mluví o svých potřebách a přáních

Ošetrovatelské intervence:

- Snaž se vytvořit důvěrný vztah k pacientovi i jeho rodině
- Nabídní pomoc psychologa
- Podávej léky na zklidnění dle ordinace lékaře
- Aktivně naslouchej a respektuj pacientova přání
- Nabídní pomoc duchovního
- Dopřej pacientovi soukromí
- Odpovídej na otázky a odpovědi formuj pravdivě
- Povzbuzuj pacienta k vyjádření svých pocitů

Realizace:

Pacient trpěl úzkostí a depresí od prvního dne hospitalizace. Pravidelně dostával léky na zklidnění, ale úzkost přetrvávala. Svůj stav si nemocný uvědomoval, docházel za ním duchovní, kterého si přál a také psycholog, o jehož návštěvy měl pacient velký zájem. Ošetřující personál navázal s pacientem důvěrný kontakt, pokoušeli jsme se pacienta maximálně podporovat a umožnit mu vyjádřit své emoce a pocity.

Hodnocení:

Pacient měl úzkost po celou dobu hospitalizace i přes intenzivní a profesionální péči ošetřovatelského týmu. Velkou podporou pacienta byl kněz, který za nemocným pravidelně docházel a psycholog, která pacientovi věnovala maximální péči.

Riziko pádu spojené se slabostí a únavou nemocného – 00155

Projevující se subjektivně: nauzea, vertigo, únava

Projevující se objektivně: zmatenost, poruchy hybnosti, slabost

Příčina vzniku:

- Porucha rovnováhy
- Pád v anamnéze
- Nauzea, zvracení, slabost
- Užívání léků tlumící CNS

Očekávané výsledky:

- Pacient nemá pád v anamnéze
- Pacient je zabezpečený – postranice, signalizační zařízení
- Pacient používá kompenzační pomůcky
- Prostředí pacienta je přizpůsobené jeho zdravotnímu stavu

Ošetřovatelské intervence:

- Zajisti bezpečné prostředí v okolí pacienta – postranice, suchá podlaha, signalizační zařízení

- Pravidelně dohlížeš na pacienta
- Zajisti dostatečný dosah ke kompenzačním pomůckám
- Kontroluj účinnost léků ovlivňující CNS

Realizace:

Pacienta jsme přijali na naše oddělení orientovaného a v plném vědomí. V anamnéze měl pád, kdy došlo k poranění hlavy pro synkopu. Pacienta jsme poučili, aby použil signalizační zařízení v případě, že bude chtít na toaletu. Použili jsme postranice a pravidelně jsme docházeli pacienta kontrolovat.

Hodnocení:

Pacient po celou dobu hospitalizace v našem zařízení neutrpěl žádná zranění. Neupadl ani nedošlo k jinému poranění

Riziko porušení kožní integrity v souvislosti s omezenou mobilitou – 00047

Projevující se subjektivně: bolest a tlak predilekčních míst

Projevující se objektivně: zčervenání, porušená kůže

Příčina vzniku:

- Nedostatečná hygiena pacienta
- Omezená mobilita nemocného
- Porucha výživy

Očekávané výsledky:

- Pacient je bez známek dekubitů
- Nemá otlačená predilekční místa
- Je aktivně i pasivně polohován

Ošetrovatelské intervence:

- Pečuj důkladně o hygienu kůže pacienta

- Řádně osuš vlhká místa a vmasíruj ochranný krém
- Masíruj kostní výčnělky
- Udržuj suché a čisté lůžko
- Polohuj pacienta
- Pouč pacienta o riziku vzniku dekubitů
- Kontroluj aktivně predilekční místa

Realizace:

Pacient se z počátku hospitalizace byl schopný polohovat sám, později jsme pacienta polohovali dle potřeb, a především s maximálním ohledem na komfort nemocného. Pacient vyhledával polohu na zádech a pravém boku. Tyto oblíbené polohy jsme se pokoušeli zachovat i při pasivním polohování pacienta.

Hodnocení:

I přesto, že měl pacient hraniční počet bodů pro riziko vzniku dekubitů, nedošlo ke vzniku ani vývoji proleženin.

4.5 Hodnocení výsledků

Základním kamenem dobré ošetrovatelské péče o onkologického pacienta je věnovat pozornost individuálním potřebám nemocného. Dbáme specializované paliativní péče, pečujeme o fyzickou, ale i duševní hygienu nemocného. Aktivně kontrolujeme celkový stav pacienta, pozornost věnujeme především bolesti a následně hodnotíme efekt indikované léčby. Snažíme se předcházet komplikacím, která s sebou nese postupující nemoc a prioritně se pokoušíme maximálně zkvalitnit závěr života nemocného.

DISKUZE

Cílem této bakalářské práce je zmapovat specifickou péči o onkologického pacienta, upozornit na možné komplikace postupující nemoci, a především představit zásady ošetrovatelské péče.

Naším cílem bylo zpracovat dvě specifické kazuistiky pacientů s onkologickým onemocněním nacházející se s ukončenou léčbou v terminálním stadiu onemocnění v hospici. Hlavní myšlenkou celé práce je specifikovat specializovanou ošetrovatelskou péči o onkologické pacienty v terminální fázi života. Pozornost jsme proto směřovali k paliativní léčbě a péči, která je základním pilířem v péči o umírající pacienty. Sběr dat z ošetrovatelské dokumentace a pozorování progresu onemocnění vybraných pacientů nám umožnilo získat komplexní informace o průběhu onkologického onemocnění. Postupně jsme zjišťovali podstatu paliativní péče, která si zakládá na maximálním komfortu nemocného. Onkologicky nemocný pacient v terminálním stadiu se nachází v těžké životní situaci, neboť se musí vypořádat se skutečností nevyléčitelné choroby a musí čelit nepříjemným nežádoucím účinkům léčby a posléze onemocnění, které s sebou nese spoustu problémů. Ošetřující personál se zajímá nejen o biologickou dílčí část pacienta, ale též se zajímá o sociální, spirituální a psychickou hygienu. Paliativní medicína si uvědomuje celistvost jednotlivce a bere v potaz individualitu a náležitě s ní nakládá.

Hned v úvodu bychom rádi uvedli hodnocení kazuistik, které byly pro tuto práci vypracované. Oba dva pacienti trpěli onkologickým onemocněním a zemřeli v hospici, kde o ně pečoval proškolený zdravotnický personál, který poskytoval specializovanou paliativní péči. Nejdříve shrneme a zhodnotíme jednotlivá onemocnění pacientů, protože každý měl jinou základní diagnózu. Poté bychom rády tyto dvě vypracované kazuistiky vzájemně zhodnotily, posoudily průběh onemocnění a uvedly společné i rozdílné příznaky doprovázené pacienta v terminálním stádiu onkologického onemocnění.

Oba dva pacienti zemřeli v hospici svatého Lazara v Plzni. Pacient 1 byl hospitalizován kratší dobu než pacient 2. Byl do hospice přijat v celkově horším fyzickém stavu, imobilní a inkontinentní, se zavedenou tracheostomickou kanylou, exulcerovanými defekty zevně na krku a měl zavedený PEG, do kterého mu byla podávána výživa, avšak dávky, které mu byly podávány, neodpovídaly nutričním hodnotám, které by tělo vyživovaly, ale spíše se respektoval celkový stav pacienta v normách paliativní medicíny. Pacient 1 byl od prvního

dne hospitalizace zcela odkázán na ošetrovatelskou péči zdravotnického personálu. Naopak pacient 2 byl přijat v celkově lepším stavu, ale po celou dobu hospitalizace trpěl psychickou deprivací. Byly nutné návštěvy psychologa, které pacient sám vyžadoval. Vzhledem k duchovním potřebám za pacientem docházel kněz, se kterým navázal blízký vztah. Pacient 2 byl přijat částečně mobilní, byl schopný se s pomocí přesadit na toaletní křeslo, močil do močové lahve. Zásadní problém pacienta 2 bylo úporné zvracení a nauzea, které lékař vyřešil, když indikoval zavedení NGS na spád a antiemetickou léčbu. Naopak největší ošetrovatelskou komplikací pacienta 1 byla bolest v oblasti maligních defektů na krku a sakrálního dekubitu. S postupující nemocí byla bolest intenzivnější, proto musel lékař ordinovat velké dávky opioidů, které byly pacientovi podávány kontinuálně subkutánní cestou pomocí lineárního dávkovače. Protože měl pacient 1 komplikovaný převaz exulcerovaných maligních ran na krku a také sakrální dekubit, který byl velmi bolestivý, bylo nutné pacientovi před každým převazem podat bolusovou dávku analgetik. I přes základní diagnózu a objemný ascites, která lékař jedenkrát evakuoval, neměl pacient 2 výrazné bolesti po celou dobu hospitalizace. Jako prevence byla pacientovi 2 pravidelně aplikována fentanylová náplast a později lékař ordinoval také kontinuální podávání analgetik, avšak s minimální dávkou, neboť dostával medikaci především proti nauze a zvracení. Dalším rozdílným faktorem mezi vybranými pacienty byla dechová tíseň, kterou trpěl pacient 1. Ta byla řešena indikovanou oxygenoterapií. U pacienta 1 bylo pravidelně pečováno o tracheostomii a dbalo se její průchodnosti. Během hospitalizace nebyl pacient 1 výrazně zahleněný, avšak v případě potřeby nemocného jej personál odsával z dýchacích cest. Zásadní důraz byl kladen u obou pacientů na ošetřování dutiny ústní. Vzhledem k tomu, že oba pacienti měli minimální perorální příjem potravy a tekutin, bylo nezbytné pečovat o vysychající sliznice dutiny ústní.

Průběh onemocnění těchto dvou pacientů se značně lišil, a to především v základní diagnóze. Během hospitalizace měl každý odlišné potíže, které vyžadovaly své specifické řešení a léčbu. V závěru nemoci se však stav obou pacientů naopak lišil minimálně a průběh terminální fáze proběhl dost podobně. V terminální fázi onemocnění bylo pečováno u obou pacientů především o dutinu ústní, neboť sliznice a rty byly snadno a rychle vysušené, vzhledem k minimálnímu příjmu per os od počátku. Pacienti zemřeli zcela klidně, objektivně netrpěli bolestmi ani respiračními potížemi, zemřeli smíření.

Cílem paliativní péče je též péče o rodinu umírajícího. Pacient 1 měl četnou rodinu, která jej často navštěvovala, proto ji personál informoval, když se stav pacienta rapidně zhoršil,

aby jim bylo umožněno poslední rozloučení. Naopak pacient 2 neměl rodinu, neboť žil sám. Navštěvovali jej přátelé a bratr s rodinou, kteří také byli informováni o úmrtí pacienta. Obou rodinám byl poskytnut přátelský rozhovor, kdy měla rodina prostor vyjádřit bezpodmínečně své emoce a pocity.

Protože je tato práce zaměřena především na specializovanou paliativní péči, diskuzi budeme věnovat právě paliativní ošetrovatelské péči. Dostálová (2016) uvádí, že paliativní léčba v posledních letech své existence značně postoupila ve své podstatě. Původní zaměření paliativní medicíny iniciovalo svoji podstatu poskytnout pacientovi maximální komfort a klidný odchod z tohoto světa, avšak v současné době se paliativní medicína zaměřuje na celistvost pacienta i jeho individualitu a pokouší se zkvalitnit nejen život těsně před smrtí, ale také investuje časový prostor, který umožní pacientovi aktivně žít. Vzhledem k informacím, které jsme získaly, můžeme konstatovat, že v hospicích hraje roli především čas, který pacienti mají. I přesto, že je časový prostor pro vytváření individuálních aktivit, ošetřující personál musí k pacientovi přistupovat s ohledem na jeho maximální komfort. Na toto téma se váže skutečnost blízkého vztahu mezi podpůrnou a paliativní léčbou, kterou uvádí Vorlíček (2016) a to, že podpůrná léčba usiluje o maximální pohodlí a komfort onkologicky nemocného pacienta. Jejím záměrem je mírnění obtíží, které s sebou progrese nádorového onemocnění nese – například bolest, nauzea, zvracení, ale i úzkost, deprese a strach. Vzhledem ke komplikacím, které měly pacienti v naší práci souhlasíme s tímto tvrzením, protože ošetřující personál věnoval pozornost vedlejším projevům nemoci a hledal snadné a rychlé řešení. Bedlivé sledování průběhu a postupu onemocnění má v režii především sestra, neboť ta je s pacientem v nejužším kontaktu, jak uvádí Dostálová (2016). Vorlíček (2016) zase uvádí, že dobrá komunikace zdravotníků s nemocným i jeho rodinou je základem dobře poskytované paliativní péče. S tímto tvrzením souhlasíme, protože komunikace s rodinou byla stěžejní tak náročné životní situace, jak pro umírajícího, tak pro samotnou rodinu. Jsme přesvědčeni, že dobře poskytnuté informace umožní snadnější smíření se skutečností nevléčitelné choroby a je nezbytné, aby s pacientem bylo zacházeno citlivě, respektovali jsme jeho potřeby i přání a přistupovali k němu s maximální opatrností. Ukázalo se, že duševní i duchovní práce s pacientem je velmi důležitá a často umožní snazší odchod pacienta. V praktické části práce jsme zjistili, že nejvýraznějším symptomem pokročilého onemocnění u pacientů byla bolest, nauzea a úzkost. Stejně Dostálová (2016) uvádí, že pocit bolesti je velmi častým projevem pokročilé nemoci. Toto tvrzení se shoduje s Vorlíčkem (2016) který uvádí, že bolest v konečné fázi života má až 90 % onko-

logicky nemocných pacientů. Vzhledem k tomu, že pacient 1 trpěl krutými bolestmi, které byly tlumeny silnými dávkami opioidů, souhlasíme s tímto tvrzením. Dále Vorlíček (2016) ve své knize uvádí, že v případě masivního zvracení je nutné zavedení NGS a dále pak substituce tekutin a iontů. Je však nutné dbát na stav umírajícího pacienta a uvážit nutnost zavedení NGS, aby nemocného spíše neobtěžovala. S tímto tvrzením vzhledem k pacientovi 2 souhlasíme, neboť mu byla indikována NGS, kterou si v závěru onemocnění vytrhnul a vzhledem ke špatnému stavu mu nebyla opakovaně zaváděna. Marková (2010) uvádí jako důvody úzkosti pacientů v paliativní péči především v souvislosti s bolestí, strachu z udušení a také ze smrti samotné. Toto tvrzení můžeme potvrdit jen z části, neboť pacient 2, který trpěl značnými úzkostmi měl strach především z nemoci, jejího průběhu a smrti jako takové. Bolesti měl ve snesitelné míře a nijak značně jej neobtěžovaly. Velká pozornost z ošetrovatelského hlediska se soustředila především na péči o dutinu ústní. Jak ve své publikaci uvádí Sláma (2007), že v paliativní péči bychom měli dbát pravidelné kontroly stavu dutiny ústní, suchosti sliznic, bolesti v ústech a předcházet slizničním defek-
tům. Dále uvádí, že je důležitou součástí paliativní péče pravidelná bazální péče o dutinu ústní onkologických pacientů. Myslíme si, že personál věnoval dostatečnou pozornost a péči o dutinu ústní obou pacientů, proto nedošlo k poškození sliznic. Paliativní péče se snaží mírnit všechny nežádoucí symptomy nemoci a zajišťuje maximálním komfort nemocného. Sláma (2007) píše, že někdy se nedaří zmírnit pacientovo utrpení v krátkém časovém úseku, v takovém případě volí lékař paliativní analgosedaci. Cílem analgosedace je zmírnit utrpení pacienta a snížit vědomí až na stupeň kómatu. Oba pacienti, kteří jsou součástí praktické části této práce, byli v závěru nemoci v analgosedaci, kterou lékař zvolil v souvislosti s potížemi, které oba pacienty obtěžovaly a komplikovaly jejich už tak závažný zdravotní stav. Paliativní analgosedace byla v obou případech pacientů z našeho pohledu naprosto namístě, neboť zajistila klidnou smrt pacientů.

Během diskuze jsme došli k závěru, že paliativní péče u obou zmíněných pacientů byla prováděna dle standardů paliativní medicíny. Ošetřující personál nezanedbal specializovanou ošetrovatelskou péči a lékaři poskytli léčbu v rámci možností paliativní péče s ohledem na bezpodmínečný komfort onkologicky nemocného a umírajícího pacienta.

Jako výstup bakalářské práce jsme zvolili edukační informativní leták pro širokou veřejnost, ve kterém se obyvatelé mohou dozvědět základní informace k paliativní medicíně. Tento stručný informativní leták slouží jako poradce v těžkých životních situacích. Hlavní

myšlenkou tohoto výstupu je informovat neznalost naší společnosti a snaha poskytnout základní informace o této problematice.

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo představit základní aspekty paliativní medicíny a péče poskytované onkologicky nemocným pacientům v terminálním stádiu základního onemocnění. Pokusili jsme se zachytit hlavní složky specializované paliativní ošetrovatelské péče a představit podstatu paliativní medicíny.

V první kapitole této práce jsme se pokusili nastínit úvod do onkologie a představit podstatu tohoto oboru. Paliativní medicína neklade důraz na vyléčení pacientovy choroby, ale dbá o kvalitní a komfortní dožití nemocného. Léčí a hledá způsoby, jak odstranit komplikace rychle postupující nemoci a pečuje o fyzické, psychické, sociální a spirituální potřeby pacienta. V této práci jsme zjistili, že paliativní péče se zaměřuje nejen na nemoc jako takovou, ale pohlíží na pacienta jako na bytost holistickou. Proto je nezbytné dbát individuálního přístupu k nemocnému a respektovat jeho potřeby.

Pomocí kvalitativního výzkumu za pomoci ošetrovatelského procesu jsme zpracovali dvě kazuistiky pacientů hospitalizovaných v Hospici svatého Lazara. Oba pacienti zemřeli na následky základní diagnózy, avšak průběh onemocnění byl poměrně odlišný. Na základě kazuistik jsme získali dostatečné informace, které jsme použili k závěrečnému hodnocení a posouzení jednotlivých pacientů i jejich základní diagnózy. Důraz jsme kladli na podrobné sledování ošetrovatelské péče, komplikace onemocnění a jeho následné řešení dle ordinace lékaře. Cílem ošetrujícího personálu bylo aktivně pečovat o komplexní pohodu nemocného a zahrnout všechny dílčí části paliativní péče do ošetrovatelského procesu. Důležitou součástí v péči o terminálního pacienta zahrnuje též specifickou péči o rodinu umírajícího pacienta. Na základě získaných dat jsme posoudili, že péče o rodinu nemocného je zásadní, neboť ztráta milované osoby je pro rodinné příslušníky vždy velmi citlivá a bolestivá. Je důležité poskytnout psychickou oporu a nabídnout odborné služby psychologa.

Součástí kazuistik bylo též vypracování ošetrovatelských diagnóz na základě primárního onemocnění. Tyto diagnózy pomohly předejít dalším možným komplikacím základního onemocnění. Jak jsme již uvedli výše, cílem paliativní medicíny je mírnit symptomy spojené s průběhem a progresí onemocnění, proto je důležité dbát zvýšené pozornosti a aktivně kontrolovat potenciální komplikace.

Podstatou této práce je ukázat, možnosti péče poskytované pacientům, jejichž onemocnění není možné vyléčit, avšak je reálné poskytnout kvalitní, specializovanou péči, jež jim zaručí kvalitní dožití. Protože společnost není obeznámena s touto tematikou, rozhodli jsme se vytvořit krátký edukační plán, který může pomoci lidem, kteří se nacházejí v těžké životní situaci, se kterou si nevědí rady.

SEZNAM LITERATURY

1. **Včelák, Petr.** Informace a návod k použití: Šablona pro kvalifikační práce studentů Fakulty zdravotnických studií na Západočeské univerzitě v Plzni. *Petr Včelák - Materiály pro studenty.* [Online] 3. květen 2018. [Citace: 29. únor 2019.] <https://home.zcu.cz/~vcelak/fzs-sablona.php>.
2. —. Šablona pro kvalifikační práce studentů Fakulty zdravotnických studií ZČU v Plzni. *Petr Včelák - Materiály pro studenty.* [Online] Petr Včelák, 3. květen 2018. [Citace: 29. únor 2019.] <https://home.zcu.cz/~vcelak/fzs-sablona.php>.
3. **VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ, Hilda VORLÍČKOVÁ a kolektiv.** *Klinická onkologie pro sestry.* Praha : Grada, 2012. 978-80-247-3742-3.
4. **KLENER, Pavel.** *Základy klinické onkologie.* Praha : Galén, 2011. 978-80-7262-716-5.
5. **ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK.** *Obecná onkologie.* Praha : Galén, 2011. 978-80-7262-715-8.
6. **MARKOVÁ, Monika.** *Sestra a pacient v paliativní péči.* Praha : Grada, 2010. 978-80-247-3171-1.
7. **SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK.** *Paliativní medicína pro praxi.* Praha : Galén, c2011. 978-80-7262-849-0.
8. **KUPKA, Martin.** *sychosociální aspekty paliativní péče.* Praha : Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.
9. **SVATOŠOVÁ, Marie.** *Hospice a umění doprovázet.* Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2011. 978-80-7195-580-1.
10. **MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana a Igor KISS.** *Geriatrická onkologie.* Praha : Mladá fronta, 2015. 978-80-204-3738-9.
11. **HAŠKOVCOVÁ, Helena.** *Thanatologie: nauka o umírání a smrti.* Praha : Galén, c2007. 978-80-7262-471-3.
12. **KÜBLER-ROSS, Elisabeth.** *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících.* Praha : Portál, 2015. 978-80-262-0911-9.

13. **TÓTHOVÁ Valerie, OLÍŠAROVÁ Věra.** *Využití koncepčních modelů v práci sester v klinickém a komunikativním ošetrovateľství.* Praha : NLN, s.r.o., 2017. 978-80-7422-630-4.
14. **ADAM, Zdeněk, Jiří VANÍČEK a Jiří VORLÍČEK.** *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob.* Praha : Grada, 2004. 80-247-0896-5.
15. **LONGAKER, Christine.** *Facing death and finding hope: a guide to the emotional and spiritual care of the dying.* New York : Doubleday, c1997. 0-385-48331-7.
16. **DOSTÁLOVÁ, Olga.** *Péče o psychiku onkologicky nemocných.* Praha : Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5706-3.

5 PŘÍLOHY

5.1 Seznam příloh

PŘÍLOHA 1 Žádost o provedení výzkumného šetření za použití ošetrovatelské dokumentace v Hospici svatého Lazara v Plzni

PŘÍLOHA 2 Výstup z bakalářské práce

PŘÍLOHA 1

Žádost o provedení výzkumného šetření za použití ošetrovatelské dokumentace v Hospici svatého Lazara v Plzni

Zdroj: vlastní

Žádost o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním bakalářské práce v Hospici svatého Lazara v Plzni

Jméno a příjmení: Nikola Kafková

Úplný název vysoké školy: Západočeská univerzita Plzeň, Fakulta zdravotnických studií, katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Studijní obor/ročník: všeobecná sestra/ 3.ročník

Název bakalářské práce: Ošetrovatelská péče o pacienta s onkologickým onemocněním v terminálním stadiu


Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jitka Krocová

Kontakt na vedoucího práce: krocovaj@kos.zcu.cz

Vážená paní Kalousová,

Tímto Vás žádám o svolení k provedení empirické části bakalářské práce pomocí kazuistik zaměřené na ošetrovatelskou péči o onkologické pacienty v terminálním stadiu. Pro výzkumné šetření použiji dokumentaci dvou pacientů s odlišnou základní diagnózou a na základě poznatků vypracuji kazuistiky. Předpokládaný termín pro vypracování kazuistik je od července do září 2018.


Žádost podána dne 30. 3. 2018 v Plzni

Podpis žadatele: 

Rozhodnutí vrchní sestra Ivany Kalousové:

Souhlasím / nesouhlasím s provedením výzkumu za použití dokumentace v Hospici svatého Lazara v Plzni.

Dne 2. 4. 2018 v Plzni

Podpis a razítko: 

HOSPIC SV. LAZARA V PLZNI
Sladkovského II. 66 • 326 00 Plzeň
tel. 377 431 381, 4 • fax: 377 431 385
ICO: 66 36 12 06

PŘÍLOHA 2

Výstup z bakalářské práce



Informační leták

Možnosti poskytované hospicové péče v Plzeňském kraji:

- **Hospic svatého Lazara v Plzni**
telefonní kontakt: 377 431 381
e-mail: hospic@hsl.cz
(jediný lůžkový hospic v plzeňském kraji)
- **Mobilní hospic – plzeňská hospicová péče z.ú.**
telefonní kontakt: 731 632 788, 733 300 455
e-mail: hospic@domov-plzen.cz
- **Domovinka Plzeň**
telefonní kontakt: 377 243 155
e-mail: info@domovinka.cz
- **Mobilní hospic Tachov**
telefonní kontakt: 605 226 298, 774 413 374
e-mail: hospic@hospictachov.cz

Co je to paliativní medicína?

- Paliativní medicína je lékařský obor, který se zabývá symptomatickou léčbou základního onemocnění. Paliativní medicína pečuje o pacienty, kteří mají ukončenou léčbu a neexistuje řešení, které by jim navrátilo zdraví
- Hlavním cílem paliativní medicíny je mírnit symptomy nemoci a maximálně zkvalitnit závěr života nemocného ve všech jeho individuálních potřebách
- Pečuje nejen o pacienta, ale také věnuje pozornost rodině nemocného.

Co je terminální stav nemocného?

- Terminální stav je označován tehdy, dochází-li k nezvratnému selhávání organismu v důsledku základního onemocnění
- Jedná se o konečné stádium nemoci před smrtí

Co je hospic?

- Hospic je specializované zdravotnické zařízení, kde je poskytována hospicová paliativní péče, kterou poskytuje proškolený personál zdravotníků
- Je poskytována v kamenných nebo mobilních hospicích
- Hospic je určen především pro onkologické pacienty, kteří mají ukončenou léčbu základního onemocnění a již nevládají být doma sami nebo pro pacienty, kteří se nacházejí v terminálním stavu základního onemocnění

Péče o pacienta v terminálním stadiu onemocnění:

- Péče o takového pacienta je náročná a psychicky vyčerpávající
- Pokud máte doma nebo v blízkém okolí někoho, kdo trpí nevléčitelnou chorobou, jeho stav se rapidně zhoršuje a netušíte co máte dělat, pokuste se poradit s ošetřujícím lékařem nebo vyhledejte nejbližší hospic, kde vám poradí, co máte dělat
- Je důležité si uvědomit, že péče o takové pacienty je velmi náročná, proto je důležité věnovat pozornost i sobě samému.
- Často se stává, že základní onemocnění s sebou nese mnohé komplikace jako dušnost, bolest, nevolnost, zvracení a psychické potíže. S takovými komplikacemi si laik sám doma těžko poradí, proto je dobré kontaktovat odbornou pomoc, která zajistí vhodnou péči pro těžce nemocného pacienta a vyřeší vzniklé komplikace postupující nemoci.

Zdroj: vlastní

Zdroj obrázku: <https://svgsilh.com/image/304919.html>

Zdroj loga fakulty: <https://fzs.zcu.cz/>

Zdroje informací:

<http://www.hsl.cz/kontakty>

<http://hospictachov.cz/kontakty/>

http://domov-plzen.cz/?page_id=23

<http://www.domovinka.cz/kontakt/>