

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Praha 5

DUCHOVNÍ PÉČE V OŠETŘOVATELSTVÍ
U ONKOLOGICKÉHO PACIENTA

Bakalářská práce

Helena Krajíčková

BRNO 2011

DUCHOVNÍ PÉČE V OŠETŘOVATELSTVÍ
U ONKOLOGICKÉHO PACIENTA

Bakalářská práce

Helena Krajíčková

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

Vedoucí práce: PhDr. Belejová Hana, PhD.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 31.05.2011

BRNO 2011

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenční zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Brně, 30.05.2010

Helena Krajíčková

PODĚKOVÁNÍ

Své díky vyslovuji své konzultantce paní PhDr. Haně Belejové, PhD. za inspirativní vjemy, které mne posunuly k cíli a která vždy si našla čas mne poradit a podpořit v tak nelehkém tématu, dále své dlouholeté spolupracovnici i přítelkyni Simoně Medvědřvové za cenné rady z praxe a postřehy ke vzhledu, stylistické i estetické úpravě samotné práce.

Zvláštní poděkování patří mému příteli Mirkovi, který mne emočně podporoval a motivoval po celou dobu studia, dále mé milované mamince, která ve mne rozvíjela od dětství silnou motivaci se sebevzdělávat v duševních jevech života.

Děkuji vyšší moci, která mne vede směrem, který mi byl předurčen.

V Brně, 30.05.2011

ABSTRAKT V ČESKÉM JAZYCE

Má práce duchovní péče v ošetrovatelství u onkologického pacienta pojednává o nemocném člověku, který se již léčí s onkologickou diagnózou. Práce je vedena v ošetrovatelském procesu kde se zajímám o duševně – spirituální pohnutky nemocného v boji s onkologickou chorobou, dále se zabývám také duchovní – spirituální pomocí – pastorální péčí.

Stanovuji si ošetrovatelské diagnózy zcela spirituálně motivované a vyjadřující vnitřní pohnutky nemocného, poté jej rozebírám na duchovní rovině v možnosti jejich uspokojení na nemocniční jednotce.

K volbě tématu mě vede šestiletá praxe v Masarykově onkologickém ústavu Brno, kde pracuji na pozici zdravotní sestry u lůžka a mám možnost s těmito pacienty hovořit o jejich vnitřních bolestech.

Mé osobní zaujetí toho to tématu je i v rovině osobní, nemocní rodinní příslušníci, chci pochopit jejich ambivalentní pocity a následně odhalit odbornou pomoc na úrovni spirituální, kde se duše trápí a tělo chátrá.

Mým cílem je zhodnotit dostupné možnosti na nemocniční jednotce a zcela pochopit, že léčení těla s bolavou duší jde velmi těžce a cílem každého zdravotníka je pokud možno spokojený pacient – adekvátně, odborně ošetřen i v rovině spirituální.

ABSTRACT IN ENGLISH

My work entitled “Spiritual help in nursing care provided to an oncology patient” deals with a sick person who has already been receiving treatment after being diagnosed with cancer. My work has been done throughout the nursing process, in which I particularly concentrate on mental-spiritual stimuli of a patient while fighting an oncology disease, and further I also concentrate on psychological-spiritual help – pastoral care.

I make nursing diagnoses that are based exclusively on a spiritual motivation and are expressing inner stimuli of a patient, then I analyse the stimuli on a spiritual level, trying to find the possibilities of their addressing on a hospital unit.

The reason why I have chosen this topic was my six-year long internship at the Masaryk Memorial Cancer Institute, where I have been working as a bedside nurse and where I have the possibility to talk to oncology patients about their inner distress.

My personal interest in this topic is also associated with my family life – some of my family members are sick – and I want to understand their ambivalent feelings and consequently find a professional help on a spiritual level, where the soul is in distress and the body is ailing.

My aim is to evaluate available potential on a hospital unit and to fully understand that treating a body with an aching soul is a very hard work, while a task of every healthcare worker is to make sure their patients feel satisfied – which includes provision of a suitable, professional treatment also on a spiritual level.

PŘEDMLUVA

Dnes se mnoho hovoří o duchovních či spirituálních potřebách a málo si dokážeme pod tím to pojmem něco představit. Do povědomí lidí se tyto pojmy ve správném vysvětlení ještě nedostali. Právě tato práce duchovní péče v ošetrovatelství u onkologického pacienta má objasnit tyto potřeby v době onkologické choroby, kdy duše strádá a na otázky PROČ? si nemocný nedokáže zodpovědět sám a hledá odbornou pomoc.

Právě po prve je zdravotní sestra u lůžka nemocného ta první, která se setkává s těmito ambivalentními emocemi i tápavými otázkami nemocného a měla by zareagovat adekvátně a posunout pomoc do rukou povolanějších k pomoci ducha, nalezení smíření s tak těžkou životní zkouškou samotného nemocného.

Uvědomění si, že každá nemoc se sebou přináší i psychické problémy, je dnes v povědomí zdravotníku, ale denně na nemocniční jednotce v chaotickém běhu dne se často zapomíná, obzvláště pokud jde o onkologickou diagnózu, která nemocného natolik ze zajetých kolejí vysadí, že nemocný tápe a neví si rady.

K pochopení těchto vnitřních emocí se z nás zdravotníků stávají lidé chtějící podat záchranou ruku pomoci, k vnitřní vyrovnanosti s onkologickou léčbou a boje, který vyžaduje ohromnou vnitřní sílu, která se však nalézá vnitru samotného nemocného, který čeká na rady a odborné vedení.

Stanovením ošetrovatelských diagnóz a duchovních problémů co sám nemocný vnímá mě vedlo nejen šestileté působení na pozici zdravotní sestry u lůžka v Masarykově onkologickém ústavě v Brně, ale i to, že v mé blízkosti onemocněl rakovinou prsu rodinný příslušník. Jeho emoce, vnitřní strachy byli klíčové k volbě tématu.

V práci se zabývám ošetrovatelským procesem a klíčovými okruhy, které je potřeba zkoumat a vyjádřit, dále mě zajímá duševně – spirituální pohnutky nemocného v boji s onkologickou chorobou a následně i duchovní či spirituální pomoc. Cílem je stanovení úzce specifických ošetrovatelských diagnóz vyjadřujících duševní pohnutky nemocného.

Nutné je zcela pochopit, že léčení tělesných obtíží s pochroumanou duší, jde velmi těžce a cílem každého zdravotníka je spokojený pacient – odborně ošetřen i v rovině spirituální pomoci.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

atd. - a tak dále

A + – krevní skupina A plus

BMI – body mas index

°C – stupeň Celsia

CPS - capsle

CT - výpočetní tomografie

dieta 0 – tekutá strava

FR – fyziologický roztok

g/l – gram na litr

GTT - kapky

hod. - hodina

CHT - chemoterapie

I.V. – intra venozní, podat do žíly

JIP - jednotka intenzivní péče

Kg - kilogram

KPR – kardiopulmonální resuscitace

l - litr

l. sin – levá strana

ml - mililitry

mg - miligramy

min. - minuta

mmol – milimol na litr

max. - maximálně

např. - například

PET – pozitronová emisní tomografie

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie

P - pulz

RTG - rentgen

R.Č. – rodné číslo

RT - radioterapie

qkat/l – referenční jednotka laboratorních výsledků

qmol/l - referenční jednotka laboratorních výsledků

SUPP - čípek

s - sekunda

SAT – saturace

SOL – solutio, roztok

TK- krevní tlak

TB - tablety

TT – tělesná teplota

Torr – jednotky krevního tlaku

ug/l - referenční jednotka laboratorních výsledků

UZ - ultrazvuk

x – krát

SEZNAM CIZÍCH SLOV

- ANTROPOLOGIE – věda o člověku, o původu, vývoji a zákonitostech jeho fyzických změn
- AUDIT – kontrolní systém ošetrovatelské péče
- ABSTRAKTNÍ – odtržený od skutečnosti, obecný, pojmový
- AUSKULTAČNÍ - poslechový
- ASYSTOLIE – zástava srdeční činnosti
- ANEURYZMA - cévní výduť
- ANTIHYPERTENZIVUM – léková skupina pro snížení krevního tlaku
- ANTIEMETIKUM – léková skupina od snížení pocitu nevolnosti
- ANALGETIKA – léková skupina proti bolesti
- ANTIMYKOTIKA – léková skupina proti zánětu
- ANTIEMETIKUM – léková skupina proti nevolnosti, zvracení
- AMBIVALENTNÍ EMOCE – rozporuplné emoce
- BRADYKARDIE – pomalá, zpomalená srdeční činnost
- BAZE LEBNÍ – spodina lební
- CISPLATINA – chemická látka, chemoterapeutikum
- DEFICIT – schodek, ztráta, nedostatek
- DYNAMIKA – projevy různých sil v určité oblasti
- DIFERENCOVANÝ – rozdělený, odstupňovaný
- DIREKCE - směr
- DESKVAMACE – hluboké postižení kožního povrchu
- DYZURIE – bolestivé močení
- DEZILUZE – zbavení iluzí, rozčarování, zklamání
- ETIKOTERAPIE – alternativní, celostní část medicíny, léčení mravností, léčba morálními silami
- ETIOLOGIE – nauka o vnitřních, zevních příčinách nemocí
- EXCIZE – operativní odnětí, vyříznutí
- EXISTENCIÁLNÍ ANALÝZA – psychotherapeutický přístup, zabývající se fenomenologickou analýzou, rozborem, podmínek naplněného života – existence.
- EDUKACE - výchova
- ENTERÁLNÍ VÝŽIVA – výživa speciální mimo žílu

EXPORT - vývoz

FLUORORACIL – chemoterapeutická látka

GESTIKA - mluvený projev

HERPES ZOSTER – pásový opar

HYPERTENZE – zvýšený krevní tlak

HYPOLIPIDEMIKA – léková skupina pro snížení cholesterolu v krvi

HISTOLOGIE – nauka o tkáních, rozbor tkání

HUMANITA – lidskost, láska k člověku, člověčenství

CHAOS – zmatek, nepořádek, stav s vysokou neuspořádaností

CHEMOTERAPEUTICKÁ LÉČIVA – speciální druh cytotoxických látek využívající se na léčbu rakoviny

CHEMOTERAPIE – léčení pomoci chemických prostředků

ISCHEMIE – místní nedokrevnost tkání nebo orgánů

INDIVIDUM - jednatel

IDENTIFIKACE – zjišťování totožnosti, rozlišování v procesu vnímání

INFILTRACÍ – prosakování, pronikání

JEHLA PEROUS – speciální jehla Hubernova se kterou lze aplikovat do žilního systému port

KONVERZOVAT - hovořit

KONKOMITANTNÍ CHEMOTERAPIE – souběžné podávání chemoterapie a léčebným zářením, jejichž účinnost se vzájemně zesiluje.

KONCEPCE – pojetí, rozvržení, představa

LEGISLATIVA – zákonodárství, zákonodárná moc

LOGOTERAPIE – psychoterapeutická metoda vyvinuta Viktorem Emanuelem Franklem v první polovině 20. Století, touha po smyslu.

LAXANTIVA – léková skupina na pravidelné vyprázdnění

MYOPIA - krátkozrakost

MEDIKAMENTY - léčiva

METASTAZA – druhotné, dceřiné nádorové ložisko

NORMOFRAKCIONACE – jedna požadovaná dávka v radioterapii

NORMOCEPHALIA – hlava normálních rozměrů, normální velikost hlavy

NORMOTENZE – normální krevní tlak

NORMOSTENIE – normální fyziologický vzhled

NARKOMANIE – chorobná touha po narkotikách, drogách a závislosti na nich

PORT – speciální žilní vstup, komůrka, implantát pod kůží

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie

PARAVERTEBRÁLNÍ SVALY – svaly podél páteře

PSYCHOTERAPIE – cílevědomé léčebné působení na psychiku člověka

PREHYDRATACE - zavodnit

PROGREDUJÍCÍ - zhoršující

REHUMANIZACE – opětovné lidství

RESEKCE – operativní odstranění částí orgánu

RADIOTERAPIE – část radiologie zabývající se léčením pomocí ozařování ionizujícím zářením

SPIRITUÁLNÍ – duchovní, nadmyslový, nadzkušenostní

SPINOCELLULÁRNÍ KARCINOM – nádory kůže, nádor vzniklý z buněk pokožky, keratinocytů

STANDARDIZACE – jednotná úprava, normování

SUBMANDIBULÁRNÍ SLINNÉ ŽLÁZY – podčelistní slinné žlázy

TRANSAKCE – obchod, výměna

TRANSCENDENTÁLNÍ - již rozumu dané, nezískané zkušeností, přesahující, překračující

TERAPEUTICKÝ ČLÁNEK – léčebný článek

TOXICITA - jedovatost

TONSILLECTOMIA – chirurgické snesení patrových mandlí

TOXIKOMANIE – drogová závislost

TUMOR – nádor, novotvar

TEOLOGIE – bohosloví, věda zabývající se náboženskou vírou, jejími zdroji a předměty

VERIFIKOVANÝ- ověřitelný

OBSAH

ÚVOD

TEORETICKÁ ČÁST

1. Filozofická podstata věci.....	17
1.1 Historie duchovní péče o nemocné.....	17
1.2 Citace z Bible.....	18
2. Vnímání onkologické nemoci jedincem.....	19
2.1 Onkologická diagnóza.....	19
2.2 Schéma prožívání nemoci jedince.....	20
2.3 Lidská kvalita života.....	21
2.4 Existenciální i spirituální potřeby onkologicky nemocných.....	21
2.5 Otázka po smyslu, otázka PROČ?.....	23
2.6 Lidská důstojnost, důstojnost nemocného.....	23
3. Duchovní pomoc v utrpení.....	24
3.1 Definice duchovních potřeb.....	24
3.2 Cíle pastorální medicíny.....	24
3.3 Kdo poskytuje duchovní péči ve zdravotnických zařízeních.....	25
3.4 Duchovní zprostředkování.....	25
3.5 Uplatnění duchovní péče.....	28
3.6 Současná legislativa v duchovní péči.....	28
4. Prožívání pocitů klienta během hospitalizace.....	30
4.1 Strach.....	30
4.2 Pocit beznaděje.....	30
4.3 Pocit osamělosti.....	30
4.4 Pocit smutku.....	30
4.5 Psychická tíseň, porucha psychické rovnováhy.....	31

PRAKTICKÁ ČÁST

5. Ošetřovatelský proces u vybraného onkologického pacienta.....	32
5.1 Stanovení ošetřovatelských diagnóz.....	51

ZÁVĚR.....	59
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	61

ÚVOD

„Jsme to, co si myslíme,

naše myšlenky tvoří náš svět.“

Buddha

Námět k napsání tohoto složitého tématu pro moji bakalářskou práci mě provází od mých prvních dnů na střední škole, pokračoval na Vysoké zdravotnické škole a přetrvává i dosud - v době mého šestiletého působení na onkologickém oddělení Masarykova onkologického ústavu v Brně.

Téma je to velmi citlivé a v dnešní době, kde vše má svoji danou koncepci, standardizaci a systém, i z různých důvodů velmi diskutované.

Veškeré duchovní - chcete-li spirituální - hodnoty hrají důležitou roli v každém z nás, a to, aniž si to uvědomujeme. Poslední dobou se o spirituální složce života hovoří stále více, jako by bylo třeba hovořit i o jiné stránce lidského bytí.

V době zdraví si mnoho věcí nepřipouštíme. Žijeme realitou, prožíváme zážitkové hodnoty a na možnost nemoci a na strádání v tomto období vůbec nepomýšlíme.

Proč? Je život snad tak abstraktní, že nabízí jen okamžiky, které v přítomnosti člověka odvedou od zamyšlení sama nad sebou?

Ano, dnešní život je tak bohatý na různé prožitky, že nepomýšlíme na okamžik smrti, na okamžik, kdy budeme přemýšlet sami o sobě, o svojí osobnosti v jiné rovině. Je to rychlostí doby, konzumním způsobem života a v neposlední řadě i upřednostňováním statků a nadbytku nad vývojem duchovního růstu každého z nás.

Nejde ani tak o nějaké duchovní cvičení, každodenní meditaci či hluboké myšlenkové pochody, jde o to, abychom se vnímali ve své nahé lidskosti, ve skutečné zranitelnosti a pochopili své konečno a svoji smrt.

Přijmout svoji smrtelnost je téměř pro každého člověka velkým problémem, ale pro vnitřní růst je tento moment nepostradatelný. Tato nehmatatelná zkušenost, tento citový otřes má vliv na celkový osobnostní profil člověka.

Ve svém zaujetí nad pracovním či rodinným životem je pak jedinec v okamžiku

konfrontace při setkání se smrtí ve velkém šoku, je otřesen a vystaven citovému strádání. I když velmi bolestně a hořce, přesto v daném okamžiku osobnost člověka roste.

Hodnotový žebříček a smysl pro obecnou duchovní rovinu, snad i citovou vyspělost, získává člověk již s rodinným zázemím, po letech získaných zkušeností díky životním možnostem. Člověk tak získává takt či cit pro intuitivní jednání v různých životních situacích.

Právě ošetrovatelská činnost, jakou je péče o onkologické pacienty, vyžaduje v první řadě zvláštní nutnost citlivého jednání k dané osobnosti pacienta - klienta jako k totálně-tělesně-duchovní bytosti se specifickou krásou své individuality. Můžete mít mnoho kurzů k přístupu k takto specifickému okruhu klientů, ale vrozená intuice v modelu chování je neocenitelná.

K tomuto tématu se vracím opět po letech praxe, neboť stále cítím dluh zdravotníků v prostoru duchovních rozměrů v jednotlivých individuálních situacích - v kolotoči všedních dnů na nemocniční jednotce. Chtěla bych přispět svou prací k uvědomění duchovního rozměru u všech nelékařských pracovníků a to k opětovné rehumanizaci péče o nemocného s výsledným celkem o povědomí totálně – tělesně – duševní – spirituální jednotě individua.

Praxe poukazuje na mnoho správných kroků, čas modernizace a pochopení celkových duchovních otázek jedince a mnohé možnosti ve vyplnění deficitu se stírá a já jen s úžasem hledím na mnoho možností, které mohu využít v praxi.

TEORETICKÁ ČÁST

1. FILOZOFICKÁ PODSTATA VĚCI

Každé osobnosti je dána DUŠE, která během svého žití a prožívání je směřována na část nehmataelnou, necítilnou, na jakési nevyřčené „NIC“ s velkým obsahem. A snad v tom vidím potřebu pečovat nejen po stránce jedné nýbrž propojit jich co nejvíce, zohlednit celistvost každého individua – najít v něm tak prostou potřebu ducha a vyplnit ji. Z toho vyplývá, že člověk je bytostí duchovní.

Uvědomění jakého si vyššího smyslu, dle Frankla víry, je pro každého z nás životní otázka, v nemoci tento deficit stoupá a potřeba sílí. Je na nás zdravotníků rozpoznat jakési citově-duchovní usilování, hledání citové čistoty, plné humanity, naslouchání směřující ve vzájemném souznění i duchovní svobodě.

Má však cenu hledat „vyšší smysl v utrpení, jehož smysl, jehož vyšší smysl by jedině mohl dát jeho utrpení smysl?“ I po letech praxe stále chápu pojem vyšší smysl jako hraniční vyjádření pro transcendentní scénu, která je hlavní částí našeho krátkého života – učení Viktora E. Frankla – psychotherapeutické metody s existenciální analýzou, učení etikoterapie.

1.1 Historie duchovní péče o nemocné

O nemocné musí být pečováno především a nade vše.

Člověk jim má sloužit jako sám Kristus,

kterému tak ve skutečnosti slouží skrze ně.

Neboť On pravil:

„Cokoliv jste učinili jednomu z těchto nejmenších, mně jste učinili.“

Bible

K pochopení celkového problému duchovní péče o nemocné je historie. Historie poukazuje na naši minulost a zpětně na náš život, smysl bytí. Mě osobně velmi osobně zajímá, kde vyvěrel prvotní pocit potřeby pečovat o nemocné, zda je to jen zásluha křesťanského cítění.

1.2 Citace z Bible

Pochopení současné spirituální péče ve zdravotnických zařízení hledejme v Bibli: „Skupina nomádů, vedená Abrahámem, vyšla z oblasti starověké Mezopotámie a dostala se na Blízký východ. Pro velmi špatné životní podmínky část kmene odešla do Egypta. Zde se Izraelité dostali do otrockého postavení, ale díky Boží mocí byli vyvedeni z otroctví do země zaslíbené – celý Starý Zákon pak zprostředkovává Boha jako toho, kdo zachraňuje, který chudý lid vyvádí z poroby a o člověka pečuje – zde první zmínka o pastýři - a proto se pro Boha pečujícího, chránícího ujala metafora pastýře např. Žalm 23 říká: „Hospodin, je můj pastýř, nic nepostrádám, dává mi prodlévat na svěžích pastvinách, vodí mne k vodám, kde si mohu odpočinout. Občerstvuje mou duši, vede mne po správných cestách pro svoje jméno. I kdybych šel temnotou rokle, nezaleknu se zla, vždyť ty jsi se mnou.“ (Bible, Žalm 23, 2-4)

Z Nového Zákona je potřeba zmínit 25. kapitolu Matoušova evangelia, kde se Ježíš ztotožňuje s hladovými, žíznivými, nemocnými.

Lukášovo evangelium vypráví příběh o milosrdném Samaritánovi: „Pocestný je přepaden lupiči, obrán, zbit a nechán polomrtví u cesty. Dva kolemjdoucí se mu postupně vyhnou, až Samaritán /nepřítel/ byl pohnut soucitem, ošetřil mu rány odvezl jej do hostince — první hospic, špitál—a Ježíš pak vyzývá k obdobnému jednání. (Bible, Lukáš 10, 25-37)

V Novém Zákoně je pohled na nemocné upřesněn o modlitbě za nemocné, tento text je základem svátosti nemocných v katolické církvi.

Dle Kodexu kanonického práva katolické církve je kaplan – kněz, kterému je svěřena pastorační péče o některé společenství či zvláštní skupiny křesťanů.

Nyní je zřetelné, že duchovní péče o nemocné má křesťanské kořeny. Ale mimo to v minulém století se ke křesťanským kaplanům připojili i kaplani židovští, ke konci století se zajímali i o tuto službu muslimové. (Opatrná, 2010, str. 8)

2. VNÍMÁNÍ ONKOLOGICKÉ NEMOCI JEDINCEM

Onkologické onemocnění je v dnešní době jednou z těch onemocnění, které je na prvních příčkách úmrtnosti nejen v České republice. Je to onemocnění časté, s těžkým průběhem, s nízkou šancí úplného vyléčení a spojeno s mnoha komplikacemi během podpůrné terapie.

Obecně pojem mezi laickou veřejností a tiskem je chápán, jako choroba s nízkou šancí na vyléčení a s postupem času s pocitem strádání a smrti. Vyvracet daná data a zažité věci laické veřejnosti nejde, obava a pocit bezmoci v nemoci je zcela na místě.

2.1 Onkologická diagnóza

Zjištění onkologické diagnózy pro člověka je situací, která jej stojí mnoho úsilí jí akceptovat – přijmout za své a velmi těžce se s ní člověk vyrovnává - přijímá to, co přijde po stanovení – potvrzení diagnózy.

Co prožívá nemocný člověk?

Co vnímá?

Jak svoji nemoc chápe?

Co sám sobě je schopen přiznat a připustit okolí?

S kým chce hovořit o svoji chorobě?

Či je v takovém šoku a prožívá smířování, či popírá skutečnost?

A bojí se... mlčí a tiše v sobě dusí plno ambivalentních emocí, které na povrch vyplynou až v okamžiku zvláštním a jedinečném jen pro nemocného samotného, blízkého člověka nebo přihlížejícího.

Choroba obecně je jako bezmoc, nemocný člověk nemá dost sil, je odkázaný na pomoc druhého člověka, je zcela myšlenkově vyveden z míry a nedokáže racionálně posoudit jakoukoliv zcela obyčejnou životní situaci a dostává se do bludného kruhu svých černých myšlenek.

Svým trápením je vytržen z běžného života, je ustrašen, mrzutý, ztrácí pevnou zem pod nohama, jistotu, kterou zažíval a nemá chuť se podílet na běžných životních

jevech. Každý pacient prožívá individuálně jednotlivé fáze prožívání své choroby a specificky se s nimi vyrovnává.

Obzvláště pokud se již léčí a léčba neprobíhá podle jeho představ, skýtá mnoho komplikací a dalších navíc hospitalizací - je nevrlý a sám sobě nepříjemný, je jen lidská bytost a vnitřní chaos a zmatek se odráží na jeho vnějším jednání, aniž by si to uvědomoval, jedná zcela emotivně, přímočaře i bouřlivě.

Zde je ten okamžik, kdy vcházím já na scénu – já zdravotník – který musí vytušit, jak bouřlivý proces emocionálního rozporuplného sledu reakcí se v nemocném probouzí a včas jej nasměrovat k dané psychoterapeutické pomoci.

2.2 Schéma prožívání nemoci jedince

Pro vzorce prožívání jakékoliv choroby máme v psychologických učení mnoho odborných termínů. Kognitivní prožívání či schéma nemoci vystihuje reakci člověka na nemoc a v podvědomí daného jedince se tvoří myšlenkové obrazy nemoci (identifikace nemoci: rakovina – smrt). (Křivohlavý, 2002, str. 26 - 27)

Vystihuje to přesně to, co člověk ve své mysli o chorobách zná, slyšel či četl, podvědomě si začlenil informace o jednotlivých nemocech a s tím operuje.

Tato utkvělá představa o chorobě má velmi velký vliv na jeho prožívání choroby, léčbu, plnění rad lékaře i léčebných popř. preventivních pokynů.

Schéma nemoci člověka ovlivňuje natolik, že podléhá milným informacím, deziluzím a může si vše vysvětlovat jinak. Obecné podvědomí o chorobě se liší v průběhu v čase, v místě, příčině a vzniku nemoci, způsobu léčení. Ovlivňuje jej i obecné podvědomí o chorobě jako takové, u laiků, odborníků i zdravé populaci.

To jak člověk si vytváří identifikaci o jednotlivých chorobách ukazuje i prožité dětství, setkání se starší populací a rodinnými příslušníky, jejich obavy, zkušenosti, strasti, bolesti i komplikace.

Zdá se velmi složité získat myšlenkovou představu o nemoci jako pacient, vše je mnohem složitější v mysli každého z nás, na základě nějaké a jakékoliv zkušenosti, která nás omylem či správně posunula kupředu.

Kognitivní schéma je přesné určení nemoci. Zkusme si to vysvětlit na pojmu RAKOVINA a důsledek nemoci - HOSPITALIZACE. To či ono co v chorobě vidíme – jako bolest, představa o příčině nemoci – genetická zátěž, doba trvání nemoci a nakonec možnost léčení - chemoterapie spojená s nevolnostmi.

2.3 Lidská kvalita života

Pochopení, co se děje v duši pacienta, je možné jen tehdy, když se vychází z koncepce kvality jeho života. Kvalita našeho života určuje způsob boje s onemocněním. Kvalita života člověka je podle této teorie dána pocitem spokojenosti se svoji životní cestou k vytčenému cíli a ta člověka ovlivní i v pochopení své choroby. Míra spokojenosti se pak projeví emocionálně a to v citovém stavu člověka. (Křivohlavý, 2002, str. 97)

2.4 Existenciální i spirituální potřeby onkologicky nemocných

Vyřčením onkologické diagnózy se derou na mysli nemocnému člověku existenciální a spirituální potřeby. Jeho dosavadní život ztratil smysl, ztratil řád a jeho spokojenost se svým životem a spokojenost existenciální je narušena, rovnováha physis, spirituální - duše trpí, strádá – nabourává se obecný denní život jedince v každodenním rytmu a člověk se dostává do režimu nemocničního, cizího, neznámého a tolik nových věcí jej psychicky rozladí a nabourá jeho dosavadní život.

Mezi laickou i odbornou veřejností panuje domněnka, že spirituální potřeby neboli duchovní či nadsmyslné – (lat. transcendentní, to jest to, co přesahuje hranici vědomí a poznání) mají pouze lidé věřící a nábožensky zaměření. Ale není to tak.

V době nemoci – v době přemýšlení nad sebou samým – nad svojí chorobou člověk cítí určité pocity sobě nepopsatelné ale dnes již pojmenovatelné a hledá na ně odpověď. Jsou to stavy naděje, bezmoci, radosti, úzkosti, psychické tísně, pocit psychické neschopnosti, pocit ztráty, pocit zármutku, vlastního selhání nad sebou samým, ztráty životní rovnováhy.

Těžce nemocný člověk mimo léčení bolesti a podávání léků potřebuje vedle sebe člověka, který jej přijme zcela hluboce lidsky, naze, nebude uměle řešit jeho negativní pocity, který přijme jeho zlobu, zášť i zlost na celý svět a na směřuje jej k hluboce lidským úkonům této nelehké životní etapy:

- Přijmout více či méně roli novou
- Uvést si do souvislostí svůj dosavadní život s životem „okleštěným“ nemocí, včlenit se do vlastního životního příběhu
- Najít smysl života i v nové situaci
- Najít a hlavně docenit smysl života dosud žitého
- Vyrovnat se s obavami o sebe, zvládnout bezmoc, bolest
- Vyrovnat se s bilancí vlastního života, s životními úspěchy, neúspěchy, s vlastním selháním
- Vyrovnat se s domnělými i se skutečnými křivdami
- Vyrovnat se s dluhy odpovědnosti vůči životnímu partnerovi, dětem
- Dospět k odpuštění (Opatrný, 1995, str. 28)

Tyto spirituální otázky souvisejí s existenciálními otázkami života, málo kdo si uvědomuje jejich důležitost na cestě naším životem. Nemocný o těchto věcech komunikovat může a nemusí, záleží jen na něm.

Rovnováha naší vnitřní duchovnosti je v době nemoci rozvrácena, potřeba duchovna a duchovních otázek se v době nemoci zintenzivní a člověk přemýšlí o věcech „nadpozemských“ o smyslu našeho neštěstí.

Nejhlubší jistota člověka v spirituální oblasti – pocit lásky, podpory, lidské nezištnosti, pohlázení, velmi sílí a člověk chce niterně hovořit o svých pocitech jen s člověkem, ke kterému nabyl důvěry a je přesvědčen, že mu bude rozumět. Tyto rozhovory mohou mít obsah náboženský, ale nemusí, mohou jen se dotýkat hloubek života. (Svobodová, 2010, str. 4)

My zdravotníci nejsme dobře proškolení pro řešení takovýchto situací a neumíme hrát roli, těch, kteří tyto vyšší potřeby umí naplňovat ani neumíme na všechny otázky pacientovi dobře odpovědět, zareagovat, ale můžeme aktivně zprostředkovat kontakt kněze nebo pastoračního pracovníka.

2.5 Otázka po smyslu, otázka PROČ?

Nejčastější otázku si nemocní kladou sami sobě, k druhým – „PROČ?“

„Proč trpím, proč jsem nemocen zhoubným nádorem, proč já?“

Ptají se po smyslu nemoci, smyslu utrpení, smyslu dosavadního života a od skutečnostech po přesahující věci svého bytí až po otázky k Bohu až po věci přesahující – transcendentu. (Bajer, 2010, str. 4)

Slyšet takto hovořit pacienta není již v kompetenci zdravotníka, tyto hovory a rady jsou velmi specifické a nutno podotknout velmi podložené filozofickým vzděláním, které my zdravotníci nemáme.

Nám, zdravotníkům, se stává, že se mnohdy pacienti dožadují odpovědi, poněkud velmi zoufalým způsobem, pro nezkušeného laika nepochopitelné.

2.6 Lidská důstojnost, důstojnost nemocného

Ze zkušenosti praxe zdravotní sestry můžu hovořit, o tom, že důstojnost člověka, lidské bytosti je pochopení projevu úcty člověka k člověku, k sobě samému, respektování lidské existence. Je potřeba vyjít z úcty k životu, k hodnotě sám sobě i k druhým.

Lidská bytost a veškerá živá bytost stvořena na světě je svou jedinečností neopakovatelná.

Respektování lidské důstojnosti a specifických potřeb každého jedince je pochopení důstojnosti lidské hodnoty – mravní požadavky úcty vůči všem lidským bytostem. (OSN, 1948)

Ošetřující personál by měl respektovat lidskou důstojnost nemocného, tišit bolest fyzickou, ale nepřehlédnout související psychické obtíže a nebude se obracet zády strachu, obav, tísně pacienta.

Nerespektování lidské důstojnosti vede u pacientů k pocitům strachu, úzkosti, snížení lidské důstojnosti nemocného a prohloubení pocitu marnosti, ztrát ve svém životě, nyní podlomenou závažnou chorobou.

3. DUCHOVNÍ POMOC V UTRPENÍ

Duchovní pomoc v utrpení má poslání předávat základní hodnoty křesťanského života, které nemocnému pomáhají v boji proti izolovanosti, uchovat si citlivé srdce i vnímavou duši v době těžké nemoci a jednat i v nejtěžších chvílích ve shodě s Boží vůlí.

Charakteristika duchovní péče se dá shrnout do několika bodů:

- a) Služba s ohledem na potřeby: existenciální, duchovní, náboženské
- b) Hledání a přivádění ke zdrojům: osobním, víry, kulturním, společenství
- c) Individuální přístupu (Opatrná, 2010, str. 6)

3.1 Definice duchovních potřeb

Duchovní potřebou je potřeba jedince udržovat vztah s transcendentem anebo jinou vyšší mocí rozumíme tím vertikální dimenzi, nebo naopak horizontální dimenzi, která vyjadřuje vztah k sobě samému, síla vlastního já. (Komínková, 2002, str. 24)

Duchovní potřeby jsou ukryté ve všech náboženstvích a plyne z nich:

- potřeba pro smysl a účel
- potřeba lásky a spolunáležitosti
- potřeba odpuštění (Komínková, 2002, str. 24)

3.2 Cíle pastorální medicíny

Pastorální medicína (latinsky pastor, pastoralis - pastýř, pastýřský) se zabývá studiem základních dimenzí lidské osoby ve vztahu ke zdraví a nemoci. Zkoumá jakoukoliv etiologii choroby např. somatickou (bolesti), biologickou (mikroorganismy), psychickou (zármutek), sociální (obtíže v zaměstnání) i spirituální (selhání při plnění životních úkolů).

Tento přístup vychází z poznatků dnešní filozofie, antropologie i teologie, chce se uplatňovat všude tam, kde se narušil řád ve všech dimenzích člověka, vedení klientů

ke správnému způsobu života. Nejvyšší klad tvoří v individuální zdravotní péči o nemocného klienta, aby byl sám sebou, byl schopen přijmout sám sebe i skutečnosti svého života s láskou, a to i v utrpení a blížící se smrti.

Cílem pastorační péče o nemocné a trpící je správné jednání s člověkem, ve kterém respektujeme jeho jedinečnost, pomáháme k důstojnému zvládnutí životní krize, přistupujeme k nemocnému z pozice věřících křesťanů umožňujeme dostupnost víry.

3.3 Kdo poskytuje duchovní péči ve zdravotnických zařízeních?

Základní duchovní péči může poskytovat celá řada lidí, od dobrovolníků, přes duchovní místních komunit. Ti, kteří poskytují duchovní péči ve zdravotnických zařízeních jsou kaplani, poskytovatelé duchovní péče. Tato péče není jen poskytnuta pacientovi, poskytnuta je i rodině nemocného. Nemocniční kaplani mají specializované vzdělání teologického a klinického zaměření.

Denní práce nemocničního kaplana obnáší:

- Citlivost k multikulturním a mnoho-náboženským skutečnostem
- Respekt k pacientově duchovní a náboženské orientaci
- Porozumění vlivu nemoci na jedince a na ty, kdo o pacienta pečují
- Znalost systému a dynamiky zdravotní péče
- Zodpovědnost jako součást týmu profesionálů, kteří pečují o pacienta
- Zodpovědnost ke své náboženské skupině

Obecně se ví, že naše duchovno pomáhá k zapojení těla, mysli a ducha k udržení zdraví a boje s nemocí. Dřívější pohled do minulosti odhalí spjatost medicíny a náboženství, které bohužel nepřetrvalo do nynější doby. Klinická pastorační péče byla ve světě poprvé aplikována v USA. (Čermák, 2010, str.10)

3.4 Duchovní zprostředkování

Sám jejich Bůh bude s nimi a setře jim každou slzu s očí.

A smrti již nebude, ani žalu, ani nářku ani bolesti už nebude

- neboť co bylo, pominulo.
(Bible, Zjevení 21,3-4)

Péče o nemocné věřící katolického řádu je zvýrazněna tzv. svátostnou službou - slouží duchovní. Duchovní (biskup, kněz či jáhen) má k nemocnému některé povinnosti jako: nepředstíraná láska, svědectví Krista, služba slova. Má za úkol povzbuzovat nemocné, vyslechnout je, posilovat v jejich víře, vzbuzovat důvěru, duchovně zprostředkovat svátostnou službu nemocnému, která obsahuje:

❖ KŘEST

Rozhodnutí ke křtu je zcela svobodné, nemocný tak vyzná svou víru v Krista a vyjádří svoji touhu žít s ním v nemoci i ve zdraví.

❖ BÍŘMOVÁNÍ

Jedná se o svátost, uvádějící do plnosti křesťanského života.

❖ EUCHARISTIE

Tato svátost je velmi častá, provádí jí kněz u lůžka nemocného přímo v pokoji. Eucharistie čili svaté přijímání vyjadřuje smíření s Bohem i s lidmi, vyjadřuje jakýsi vnitřní klid, vnitřní smíření. Nemocný by měl před udělením této svátosti držet eucharistický půst, jen čtvrt hodiny. Voda ani léky půst neruší. Pokud nemocný nemůže přijmout ani menší část hostie, je možné mu podat svaté přijímání po způsobu vína.

❖ SVÁTOST MANŽELSTVÍ

V nemoci může nemocný legalizovat svůj občanský nebo církevní sňatek i nemanželský svazek zpečetit. Lze zajistit zda lze dle daného právního stavu dotyčných manželství uzavřít, pokud ano je zapotřebí sepsání všech náležitostí i dokumentů, je třeba kněz a dva svědkové. Dovoláním biskupa je možné manželství uzavřít jinde než v kostele.

❖ POMAZÁNÍ NEMOCNÝCH

Tuto svátost nemocný přijímá, když vážně onemocní, nebo pokud jeho síly stářím jsou zřetelně oslabeny. Lze je přijmout i vícekrát za život, pokud se nemocný uzdravil a později opět onemocněl. Svátost vyjadřuje pomoc v nemoci i ve stáří. Zprostředkovatelem této duchovní pomoci je kněz či biskup. Svátost se uděluje ve dvou krocích, nejprve úvodní modlitby, později kněz vkládá své ruce na hlavu nemocného mlčky, později nemocného maže olejem na hlavě i na rukou a říká:

„Skrze toto svaté pomazání ať ti Pán pro své milosrdenství pomůže milostí Ducha svatého. Amen. Ať tě vysvobodí z hříchů, ať tě zachrání a posilní. Amen.“

❖ VIATIKUM

Svátost vyjadřující bezprostřední přípravu na smrt, znamená svaté přijímání na cestu do věčnosti, přijímání Těla Kristova v blízkosti smrti. Pomocí této svátosti nemocný obnovuje své křestní vyznání, kněz uděluje plnomocné odpustky pro okamžik smrti.

❖ SVÁTOST POKÁNÍ

Svátostné smíření nebo-li přijetí svátosti pokání je výrazná duchovní pomoc pro nemocné. Nemocný jím vyjadřuje lítost nad svými hříchy, důvěru v odpouštějícího Krista, cesta ke spáse.

Nejdůležitějším článkem této skutečně humánní péče v nalezení duševní vyrovnanost, uspokojení, smíření je tak prostý ROZHOVOR.

První fáze rozhovoru vyjadřuje jakési SBLIŽOVÁNÍ s pacientem: Znamená umění naslouchat, vytvořit jakési společenství - důvěrný vztah, kde nemocný sám dochází k nejhlubšímu sebepoznání. Nemocný má zde možnost sdělit to, co ho v hloubi srdce nejvíce trápí a tíží.

Druhá fáze rozhovoru je nazývána jako SPOLEČNÝ SESTUP DO HLUBIN. Označována je různě dle Fabera je snad nejvýstižnější popis přechodu od objektivních, věcných údajů, k věcem subjektivním - osobním. Pastýř se snaží celou situaci nemocného postavit do Božího světla, snaží se oba odpovědět na otázku smyslu života v době nemoci, jaké si nalezení duchovní prozřetelnosti. Společně si kladou otázky víry, citují z Bible žalmy i modlitby, nastane chvíle, kdy s vírou člověk vidí naprosto jinak. Zde nastane i chvíle pro vyznání vin, zpovídání se, ale i velmi cenné zvěstování odpuštění.

Člověk, který vede pastýřský rozhovor musí být školen a mimo teoretických i praktických dovedností musí mít s nemocným velmi úzký a důvěryhodný vztah, který vyjadřuje postoj „být s ním“, zažívají společně „spolu-cítění, spolu-myšlení“ Pastýř se chová k nemocnému s úctou, akceptuje nemocného, je citově vřelý, silně opravdový, empatický.

Zdravotní sestra má zde velké pole působnosti v tom, že zjistí, zda si klient přeje hovořit s duchovním. Zajistí jejich setkání v domluveném termínu a připraví pokoj i nemocného k duchovní posile. (Estetická a hygienická úprava klienta, ticho popřípadě

anonymita a klid na pokoji, vyčlenění speciální místnosti jen pro nemocného i duchovního.)

3.5 Uplatnění duchovní péče

- V akutní péči
- Dlouhodobá péče, asistovaný život
- Rehabilitace
- Mentální zdraví
- Ambulantní péče
- Léčba narkomanie, toxikomanie
- Mentální retardace, vývojové handicapy
- Hospic
- Paliativní medicína, onkologické jednotky (Čermák, 2010, str.10)

3.6 Současná legislativa v duchovní péči

V době přesné standardizace ošetrovatelské péče se klade velký důraz na stanovené mantinely veškeré péče o pacienty, v době kontrolních auditů na zdravotnických pracovištích se jasně nese otázka, jak je legislativě podporována tato tak specifická péče kdy je zdravotnictví pevně ukotveno v jasně stanovených rolích.

V období nemoci pacient velmi málo pociťuje ohleduplnost, dostatek komunikace ve zdravotnickém systému, který je pro něj tak těžce smysluplný, ocitá se v naprosto cizím prostředí.

Prvním krokem bylo v roce 1992 centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví přijata „Práva pacientů“, které formulují a akceptují potřeby uživatelů zdravotnických služeb. Bohužel jsou jen doporučením nikoliv právním argumentem.

Začátkem devadesátých let byl spuštěn experimentální projekt Charitní ošetrovatelská služba v rodinách – kde se mělo ověřit jak zdravotní péče v domácím tedy přirozeném prostředí působí na nemocné a zda se ušetří státní peníze, tento projekt později finančně podpořilo Ministerstvo zdravotnictví, po roce 1994 tento projekt byl schválen a umožňoval takto poskytovat zdravotní péči, ale nenastal úbytek nemocných v nemocniční péči jaký byl předpoklad.

Dalším pozitivním krokem byl vznik hospiců, péče o pacienty v terminální péči. Zde se poprvé začalo hovořit o pojetí kvality života, jak ji definuje sám pacient a jeho blízcí, péče o pacienta ve smyslu duchovní a duchovní péče, řešení existenciálních otázek, zpřístupnění duchovního pracovníka či kněze a poskytování služeb posledních – poskytování svátosti umírajících.

„Současná zdravotnická legislativa se duchovní péči nezabývá, ale také jí nezakazuje“, hovoří PhDr. Václav Filec, dále pokračuje „mimořádně zákon o zdraví lidu č. 20 pochází z roku 1966.“

Citace z Práv pacientů, bod 2: „Pacient má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnostem denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních návštěv) může být provedeno pouze ze závažných důvodů.“(ETICKÝ KODEX, 1992)

Nejnovější návrh zákona o zdravotní péči, v hlavě IV, dílu 1, § 49 se objevují i práva pacientů, v odstavci můžeme číst: „Pacient má právo přijímat představitele církví a náboženských společností za účelem duchovenské činnosti, s ohledem na zdravotní stav a v souladu s vnitřním řádem zdravotnického zařízení ústavní péče, pokud není zvláštním právním předpisem stanoveno jinak.“(ETICKÝ KODEX, 1992)

Tedy po zmiňovaných citacích je jasné, že pacient by měl mít právo i na duchovní péči bez ohledu na to zda je toto ukotveno v právním řádu.

Je však nutné tak činit v souladu se zdravotní péčí i lékařskou etikou, je jasné, že každý pacient má jiné či specifické potřeby, požadavky.

Někteří pacienti nemají žádný vztah k žádnému náboženství, ale i přesto mají své potřeby – duchovní, spirituální a chtějí svoji krizovou životní cestu ukončit v bezpečí, touží po odpuštění a odpočinku ve svém nitru, smíření ve svém duchu i s rodinou. V tom je velmi důležité poskytovat tak specifickou péči. (Filec, 2010, str. 4)

4. PROŽÍVÁNÍ POCITŮ KLIENTA BĚHEM HOSPITALIZACE

4.1 Strach

- z bolesti
- ze smrti a její nevyhnutelnosti, z neznáma, co jej čeká
- z pocitu osamocení a samoty
- z vlastní slabosti, neschopnosti, ztráty integrity a autonomie, ze ztráty důstojnosti
- z nejistoty
- z rodinných problémů
- z pocitu izolovanosti
- z pocitu nedokončené práce
- ze změny hodnot a potřeb
- ze ztráty životních jistot z důvodů dlouhodobé hospitalizace
- z důvodu nezkušenosti s nemocenským stavem

4.2 Pocit beznaděje

- Pocit beznaděje z důvodu zhoršení či poruchy fyziologického stavu.
- Pocit beznaděje z důvodu omezené aktivity a následné izolace.
- Pocit beznaděje z důvodu opuštěnosti, ztráty lidské blízkosti.

4.3 Pocit osamělosti

- Pocit osamělosti z důvodu tělesné izolace.

4.4 Pocit smutku

- Pocit smutku - anticipační z možné očekávané ztráty např. obava z převratné změny životního stylu či obava z nemoci.
- Pocit smutku - reaktivní jako odpověď člověka na určitou ztrátu např. ztráta části vlastního těla tedy z amputace, ztráta vlastních ideálů.

4.5 Psychická tíseň, porucha psychické rovnováhy

- Psychická tíseň z důvodu závažného onemocnění.
- Spirituální tíseň z důvodu utrpení či velkého trápení.
- Spirituální tíseň z důvodu nedostatku možnosti duchovní péče.
- Porucha spirituální rovnováhy z důvodů nemoci.
- Porucha spirituální rovnováhy z důvodu ztráty smyslu života v době nemoci.
- Porucha spirituální rovnováhy z důvodu duševního zakolísání v době nemoci.

(Červinková, 2001, str.165)

Tyto i mnoho jiných ošetrovatelských diagnóz najdeme v mnoha knihách moderního ošetrovatelství. Ukazuje se zde fakt, že již dnes umíme moderně pojmenovat duchovní problém klienta a správně zařadit do ošetrovatelského procesu. Tvořit tyto velmi specifické ošetrovatelské soubory je náročné, pro sestru aktivní v nemocniční péči je již vzor zcela vypracován, stačí jen aplikovat na svého klienta a jeho individuální potřebu a následně ji uspokojit.

PRAKTICKÁ ČÁST

5. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U VYBRANÉHO ONKOLOGICKÉHO PACIENTA

Zvolením tématu ošetřovatelského procesu byla má duševní pohnutka během šestileté praxe na onkologické jednotce Masarykova onkologického ústavu v Brně. V uspokojování všech potřeb pacienta během služby ve dne i v noci, při aplikaci léčiv či aplikaci chemoterapeutik, jsem zjišťovala duchovní – spirituální potřeby i vnitřní otřes prožívání emocí v nemocném člověku.

V této chvíli nejsou až tak důležité biologické potřeby, ale duše nemocného člověka, která se vyrovnává s onkologickou diagnózou.

Práce zdravotní sestry nespočívá jen v bezchybné aplikaci léčiv, mnoha ošetření ran, ale hlavně v lidském - nezištném, taktním zcela humánním přístupu. Nemocný člověk vyžaduje mnoho, neřekne slovy nic, naznačuje mnohé a jen zkušená sestra, otevřená emocím člověka dokáže reagovat zcela lidsky, prostě až naze mlčky a stává se oporou nemocného.

My zdravotníci, jsme jedním terapeutickým článkem, jak v duševním kolísání nemocného člověka rozpoznat volání o pomoc, tak nasměrovat jej na mnohem odbornou pomoc na kterou, my sestry nejsme tak proškoleni.

Informace o výběru nemocného, kterého zde popisuji v ošetřovatelském procesu jsem vybírala z pacientů kliniky, kde pracuji, který se již opakovaně léčil chemoterapeutickým i radioterapeutickým režimem.

Jedná se o člověka naprosto smířenou s chorobou, přístupný k jakýmkoliv rozhovorům, člověka, který si v životě mnohé vytrpěl a nakonec volil léčbu chemoterapií. Sběr informací probíhal od října 2010 do března 2011, skládá se z mnoha rozhovorů, debat a kontaktů s tímto člověkem, který souhlasil se intimně odhalit, hovořit o svých pocitech, potřebách a duševních pohnutkách během léčby.

Tento pacient se na klinice léčí od začátku roku 2010 dosud, absolvoval operaci krku, tonsillektomii, excizi z krčního tumoru 09.2010, kde z histologie byl zjištěn

středně diferencovaný invazivní spinocelulární karcinom, později došlo k radikální krční direkci v oblasti baze lební a spodiny dutiny ústní a prokázaly se metastáze v submandibulární žlázy s infiltrací kosterní svaloviny i slinné žlázy spinocelulárním karcinomem. Pro budoucí léčbu konkomitancí chemoterapie a radioterapie byl navrhnut zavedení žilní systém PORT 09.2010 a později PEG 10.2010 – perkutánní gastrotomie, pro zajištění klesajícího perorálního příjmu.

Svoje pozorování jsem zahájila v průběhu šestého režimu chemoterapie, 20 den radioterapie na oblast krku, na podzim 2010.

Rozhodla jsem se hovořit ve své práci o duchovních, spirituálních potřebách, proto upřednostňuji pouze jen tyto oblasti ošetrovatelského procesu a snažím se zmapovat tuto tak specifickou oblast.

Má závěrečná práce se může jevit jako neúplná, ale však hovořím jen o jedné oblasti člověka a to je jeho duše, jsou zde jen zmiňované duchovní problémy.

INFORMAČNÍ ZDROJE

Informace jsem čerpala z rozhovoru s pacientem, od jeho rodiny, od manželky, přátel, dětí. Nahlédla jsem i do lékařské dokumentace. Během péče o něj jsem sestavila podrobný seznam informací o jeho osobě.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: X. Y.	Pohlaví: muž
Datum narození: 1952	Věk: 59
Adresa bydliště, telefon:	Číslo pojišťovny: 111
Adresa příbuzných:	Zaměstnání: ředitel organizace
R.Č.:	Státní příslušnost: česká
Vzdělání: vysokoškolské, technicky zaměřeno	Číslo chorobopisu:
Stav: ženatý	Typ přijetí: terapeutický, k chemoterapii, radioterapie
Datum přijetí: 01.10.2010	Ošetřující lékař:
Oddělení: Klinika komplexní onkologické péče	Ošetřující sestra:

DŮVOD PŘIJETÍ UDÁVANÝ PACIENTEM

„Přijatý jsem k první dávce chemoterapie a radioterapie, mám celkem obavy, ale musím to zvládnout. Jiné řešení v mé cestě terapie už není tak spoléhám na to, že mi tady pomůžete.“

MEDICINSKÁ DIAGNÓZA HLAVNÍ

Ca oropharyngis (tonsillae palatinae l. sin) metastáza krčních lymfatických uzlin.

MEDICÍNSKÁ DIAGNÓZA VEDLEJŠÍ Hypertenze esenciální

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 140/80 torr	Výška: 176 cm
P: 84	Hmotnost: 77 kg
SAT: 99	BMI: 24,86 (normální)
TT: 37,1 °C	Pohyblivost: úplná, soběstačný
Stav vědomí: při vědomí	Krevní skupina: A +

NYNĚJŠÍ ANAMNÉZA

Pacient s histologicko-verifikovaným středně diferencovaným spinocarcinomem levé patrové tonzily s rozsáhlým metastatickým postižením krčních lymfatických uzlin vlevo, radikálně provedena resekce levostranné tonzilektomie s excizí z metastáz na krku. Již bez stehu, rána zahojena.

DIAGNOSTICKO-TERAPEUTICKÁ ROZVAHA

59- letý pacient v celkově dobrém stavu, bez závažných komorbidit s velmi pokročilým metastatickým postižením krčních uzlin vlevo, (infiltrace paravertebrálních svalů, submandibulární slinné žlázy i spodiny ústní per kontinuitatem) s primárním tumorem nalezeným v tonzile vlevo. Vzhledem k rozsahu onemocnění a celkově dobrému stavu pacienta je indikována RT+CHT s radikálním záměrem, RT normofrakcionace, CHT dle platného režimu léčba cisplatinou, vzhledem k očekávané toxicitě slizniční léčba sporanoxem, ošetrovatelská péče o dutinu ústní. Pokud dojde ke snížení perorálního příjmu aplikace nutrisonu frakcionaně do PEG.

RODINNÁ ANAMNÉZA: nádorová onemocnění v rodině nejuje

OTEC: zemřel na infarkt v 50 letech, neléčil se z žádnou chorobou

MATKA: léčba těžkého astmatu, žije bez jiných onemocnění

SOUROZENEC: nemá

DĚTI: dcera zemřela na ischemické krvácení z aneuryzmatu ve 29 letech, dvě děti
vyživil již dospělé bez chorob a obtíží

PŘEKONANÉ A CHRONICKÉ ONEMOCNĚNÍ: herpes zoster v roce 1975,
hypertenze esenciální od roce 2008 toho času kompenzovaná medikamenty, výskyt
bradykardie progredující do asystolie 23.09.2010 před plánovanou operací, KPR
(masáž, Atropin, Adrenalin) operace provedena, poté opakované bradykardie reagující
na podání atropinu. Později stabilizován překlad na pooperační JIP. Prodělané angíny
v dětství.

HOSPITALIZACE A OPERACE: tři operace krku

ÚRAZY: 0

TRANSFUZE: ano, během operace, bez komplikací

OČKOVÁNÍ: klasické, dle očkovacího kalendáře

LÉKOVÁ ANAMNÉZA:

NÁZEV LÉKU	FORMA	SÍLA	DÁVKOVÁNÍ	SKUPINA
PRENESSA	TBL	4 mg	1-0-0	ANTIHYPERTENZIVUM
DEGAN	TBL	10 mg	1-1-1	ANTIEMETIKUM
APO-SIMVA	TBL	20 mg	0-0-1	HYPOLIPIDEMIKUM
LACTULOSA	max.	-----	10 ml 3x denně	LAXANTIVUM
ALGIFEN	GTT	-----	30 gtt 4x denně	ANALGETIKUM
SPORANOX	SOL	-----	10-0-10 ml	ANTIMYKOTIKUM
NUTRISON do PEGu	SOL	-----	2000 ml denně	ENTERÁLNÍ VÝŽIVA

Léky dle potřeby:

CORSODYL	SOL	-----	kloktat během dne	STOMATOLOGIKUM
IMODIUM	CPS	2 mg	max. 6x denně	ANTIDIAROIKUM
ZOFRAN	TBL	8 mg	max. 2x denně	ANTIEMETIKUM
TORECAN	SUPP	6,5 mg	3x denně	ANTIEMETIKUM

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA: neuvádí

LÉKY: ano

POTRAVINY: Ovosan, Nutridrink a další doplňky stravy

CHEMICKÉ LÁTKY: žádné neuvádí

ALKOHOL: pivo 1x denně, večer 0,2 l vína, tvrdý alkohol příležitostně

KOUŘENÍ: dříve, stop-kuřák ve 14 letech

KÁVA: 2x denně

JINÉ DROGY: 0

STAV: čerstvě ženatý

BYTOVÉ PODMÍNKY: bydlí ve vlastním domě

VZTAHY, ROLE, INTERAKCE V RODINĚ: bezkonfliktní vztah s manželkou

VZTAHY, ROLE, INTERAKCE MIMO RODINU: vedoucí firmy, řídí chod technického zázemí firmy, vybavování a export výrobků, stráví denně ve firmě i 20 hodin, baví ho řídit a rozdělovat úkoly podřízeným, vyřizuje finanční transakce firmy, má rád zodpovědnost i časový pres během dne, bez tlaku a shonu by se práce neobešla - jak sám říká.

ZÁLIBY: relaxace u hudby, procházky a malé túry, preferuje krátké dovolené během roku, nejraději hory, nejoblíbenější relaxace - rád skládá puzzle – hovoří o dětské zálibě se dvou deci červeného, na kterou poslední rok neměl čas, četba literatury faktu, divadlo obecně a filmy

VOLNOČASOVÉ AKTIVITY: zahraje si i golf, ale to poslední dobou nešlo,
což ho velmi mrzí

VZDĚLÁNÍ: vysokoškolské, technicky zaměřeno

PRACOVNÍ ZAŘAZENÍ: vedoucí firmy

ČAS PŮSOBENÍ, ČAS ODCHODU DO DŮCHODU: prozatím neuvažuje

VZTAHY NA PRACOVÍŠTI: bohužel ve vedoucí pozici musí být nekompromisní,
tedy autoritativní, vyžadující respekt

EKONOMICKÉ PODMÍNKY: velmi dobré

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA: vnitřní rovnováha spočívá ve velké síle vlastních znalostí, v dobrém zázemí, síla rodiny

RELIGIÓZNÍ PRAKTIKY: nedělní návštěva bohoslužby v místě bydliště – né často

NÁBOŽENSKÁ ORIENTACE: římský katolík

Popis fyzického stavu ze dne 01.10.2010		
SYSTEM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
HLAVA A KRK	<p>„Bolesti hlavy mám ojediněle, trpím na ně jen když se málo vyspím, nebo když jsem pracovně unaven.“</p> <p>„Nosím brýle jen na čtení. Slyším dobře, zuby mám svoje.“</p> <p>„Nyní mám popraskané rty, málo piji, tak to je asi z toho, v krku mě nebolí, jen mám často sucho v ústech.“</p> <p>„Jsem si vědom toho, že mi je na krku vidět jizva po operaci a tak nosím šátek, cítím se tak lépe mezi lidmi, vadí mi jen, že funkce krku je značně omezená, takže se nemohu dobře otáčet na obě strany, celkem dlouho mi to vadilo, ale už jsem se smířil.“</p> <p>„Ty obtíže po záření a nutné převazy mi celkem vadí, ale to je daň za léčbu, tak trpělivě čekám na zlepšení situace, ale hojí se to, tak jen tiše přihlížím sestřám pod ruce.“</p> <p>„To, že je krk zduřený, čert to vem, dá se říct, že všichni v mém okolí ví, že se léčím a tak nic zas tak nemaskuji, i když šátky nosím kvůli okolí.“</p>	<p>LEBKA: normocefalická, na poklep nebolestivá, bez výrůstků, výstupy hlavových nervů nebolestivé.</p> <p>OČI: bulby v středním postavení, skléry lehce nažloutlé, fotoreakce přítomná, ostrost zraku snížena – krátkozrakost myopia, kompenzační pomůcky: brýle na čtení</p> <p>OBOČÍ: normálně uspořádané, upravené, pravidelného ale hustého tvaru, barva hnědá</p> <p>UŠI : bez výtoků, souměrné</p> <p>NOS: bez výtoků, normální souměrný tvar, bez známek krvácení</p> <p>RTY: souměrné, lehce suché, popraskané, bez poklesu koutků, bez otoků a jiných nehojících se defektů</p> <p>DUTINA ÚSTNÍ: chrup sanovaný, sliznice vlhké, nepovleklé, jazyk suchý, ve střední rovině, jemně růžový</p> <p>KRK: nesouměrný, patrné zduření vlevo i vpravo, v okolí lymfatických uzlin jizva po operaci nádoru a patrná deskvamace krku, která je sterilně kryta, pohyb je omezen na obě strany</p> <p>ŠTÍTNÁ ŽLÁZA: nezvětšená, hmatatelná bez problémů</p>
HRUDNÍK A DÝCHACÍ SYSTEM	<p>„Nikdy jsem žádné problémy s hrudníkem neměl, tedy zatím, pamatuji si jen, že po operaci krku jsem obtíže s dýcháním měl, ale to už je snad za mnou. Občas lapám po dechu, ale to mám ve stresových situacích a to vlastně skoro každý.“</p>	<p>HRUDNÍK: normálně klenutý, bez deformit, souměrný, jasně viděn v podkoží implantovaný žilní vstup, port s jehlou přelepen krytím, bez komplikací, okolí portu klidné, bez vystupování a cestování portu</p>

<p style="text-align: center;">HRUDNÍK A DÝCHACÍ SYSTÉM</p>	<p>„Že bych něco vykašlával? To né, nejsem si vědom, nejsem nachlazen.“</p> <p>„Dýchá se mi dobře, nezaznamenal jsem nějaké potíže, jsem zvyklý často a dlouze větrat, mám radši studenější prostředí, tak větrám i v zimě, dobře se mi tak spí a dýchá. Myslím, že to souvisí s tou operací, před ní jsem měl rád teplo, je zajímavé jak se člověk mění.“</p> <p>„Bolest ani tlak jsem na hrudi nepocíťoval.“</p>	<p>PLÍCE: poklep jasný, plný DÝCHÁNÍ: jasné, čisté, spontánní, trochu namáhavé a výrazně využity mezižební svaly, nalez hyperpnoe, frekvence pravidelná, hloubka dechu přiměřená, bez vedlejších fenoménů, slyšitelný pouhým uchem, frekvence a rytmus pravidelné, DECH – 19/min., bez vykašlávání hlenů, bez kašle, nekuřák PRSY: normální velikosti, symetrické, jednotné barvy DVORCE A BRADAVKY: mají přirozenou pigmentaci, bez zvráštěné kůže, vtahování bradavek, bez sekrece, bez strií, dle pohmatu je pokožka v okolí prsou suchá, teplá</p>
<p style="text-align: center;">SRDEČNÍ A CÉVNÍ SYSTÉM</p>	<p>„Bušení srdce nepocíťuji.“</p> <p>„Slabý se necítím, spíš jsem unavenější, ale to je asi po chemoterapii, končetiny oteklé nemám. Ani chladné ruce a nohy a to jsem rád.“</p>	<p>SRDCE: srdeční akce pravidelná, ozvy ohraničené, bez známek šelestu, TK: 130/80 torr normotenzie, P: 89/min., pravidelný, plný, dobře hmatatelný CÉVNÍ SYSTÉM: bez známek anémie, karotické artérie – objem pulzace plný, pravidelný; hrdlové žíly – nerozšířené, periferní žíly – pulzace oboustranně dobře hmatatelné, rýsující se na pokožce DOLNÍ KONČETINY: bez známek varixů, bércových vředů, otoků, přiměřeně teplé, normálně ochlupené s přiměřenou pigmentací</p>
<p style="text-align: center;">BŘICHO A GIT</p>	<p>„Před operací jsem pocíťoval tlak v podbřišku, ale to už je pryč.“</p> <p>„Stolici mám pravidelnou, ale byla doba, kdy jsem míval zácpu a užíval jsem nějaké kapky, ale snažím se jíst dostatečně vlákniny a myslím, že mi v tom</p>	<p>BŘICHO: ploché, měkké, bez hmatné rezistence, palpačně nebolestivé, poklep bubínkový, peristaltika auskultačně přítomná, ascites neudává</p> <p>STOLICE. pravidelná</p>

	<p>pomáhá i aloe vera, kterou užívám.“</p> <p>„Pocitem nadýmání jsem nikdy netrpěl, jsem rád, že jsem nepodstoupil žádnou operaci v dutině břišní.“</p>	<p>PLYNY: odcházejí</p> <p>Břišní stěna bez známek jizvy a operačních invazivních vniků</p>
<p>MOČOVÝ A POHLAVNÍ SYSTÉM</p>	<p>„S vylučováním moče potíže nemám, nepocit'uji pálení ani řezání při močení, na malou stranu chodím pravidelně.“</p> <p>„K pohlavnímu životu se vyjadřovat nechci, jsem čerstvě ženatý a myslím, že to mluví za vše.“</p> <p>„Vzhledem k mému věku s manželkou o dítěti už neuvažujeme, jsem rád za rodinu, kterou mám.“</p>	<p>LEDVINY: na poklep nebolestivé</p> <p>MOČ: jasná, čirá, jantarovožluté barvy, charakteristického zápachu</p> <p>MIKCE: bez dyzurie, nykturii neudává</p> <p>OCHLUPENÍ: přiměřené k věku, bez patologií a vypadávání, vnější genitálie bez výtoku a krvácení</p>
<p>KOSTERNÍ A SVALOVÝ SYSTÉM</p>	<p>„Dříve jsem více cvičil, ale teď si myslím, že nemám takovou svalovou sílu, kosti a klouby mě zatím slouží, nepocit'uji bolest, oteklý nejsem a naštěstí nemám ani jednu končetinu kratší nebo delší.“</p>	<p>POSTAVA: normostenická, správné držení těla, chůze vzpřímená</p> <p>POLOHA: aktivní</p> <p>POHYBY: koordinované, vyvážené, kosti bez patologického zakřivení</p> <p>HORNÍ KONČETINY: souměrné, bez deformit</p> <p>DOLNÍ KONČETINY: bez deformit</p> <p>SVALY: nalezen normální svalový tonus</p> <p>KLOUBY: bez otoků, bez bolesti, lehce ohebné, nález přiměřený věku</p>
<p>NERVOVÝ A SMYSLOVÝ SYSTÉM</p>	<p>„Mdlobami naštěstí netrpím, slabo mi je nyní z chemoterapie a tak pravidelně chodím po obědě spát.“</p> <p>„S žádnými smysli jako sluch či hmat obtíže nemám, jen nosím brýle na čtení, ale to mi vůbec nevadí.“</p>	<p>VĚDOMÍ: plné, jasné, neporušené</p> <p>REFLEXY: orientačně schopné vybavit si akci, v pohybu</p> <p>SLUCH: orientačně slyší velmi dobře, nedoslýchavý není</p>

	„Uvědomuji si, že s chutí mám problém, změnil se mi chuť na sladké a upřednostňuji spíše slané a dříve jsem nejedl ananas a nyní ho jím a chutná mi, občas cítím pachy, které jsou pro okolí vonné a mně páchnou, ale to bývá prvních čtrnáct dní po chemoterapii.“	ZRAK: používá brýle na čtení, přiměřená adaptace na světlo a tmu ORIENTACE: orientovaný v čase, v místě, v prostoru, v situaci i v osobě
ENDOKRINNÍ SYSTÉM	„Nemám obtíže a nevím, co bych Vám k tomu řekl.“	Porucha žlázy s vnitřní sekrecí nezjištěna, endokrinní systém speciálně nevyšetřován, štítná žláza, pankreas nezvětšen
IMUNOLOGICKÝ SYSTÉM	„Nemám obtíže a nevím, co bych Vám k tomu řekl.“	Bez projevu ekzému, alergických reakcí, TT subfebrilní 36,6 °C, kašel, kýčání, výtok z nosu a z očí nepřítomny
KŮŽE A JEJÍ ADNEXA	„S kůží jako takovou jsem nikdy obtíže neměl, jen trpím celkově suchou pokožkou, tak se po koupeli mažu tělovým mlékem.“ „Obtíže nastali po radioterapii na krku, kde mám deskvamaci a ta se musí ošetřovat.“	KŮŽE: po celém těle mimo oblast krku na levé straně je čistá, růžová, hladká, dostatečně teplá, vlhká, bez vyrážky, v oblasti krku je jasně vidět jizva po operaci, kterou pacient překrývá šátkem, otok krku je zřetelný, deskvamace při radioterapii je sterilně krytá gázou, při prvním pohledu jasně zřetelné jako zranění TURGOR KŮŽE: zachovaný, přítomný okolo očí, rtů, na čele jasné vrásky VLASY: hladké, krátké, hnědé, pravidelně plošně rozložené, se známky lupů NECHTY: nakrátko ostříhané, okolo nehtů neporušená pokožka, hladké

Poznámky z tělesné prohlídky:

Pacient je komunikativní, nebojí se položit otázku k věcem, kterým nerozumí. Působí upraveně, čistě, je dochvilný a vyžaduje vždy pozornost pozdravem při vstupu sestry či lékaře vtipnou, ale ne nemístnou poznámkou. Vyjadřuje se slušně, rozumně, věcně, vyžaduje klid a oznamování novinek při změně medikací či ošetřovatelských úkonů, je slušný, vždy pozorný. Ve svých věcech má vzorný pořádek.

AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA		
	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
STRAVOVÁNÍ	DOMA: „Snažím se jíst pravidelně, většinou to doma jde, dbá na to dost manželka, snažím se jíst zeleninu a libové maso, alkohol piju zřídka. S polykáním mám nyní problémy a jím vše kašovitě, což není zas taková hrůza.“	Pacient doma jí domácí kuchyni, netrpí nevolnostmi, po návratu z nemocnice trpí nechutenstvím, ale nezvrací, v prvním týdnu pojídá převážně vývary, lehkou stravu ze zeleniny, pije čaje a minerální vody.
	V NEMOCNICI: „Zde jím také pravidelně, režim nemocnice je už takový, celkem mi tu chutná, nevaří zde zle, ale domácí strava je domácí strava, těším se opět na manželčinu kuchyň.“	Pacient jí 3x denně, sní půlku porce, dieta 0, občas zvrací, nevolnosti po aplikaci chemoterapie, vypije dva a půl litru minerální vody či čaje za den.
PŘÍJEM TEKUTIN	DOMA: „Piji rád zelený i černý čaj s mlékem, oslazený medem, kávu také, ale tu jen občas, snažím se pít minerální vodu a tak zvládnou dva a půl litru za den, což si myslím, že je dobré.“	Popíjí čaje, minerální vody, zvládá dostatečnou denní bilanci tekutin, s pitným režimem nemá problém.
	V NEMOCNICI: „Zde mám možnost vařit si čaj a tak na co jsem zvyklý doma praktikuji s tekutinami i zde, čaj v nemocnici mi nechutná a nedělní káva také ne, už jsem si ale zvykl, tak si беру vše z domu a vařím si do litrové konve svoje čaje, popíjím minerálky a jsem spokojen.“	Netrpí suchostí v ústech, sliznice bez známek dehydratace, pacient obtíže při chemoterapii v minulosti měl s pitným režimem, nyní se velmi snaží.
VYLUČOVÁNÍ MOČE	DOMA: „Nevím nic o tom, že bych měl potíže s močením, chodím na WC, když mám potřebu, nezadržuji a vždy odběhnu, chodím pravidelně během dne, tak šestkrát za den.“	Bez komplikací, v domácím prostředí chodí dle potřeby, bez známek patologických příměsí a patologických bolestí.
	V NEMOCNICI: „Jsem již zvyklý sbírat bilanci tekutin zde, už mě to tolik neobtěžuje, ale trvalo mi, než jsem si na to zvykl, chodím zde často na malou stranu, při chemoterapii i desetkrát za den.“	Dle ordinace lékaře zaznamenávání bilance příjmu i vylučování moče během dne i noci. Příjem tekutin za 24 hod. plus intravenózní chemoterapie je 4785 ml, vyloučená moč za 24 hod. je 3300 ml.

VYLUČOVÁNÍ STOLICE	DOMA: „V domácím prostředí chodím pravidelně jednou denně, bez problémů.“	V domácím prostředí bez komplikací.
	V NEMOCNICI: „Tady je to už horší, trpívám zácpou, nechodím pravidelně. Ale dostávám na to kapky a ty celkem pomáhají.“	Dle ordinace lékaře je v medikaci aplikace Lactulosity s efektem, chodí ob den bez komplikací.
SPÁNEK A BDĚNÍ	DOMA: „Spaní doma je bez problému, ulehám celkem pozdě, tak po 23 hodině a vstávám kolem 7 ranní, nejsem po ránu unaven.“	V domácím prostředí je spaní i bdění v normě, chodí občas spát i po obědě, denní i noční režim je vyvážený.
	V NEMOCNICI: „Zde se mi celkově spí špatně, je tu cvrkot a šum z chodby, špatně se mi usíná. Jsem dost zvyklý na svoji matraci, vždy se těším domů do své postele. Je fakt, že si zde během dne tak na dvě i tři hodiny lehnu na spaní, jsem celkem unaven z léčby.“	V nemocničním prostředí usíná hůře, občas si žádá tabletu na spaní, dle ordinace lékaře podána tak 6x během čtrnáctidenní hospitalizace s efektem, ale budí se a je celkově unavený.
AKTIVITA A ODPOČINEK	DOMA: „Celkem jsem zvolnil z práce, dříve jsem byl dost v zaměstnání, nyní tam docházím tak na šest hodin denně a dost věcí vyřizuji z domu nebo z nemocnice, jsem rád, že nemusím jít na neschopenku a jsem pracovně aktivní, nejraději odpočívám na vzduchu venku s rodinou, ale po chemoterapii jsem nevyrazil na žádný výlet a to mě mrzí, jsem spíše doma.“	Snaží se poslední dobou zvolnit v pracovním nasazení, to se mu daří, začíná si uvědomovat fyzickou vyváženost s duševní pohodou.
	V NEMOCNICI: „Bral jsem si dost věcí na vyřízení během hospitalizace, ale to jsem nyní omezil, je lepší poslouchat hudbu, koukat na filmy nebo jen tak odpočívát, nevěřil jsem, že mě tak chemoterapie unaví a budu malátný.“ „Když to jde, zajdu i do výtvarné dílny, kde nejraději vyřezávám, na pokoji pak skládám puzzle. Nedokázal bych nečině ležet.“	Během hospitalizace zvolnil z pracovních činností, spíše relaxuje a snaží se odpočívát u hudby a filmů, křížovek, na které, jak říká, nemá prostor během roku. Pravidelná podpora rodiny a taktéž pravidelné návštěvy svědčí o vzájemné podpoře rodinného zázemí.
	DOMA: „Pravidelně se myji, upřednostňuji spíše sprchu, je to pro mě pohodlnější a rychlé,	Na hygienu během dne dbá, v domácím prostředí silně, pravidelně holení, vůně

HYGIENA	dbám na svůj zevnějšek, ještě stále tak trochu musím reprezentovat, zatím vše zvládám sám a bez problémů.“	a elegantní oblek jej vždy reprezentuje.
	V NEMOCNICI: „Tady je to horší, když kapu s infúzemi, celkem mi vadí, ale nelze chemoterapii odpojit a tak se umývám ve sprše tak po dvou dnech, tady to šidím, vím to, není mi vždy dobře, zatím zvládám sám a nepotřebuji asistenci.“	V nemocničním prostředí už je pravidelná péče o tělo i holení horší pro nevolnosti a infúzní či chemoterapeutický režim, asistenci při toaletě nepotřebuje, je naprosto soběstačný, do hygieny není potřeba pacienta nutit, stará se o sebe bez obtíží.
SAMOSTATNOST	DOMA: „Naprosto vše zvládám, jsem aktivní a popravdě se bojím, až tak tomu nebude.“	V domácím prostředí zvládá vše bez problémů, po chemoterapii je unavený, doma dospává, manželka nehovoří o tom, že by potřeboval pomoc v běžných denních činnostech.
	V NEMOCNICI: „Jsem rád, že nepotřebuji žádnou asistenci, zatím zvládnou vše sám, jsem třeba malátný a zpomalený, ale zvládnou dojít a nachystat si věci bez problémů.“	Pacient nevyžaduje pomoc, je aktivní, Barthelův test denních aktivit jej hodnotí 100% jako aktivního soběstačného jedince.

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO PSYCHICKÉHO STAVU		
	SUBJEKTIVNÍ JEVY	OBJEKTIVNÍ JEVY
VĚDOMÍ A ORIENTACE	Dle rozhovoru jde rozpoznat, jak se orientuje, lze rozeznat i plné lucidní vědomí.	- vědomí je plné, jasné, čisté a neporušené - orientace v čase, v prostoru, v místě a v osobě bez zkreslených dojmů, je zachované
NÁLADA	„Dnes nálada nic moc, špatně jsem se vyspal a už mi to tu je zase tak trochu protivné.“	- dnes pocít smutku, je spíše rozladěn a chce odpočívat
MYŠLENÍ	Dle komunikace lze rozpoznat velmi střízlivé, reálně logické myšlení i úsudek.	- logické a reálné myšlení, jasně střízlivý úsudek
PAMĚŤ STAROPAMĚŤ NOVOPAMĚŤ	„S pamětí problémy nemám, důležité věci si píši do deníku s kalendářem, jsem tak vycvičen z práce, ještě se mi nestalo, že bych něco zapomněl.“	- STAROPAMĚŤ - zachovaná - NOVOPAMĚŤ – pravidelným zapisováním novinek si vše dostatečně osvojí
TEMPERAMENT	„Myslím, že jsem někdy až moc temperamentní, ale svoje emoce si spíše nechávám domů, v práci dokážu dost zvýšit hlas, nemyslím ale, že bych byl pes.“	- extrovert - během hospitalizace nenalezen v hněvu, ani nezaznamenán zvýšený hlas
SEBEHODNOCENÍ	„Myslím, že bych se ohodnotil jako spokojený člověk, ale musím stále tvrdit, že by to mohlo být o kapánek lepší a tak musím na sobě nadále makat.“	- nehodnoceno pro osobní soukromý názor
VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ A ZDRAVOTNÍHO STAVU	„Mám o sebe i své zdraví strach a až díky chemoterapii jsem si uvědomil, jak jsem křehký.“	- pochopení závažného zdravotního stavu - následný souhlas s léčbou i s možnými komplikacemi při chemoterapii i při radioterapii
REAKCE NA ONEMOCNĚNÍ	„Ze začátku byli velké emotivní reakce, že mám rakovinu, ale tím se nic nezlepšilo, léčit se chci, ale co by bylo, kdybych to nepodstoupil ... ty nevolnosti a zvracení po chemoterapii.“	- přiměřená, zdající se pocit vyrovnanosti, chtění se léčit
REAKCE NA HOSPITALIZACI	„Už jsem si zvykl dojíždět sem po čtrnácti dnech, ale stále se mi nechce, ještě, že za mnou chodí rodina, kdybych tu byl sám od začátku a manželka za mnou nechodila, tak bych se asi zbláznil. Né, psychologa	- normální, uvědomění si nutnosti hospitalizace, chtění podstoupení léčby i s případnými komplikacemi

	nepotřebuji, se vším se vyrovnám sám.“	
ADAPTACE NA ONEMOCNĚNÍ	„Už je to lepší, ale byli dny, kdy jsem to tu, sestřičky, doopravdy nesnášel, jak jsem viděl ty pytle Cisplatin, tak se mi už chtělo zvracet.“	- přiměřená, občas kolísají vnitřní rozporuplné emoce – „co by bylo, kdybych se neléčil, zda to má cenu“
PROJEVY JISTOTY A NEJISTOTY (ÚZKOST, STRACH, OBAVY, STRES)	„Pocit'uji někdy rozporuplné emoce, ale snažím se je zahnat nějakou činností.“	- pocit' nejistoty nesl' jen proto, že se svoji mysl snaží zaměstnat nějakou činností
ZKUŠENOSTI Z PŘEDCHÁZEJÍCÍ HOSPITALIZACE (IATROPATOGENÍ, SORRORIGENIE)	„Tak jak v nemocnici – prakticky vždy jsem se velmi těšil domů.“	- bezkonfliktní jednání - nevyjadřuje pocit nejistoty a nedůvěru zdravotnímu personálu
POZORNOST	- dle rozhovoru a komunikace rozpoznána velmi dobrá pozornost	- soustředěně poslouchá pokyny k léčbě, dokáže zpětnou vazbou zopakovat informace, pozornost vysoká
EMOČNÍ SLOŽKA	- odmítá konverzovat na toto téma	- zdá se vyrovnaný, chce se léčit, bez negativních složek emočních reakcí, pocit'uje strach z vomitu po chemoterapii
JISTOTA NEJISTOTA	- odmítá konverzovat na toto téma	- pocit nejistoty cítí, nechce se k němu vyjadřovat. - pocit jistoty pocit'uje v síle a souznění v rodině

POPIS SOCIÁLNÍHO STAVU		
	SUBJEKTIVNÍ JEVY	OBJEKTIVNÍ JEVY
KOMUNIKACE	- posouzeno pohledem, při každodenní komunikaci zhodnoceno kladně	VERBÁLNÍ – adekvátně se vyjadřující, mluvící artikulovaně, schopnost řeči souvislá, slovní zásoba poměrně velká NEVERBÁLNÍ – využívá gestikulaci i mimiku přiměřeně a adekvátně k popisovanému jevu
SOCIÁLNÍ ROLE A JEJICH OVLIVŇOVÁNÍ	Primárně: muž Sekundárně: manžel a otec Terciálně: pacient	
SOCIÁLNÍ INTERAKCE	- bez vyjádření, zhodnoceno komunikací s pacientem samotným i s jeho rodinou	- hovoří o dobrých rodinných vztazích, bezkonfliktní jednání s rodinou, pozitivní
SOCIÁLNÍ OPORA	„Bez rodiny bych už léčbu dávno vzdal, jsem tu jen díky dětem a manželce.“ „Nakonec jsem pochopil, že se chci léčit i já sám, ale to uvědomění mi trvalo dost dlouho.“	- hovoří o stoprocentní rodinné podpoře a lásce k manželce
OVLIVNĚNÍ EKONOMICKÉ OTÁZKY V OBDOBÍ HOSPITALIZACE	„Nejsem si vědom ekonomických obtíží.“	- nezjištěno, příliš soukromá otázka
OVLIVNĚNÍ EKONOMICKÉ OTÁZKY PO PROPUŠTĚNÍ	„Mám nyní poloviční úvazek, ale stále jsem rozhodující článek ve své firmě, nepocituji ekonomické obtíže, spíše nedostatek času na vzpomínání se po chemoterapii.“	- nezjištěno, příliš soukromá otázka
INFORMOVANOST O DIAGNOSTICKÝCH METODÁCH	„Hodnotím jako velmi dostatečnou, vždy jsem vše lehce pochopil a těch letáčku máte snad na každé vyšetření.“	- dostatečně informovaný lékařem i sestrou, dané informační letáky
INFORMOVANOST O ONEMOCNĚNÍ	„Vzpomínám, jak jsem se poprvé od lékaře dozvěděl diagnózu. Řekl mi to jasně, ale opatrně, hned navrhoval léčbu, myslel jsem, že to neunesu, ale přijal jsem tu informaci tak nějak, že řešení je, ale že se	- v edukačním listě, v lékařské i ošetrovatelské části zdravotní dokumentace je dostatečně edukován o prodělaném vyšetření či léčebném zázroku, stvrzený podpisem sestry,

	<p>musím rozhodnout sám. Stále pociťuji jako dobré rozhodnutí k léčbě, i když jsou dny, že bych tu raději nebyl.“</p> <p>„Nebýt rodiny, tak se asi neléčím, ale to bych litoval, to vím jistě.“</p>	lékaře i samotného pacienta
<p>INFORMOVANOST O CHEMOTERAPII, RADIOTERAPII A MOŽNÝCH NEŽÁDOUCÍCH ÚČINCÍCH</p>	<p>„To se mi zde celkem líbí, že lékař i sestra si najdou čas na poučení a dostatek informací, dostanu i letáčky, dost věcí jsem nevěděl, jak se starat o port, dost jsem se tu i naučil, letáčky čtu, protože si to tak zopakují a připomenu, někdy mi je tak mizerně, že jsem mimo, tak kolikrát ani moc nevnímám.“</p>	<p>- informovanost lékařem i sestrou viz edukační záznam</p> <p>- zpětnou vazbou kontrola pochopení, informovanost je naprosto dostačující</p>

POPIS SPIRITUÁLNÍHO STAVU		
	SUBJEKTIVNÍ JEVY	OBJEKTIVNÍ JEVY
SPIRITUÁLNÍ OBLAST	„Snažím se duševně dost na sobě pracovat, věřím, že duchovní – spirituální složku je v této léčbě potřeba posilovat, těším se na návštěvu jáhna.“	- pacient nejprve doporučení stran rozmluvy s jáhnem otálel a nechtěl, navštěvoval pravidelně ruční dílnu
KULTURNÍ A ESTETICKÁ OBLAST	„Mám rád pěkné věci a rád potěším oko i duši, využívám i dílnu ručních prací - co jsem zde byl, byl jsem vyřezávat a dost mě to nabilo, ani mě to vlastně nepřekvapilo, byl jsem dost rozpolcen a ta smysluplná práce při tom vyřezávání mě dost zklidnila.“	- pocit z vlastní aktivity posílil duševní vyrovnanost - stabilizoval emoční složku
ŽIVOTNÍ FILOZOFIE	„Životní shon mě tak otupil, že jsem si nevšímal toho, co mě nabíjí...“	- vnitřní životní názor, vnitřní motor, co jej stále popohání, chuť žít
TRANS-CENDENTÁLNÍ SMÝŠLENÍ	„S otázkou nemoci přemýšlím i o tom, co je a bude nadále, zda má nemoc není trest nebo zkouška, někdy jsem tak zmaten, že o tom mluvit nechci, ale jsem rád, že můžu chodit na bohoslužby i zde v nemocnici a i když nejsem nějak moc věřící, tak mě hovory a společná komunikace s jáhnem přivedla na jiné myšlenky, díky jáhnovi nepřemýšlím nad tím, co mě tíží a bolí, ale nad tím, co mě posílí.“	- zde jsou poprvé kladeny otázky života, smrti, strach ze smrti a uvědomění si smrtelnosti, úzkost z neznáma - při těchto životních otázkách je dobré umožnit rozhovor s psychologem či jáhnem, síla modlitby, lidská podpora a emoční souznění člověka zklidní - podpora rodiny je neodmyslitelnou částí duševní vyrovnanosti
NÁBOŽENSKÁ OTÁZKA	„Věřící jsem, do kostela nechodím pravidelně, ale věřím, že naše kroky někdo řídí.“	- nemocný člověk nemusí být nutně věřící, aby se vyrovnal s nemocí, stačí duchovní posila z odborných rukou
OTÁZKA ŽIVOTA	„Vím, že se chci léčit, i když to není lehká cesta. To co mě potkalo je asi zkouška a tak musím nějak obstát...“	- citové kolísání, strach o svůj život
VNITŘNÍ VYROVNANOST S ONKOLOGICKOU DIAGNÓZOU	„Snažím se, ale je to těžké, už jsem si uvědomil, že chci podstoupit léčbu a vím, že cesta bude dost bolestivá, zvládám to jen s pomocí rodiny.“	- je zcela individuální a lze jí dosáhnout, pokud se dostatečně pracuje s nemocným od začátku, někdy ale není dáno a vyrovnanosti pacient nedosáhne

MEDICÍNSKÝ MANAŽMENT

RTG HRUDNÍKU	bez ložisek
UZ BŘICHA	bez ložisek
ESOFAGOGASTRODUODENOSKOPIE	normální gastrokopický nález
CT/PET VYŠETŘENÍ	s vysokým metabolismem v objemné expanzi na krku vlevo, progresse o velikosti 8 cm, celotělový nález negativní
HISTOLOGIE	makroskopický popis po krční direkci, metastáza na krku vlevo, submandibulární žláza s infiltrovanou svalovinou spodiny dutiny ústní vlevo

KREVNÍ VÝSLEDKY: laboratorní vyšetření

HODNOTA NEMOCNÉHO:		REFERENČNÍ MEZE:
Natrium	139 mmol/l	137 - 145
Kalium	4,5 mmol/l	3.5 – 5.1
Chloridy	102 mmol/l	100 - 108
Kalcium	2,23 mmol/l	2.15 – 2.54
Bilirubín celkový	8 qmol/l	do 22
AST	0,37 qkat/l	0.29 – 0.72
ALT	0,34 qkat/l	0.22 – 1.09
GMT	2,97 qkat/l	0.27 – 1.56
ALP	1,51 qkat/l	0.67 – 1.64
Erytrocyty	4,950	4.500 – 5.900
Leukocyty	4,960	4.500 – 11.000
Hemoglobin	145 g/l	135 - 175
Hematokrit	0,434	0.410 – 0.530
B-trombocyty	208	139 - 335
Neutrofilý	0,599	0.480 – 0.700
B-lymfocyty	0,240	0.270 – 0.420
INR	1,03	0,80 – 1,20
Fibrinogen	3,2 g/l	2 – 4,0
Cyfra 21-1	0,1	Do 3,3 ug/l
SCC	0,4 ug/l	Do 1,5 ug/l
HBsAG	negativní	

KONZERVATIVNÍ LÉČBA:

DIETA: 0, kašovitá

POHYBOVÝ REŽIM: Barthelův test: 95 částečná soběstačnost, chodící s dopomocí

ŽILNÍ VSTUP: port – jehla nultý den, jehla Perouse, krytí Omega

PŘEVAZY: PEGu – převaz v 11hod., 01.10.2010, dezinfekce okolí, lehce zarudlé bez sekrece, Yalugel na okolí vývodu dle ordinace lékaře, kryto sterilní gázou, převaz zítra.

MEDIKAMENTOZNÍ LÉČBA

PER OS: tablety dle ordinace lékaře, popřípadě dle vyžádání tablety od bolesti či proti průjmům
INTRAVENOZNÍ: chemoterapie: prehydratace FR 1000 ml, Cispatina 2x 1500 ml, Manitol 200 ml 15%, hydratace FR 500 ml, Fluororacil 600 ml bolus i.v., Fluororacil 950 ml na 11-11 hod. kontinuální dávka přes Onyx pumpu do portového systému.
PER RECTUM: dle potřeby čípek Torekan od nevolnosti, maximálně 3x denně
JINÁ: dle potřeby Zofran 8 mg od nevolnosti i.v., maximálně 3x denně

CHIRURGICKÁ LÉČBA: během hospitalizace bez chirurgicko-invazivního výkonu

RÁNA: výskyt rány v září 2010, místo vzniku: klinika A MOÚ, příčina: onkologická
Převaz 01.10.2010 14:47 sestra Krajíčková Helena
Velikost (mm) : 100x60 plošná (plošný defekt)
Charakter: okolí rány- zarudlá, okraje rány - neohraničená, spodina rány – povleklá, sekrece z rány – žádná, zápach – žádný, bolest v ráně: ano při převazu, stěr z rány: neproveden.
Aktuální léčba: radioterapie
Ošetření: pacient má po 33 zářeních na levou stranu krku, deskvamace – mírně povleklá, okolí silně zarudlé, nutno 1x denně provést obložku Prontosanem na 10 min. dvě hodiny po skončení RT opakovaně a často natírat Water Jelem pomoci sterilních tamponů – edukace pacienta. Pokud gel dojde, použít krém Xrey-Liposubtilium, přes sterilní Mesoft chladit termopolštářkem.
Kontrola, další převaz: 02.10.2010

SITUAČNÍ ANALÝZA:

59- letý muž přijatý na onkologickou jednotku pro aplikaci chemoterapie a radiologické záření na oblast krku. Během hospitalizace se vyrovnává ze strachem z onkologické léčby, přemítá o životě, hledá světlý bod ve svém životě aby překonal těžkou léčbu.

S vyrovnáním se svými obtížemi nalézají díky práci pastoračních pracovníků víru v Boha, sílu rodinného zázemí a chuť nadále bojovat s onkologickou nemocí.

5.1 Stanovení ošetřovatelských - spirituálních diagnóz

1. Pocit strachu z důvodu bolesti při onkologickém onemocnění projevující se bolestivými výrazy v obličeji, slovními projevy.
2. Pocit úzkosti z důvodu neznámého způsobu léčby chemoterapií projevující se verbalizací.
3. Riziko poruchy sebekoncepce z důvodu narušení obrazu o svém těle projevující se pocitem neschopnosti plnit svoji roli.
4. Psychická tíseň z důvodu závažného onemocnění projevující se pochybností o smyslu života a smrti.
5. Pocit úzkosti z důvodu onkologického onemocnění projevující se přemítáním o základních osobních hodnotách a cílech.
6. Pocit strachu ze smrti z důvodu onkologického onemocnění projevující se nervozitou, pocitem zděšení.
7. Pocit strachu z nežádoucích komplikací při léčbě chemoterapií projevující se nevolnostmi, zvracením.
8. Porucha spirituální rovnováhy z důvodu nemoci projevující se pocitem nejistoty.
9. Porucha spirituální rovnováhy z důvodu duševního zakolísání v době nemoci projevující se občasným pláčem.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA

- 1. Pocit strachu z důvodu bolesti při onkologickém onemocnění projevující se bolestivými výrazy v obličeji, slovními projevy.**

CÍL: - pacient nebude trpět pocitem strachu

- pacient bude duševně vyrovnaný, spokojený

- pacient bude bez pocitu bolesti nebo bolest bude minimalizována

PRIORITA: - vysoká

VÝSLEDNÁ KRITÉRIA: - pacient si uvědomuje příčiny strachu

- pacient chápe příčiny vzniku bolesti, je schopen bolest sledovat a použít naučených dovedností k jejich zmírnění
- pacient bude v noci klidně spát alespoň 4 hod. v kuse

INTERVENCE: - vytvoř vztah vzájemné důvěry a věř pacientovi jeho výpovědi o bolesti

- podněcuj pacienta, aby hovořil o sobě a se zájmem mu naslouchej
- akceptuj bolest i pocit strachu pacienta tak, jak jí vnímá pacient
- zjisti lokalizaci, intenzitu a vliv bolesti na denní režim pacienta
- stanov křivku bolesti, podej medikaci dle ordinace lékaře, zhodnot časové pásmo úlevy a sleduj možné vedlejší účinky léků
- stanov intenzitu pocitu strachu, sleduj emoce, snaž se pochopit jejich důvod, konzultuj s odborníky

REALIZACE: - během dne bolesti krku, dle ordinace lékaře podán Algifen i.v.

- bolest utlumena po 30-ti minutách
- pacient bez pocitu úzkosti
- během dne rozhovor pacienta s pastoračním pracovníkem, který s ním rozebral jeho pocity stran úskalí léčby a strachu, že bolest nebude zmírněna a že se bude stupňovat

HODNOCENÍ: - pacient je bez bolesti, pocit úzkosti pominul

- u pacienta je dosaženo zvýšeného stavu duševního klidu
- u pacienta je potlačena emoční reakce strachu z nezvladatelné bolesti medikamentózní léčbou, s následnou promluvou s pastoračním pracovníkem; cíl byl splněn

2. Pocit úzkosti z důvodu neznámého způsobu léčby chemoterapií projevující se verbalizací.

CÍL: - odstranit u pacienta pocit úzkosti

- obnovit u pacienta emocionální pohodu
- poskytnout pacientovi dostatečné informace o průběhu léčby chemoterapií

PRIRORITA: - vysoká

VÝSLEDNÁ KRITÉRIA:

- pacient si uvědomuje příčiny svých pocitů a je schopen o nich dostatečně hovořit během dne
- pacient dokáže správně vyhodnotit situaci a zeptat se na vše, čemu dostatečně nerozumí
- pacient je schopen zhodnotit svůj psychický klid v souvislosti poskytnutí dostupných informací z probíhajícího rozhovoru s lékařem, psychologem či po prostudování letáků z onkologického edukačního centra

INTERVENCE:

- vytvoř pro pacienta dostatečně bezpečné prostředí a pocit jistoty, zajisti mu klid na pokoji
- chovej se k pacientovi klidně, empaticky, nedávej najevo spěch
- umožni pacientovi dostatek času na vstřebání všech informací
- hovoř s pacientem jasně, stručně, obsahově pochopitelně, věnuj dostatek času každému kontaktu s pacientem
- snaž se pacientovi vždy vysvětlit nové informace i úkony
- ověř si u pacienta pochopení všech sdělených informací zpětnou vazbou

REALIZACE: - během dopolední aplikace chemoterapeutických léčiv proveden s pacientem rozhovor o zdroji úzkosti, získání jeho důvěry

na základě projeveného pochopení zdravotního personálu stran pocitu obavy z neznáma a setkání se s novými situacemi

- vysvětlení všech záležitostí a okolností při léčbě chemoterapií, poskytnutí všech dostupných informací, o dietě, nežádoucích účincích, režimu
- ujistění pacienta, že po přivolání signalizací, pokud usoudí i jen sebemenší pocit nejistoty v průběhu aplikace léčiv, je mu zdravotnický personál k dispozici

HODNOCENÍ: - během dne je u pacienta navozen pocit klidu a jistoty profesionalitou a opravdovým lidským zájmem o nemocného ze strany zdravotního personálu, pravidelnými návštěvami sestry na pokoji, i když u něj neprovádí žádný výkon

- sestra provádí dostatečnou informovanost pacienta od začátku průběhu chemoterapeutického režimu
- komunikace s pacientem slovní i písemnou formou edukačních materiálů
- po provedené edukaci i za pomoci letáků a po poskytnutí všech důležitých informací od lékaře, se pocit úzkosti zmírnil, pacient mnohem lépe komunikuje, hovoří o svých pocitech. Důvěřuje zdravotnickému personálu, k němuž si vytvořil kladný vztah.
- po návštěvě člena rodiny a hovoru s pacientkou, která měla podobné zdravotní problémy, se pacient cítí klidněji, uvolněně; cíl byl splněn

3. Riziko poruchy sebekoncepce z důvodu narušení obrazu o svém těle projevující se pocitem neschopnosti plnit svoji roli.

CÍL: - pocit přijmutí vzhledu sebe sama, svého těla

PRIORITA: - vysoká

VÝSLEDNÁ KRITÉRIA: - pacient si uvědomuje, že potřebuje dodat sílu k tomu aktivně se podílet na překonávání vlastních obtížných emocí, které ho brzdí při zapojení do ošetrovatelských činností

- přijímá zodpovědnost za sebe sama a aktivně se podílí na malých úspěších, které jej posouvají dále

INTERVENCE: - zapojuj pacienta aktivně do hovoru se zdravotním personálem a na pokoji se spolupacienty, kde má možnost si v interakci upevnit svoji roli, své názory

- umožni pacientovi v rozhovoru a v činnostech denní aktivity upevnit jeho lidskou pozici (pocit jistoty) v běžných úkonech, kde je možnost zlepšit si pocit z narušení obrazu vlastního těla

REALIZACE: - během denních i nočních směn vtahuje zdravotník pacienta do běžných aktivit, snaží se zapojit jej do diskuze a upevňuje v pacientovi ujištění lidské pozice, lidské role

- pacient těmito úkony pomalu zlepšuje narušený obraz sebe sama

HODNOCENÍ: - pacient velmi silně vnímá defekt na krku, který se vytvořil při léčbě po radioterapii. Z tak prudké reakce pokožky na léčbu byl otřesen. Bylo nutné stanovit lokální terapii, naučit pacienta důkladněji se o pokožku starat, asepticky převazovat defekt a důsledně dodržovat postup v nanášení léčebných mastí. Právě péče o ozařované pole v každodenním pravidelném režimu pocit narušení obrazu o svém těle zlepšil.

Pravidelná společná komunikace a v táhnutí pacienta do ošetrovatelských činností jeho emoce uvolnila a později byl schopen o svých vnitřních konfliktech hovořit s psychologem; cíl byl splněn

4. Psychická tíseň z důvodu závažného onemocnění projevující se pochybností o smyslu života a smrti.

CÍL: - navození smysluplného pocitu ze svého utrpení, ze své bezvýhodné situace

- docílení pocitu kvality života

PRIORITA: - střední

VÝSLEDNÁ KRITÉRIA: - pacient si zvýší vlastní sebevědomí

- víra v sebe i ve svoji budoucnost

- pacient docílí zájem o léčebnou péči duchovního i terapeutického rázu

- pacient si uvědomí skutečné duchovní hodnoty, o které se lze ve vlastním životě opřít

INTERVENCE: - povzbud' pacienta aby své emoce, myšlenky vyjádřil a bez bázně formuloval

- hovoř o jeho problémech a vnitřních traumatech s psychologem

- umožni pacientovi konzultaci s duchovním, jáhnem

- poskytni pacientovi soukromí, čas na provádění všech potřebných činností spojené s nalezením duchovní rovnováhy, např. četba Bible

- respektuj víru v sílu modlitby

- nepřehlížej či nebagatelizuj potřeby duchovního rázu

REALIZACE: - během dne umožni klid na pokoji, pokud zdravotník ví, že s pacientem je duchovní, zbytečně jej neruší

- zdravotník vnímá pacientovu potřebu hovořit o duchovním zakolísání a potřebu nalezení své duchovní rovnováhy

- zdravotník si je plně vědom duševní tísně, duchovního tlaku, kterou nemocný zřejmě pocítuje je pln pochopení a umožní provádět

na pokoji přiměřené duchovní aktivity umožňující nalezení pozitiv ve svém životě, např. pomazání nemocných

HODNOCENÍ: - hodnotit úspěch docílení smysluplného pocitu ze svého utrpení je prakticky nemožné, protože je potřeba mnoho času - duchovního vedení a mnoha rozhovory kde je nemocný veden, ale sám je v situaci jak se k nemoci i k následné léčbě postaví, jaké stanoví stanovisko – boj či pasivitu; cíl byl splněn

5. Pocit úzkosti z důvodu onkologického onemocnění projevující se přemítáním o základních osobních hodnotách a cílech.

CÍL: - pacient bez pocitu úzkosti

- nalezení vnitřní vyrovnanosti v osobních cílech a hodnotách
- slovně vyjádřit akceptaci sebe sama jako toho, kdo si nezaslouží nemoc – nikoli toho, kdo nese vinu.

PRIORITA: - vysoká

VÝSLEDNÁ KRITÉRIA: - pacient najde sílu diskutovat o duchovních hodnotách svého života

- pacient je schopen verbalizovat příčiny svých pocitů úzkosti
- pacient je schopen reálně zvládat své subjektivní emoce a je zvýšeně sebevědomí v otázkách péče o sebe sama

INTERVENCE: - mluv klidně, nespěchej, věnuj pacientovi dostatek času na vyjádření svých problémů, emocí

- informuj spolu s lékařem o léčebném postupu a nutnosti jeho spolupráce, snaž se jej vtáhnout do ošetrovatelských úkonů
- pokus se spolu s jáhnem, psychoterapeutickým pracovníkem nalézt světlé body v jeho dosavadním životě, vyzvedni vše dobré co v životě klienta jej potkalo

- ukaž pacientovi podporu v rodině, u přátel
- umožni pacientovi nové aktivity např. četba, vyřezávání – to co dříve rád činil jako své koníčky, které ho uklidní a potvrdí v jistotu sebe sama

REALIZACE: - snažila jsem se zapojit do léčebného procesu jáhna, psychoterapeuta, který stanovily postup rozhovoru, plánované rozjímání nad dosavadním životem nemocného, vyžadovalo se mnoho času, beze spěchu a nalezení světlých okamžiků v životě nemocného.

HODNOCENÍ: - bilancováním svých vnitřních hodnot i cílů procházíme snad každý, obzvlášť silné to je u onkologicky nemocných, kteří ztrácejí vše co mají a to je zdraví. Hodnotit úspěšnost dosažení vnitřní vyrovnanosti s nemocí je nerozpoznatelné a dá se vyzorovat chováním nemocného. Nemocný nejevil nezájem, apatii byl komunikativní a ani roztržité či odtažité chování neprojevoval. Dá se hovořit o člověku, který již absolvoval několikátou sérii chemoterapie jako o člověku, který se chtěl léčit a bojovat s nemocí, který hovořil o tom, že bilancovat je třeba, ale bojovat v jeho duchu je silnější chtíč. Cíl byl splněn.

6. ZÁVĚR

Analýzou ošetrovatelského procesu u onkologického pacienta je potvrzením, že nemocný člověk potřebuje posilovat svoji duchovní složku, zvratem zdravotního stavu a bilancováním je narušena rovnováha ducha – spirituální potřeby – zesílí a nemocný je vyděšen, hledá ztracenou stabilitu svého ducha.

K volbě tématu mě vede šestiletá praxe v Masarykově onkologickém ústavu v Brně, kde je zřejmé u pacientů jejich duchovní hledání a velký duševní boj s vyrovnáním nemocí.

Ve své práci jsem se snažila vyjmenovat duševně-spirituální pohnutky každého onkologického nemocného stanovením ošetrovatelského procesu. Samozřejmě velmi individuálním přístupem u každého nemocného je bilancováním nad nemocí různé, tudíž se nedá zobecnit.

Sama onkologická nemoc přináší do života jedince mnoho zvrátů, nemocný člověk potřebuje dlouhý čas na pocit vzpamatování se, ale čas se mu nedostává z brzkým zahájením léčby.

V tom to období je nemocný sám se svými emocemi a vyžaduje pomoc odborníků, na koho se po prvé s prosbou pomoci obrátí je právě sestra u lůžka, která musí být připravena adekvátně zareagovat a posunout jeho prosbu o pomoc do odborných rukou.

Sama práce je vedena v ošetrovatelském procesu u vybraného pacienta prodávajícího léčbu chemoterapii i radioterapii, kde modelově popisují jeho specifické duševní – spirituální potřeby a následné jejich uspokojení dle možnosti oddělení.

Jsem si vědoma emocionální interpretace v textu, která je však třeba u tak citově-bolestivého tématu a myslím, že je tak na místě i u interpretace samotných ošetrovatelských diagnóz, dále chápu nejednotnost ošetrovatelských diagnóz jen na duchovní složku, dle volby tématu samotného.

Toto téma lze rozpracovat na mnoho způsobů a v modelovém případě na konkrétního pacienta v době bilancování a popsání jeho potřeb různě, neboť každý nemocný má jiné duchovní problémy.

Zvolené téma mě ujistilo v tom, že se mnoho hovoří o duchovních potřebách, ale praxe v jejich uspokojování je různá, nebo nijaká. Málo která nemocnice či zdravotní zařízení má možnosti realizovat takto specifické potřeby svých pacientů nebo se na jejich uspokojování nedostává.

Sama jsem přesvědčena, že právě zde v onkologickém středisku na jižní Moravě se hovoří s respektem o duchovních potřebách a aplikace řešení emocí spjaté s touto těžce léčitelnou chorobou u samotných pacientů je brána více než vážně, neboť léčení těla s bolavou duší jde velmi těžce a cílem každého zdravotníka je pokud možno - spokojený pacient – adekvátně, odborně ošetřen.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ABELN, R. Čas pro druhého. Karmelitánské nakladatelství Kostelní Vydří, 1995, str. 46. ISBN 80-7192-097-5.
2. ADLER, A. Umění rozumět. Příběh života a nemoci z pohledu individuální psychologie. Práh Praha, 1993. str. 131. ISBN 80-85809-04-4.
3. BENNET R. Hledání Boha. Jami Havířov, 1994. str. 76. ISBN 3-89397-735-X.
4. BEZDĚK C. Etikoterapie. Záhada života a smrti, Gemma Praha, 1995. str. 284. ISBN 80-85206-06-4.
5. BLECHA I. Filosofie - základní problémy, Fin Olomouc, 1996. str. 271. ISBN 80-7182-032-6.
6. BRUGGER W. Filosofický slovník, Naše Vojsko Praha, 1997, str. 550. ISBN 80-206-040-09-X.
7. ČERVINKOVÁ E. Ošetrovatelské diagnózy, IDV PZ Brno, 2001, str. 165. ISBN 80-7013-332-5.
8. FRANKL V. E. Lékařská péče o duši. Základy logoterapie a existenciální analýzi, Cesta Brno, 1995, str. 300. ISBN 80-85319-50-0.
9. HAVELKA O. Rozmlouvej s Bohem, Fatym Vranov nad Dyjí, 2000, str. 32.
10. INSTITUT ČESKOSLOVENSKÉ AKADEMIE VĚD, Malý encyklopedický slovník A - Ž, Academica Praha, 1977, str. 1456.
11. JUNAS J. Průkopníci medicíny, Avicenna Praha, 1976, str. 264.
12. KOLEKTIV AUTORŮ, Filozofický slovník, Svoboda Praha, 1976, str. 555.
13. KOMÍNKOVÁ H. Duchovní potřeby hospitalizovaných pacientů, Diplomová práce, Katedra Antropologie a Zdravovědy Olomouc, 2002, str. 93.
14. SYSEL D., BELEJOVÁ H., MASÁR O., Teorie a paraxe ošetrovatelského procesu, Tribun EU s.r.o., Brno, 2011
15. KŘIVOHLAVÝ J. Křesťanská péče o nemocné, Advent Praha, 1991, str. 123.
16. KŘIVOHLAVÝ J. Psychologie nemoci, Grada Publishing Praha, 2002. str. 200. ISBN 80-247-0179-0.
17. KŘIVOHLAVÝ J. Pozitivní psychologie, Portál Praha, 2004. str. 196. ISBN 80-7178-835-X.
18. MASTILIAKOVÁ D. Holistické přístupy v péči o zdraví, IDV PZ Brno, 1999. str. 164. ISBN 80-7013-277-9.

19. MELGOSA J. Kniha o duševním zdraví, Advent, Orion Praha, 1997. str. 200. ISBN 80-7172-240-5.
20. OPATRŇY A. Malá příručka pastorační péče o nemocné, Pastorační středisko Praha, 1995. str. 28.
21. ROTTER H. Důstojnost lidského života. Základní otázky lékařské etiky. Vyšehrad Praha, 1999. str. 107. ISBN 80-7021302-7.
22. SATIROVÁ V. Kniha o rodině. Svan Brno, 1994. str. 350. ISBN 80-901325-0-2.
23. SCHOTT V. Kronika Medicíny. I vydání, Praha Fortuna print, 1994. str. 648. ISBN 80-85873-168.
24. STOFF G. Síla na cestu. Rozhovory o víře s nemocnými i umírajícími. Karmelitánské nakladatelství Kostelní Vydří, 1995. str. 118. ISBN 80-85527-83-9.
25. SVATOŠOVÁ M. Hospice a umění doprovázet, Ecco Homo Praha, 1995. str. 144. ISBN 80-902049-02.
26. TRACHTOVÁ E. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, IDV PZ Brno, 2001. str. 185. ISBN 80-7013-324-8.
27. VYMĚTAL J. Duševní krize a psychoterapie, Konfrontace Hradec Králové, 1995. str. 88. ISBN 80-90173-44.

ČASOPISY:

28. SESTRA, 6, Praha, Strategie s.r.o., 2003, příloha Z historie ošetrovatelské péče.
29. SPIRIT, roč. 15, číslo 30, Praha, Victory Media, 2000.

INTERNETOVÉ STRÁNKY:

30. www.vira.cz 10. 2. 2004
31. www.getsemany.cz 26.10 2004
32. www.hospice.cz 1.1.2005, 29.10.2010
33. www.osobniasistence.cz 29.10.2010
34. www.prohuman.sk 29.10.2010
35. www.eurochaplains.org/enhec 29.10.2010
36. www.pečujdoma.cz 29.10.2010
37. www.husiti.cz 29.10.2010