

KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ONKOLOGICKY NEMOCNÉHO V HOSPICOVÉ PÉČI

Bakalářská práce

Matochová Naděžda, DiS.

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

Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, Ph.D.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2011-05-31

Praha 2011

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne 31.5.2011

.....

podpis

ABSTRAKT

MATOCHOVÁ, Naděžda. *Komplexní ošetrovatelská péče o onkologicky nemocného v hospicové péči*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, Ph.D. Praha. 2011, s. 55.

Hlavním tématem bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče o onkologicky nemocné v hospicové péči, při respektování jeho přirozených potřeb. Teoretická část práce charakterizuje nutnost spolupráce a flexibility interdisciplinárního týmu v hospicové péči a přehled výkonů a znalostí personálu ošetřující nemocné v terminální fázi onemocnění. Nosnou částí práce je ošetrovatelský proces u nemocné s onkologickou diagnózou, určenou k paliativní léčbě v hospici. V paliativní péči je nutná důsledná léčba a hodnocení symptomů doprovázející terminální stavy onemocnění.

Klíčová slova: Hospicová péče. Interdisciplinární tým. Paliativní péče. Terminální stav.

ABSTRACT

MATOCHOVÁ, Naděžda. Comprehensive nursing care of cancer patients in hospice care. College of Health, ops, level of qualification: Bachelor. Supervisor: Mgr. Dusan Sysel, Ph.D. Prague. 2011th, p. 55.

The main theme of the thesis is a comprehensive nursing care for cancer patients in hospice care, while respecting its natural needs. The theoretical part describes the need for cooperation and flexibility of the multidisciplinary team in hospice care and an overview of achievements and skills of the staff treating patients with end-stage disease. The main part of this work is the nursing process for patients with cancer sufferers, designed for palliative care in hospice. The palliative care needs to be consistent treatment and evaluation of accompanying symptoms of terminal disease states.

Keywords: Hospice care. Interdisciplinary team. Palliative care. The terminal condition.

Předmluva

Ošetrovatelská péče se provádí formou ošetrovatelského procesu, který by měl plnit cíle a očekávání při poskytování komplexní ošetrovatelské péči a vnímání nemocného jedince jako bio-psycho-sociálně-spirituální bytost.

Tato bakalářská práce vznikla ve snaze poskytnout sestřám a pečujícím o nemocné v paliativní péči, důležité informace, které pomohou pochopit a zlepšit péči o nemocné v posledních fázích života.

Výběr tématu práce byl ovlivněn několikaletou praxí v hospici, kde jsem začínala jako pečovatelka, poté zdravotní sestra a v posledních letech pracuji na postu staniční setry. Podklady pro práci jsem čerpala jak z knižních, tak časopiseckých zdrojů. Použité informační zdroje jsou uvedeny v seznamu bibliografických odkazů.

Práce je určena studentům, odborné veřejnosti sester, pečovatelům, sociálním pracovníkům aj., kteří jsou hlavní součástí komplexní ošetrovatelské péče o nemocné v terminálních stádiích života.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucímu bakalářské práce PhDr. Dušanovi Syslovi, Ph.D. za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytl při vypracování bakalářské práce.

Obsah

Úvod		
1.	Historie hospicové péče	7
2.	Paliativní péče	9
2.1	Formy zařízení poskytující paliativní péči	10
2.2	Týmová spolupráce a nedirektivní přístup	12
3.	Komunikace	14
4.	Nejčastější symptomy v terminálních stádiích onemocnění	15
4.1	Bolest	15
4.2	Nauzea a zvracení	19
4.3	Anorexie, kachexie	21
4.4	Dušnost	22
4.5	Průjem	24
4.6	Zácpa	24
4.7	Úzkost a deprese	26
5.	Péče o nemocného v terminálním stavu	27
5.1	Péče o zemřelého	28
6.	Péče o pozůstalé	29
7.	Ošetřovatelský proces	30
Závěr		54
Seznam použité literatury		55
Přílohy		

Úvod

„Žít a umřít před zrcadlem“, řekl Baudelaire. Nevěnuje se však dostatečná pozornost onomu „a umřít“. Žít, na to jsou všichni připraveni. Ale stát se pánem své smrti, to není jen tak.

Všichni lidé nacházejí v životě něco příjemného. A to jim pomáhá dál žít. Právě k tomu se uchylují, když jsou u konce svých sil

Albert Caus

Hospicová péče si získává stále větší pozornost. Jedná se o nezbytně nutnou součást našeho zdravotnického systému, která umožňuje těžce nemocným důstojně dožít. Respektování lidské důstojnosti je jednou z nejdůležitějších součástí péče o nemocné ze strany zdravotnického personálu, péče o člověka jakožto živé bytosti, a to lékařem počínaje, všeobecnou sestrou, sanitářem nebo uklízečkou konče. Respektování lidské důstojnosti je důležité nejen z hlediska péče samotné, ale také pro vzájemné vztahy mezi lidmi různého pohlaví, barvy pleti, stáří, vzdělání, postavení, vyznání atd.

1. Historie hospicové péče

Hospic je zdravotně - sociální zařízení, které slouží k pobytu nevléčitelně a těžce nemocných osob a péči o ně. Současná zdravotnická zařízení hospicového typu dostala své jméno podle instituce hospiců – míst pro odpočinek poutníků, která vznikla ve čtvrtém století.

Hlavním účelem hospiců je maximálně zlepšit kvalitu života v jeho závěrečné fázi a umožnit důstojné umírání. Děje se tak především snižováním nebo odstraňováním bolesti a jiných nepříjemných fyzických projevů nemoci (paliativní léčba). Hospic umožňuje vyřešit nebo alespoň zmírnit různé psychologické a duchovní problémy spojené s umíráním. Umožňuje intenzivní a nerušený kontakt s partnerem nebo rodinou.

Hospicové hnutí vzniklo v Anglii. Za předchůdce současných hospiců bývají považovány domy pro umírající, které v Irsku a Londýně zřizovaly křesťanské řády od 19. století. Moderní zařízení hospicového typu bylo ale poprvé založeno až roku 1967. Založila jej dr. Cecílie Saundersová v Londýně pod jménem Hospic sv. Kryštofa (*St Christopher's Hospice*). Od té doby začaly vznikat hospice po celém světě.

Po převratu v roce 1989 se začaly objevovat první pokusy o zřízení hospice i v České republice. Mezi prvními s touto myšlenkou přišla MUDr. Marie Opatrná. Přípravovala hospic v budově bývalé gynekologie v Praze v Rooseveltově ulici. Protože se o světovém hospicovém hnutí ještě moc nevědělo, setkával se projekt s nepochopením na všech frontách a nakonec musel být zrušen.

Po roce 1990 u nás začala hospicové hnutí propagovat MUDr. Marie Svatošová. Nejprve začala se zdravotní péčí v domácnostech nemocných. V roce 1996 se jí podařilo otevřít první český hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Další poté vznikaly v Praze, Brně, Plzni, Ostravě, Olomouci, Rajhradu u Brna, Litoměřicích, Valašském Meziříčí, Mostu, Prachaticích, Chrudimi, Havlíčkově Brodu a Čerčanech.

Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná nemocnému, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života. (viz. lit. č. 1)

2. Paliativní péče

Paliativní přístup představuje sadu základních znalostí a dovedností, které mohou použít všichni zdravotničtí pracovníci, kteří se starají o nemocné s život ohrožujícím či v terminálním stavu onemocněním.

Paliativní péče:

- usiluje o prodloužení a zachování života, který bude svou kvalitou pro nemocné přijatelný,
- respektuje a chrání důstojnost nevléčitelně nemocných,
- vychází důsledně z přání a potřeb nemocných a respektuje jejich priority,
- snaží se vytvořit podmínky, aby nemocní mohli poslední chvíle svého života strávit se svými blízkými, v důstojném a vlídném prostředí,
- chápe umírání jako součást života, kterou každý člověk prožívá jedinečně,
- nabízí všestrannou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka.

Paliativní péče je svým charakterem interdisciplinární:

- využívá znalostí lékařů - specialistů různých oborů,
- je zde úzká spolupráce lékařů a sester (ošetřovatelů),
- předpokládá spolupráci zdravotníků a psychologů, sociálních pracovníků a poradců, duchovních,
- zapojení rodiny a přátel nemocných,
- využívá dobrovolnické služby.

Cílovou skupinu paliativní péče tvoří nemocní v pokročilých a konečných stádiích nevléčitelných chorob:

- nádorová onemocnění,
- konečná stádia chronického srdečního selhání,
- chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN),
- jaterní cirhózy,
- onemocnění ledvin
- nemocní s neurologickým onemocněním typu demence,
- roztroušené sklerózy,

- polymorbidní „křehcí,, geriatričtí nemocní,
- nemocní ve vigilním komatu,
- konečná stádia AIDS. (viz. lit. č. 2)

2.1 Formy zařízení poskytující paliativní péči

Mobilní hospic - domácí paliativní péče poskytuje specializovanou paliativní péči v domácím prostředí nemocných formou návštěv lékaře - specialisty, sester, ošetrovatelek, dobrovolníků, duchovních či jiných členů hospicového týmu.

Lůžkový hospic - „kamenný hospic“ je samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči především nemocným v preterminální a terminální fázi nevléčitelného onemocnění (obvyklá délka pobytu je několik týdnů). Důraz je kladen na individuální potřeby a přání každého nemocného. Je snaha vytvořit prostředí, ve kterém může nemocný zůstat se svými blízkými až do konce svého života. Konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotního zařízení. Přináší interdisciplinární znalost z oblasti paliativní péče do lůžkových zařízení různého typu. Součástí je ambulance paliativní medicíny.

Oddělení paliativní péče v rámci jiných zdravotnických zařízení pečuje o nemocné, kteří potřebují komplexní paliativní péči a současně potřebují pro diagnostiku a léčbu ostatní služby nemocnice. Mají velkou roli edukační. V České republice neexistuje. (viz.lit.č.3)

Nedílnou součástí znalostí sestry pracující v hospicové péči je znalost psychických fází stavů nevléčitelně nemocných:

1. popření a pocit izolace - popírání závažnosti stavu a uzavírání se do sebe ("to se mě vůbec netýká, doktor se plete, to není možné, já ne!"),
2. agrese - nemocný má zlost na okolí, žárí na lidi, kteří jsou zdraví ("kdo má na mé nemoci vinu, proč jiní můžou žít dál?"),
3. smlouvání - nemocní vyhledávají různé léčitele, převracejí se na víru, dávají si určité (lhůty, kterých se musejí dožít),
4. deprese - nemocný prožívá těžké depresivní stavy, smutku, vědomí neodvratitelného konce,
5. akceptace - přijetí skutečnosti (přijetí smrti jako nedílné součásti a zároveň zakončení života a smíření se s tím, co je).

Reakce jednotlivých lidí na těžké životní situace jsou různé a závisí na spoustě vnějších okolností, na dosavadních zkušenostech a osobnosti jednotlivce.

Je důležité si uvědomit, že uvedenými fázemi prochází nejen nemocný ale i jeho nejbližší. Ti trpí spolu s ním. i když přítomnost rodinných příslušníků je žádoucí u umírajícího, je třeba také hledat únosnou míru a rozumnou hranici, kdy je rodina zastupitelná. v hospicích v této souvislosti hovoříme o dobrovolnících a duchovních. Fáze, i když jsou seřazeny za sebou tak, jak obvykle přicházejí, nemusí vždy zachovávat tento sled. Často se některé z nich opakovaně vracejí, střídají a prolínají, někdy i v jediném dni.

Také je třeba si uvědomit časový posun, v jakém prožívají jednotlivé fáze nemocní a jeho blízcí. Jestliže nemocný už dosáhl stádia smíření, zatímco jeho okolí ještě prožívá fázi smlouvání, může mu to být na škodu. V tomto případě je velmi třeba najít někoho, kdo se ujme role doprovázejícího. Může to být duchovní, někdo z přátel nebo zkušená sestra či dobrovolník hospice. Rodinu je třeba varovat před přeceňováním vlastních sil.

Preterminální stav je stav tzv. vzdáleného umírání, jinými slovy objevují se symptomy signalizující nevyléčitelnost klienta a postupného vyhasínání organismu ve všech rovinách, tj. fyzické, psychické i sociální. Jedná se většinou o delší časové období.

Terminální stav je stav, kdy dochází k postupnému vyhasínání funkcí organismu ve všech jeho rovinách. Jedná se o krátké časové období, většinou o dny.

Smrt znamená zánik všech životních funkcí, konec fyzické a psychické stránky lidské bytosti.

Paliativní lékařská péče je lékařská péče o nemocného v preterminálním a terminálním stavu, která má za použití všech dostupných lékařských metod minimalizovat průvodní jevy umírání.

Paliativní ošetrovatelská péče je sesterská a ošetrovatelská péče, která má nemocnému co nejvíce zmírnit, za použití všech dostupných ošetrovatelských metod, proces umírání. Současně tato péče zahrnuje i pomoc psychickou jak klientovi samotnému, tak jeho rodinným příslušníkům. (viz.lit.č.2)

Indikace lůžkové formy hospice

Do hospice je zpravidla přijímán nemocný, který splňuje tyto podmínky:

◆ postupující choroba ohrožuje nemocného na životě,

- ◆ potřebuje paliativní, především symptomatickou léčbu a péči,
- ◆ momentálně nepotřebuje akutní nemocniční ošetření,
- ◆ nestačí nebo není možná péče domácí (eventuelně dočasné respitní pobyty).

Důvody žádostí o lůžko v hospici uváděné rodinou

- ◆ ošetřování je příliš fyzicky a psychicky náročné,
- ◆ ošetřování vyžaduje odborný přístup,
- ◆ je nutná kontrola a léčba bolesti a jiných symptomů,
- ◆ rodina se ošetřováním vyčerpala nebo vůbec neexistuje

Mezi nádorovými onemocněními převažují ty, které způsobují závažnou symptomatologii, doma těžko zvládnutelnou. Nejčastěji jde o nemocné s progredujícím onemocněním, s potřebou kontroly a léčby bolesti nebo s potřebou ošetrovatelsky náročné preterminální péče. Může být přijat i nemocný s nenádorovým onemocněním, jedná-li se prokazatelně o infaustní prognózu. Hospic nemůže v žádném případě suplovat domovy důchodců ani léčebny následné péče.

2.2 Týmová spolupráce a nedirektivní přístup

Partnerský vztah a důsledně nedirektivní přístup jsou zřejmě tím, čeho si nemocní a jejich blízcí v hospicích cení nejvíce. Týmová spolupráce, zahrnující nemocného i jeho rodinu, je nezbytná. Při každodenní konfrontaci se smrtí se stírá rozdíl mezi profesemi, což vůbec není překážkou odbornosti. V terminální fázi může být pro nemocného ze všeho nejdůležitější přítomnost blízkého člověka.

Jediným kritériem pro přijetí nemocného do hospice je jeho diagnóza a prognóza. Náboženské vyznání zde nehraje roli. Je třeba vědět, že priorita potřeb nemocného se v průběhu choroby mění. v terminálním stádiu bývají v popředí, kromě potřeby zvládnout bolest, téměř vždy potřeby spirituální. Ty se projevují různě. Bývá to kromě silné touhy po odpuštění i naléhavá potřeba odpuštění druhým, projevit vděčnost, ujistit se, že život měl smysl, že nebyl marný. Spolupráce s duchovními všech denominací je proto nezbytná. Účast na bohoslužbách v kapli, která je pojmána ekumenicky, musí být umožněna každému, kdo o to projeví zájem, tedy i nemocnému na lůžku nebo na kolečkovém křesle. (viz.lit.č.6)

Režim dne v hospici se výrazně liší od režimu dne ve většině nemocnic. Vše se přizpůsobuje nemocnému, návštěvy nikoho na jednolůžkových pokojích neruší, proto jsou kontinuální, 24hodin denně. Není žádný důvod, pokud to zdravotní stav dovolí,

proč by nemocný hospice nemohl v doprovodu dobrovolníka či rodinných příslušníků opustit hospice, na projížďku do města např. cukrárny, obchodu aj. Pobyty na lůžku v zahradě či terase jsou častější, protože většina nemocných je zde imobilních. Telefon s možností meziměstských hovorů na pokojích umožňuje, aby nemocný nebyl nikdy zcela odtržen od přátel a rodiny. Součástí každého jednolůžkového pokoje jsou přistýlky pro doprovázející blízké nemocných, kteří chtějí trávit veškerý čas se svým blízkým. Do hospice si může nemocný vzít po domluvě i svého čtyřnohého miláčka. K pohodě v hospici také přispívají i výstavy obrazů v jeho prostorách, stejně jako krátké koncerty a jiné drobné kulturní akce. Největší oblibě u nemocných se těší písničky na přání a nejrůznější dětská vystoupení dětí z okolních mateřských a základních škol.

Jednolůžkové pokoje nejsou v hospici nadstandard. Kdo někdy umírajícího skutečně doprovázel, ví, že bez soukromí se v rozhovorech nelze dostat do nitra problému ani duše. Umění se vžít do situace nemocného není snadné. Dokud to člověk sám nezažije, možná si ani dost dobře neuvedomí, co všechno nemocný ztrácí. Může to být jméno, postavení, životní jistota, soukromí, stud, životní rytmus, práce, stravovací zvyklosti, volnost pohybu, možnost aktivity aj. k tomu všemu navíc přibyla bolest, slabost, obavy, nepříjemná vyšetření a možná i nepříjemní spolubydlíci a mnoho dalšího, převážně také ne zrovna příjemného. Proto má nemocný právo reagovat na novou situaci i agresí, úzkostí, depresí, zmateností, poruchami chování apod. nepřipravené okolí na takové nemocného projevy obvykle reaguje negativně - to jeho agresivitu dále stupňuje, vzniká bludný kruh a nikomu to neprospívá. Zato dobře připravené okolí zvládne vzniklou situaci mnohem lépe a může být nemocnému obrovskou oporou a pomocí. Proto taky hospice nabízejí možnost stáží, přednášek a praktických seminářů pro veřejnost.

Průběh každého dne v hospici je relativně stejný. Ke každému nemocnému se přistupuje individuálně dle jeho přání a potřeb. Téměř denně probíhají porady interdisciplinárního týmu, jehož součástí jsou staniční sestra, sociální pracovníce, lékaři, duchovní, zdravotní sestry, pečovatelé, dobrovolníci. Není třeba vždy podávat mnoho medikamentů na různé nemoci. Někdy stačí rozhovor vést správným směrem a vyjde najevo, že noční dezorientace, úzkosti nebo bolesti jdou „vyléčit“ s pomocí rodiny nebo přátel nemocného. Někdy i sami nemocní nenacházejí odvalu svým blízkým různá přání sdělit. Velmi často to jsou nevyřízené vzkazy, přání, usmíření se s rodinou nebo přáteli, a mnoho dalšího. Tyto informace jsou velmi důležité pro

správné nastavení léčby bolesti i dalších symptomů, které doprovází základní onemocnění nemocného.

Základní znalosti všeobecné sestry v paliativní péči:

- edukace nemocného o symptomech doprovázející onkologické onemocnění,
- edukace rodinných příslušníků,
- péče o s.c., i.v. kanyly, epidurální katetry,
- sondy, pegy, dreny, PMK,
- stomie,
- péče o chronické rány
- monitoring a kontrola fyziologických funkcí,
- komplexní ošetrovatelská péče (péče o dutinu ústní, hygiena, celková péče o kůži a predilekční místa, polohování, hydratace, podávání stravy, péče o defekaci, mikci),
- duchovní podpora nemocného i rodinných příslušníků,
- předpoklad pracovat v interdisciplinárním týmu.

3. Komunikace

Dobrá komunikace je pro efektivní hodnocení stavu nemocného nezbytná. Aby mohli pracovníci hospice poskytovat optimální péči nemocným a jejich blízkým, musí být všichni zdravotničtí pracovníci schopni přesně zhodnotit jejich potřeby.

V kontextu paliativní péče v hospici jsou dobré komunikační dovednosti nezbytné pro komplexní zhodnocení různých klinických parametrů, včetně emocionálních problémů nemocných a jejich blízkých.

Sestra pracující v hospici si musí uvědomovat, že nemocní, kteří přicházejí do zařízení paliativní péče, mohou trpět psychickou tísní a neuspokojenými potřebami již delší dobu - od doby stanovení diagnózy přes různé fáze léčby.

Sestry a pečovatelé vykonávající paliativní ošetrovatelskou péči, pravidelně navštěvují kurzy komunikačních dovedností. Samozřejmě jen tento fakt nedělá z ošetrovatele výborného doprovázejícího. K tomu, aby personál uměl správně naslouchat, být empatický, komunikovat a řešit případné potřeby nemocného je zapotřebí, aby sám chtěl, sám sebe motivoval a v této skutečnosti byl podporován. Vzhledem k mé pětileté

praxi v hospici jsem přesvědčena, že tato část péče je nejtěžší na práci v hospici. Sestra v hospicové péči musí samozřejmě ovládat veškeré činnosti práce sestry. V našem zařízení se setká se všemi nemocemi v preterminálním a terminálním stavu a jejich komplikacemi. Jsou nutné znalosti z chirurgie, interního lékařství, gerontologie, gastrologie, onkologie, venerologie a dalších odvětví medicíny.

Každý kdo přijde v hospici do styku s nemocným, tedy i uklízečka, řidič, dobrovolníci, musí dobře zvládat slovní i mimoslovní komunikaci s nemocným i jeho rodinou.

4. Nejčastější symptomy v terminálních stádiích

Dobrá léčba symptomů vyžaduje jasně definovaný lékařský i ošetrovatelský postup. Je nutné způsob léčby a ošetřování napsat do dokumentace.

Zásady léčby symptomů:

- edukace nemocného o doprovázejících symptomech,
- edukace o možné léčbě symptomů,
- vysvětlit léčebný postup rodině nemocného
- využití i psychosociálních faktorů léčby.

Léčba symptomů představuje kombinace farmakoterapie, fyzikální terapie a psychoterapie. Farmakoterapie symptomů předpokládá předvídání symptomů, titrovat individuálně dávky léků, léky podávat profylakticky dle rozpisu, ne až po zvýraznění obtíží. Při léčbě symptomů musíme brát ohled na všechny další faktory, jako jsou vlivy psychické, sociální, duchovní, vliv prostředí, věku a pohlaví, vliv rasový, vzdělání a kulturní.

U onkologicky nemocných mohou být příčiny symptomů: nádorové onemocnění, léčba nádoru, celková slabost a ochablost organismu, jiné současně probíhající onemocnění. Analýza symptomů musí být přesná, ale přitom jednoduchá (nezatěžující nemocného). Anamnestické údaje nesmějí být podceňovány, nemocnému věříme.

4.1 Bolest

Bolesti jsou u onkologických nemocných nejčastějším příznakem probíhající choroby. Bolest je symptomem, kterého se nemocní a jejich rodiny nejvíce obávají. Přítomnost bolesti může ovlivnit výsledky vyšetření a vést k falešným hodnotám, a

nepřesným interpretacím, proto je nutné její včasné posouzení. Pravidelné hodnocení bolesti přispívá ke kvalitě komunikace mezi sestrou a nemocným. Před zahájením účinné léčby bolesti je nutné bolest přesně posoudit. Bolest je subjektivní, proto ji mohou přesně měřit pouze nemocní.

Nádorové bolesti bývají obvykle chronické a trvalé, jejich signální význam je však typickou vlastností bolesti akutní. Přibližně u 2/3 onkologických nemocných se objevují vedle stabilních klidových bolestí tzv. průlomové, případně epizodní bolesti. Jedná se o občasné exacerbace bolestí, které se mohou superponovat na stabilní bolest, a to i nemocných dlouhodobě léčených opioidy. Bývají provokovány určitými aktivitami – pohybem, polykáním, močením, defekací, kašlem.

Každý onkologicky nemocný trpí v prvé řadě organicky podmíněnými bolestmi. Čistá forma psychogenní bolesti je u těchto nemocných velmi vzácná. Nicméně psychologické faktory a psychický stav nemocného mohou výrazně ovlivňovat práh bolesti a tím i intenzitu jejího vnímání. Bolest je komplexní biopsychosociální jev a pod kontrolu ji jde dostat na základě správné diagnózy a terapie.

Nejčastěji (v 60 – 90%) se jedná o bolesti způsobené vlastním nádorem, méně často o bolesti v souvislosti s protinádorovou léčbou (10 – 25%) a s celkovým oslabením nemocného (5 – 20%), ve 3 – 10% se vyskytují bolesti bez vztahu k nádorovému onemocnění. (viz.lit.č.4)

Role sestry při monitorování bolesti

- Získat při příjmu potřebné informace věnované bolesti a tomu, jakým způsobem dává nemocný konkrétně svou bolest najevo. Vše je zaznamenáno do dokumentace.
- Stanovit u nemocného trpícího bolestí ošetrovatelskou diagnózu, cíl a intervence.
- Monitorovat bolest u nemocného min. co 2 hodiny. v některých případech není nemocný schopen spolupracovat na určení stupně bolesti. Sestra musí předvídat potřeby nemocného nejen v oblasti péče o tlumení bolesti. Všimá si všech projevů, které mohou signalizovat bolest (např. bolestivá grimasa, neklid naříkání, pláč, vyhledávání úlevové polohy, zatajování dechu, přerývané dýchání, hyperventilace, pocení, nauzea, zvracení, blednutí, mydriáza atd).
- Používat při měření intenzity bolesti měřítko pro bolest VAS (visual analogue scale) stupnice 0 - 10 . Pokud je to možné nemocný si sám určí míru své bolesti na měřítku bolesti. Sestra zaznačí číslo do grafu dokumentace klienta.
- Orientační slovní hodnocení desetistupňové škály bolesti:

- 0 nepocit'uje bolest
 - 1-2 mírná bolest, lze se soustředit na hovor, lze odvést pozornost od bolesti
 - 3-5 střední bolest, dominuje nad snahou o soustředění
 - 6-9 silná bolest, bolestivá grimasa, soustředění na bolest
 - 10 nesnesitelná bolest, nemocný neovládne své chování (mohou být i přítomny známky šoku, nesnesitelná bolest může vyvolat smrt)
- Sestra věnuje pozornost lokalizaci, charakteru, šíření a časovému průběhu bolesti.
 - Všímá si provokujících faktorů a souvislosti vzniku bolesti a co bolest zmírňuje.
 - Sestra sleduje a dokumentuje důležité projevy, zda bolest zeslabuje či mizí vlivem léčby, je-li doba mezi jednotlivými dávkami určena správně, aby nemocný neměl stupňování bolesti mezi jednotlivými dávkami analgetik, když nejsou přítomny nežádoucí účinky podávání analgetik či opioidů (nadměrná spavost, nauzea, zvracení, zácpa, aj), psychické zpracování bolesti, zda nemocný posuzuje reálně (nebagatelizuje, nepřeceňuje aj. Vše se zapisuje do dokumentace nemocného.
 - Sestra úzce spolupracuje s lékařem. Radí se, zda není vhodná spolupráce s dalšími odborníky, psychologem, fyzioterapeutem či duchovním nebo sociální pracovníci.
 - Sestra využívá v týmové spolupráci kromě farmakologické léčby i vhodné možnosti podpůrné terapie a podpůrných prostředků: masáže, cvičení, relaxační techniky, dostatečný odpočinek atd.
 - Sestra pomáhá nemocnému slovem i celkovým jednáním a věnuje pozornost psychické podpoře. Nezapomíná na komunikaci o bolesti a naslouchat potížím nemocného. Zjišťuje, jak je nemocný informován o příčinách své bolesti. Pečuje o komplexní potřeby nemocného a monitoruje, jaký mají vliv na celkové vnímání a zpracování jeho bolesti.
 - Sestra spolupracuje s rodinou. Provádí edukaci nemocného a jeho rodiny v oblasti péče o nemocného s přetrvávající bolestí.

Sledování a hodnocení bolesti, které provádí sestra, poskytuje lékařům významné informace o tom, zda je léčba správně nastavena. Ze záznamů v dokumentaci nemocného získají přehled o intenzitě bolesti v závislosti na čase, podaných lécích, podpůrných prostředcích atd. Sestry jsou zodpovědné za pravidelné a pravdivé záznamy v dokumentaci nemocného.

Farmakoterapie bolesti

Doporučením Světové zdravotnické organizace, jehož schématickým doporučením je „analgetický žebříček WHO“. Představuje návod k volbě analgetika a adjuvantního léku v závislosti na intenzitě a charakteru bolesti.

Analgetický žebříček WHO:

1 STUPĚŇ – mírná bolest – neopioidní analgetika

2 STUPĚŇ – středně silná bolest – slabé opioidy + neopioidní analgetikum

3 STUPĚŇ – silná bolest – silné opioidy + neopioidní analgetikum

Základním vodítkem pro volbu analgetika je intenzita a charakteristika bolesti, kterou nemocný udává. u trvalé bolesti je třeba analgetika podávat v pravidelných intervalech. Velikost dávky je individuální. Dávka je navyšována vždy postupně.

Analgetika je vhodné podávat co nejméně invazivním způsobem. Jsou upřednostňována perorální nebo transdermální formy s prodlouženým účinkem.

V případech, kde již tato forma není dostačující jsou opioidy podávány s.c. kanylou pomocí lineárních dávkovačů a i.v kanylou pomocí infuzních pump. Lineární dávkovače jsou i přenosné – krabička velikosti cca 15x7cm, která je u nemocného zavěšena na krku v bavlněném obalu. Tato forma umožňuje nemocnému kontinuální podání analgetik bez upoutání na lůžko nebo omezení pohybu vůbec. Součástí nádorové léčby bolesti je hodnocení psychosociálních souvislostí vnímání a prožívání a jejich kvalifikované ovlivňování (psychoterapie, sociální poradenství).

Neopioidní analgetika - v léčbě se používá paracetamol, metamizol, nesteroidní antiflogistika. Mohou být podávána v monoterapii nebo v kombinaci s opioidy. Mají definovanou maximální denní dávku.

Opioidní analgetika - opioidy jsou též označovány jako silná nebo centrální analgetika. Lze však u nich vystopovat i účinky periferní. Působí na specifické opioidové receptory v centrálním, ale i periferním nervovém systému. Opioidy se dělí na slabé a silné. Mezi slabé patří – Codein, Dihydrocodein, Tramadol. Vhodné jsou kombinace s neopioidními analgetiky.

Silné opioidy jsou lékovou skupinou užívanou v léčbě silné onkologické bolesti. Jsou indikovány také u silné akutní bolesti a u některých chronických neonkologických bolestí. Analgetický účinek závisí na dávce. Nejčastějšími zástupci jsou:

Morfin – standard v léčbě bolesti. Je dostupný ve všech lékových formách, které lze kombinovat (tablety s rychlým i řízeným uvolňováním, kapky, čípky, injekce).

Fentanyl – v injekční nebo transdermální (náplast) formě, Oxycodon, Buprenorphin,

Sufentanil. (viz.lit.č.1)

Nežádoucí účinky opioidních analgetik - přes četnost nežádoucích účinků opioidy patří mezi nejbezpečnější analgetika. v léčbě chronické bolesti vždy hledáme rovnováhu mezi dostatečnou úlevou od bolesti a takovou mírou nežádoucích účinků, která je pro nemocného přínosná. Výskyt nežádoucích účinků není důvod pro ukončení léčby opioidy, ale výzvou k aktivnímu řešení těchto účinků. Povinností sestry je tyto nežádoucí účinky znát, monitorovat, zaznamenávat do dokumentace a informovat lékaře. Patří zde: zácpa, nauzea, sedace, únava, ospalost, močová retence, pruritus (svědivost kůže), zmatenos, myoklonus (mimovolní záškuby kosterního svalstva), atd.

Opiofobie - mezi laiky, ale i zdravotníky jsou přemrštěné a zakořeněné obavy z vyvolání závislosti (návyku) na opioidní analgetika při jejich aplikaci (opiofobie, opiátofobie). U dlouhodobého pravidelného podávání silných opioidů (obvykle morfinu) po týdny i měsíce nemocným s nádorovou bolestí v hospicích vyvolalo závislost jen výjimečně. Při krátkodobém podávání silných opioidních látek (u těžkých úrazů, po operacích, kolik) vznik závislosti prakticky nehrozí.(viz.lit.č.4)

4.2 Nauzea a zvracení

Nauzea je nepříjemný subjektivní pocit doprovázený vegetativními projevy (bledost, pocení, slinění a tachykardie). Přetrvávající nevolnost je často doprovázena nechutenstvím a může vést k závažné ztrátě tělesné hmotnosti.

Zvracení je vypuzení žaludečního obsahu způsobenou přetrvávající kontrakcí břišního a bráničního svalstva.

Nevolnost a zvracení tvoří příznakový komplex, jehož příčiny mohou být mnohotvárné: nedostatečná hygiena dutiny ústní, soor dutiny ústní a hrdla, expektorace velkého množství hlenu, postižení sliznice žaludku, porucha evakuace žaludku, obstrukce trávicího ústrojí, úporná zácpa, hepatomegálie, selhání jater nebo ledvin, léky (cytostatika, opioidy, atd.), zvýšený nitrolební tlak, chronická nevolnost multifaktoriální povahy u pokročilého nádorového onemocnění.

Charakteristika obtíží:

- zvracení velkého objemu s následující úlevou – při obstrukci horní části trávicího ústrojí nebo poruchou evakuace žaludku (při peptickém vředu, hepatomegalii, ascitu

nebo nádoru slinivky břišní),

- zvracení malého žaludečního obsahu provázené úzkostí – psychogenní obtíže,
- ranní zvracení provázené neurologickými problémy a bolestmi hlavy – nádorové metastázy mozku,
- závislosti nevolnosti na pohybu hlavou – postižení vestibulárního aparátu,
- závislost na pohybu těla – ascites nebo nádor v břiše aj.,
- zvracení provázené dehydratací, žízní a polyurií, celkovou slabostí, hypotenzí a bolestí břicha.

Terapie

U většiny případů je rozhodujícím postupem podávání účinných antiemetických léků.

Komplexní přístup v paliativní péči zahrnuje:

- zjištění a léčba příčiny nevolnosti a zvracení,
 - úprava celkové medikace,
 - symptomatické ovlivnění příznaků základního onemocnění využití nefarmakologických postupů (jíst častěji v malých porcích beze spěchu, poloha vsedě, volný oděv, pečlivá hygiena dutiny ústní),
 - farmakologickou léčbu (Degan, Cerucal, Torecan, Motilium, Haloperidol, aj.).
- (viz.lit.č.3)

Role sestry

Hlavním úkolem sestry je důkladně monitorovat a dokumentovat příjem stravy a tekutin u nemocného. Sestra úzce spolupracuje s pečovateli, kteří mají hlavní náplní podávání stravy a krmení nemocného per os. Pokud mají nemocní nasogastrické sondy a pegy, podávají stravu sestry.

Sestra monitoruje a zaznamenává: množství ztrát tekutin při zvracení, vzhled, barvu, zápach zvraceného obsahu, informuje lékaře, podává medikaci dle ordinace lékaře, stravu podává dle standardu, úzce spolupracuje s dietní sestrou, úzce spolupracuje s rodinnými příslušníky, sociálními pracovníky, edukuje rodinné příslušníky o vhodných potravinách, tekutinách, poloze při podávání stravy nebo tekutin, zaznamenává množství přijatých tekutin a stravy nemocným, spolu s pečovateli provádí pravidelnou hydrataci nemocných.

4.3 Anorexie, kachexie

Anorexie může mít podobu nechutenství nebo trvalého pocitu sytosti s chyběním pocitu hladu. Může být doprovázena nevolností.

Kachexie je charakterizována výraznou vyhublostí. Je zřetelná ztráta podkožního tuku i svalstva. u pokročilého nádorového onemocnění tento syndrom vzniká až u 80 % nemocných. Rozvoj nádorové anorexie zhoršuje celkovou prognózu onemocnění.

Příčiny anorexie a kachexie v paliativní péči: nádorové onemocnění – pokročilé a progredující, opakovaná chemoterapie, radioterapie, chronická infekce, AIDS, systémové zánětlivé onemocnění.

Terapie

Léčebný přístup k nemocnému, může být nutriční nebo farmakologický. Nutriční přístup znamená úsilí o zvýšení příjmu energie a živin. Využívá všech forem nutriční podpory, od úpravy diety až po umělou výživu.

Dietní doporučení: zrušit všechna neúčelná dietní omezení, jíst po malých porcích, úprava konzistence stravy podle typu převažujících obtíží, omezení intenzivních vůní teplé stravy, chlazené potraviny a nápoje, potraviny bohaté na bílkoviny, mléčné výrobky, nepít při jídle, jíst v klidu, pomalu, vsedě aj.

Sipping – farmakologická enterální výživa, která je ordinována formou popíjení po malých dávkách (Nutridrink aj.)

Entreální výživa sondou je jednodušší, má nižší riziko komplikací. Tenká výživová nazogastrická nebo nazojejunální sonda je vhodná pro krátkodobý přístup k trávicímu ústrojí. Pokud je výživa sondou plánována na dobu delší než 4-6 týdnů, je na místě založení perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG). Je obvykle tolerován lépe než nazogastrická sonda a může zlepšit kvalitu života.

Parenterální výživa je léčebným postupem při selhání funkce trávicího ústrojí. Tato výživa je podávána pouze u jednotlivých vybraných nemocných, a to na základě jejího očekávaného přínosu pro kvalitu života. Parenterální výživa by neměla být rutinně používána k prodlužování terminální fáze neléčitelné nemoci.

Cílem farmakologického přístupu je pomocí léků zmírnit nebo odstranit nechutenství.

Megestrolacetát (Megace) je nejúčinnější paliativní léčebnou možností u nemocných s nádorovou anorexií a kachexií. Nemá však vliv na přežívání a celkovou kvalitu života. Kortikosteroidy mají příznivý vliv na chuť k jídlu i příjem stravy. (viz.lit.č2)

Role sestry

Hlavním úkolem sestry stejně jako při zvracení, je důkladně monitorovat a dokumentovat příjem stravy a tekutin u nemocného. Sestra úzce spolupracuje s pečovateli, kteří mají hlavní náplní podávání stravy a krmení nemocných per os. Pokud mají nemocní nasogastrické sondy a pegy, podávají stravu sestry. Sestra monitoruje a zaznamenává:

- stav dutiny ústní a chrupu,
- monitoruje schopnost sebeobsluhy nemocného (nakrájení stravy, krmení)
- dbá na dodržení dietních opatření,
- zaznamenává množství přijatých tekutin a stravy nemocného
- informuje lékaře,
- podává medikaci dle ordinace lékaře,
- stravu podává dle standardu,
- úzce spolupracuje s dietní sestrou,
- úzce spolupracuje s rodinnými příslušníky, sociálními pracovníky,
- edukuje rodinné příslušníky o vhodných potravinách, tekutinách, poloze při podávání stravy nebo tekutin,
- spolu s pečovateli provádí pravidelnou hydrataci nemocného,
- zajistí příjemné prostředí.

4.4 Dušnost

Je jedním z nejobtížnějších a nejhůře snášených symptomů. Jde o subjektivní pocit o nedostatku vzduchu, který se těžko defínuje. Nejčastěji se vyskytuje u nemocných s rakovinou plic. Dušnost může být akutní nebo chronická, trvalá nebo epizodická, stacionární nebo progredující, klidová nebo námahová atd.

Příčiny chronické dušnosti: obstrukce dýchacích cest nádorem, plenární výpotek, metastatické postižení plic, metabolická acidóza, anémie, slabost a únava dýchacích svalů.

Příčiny akutní dušnosti: plicní embolie, infekce, úzkost, levostranné srdeční selhání, pneumothorax, hemothorax.

Terapie

Léčba dušnosti závisí na vyvolávající příčině, na rychlosti jejího vzniku, na přítomnosti hypoxemie, na psychickém stavu nemocného a na pokročilosti nádorového onemocnění. Ke sledování účinků léčby a progresu základního onemocnění stačí obvykle kontroly krevních plynů nebo sledování nasycení krve kyslíkem pomocí pulzního oxymetru. Léčba se odvíjí od příčin vzniku dušnosti (furosemidy, dexamethazon, fenoterol, streptokináza, ATB aj.). Jestliže selhávají uvedené způsoby léčby a pocit dušnosti se zhoršuje, je indikováno perorální nebo podkožní podání morfinu v pravidelných dávkách nebo kontinuální podání infúzní pumpou. U nemocných s pokročilým nádorovým onemocněním a dušností je podáván kyslík častěji, než je indikováno. (viz.lit.č.2)

Role sestry

Potřeba dýchání je základní biologickou potřebou člověka. Je základním předpokladem lidské existence. Neuspokojení potřeby kyslíku má dramatický průběh. Při nedostatečném dýchání je člověk ohrožen na životě. Výrazná je i psychická odezva. Objevuje se úzkost a strach ze smrti. Sestra monitoruje a zaznamenává:

- frekvenci dýchání,
- rytmus dýchání – patologie dýchání (Cheyne-Stokesovo, Kussmaulovo, Biotovo dýchání),
- kašel, produkci hlenu z dýchacích cest,
- důsledná péče o dýchací cesty,
- zajištění průchodnosti dýchacích cest,
- důsledná péče o tracheotomie,
- odsávání hlenu z dýchacích cest dle potřeby,
- podávání kyslíku dle ordinace lékaře a potřeb nemocného,
- podávání léků dle ordinace lékaře,
- edukace nemocného a rodinných příslušníků o nutnosti správné polohy, větrání atd.,
- zajištění pravidelného větrání v pokoji nemocného.

4.5 Průjem

U nemocných s pokročilým nádorovým onemocněním, se vyskytuje akutní nebo déle trvající průjem přibližně v 10% případů.

Příčiny průjmů v paliativní péči: infekce, toxický účinek protinádorových léků, radioterapie, chemoterapie, stavy po resekčních výkonech na trávicím ústrojí, laxativa, dietní chyba, meléna – krvácení do trávicího ústrojí, nepravý průjem (obtékání zátky z tvrdé stolice s kapalněným střevním obsahem), hlen při úplné střevní obstrukci, parciální střevní obstrukce způsobená nádorem nebo metastázami do střeva. (viz.lit.č.1)

Terapie

Důležitou součástí léčby průjmů je nejen medikace (Imodium, Reasec aj.), ale také dietní opatření a rehydratace. Ze stravy jsou vyloučeny perlivé nápoje, kofein, alkohol, kořeněná jídla, velké množství vlákniny a také tučná a smažená jídla. Strava by měla být podávána v malých porcích častěji, a měla by být bohatá na škrobové sacharidy a bílkoviny. Dietní opatření dále zahrnují perorální rehydrataci iontovými roztoky s obsahem sacharidů. Při nedostatečném perorálním příjmu je indikována parenterální dehydratace. Součástí interdisciplinárního týmu v hospicové péči je vždy dietní sestra.

4.6 Zácpa

Zácpa je obtížné a méně časté vyprazdňování tuhého střevního obsahu. Významnější než samotná frekvence je zvýšené úsilí a diskomfort při defekaci. Zácpa je často provázena pocitem plnosti a napětí v břiše. Na zácpu musí pracovníci v paliativní péči aktivně myslet – preventivní přístup.

Příčiny vzniku zácpy: snížena pohyblivost, neznámé prostředí, celková tělesná slabost, nedostatek vlákniny ve stravě, nízký příjem tekutin, mozkové nádory, deprese, obstrukce střeva, opioidy, aj.

Terapie

Léčba zácpy by měla být komplexní. Nemocní v paliativní péči mají zvýšené riziko zácpy – opět nutný preventivní přístup.

Dietní opatření zahrnují: zvýšený příjem tekutin, zvýšený příjem vlákniny, pravidelný pohyb pokud to zdravotní stav nemocného dovolí, určení vhodného času pro defekaci, zajištění soukromí při defekaci, aj.

Cílem farmakologické léčby je defekace bez obtíží. Nejčastěji se používají osmoticky působící projímadla.(Laktulóza). Dále jsou podávána projímadla stimulující střevní peristaltiku (Fenolaxs, Bisacodyl, Guttalax, aj.) Laxativa mohou být podávána:

- per os - tablety, kapky,
- per rektum - čípky, mikroklyzma (Yall)
- nálev je na místě jako terapie druhé řady nebo jako léčba u uzávěru rekta tuhou stolicí,
- manuální vybavení stolice – lékařský výkon.

Role sestry u vyprazdňování nemocného

Vyprazdňování je fyziologickou funkcí organismu, základní, biologickou potřebou člověka. Témata vyprazdňování a vyměšování jsou často tabuizována. Souvisí to s blízkostí vývodných cest močových a análního otvoru s pohlavními orgány. Při posuzování vyprazdňování musí sestra přistupovat k nemocnému diskrétně citlivě a respektem. Způsob uspokojování potřeby vyprazdňování je individuální. Sestra monitoruje, zaznamenává a provádí:

- vyprazdňování močového měchýře (množství moče, příměsí, barvu),
- zaznamenává výskyt dysurických potíží (typ bolesti),
- způsob defekace (inkontinence atd.),
- množství, frekvenci, zápach a hustotu stolice,
- sestra edukuje nemocného a rodinné příslušníky o dietních a terapeutických možnostech léčby průjmu nebo zácpy,
- blízce spolupracuje s dietní sestrou,
- zajistí intimitu nemocného při defekaci, komfort (větrání pokoje, zástěna, aj.)
- aplikuje léky dle ordinace lékaře,
- informuje lékaře o probíhající léčbě,
- pravidelná hydratace vhodnými tekutinami,
- sleduje a ošetřuje kůži v okolí genitálií, (hygiena genitálií – koupele, sprchování, oplachy dle přání, možností a stavu nemocného),

- personál zajišťuje pravidelnou lokomoci, vysazování, polohování nemocného dle zdravotního stavu.

4.7 Úzkost a deprese

Míra jistoty a pocitu bezpečí ovlivňuje fyziologicko-biologickou stránku lidského organismu, podporuje normální funkci jednotlivých orgánových systémů působením přes CNS a vegetativní nervstvo. Jistota – nejistota působí jako stresory a ty ovlivňují adaptační mechanismy organismu. Strach je pocit hrůzy, děsu před něčím konkrétním. Člověk se soustředí na nebezpečí projevuje nedostatek pozornosti a snižuje se jeho výkon a kontrola.

Charakteristické projevy: bušení srdce, zvýšený krevní tlak, zvýšená respirace, nespavost, zvracení, pocit horka nebo chladu, aj.

Úzkost je neurčitý tíživý pocit, vyvolaný ohrožením hodnotového systému nebo jistoty nemocného. Člověk je schopen určit zdroj úzkosti, např. operace, rakovina. Tato situace je zdrojem hrozby, není však sama hrozbou. Deprese je faktor, který úzce souvisí s tělesnými potížemi, závažnosti choroby a přítomnosti bolesti u onkologicky nemocných. Součástí interdisciplinárního týmu je psycholog, psychiatr, duchovní, kteří blíže spolupracují na léčbě. (viz.lit.č.7)

Terapie

Pokročile chronicky nemocní mají prospěch z otevřené empatické komunikace a obecné podpůrné psychologie – psychosociální terapie.

Farmakoterapie – Benzodiazepiny – Oxazepam, Neurol, Xanax

Antipsychotika – Haloperidol, Tiapridal, Risperon aj.

Antidepresiva – Prothiaden, Citalec

Role sestry

Veškeré jednání a chování zdravotníků a veškerého personálu by mělo vést k odstranění nebo snížení nejistoty, strachu a úzkosti. Komunikace s nemocným musí být jasná a srozumitelná. Informace musí být přiměřené věku, úrovni vzdělání, předchozím zkušenostem a celkovému zdravotnímu stavu. Velice záleží na pozorovacích a komunikativních schopnostech celého týmu pracovníků v hospicové péči. Sestra monitoruje a zaznamenává:

- verbální a nonverbální projevy nemocného,
- informuje a spolupracuje s interdisciplinárním týmem,
- podává léky dle ordinace lékaře,
- informuje lékaře o změnách stavu nemocného,
- edukuje rodinné příslušníky o problémech nemocného,
- podporuje nemocného, nepřikazuje ani nežádá nemocného, aby se ihned rozhodl
- pracovník je empatický,
- vysvětluje všechny postupy výkonů prováděné u nemocného,
- nabízí a zajistí (dle přání nemocného) duchovní podporu, aj.

5. Péče o nemocného v terminálním stavu

Sestra i celý interdisciplinární tým musí vědět, jaké informace byly poskytnuty nemocnému o jeho chorobě. K terminálnímu selhání může dojít náhle a nečekaně, nebo může být očekávaným vyústěním pokročilé, kauzálně neovlivnitelné nemoci.

Zřetelným projevem terminální fáze je postupné prohlubování symptomů:

- narůstání celkové slabosti,
- ztráta zájmu okolí,
- odmítání jídla,
- nepravidelnosti dýchání,
- oligurie až anurie,
- facies Hippocratica, periferní cyanóza na končetinách, mramorovaná kůže.

Umírající často není schopen používat per os. Všechny důležité léky lze podávat subkutánně, intravenózně nebo intramuskulárně. Vhodné je podání formou kontinuální subkutánní infúze lineárním dávkovačem nebo infúzní pumpou. Přehodnotit dosud užívané léky a vysadit ty, které nemají bezprostřední vliv na komfort při umírání. Ukončit rutinní diagnostické a ošetrovatelské postupy (odběry krve, měření krevního tlaku, monitorování EKG atd.). Umělá výživa a hydratace jsou indikovány, pouze pokud přispívají k zmírnění obtíží a důstojnému umírání.

Fáze umírání a smrt:

1. Agónie – základní životní funkce jsou zachovány, dochází k poruše funkce některých orgánů.

2. Klinická smrt – dochází k zástavě dechu a srdeční činnosti, metabolismus mozkových buněk je zachován, stav reverzibilní.
3. Biologická smrt – zánik buněk, stav iverzibilní.
4. Smrt mozku – iverzibilní zánik mozkových buněk.

Povinnost při očekávaném úmrtí:

- neprodleně informovat lékaře, ten musí konstatovat smrt:
 - známky nejisté – zástava dechu a srdeční činnosti, zornice nereagují na světlo
 - známky jisté – posmrtné skvrny, bledost, zápach, ztuhlost.
- sestra zaznamená přesný čas smrti,
- zaznamená zápis do chorobopisu,
- vykoná péči o tělo zemřelého.

5.1 Péče o zemřelého

Po ohledání těla zemřelého lékařem přejímá veškerou péči o tělo sestra a další zdravotnický personál. Z lůžka odstraníme veškeré pomůcky doplňující lůžko. Zemřelého omyjeme, sejmeme šperky (vždy svědek), odstraníme náplasti, kanyly, drény pouze zkrátíme. Tělo uložíme do vodorovné polohy, oči zatlačíme, s úst vyjmeme zubní protézu, bradu nepodvazujeme. Pokud je rodinnou dodán smuteční šat, zemřelého oblékneme.

Označení těla:

- důkladně a přesně označit aby nedošlo k záměně,
- označit na stehno fixou a na DK zavěsíme formulář, který obsahuje – jméno a příjmení, rodné číslo, bydliště, datum a hodina úmrtí, oddělení na kterém nemocný zemřel.

Pozůstalost:

- veškeré věci je nutné sepsat vždy dvakrát,
- cennosti ukládat do trezoru (označit vždy bílý nebo žlutý kov, finanční obnos přesně spočítat),

- soupis pozůstalosti sepisovat vždy se svědkem (nutný podpis),
- pokud na trvalém chrupu byly zuby bílého nebo žlutého kovu, provede se vždy zápis do dokumentace,
- při předávání pozůstalosti vždy nechat podepsat pozůstalými,
- občanský průkaz a průkazka pojišťovny se předává pohřební službě s ohledacími listy zemřelého,
- při předávání pozůstalosti se chováme taktně a citlivě.

5. Péče o pozůstalé

Úmrtí blízkého člověka znamená velkou životní ztrátu. Zármutek se může projevat a vyjadřovat různými způsoby. Je vhodné příbuzné včas informovat o zhoršeném stavu, aby mohli přivykat na vážnost situace. Volíme klidné prostředí, soukromí. Vyjadřujeme se jasně a věcně. Zachováváme společenské rituály, vyjadřujeme upřímnou soustrast. Po zklidnění příbuzných nabízíme pomoc při formalitách, seznámíme příbuzné s dalším postupem. Neodmítáme další setkání. Většina pozůstalých je schopna mobilizovat své síly a vyrovnat se s nastalou situací. Důležitá je důvěra mezi pozůstalými a týmem poskytující péči, která se buduje již v průběhu hospitalizace nemocného. Pokud je rodina přítomná při úmrtí smí setrvat u lůžka zemřelého, které je po určité době převezeno do rozlučkové místnosti hospice. Při rozhovoru s pozůstalými setrvat v klidném rozjímání. Je vhodné, aby personál sděloval stejné informace. Ujištění rodiny, že nemocný netrpěl. Nebránit se otázkám, i když se opakují (pozůstalí jsou v těžkém psychickém rozpoložení, mnohdy si nepamatují na okolnosti při sdělení úmrtí). Nabídnout možnost dalšího kontaktu (s psychologem, se sociálním pracovníkem, duchovním).

V hospicích jsou uskutečňovány vzpomínkové programy, setkání pozůstalých, bohoslužby za zemřelé. Kontaktování pozůstalých měsíc až dva po smrti a pozvání na vzpomínkové a kulturní programy. Pozůstalým bychom měli pomoci přijmout a zpracovat ztrátu, prožít zármutek, zadaptovat se ve světě bez zemřelého a citově se od něj odpoutat natolik, aby mohli investovat do dalších vztahů. Bez truchlení není vyrovnání.

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

1. Identifikační údaje

Jméno a příjmení: XY

Pohlaví: ŽENA

Datum narození: 1953

Věk: 58 let

Adresa bydliště a telefon: X.....

Adresa příbuzných: X

RČ: 53.....

Číslo pojišťovny: xxx

Vzdělání: středoškolské

Zaměstnání: účetnictví

Stav: vdaná

Státní příslušnost: ČR

Datum přijetí: 2.3.2010

Typ přijetí: plánovaný příjem

Oddělení: hospic

Ošetřující lékař: XZ

Důvod přijetí udávaný nemocným

„V nemocnici říkali, že mi zde pomůžete od bolesti a vyléčí se epileptické záchvaty“.

Medicínská diagnóza hlavní

Ca renis l.sin., mst v mozku a plicích

Medicínské diagnózy vedlejší

stp nefrektomie r. 2004,

Diabetes melitus 2 typu na dietě

Hypertenze III.st dle WHO

stp. CMP

stp. operace štítné žlázy před lety

Vitální funkce při přijetí

TK: 145/80	Výška: nezjištěno
P: 76/min pravidelný	Hmotnost: nezjištěno
D: 20/min	BMI :
TT: 36,4	Pohyblivost: imobilní
Stav vědomí: plně orientovaná	Krevní skupina: B Rh+

Nynější onemocnění

Nemocná dlouhodobě v péči onkologa, radioterapie a chemoterapie již ukončena. Nemocná odeslána k paliativní terapii do hospice. Pro nastupující bolesti hlavy, bolesti v oblasti bederní páteře, opakující se epileptické záchvaty, zhoršení příjmu stravy a tekutin. Nemocná bez TT. Komunikující, při přijetí kůže bez poruchy integrity.

Informační zdroje

- nemocná + dcera
- sociální pracovnice

2. Anamnéza

Rodinná anamnéza

Matka: hyperfunkce štítné žlázy, stp CMP, žijící

Otec: nelze zjistit, již nežije, exitus v r. 2008 zřejmě na IM

Sourozenci: nemá

Děti: dcera – žijící v Itálii, s matkou v kontaktu po telefonu.

Osobní anamnéza

Překonané a chronické onemocnění: běžné dětské nemoci, v mládí se s ničím neléčila, dospělosti časté infekce močových cest.

Hospitalizace a operace:

Úrazy: v dětství zlomenina pravého zápěstí

Transfúze: 0

Očkování: povinná

Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Apo-ome	Cps	20mg	0 – 0 - 1	Inhibitor protonové pumpy
Egilok	tbl.	25mg	0,5 – 0 – 0,5	Kardioselektivní β -blokátory
Algifen	gtt.		Při bolesti 30 kapek	Spasmoanalgetika
Apaurin	Inj	10mg/2ml	Při epileptickém záchvat 10mg i.m.	Antiepileptikum
Citalec	tbl.	20mg	1 – 0 – 0	Antidepresivum
Letrox	tbl.	50rg	1 – 0 -0 ½ hod před jídlem	Tyreoidální léčivo – hormony štítné žlázy
Euphyllin CR N	cps.	200mg	1 – 0 – 1	Xantiny - bronchodilata ncium

Alergologická anamnéza

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Abúzy

Alkohol: jen příležitostně, na rodinných oslavách jednu skleničku vína

Kouření: neguje

Káva: 1x denně po obědě

Léky: viz. lékařská anamnéza

Jiné drogy: neguje

Gynekologická anamnéza

Menarché: ve 14 letech

Cyklus: pravidelný

Trvání: 4 dny

Intenzita, bolesti: bez bolesti

PM: v roce 1999

Porody: jeden

Potravy: 0

Menopauza: ve 46 letech

Potíže klimakteria: pocení

Samovyšetřování prsou: neprovádí

Poslední gynekologická prohlídka: v zimě 2009

Sociální anamnéza

Stav: rozvedená

Bytové podmínky: žije v rodinném domku na vesnici

Vztahy, role, a interakce v rodině: s bývalým manželem se nestýká, dcera v zahraničí , komunikují po telefonu, jezdí 2 x ročně za matkou na návštěvu.

Mimo rodiny: má přátele v sousedství, stále ji navštěvuje přítelkyně z práce.

Záliby: četba a pěší turistika.

Pracovní anamnéza

Vzdělání: středoškolské

Pracovní zařazení: účetní

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: částečný invalidní důchod

Vztahy na pracovišti: velmi dobré

Ekonomické podmínky: dobré

Spirituální anamnéza

Nemocná je evangelického vyznání. Je věřící, chce návštěvy duchovního a účast na bohoslužbách.

Posouzení současného zdravotního stavu ze dne 6. 3 .2011

3. Popis fyzického stavu

SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	„Bolí mě hlava, hlavně v zadu, moc“.	Hlava na poklep bolestivá. Oči – bez zánětů, ve středním postavení, skléry bílé, zornice izokorické. Nos bez deformit a sekrece, uši bez výtoků. Chrup – pac. používá zubní protézu, jazyk se plazí středem – známky počínající dehydratace, náplň jugulárních žil v normě. jizva po operaci štítné žlázy.
Hrudník a dýchací systém	„Nějak špatně se mi dýchá“	Hrudník symetrický bez deformit, saturace kyslíkem 87%, počet dechů 28/min. bolest na hrudníku

		neudává. Poslechový nález – drobné chrůpky basálně – miliární rozsev s progresí.
Srdcovo-cévní systém	„Nemám žádné problémy.“	Srdeční akce pravidelná, TK – 145/80, P – 78/min, šelesty nepřítomny, DK bez otoků.
Břicho a GIT	„Břicho mě ani moc nebolí, nemám na nic chuť.“	Břicho prohmatné bez patologické rezistence, na pohmat nebolestivé, stolice 1 x denně, hnědé barvy, bez patologického zápachu či zbarvení. Zvracení 1 x denně natrávené stravy, kyselého zápachu. Nechutenství příjem ½ porcí stravy. Jizva po nefrektomi – zhojená bez patologického nálezu.
Močovo-pohlavní systém	„Všechno dobré.“	Nemocná má zaveden PMK č 16 ze dne 1.2.2011 tj 7 den pro sledování diurézy. Moč čirá bez příměsí, diuréza za 24hod – 2000ml. Genitálie bez výtoku, zápachu.

SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Kostrovo-svalový systém	„Šla bych na procházku“	Nemocna imobilní, pravá polovina těla paretická, je patrný úbytek svalové hmoty na končetinách.
Nervovo-smyslový systém	„Nemám problémy“	Nemocná při vědomí. Orientovaná plně osobou, částečně místem a časem – metastatické postižení. Bez projevů epileptických záchvatů. Zhoršena novopaměť.

Endokrinní Systém	„Mám cukrovku“	Diabetes melitus II. stupně na dietě – glykémie glukometrem dnes ráno nalačno 5,7 mmol/l. Hypothyreóza - bez zjevných poruch endokrinního systému.
Imunologický Systém	„Nevím.“	Lymfatické uzliny nezvětšeny, afebrilní.
Kůže a její adnexa	Bez vyjádření nemocné.	Kůže bledá opocaná, turgor snížený, končetiny bez otoků, alopecie po předcházející radioterapii a chemoterapii, kůže celkově suchá bez poruchy integrity. v oblasti sacra přítomnost zarudnutí cca 5 x 5 cm.

Poznámky z tělesné prohlídky: nemocná spolupracující, komunikace omezená vzhledem k celkovému zdravotnímu stavu, přehlednutá kůže bez poruchy integrity, nutná dopomoc při změně polohy v lůžku. Informace získávány pouze od nemocné. Dcera v tuto dobu v zahraničí.

4. Aktivity denního života

		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	„Všechno.“	Nelze hodnotit.
	V nemocnici	„Moc tomu jídlu nedám“	Dieta diabetická. Během dne nauzea 1x zvracení. Příjem polovičních porcí stravy, Krmena personálem mletou stravou.
Příjem Tekutin	Doma	„Dobry.“	Nelze hodnotit.

	V nemocnici	„Nemám žízeň piju dost“	Tekutiny podávány per os přes stříkačku, nemocná nemá sílu pít z hrníčku nebo přes slámku. Příjem tekutin za 24hod/ 1800ml. Podávány ledové kostky ochucené. Turgor kůže snížen.
Vylučování Moče	Doma	„Tu cévku mám už dlouho.“	Pravidelné kontroly na urologické a onkologické ambulanci.
	V nemocnici	„Přes hadičku.“	PMK č. 16 výměna provedena 1.2.2010 moč derivuje.
Vylučování Stolice	Doma	„WC.“	
	V nemocnici	„Chodím na záchod.“	Imobilní, plně inkontinentní, vyprazdňování do plenkových kalhotek. Průjmovitá stolice až 2x denně.

		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Spánek A bdění	Doma	„Doma spím dobře.“	
	V nemocnici	„Nespím.“	Problémy s usínáním. Usne do 1 hod., spánek je hluboký. Ve zvýšené poloze.

Aktivita A odpočinek	Doma	„Četla jsem, ráda chodila do přírody.....“	
	V nemocnici	„Dívám se na televizi, chodí tady paní.“	Během dne návštěvy dobrovolníků – předčítání z knih, a duchovních na přání nemocné. Nyní v doprovodu své dcery. Vyvážena i s lůžkem do parku. Sledování televize, poslech rádia, bohoslužby v kapli hospice.
Hygiena	Doma	„Doma mám sprchu.“	
	V nemocnici	„Sestry.“	Komplexní ošetrovatelská péče. Hygienu provádí ošetřující personál, péče o DÚ, oči, nos, uši. Výměnu osobního i ložního prádla. Celkovou péči o kůži – promazávání a masáž. Celková koupel prováděna v hydrovaně.
Samostatnost	Doma	„Všechno sama, někdy přijela dcera, někdy sousedka.“	Nelze posuzovat.

	V nemocnici	„Jsem slabá.“	Podle testu denních činností má nemocná těžký stupeň závislosti. Je prováděna komplexní ošetrovatelská péče.
--	-------------	---------------	--

5. Posouzení psychického stavu

		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí		„Chce se mi spát.“	Nemocná somnolentní, odpovědi přiléhavé, zpomalené psychomotorické tempo. Glasgow škála 16 bodů – lehká porucha vědomí.
Orientace		„Jsem v nemocnici ve Zlíně.“	Nemocná hospitalizována v hospici ve Valašském Meziříčí. Objevují se amentní stavy. Orientovaná osobou, dezorientace místem a časem. Dceru pozná.
Nálada		„Je mi divně.“	Nemocná úzkostná, plačtivá.
Paměť	Staropaměť		Zachována.
	Novopaměť		Omezená výbavnost.
Myšlení			Neracionální.
Temperament			Melancholik.
Vnímání zdravotního Stavů		„Není to dobré...“	Nemocná je o své diagnóze a prognóze

		informovaná.
Reakce na onemocnění A prožívání onemocnění		Přiměřená stavu.
Reakce na hospitalizaci	„Jsem ráda, že jsem tady, pomožte mi.“	Přiměřená.
Adaptace na onemocnění	„Vím, že asi brzy umřu.“	Nemocná informovaná o své diagnóze a prognóze. Konzilia psychologa. Zapojení rodiny – dcery, duchovních.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	„...pláč....“	Nemocná plačtivá, vyžaduje neustálou pozornost okolí.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)	„Jak v nemocnicích...“	Nejsou zřejmé známky iatropatogenie, sorrorigenie.

6. Posouzení sociálního stavu

		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální		Řeč setřelá, zpomalená .
	Neverbální		Výraz tváře značí přítomnost bolesti a strachu. Gestika a haptika rukou nepřítomna.
Informovanost	O onemocnění	„Už vím.....“	Informovaná.

	O diagnost. Metodách	- ,, -	Informovaná. Spolupracující v rámci svých schopností.
	O léčbě a dietě	- ,, -	Informovaná. Spolupracující.
	O délce Hospitalizace		V hospici nelze informovat o délce hospitalizace.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Primární (role související s věkem a pohlavím)		Narušena vzhledem k terminální fázi onemocnění.
	Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)		Narušena vzhledem k terminální fázi onemocnění. S dcerou v telefonickém kontaktu.
	Terciární (související s volným časem a zálibami)		Narušena vzhledem k terminální fázi onemocnění.

Poznámka: nemocná v terminálním stádiu onemocnění, zdroj informací proto není zcela rozsáhlý a podrobný. Některé informace nejdou již od nemocné získat. Rychle se unaví. Je velmi důležité brát ohled na přání nemocné o soukromí a odpočinku. Odpovědi jsou přiléhavé jen částečně. Dcera žijící v zahraničí.

MEDICÍNSKÝ MANAŽMENT

Ordinovaná vyšetření

měření saturace kyslíku a záznam do dokumentace

podání oxygenoterapie dle potřeb nemocné a ordinace lékaře

odběr krve na glykémii a záznam do dokumentace

sledování škály bolesti a záznam do dokumentace

aplikace léků proti bolesti dle ordinace lékaře

sledování projevů epileptických záchvatů

pravidelná hydratace

polohování nemocné v pravidelných časových intervalech

sledování a záznam o počtu stolic během dne

celková péče o tělo nemocné (DÚ, uši, nos, kůže)

péče o permanentní katetr dle standardu – záznam do dokumentace – zbarvení a množství moče.

zajistit psychologické/psychiatrické konzilium

Konzervativní léčba :

Dieta: 9 mletá

Pohybový režim: imobilní

Výživa: per os – krmena a hydratována personálem - dopomoc, sipping, ledové kostky

Medikamentózní léčba

Per os: Letrox 50 tbl 100x50rg, Hypnogen tbl.

Per rectum: Diazepam 10mg supp, Paralen 500mg supp.

Subcutánně: analgetika, antiemetika, antidepresíva podávána lineárním dávkovačem (LD) – MO 1% 120 mg + 1 amp Torecanu + 1 amp Haloperidolu sc/24hod

jiná: kyslík 3,5 l/min – oxygenerátor – kyslíkové brýle

SITUAČNÍ ANALÝZA

58 letá žena s ca ledvin a mts do mozku a plic přijata k symptomatické paliativní léčbě dne 2.3.2011. Při přijetí nemocná orientovaná bolesti na škále WAS 0 – 1. Bez projevů dušnosti, nauzey či zvracení. Schopná částečné sebeobsluhy v lůžku sama nebo z dopomocí personálu.

Nemocná postupně během týdne udává silnější bolesti hlavy a zad pomocí piktogramů, pocity na zvracení. Zavedena s.c. kanylou kde podávány lineárním dávkovačem analgetika, antiemetika a antidepresiva. Nemocná slabá, nutná komplexní ošetrovatelská péče ve všech oblastech – příjem stravy, tekutin, polohování, hygiena, péče o tělo, péče PMK. Projevy dušnosti. U nemocné projevy úzkosti a strachu. Dcera žijící v zahraničí, rozvedená. Má přátele z okolí bydliště. Věřící.

Stanovení sesterských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit

Aktuální sesterské diagnózy

1. Chronická bolest hlavy a beder z důvodu onkologického onemocnění projevující se verbalizací - 5 stupněm na analogové škále bolesti, úlevovou polohou.
2. Dušnost z důvodu snížení plicního objemu plic projevující se verbalizací, zrychleným dýcháním 28dechů/min, saturace kyslíkem 87%, úzkostí.
3. Deficit objemu tekutin vzhledem k aktivním ztrátám (zvracení) projevující se suchostí sliznic, sníženým kožním turgorem, snížením denní diurézy pod 1800ml/24hod.
4. Nedostatečný příjem stravy v souvislosti s terminálním stavem onemocnění projevující se verbalizací, nechutenstvím, odmítáním stravy.
5. Porucha soběstačnosti v oblasti hygieny, oblékání, příjmu stravy a tekutin vzhledem k imobilitě nemocné.
6. Strach z vývoje sociální izolace z důvodu absence rodinného příslušníka projevující se plačtivostí, verbalizací.
7. Porucha spánku v souvislosti s bolestí a dušností projevující se usínáním delším než 1hodina.
8. Sociální izolace v souvislosti se základním onemocněním projevující se verbalizací.

Potencionální sesterské diagnózy

1. Riziko vzniku infekce vzhledem k zavedeným invazivním vstupům.
2. Riziko poruchy kožní integrity v predilekčních místech vzhledem k imobilitě nemocné.
3. Riziko vzniku zácpy vzhledem k imobilitě a podávání opioidů.
4. Riziko vzniku infekce močových cest vzhledem k zavedenému permanentnímu katetru.

Sesterská diagnóza

1. Chronická bolest hlavy a beder z důvodu onkologického onemocnění projevující se verbalizací - 5 stupněm na analogové škále bolesti, úlevovou polohou.

Cíl: - zmírnit bolest
- dlouhodobý

Priorita: střední

Výsledné kritéria:

nemocná nebude udávat bolest vyšší než (4) na analogové škále bolesti do 30 min

nemocná umí posoudit intenzitu bolesti podle analogové škály 0 – 10 do 10 minut

nemocná souhlasí s léčbou bolesti a akceptuje

nemocná je poučena nenechat bolest dosáhnout vyšších hodnot než do (4), vždy informovat sestru o nutnosti aplikace analgetika

Plán intervencí

- navázat důvěrný vztah s nemocnou – službu konající sestra, pečovatel

- monitoruj co 2 hod bolest, její charakteristiku, intenzitu, informuj lékaře, vše důkladně zaznamenej do dokumentace – službu konající sestra

- edukuj nemocnou o určení výšky bolesti na analogové škále bolest – službu konající sestra

- sleduj verbální a nonverbální projevy nemocné - službu konající sestra, pečovatel
- poskytni nemocné možnost úlevové polohy - službu konající sestra, pečovatel
- aplikuj analgetika dle ordinace lékaře - službu konající sestra
- monitoruj vedlejší účinky opioidů, vše zaznamenej do dokumentace - službu konající sestra

Realizace : 6.3.2011

6.00 hod. – nemocná udává tupou bolest hlavy v temporální oblasti, která má intenzitu 5 bodů analogové škály verbálně + piktogramy.

6.15 hod. – informovala jsem lékaře, dle jeho ordinace jsem aplikovala Morfin 1% 10mg do s.c. kanyly, byl proveden zápis do dokumentace nemocné i odpis opioidů dle standardu.

7.15 hod – nemocná verbalizovala úlevu od bolesti na stupnici 2 – 3, nemocná informována o důležitosti včasnosti informování personálu o stupňující se bolesti (4). Nemocná opakovaně informována o analgetické léčbě, opiofobii. s léčbou souhlasí a akceptuje.

8.00 – 10.00 hod – dopomáhala jsem nemocné zaujmout úlevovou polohu, sledovala jsem nežádoucí účinky opioidů, monitorovala okolí vpichu s.c. kanyly, vše zaznamenáno do dokumentace.

13.00 hod. – podána pravidelná dávka analgetika v LD – MO 1% 120 mg/24 hod, zaznamenáno do dokumentace, nemocná udává bolest na škále (2).

14.00 hod. – deleguji pokračovat v naplánovaných ošetrovatelských intervencích na službu konající sestru.

s.Matochová

Realizace: 7.3.2011

hod – nemocná udává bolest na škále (8)

6.10 hod – informován lékař, aplikován dopich MO 1% 10 mg do s.c. kanyly dle ordinace lékaře, zapsáno do dokumentace a evidence opioidů

6.10 – 8.00 hod – sledovala jsem nežádoucí účinky podaných opioidů, monitorovala bolest nemocné.

8.00 hod – nemocná udává ústup bolesti na škálu (3)

11.30 hod – nemocná opět verbalizuje nástup bolesti na škále (5).

11.35 hod. – informován lékař, aplikován dopich MO 1% 10 mg do s.c.kanyly dle ordinace lékaře, proveden záznam do dokumentace

11.35. – 13.00 hod – monitoruji bolest, nemocná spí.

13.00 hod – podána pravidelná dávka v LD, provedeno navýšení dávky lékařem pro opakované bolesti – MO 1% 150 mg sc/24hod., nemocná o navýšení informována lékařem, monitoruji místo vpichu s.c. kanyly, proveden zápis do dokumentace.

14.00 hod - deleguji pokračovat v naplánovaných ošetrovatelských intervencích na službu konající sestru.

s.Matochová

Realizace: 8.3.2011

6.00 hod. – nemocná verbalizuje bolest na škále (3), proveden zápis do dokumentace

6.00 – 8.00 hod – sledování nežádoucích účinků podávaných opioidů, monitoring bolesti

8.00 – 10.00 hod – nemocná usíná

10.00 hod – nemocná verbalizuje bolest na škále (3), lékař informován.

10.00 – 11.30 hod – monitoring bolesti, verbální i nonverbální projevy, zápis do dokumentace

13.00 hod – aplikována léčebná dávka opioidů do LD – MO1% 150mg sc/24hod., monitoruji místo vpichu s.c.kanyly, zapisuji do dokumentace

14.00 hod - deleguji pokračovat v naplánovaných ošetrovatelských intervencích na službu konající sestru.

s.Matochová

Hodnocení: 6.3 – 8.3.2011

plán splněn

u onkologicky nemocných je třeba vždy monitorovat bolest dlouhodobě a důsledně,

bolest u onkologicky nemocných je velmi proměnlivá.

<p>Sesterská diagnóza:</p> <p>2. Dušnost z důvodu snížení plicního objemu plic projevující se verbalizací, zrychleným dýcháním 28dechů/min, saturace kyslíkem 87%, úzkostí.</p>
<p>Cíl : - zmírnit pocit dušnosti - dlouhodobý</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>Výsledné kritéria:</p> <p>nemocná nebude verbalizovat pocit dušnosti do 2 hodiny nemocná bude mít počet dechů max.20/min do 2hodin nemocná dýchá bez zapojení pomocných svalů do 2 hod není projev cyanotických aker do 2 hod nemocná má průchodné dýchací cesty do 10 minut nemocná je informována o léčbě medikamenty a podávání oxygenoterapie do 10 minut. nemocná je poučena o zvýšené poloze do 10 minut. nemocná má saturaci kyslíku min. 90%.</p>
<p>Plán intervencí</p> <p>vytvoř si důvěrný vztah s nemocnou - službu konající sestra, pečovatel pouč nemocnou o možnosti signalizace při pocitu dušnosti - službu konající sestra, pečovatel proved' měření saturace při verbalizaci nemocné a při ordinaci lékaře - službu konající sestra podej medikaci dle ordinace lékaře - službu konající sestra pouč nemocnou o fowlerově poloze - službu konající sestra přichystej oxygenátor pro potřebu podání kyslíku - službu konající sestra připrav odsávací zařízení – informuj nemocnou - službu konající sestra, pečovatel pravidelně kontroluj DÚ, a dýchací cesty - službu konající sestra</p>

zajisti pravidelné větrání a vlhkost pokoje nemocné - pečovatel

Realizace: 6.3.2011

6.00 hod – nemocná udává ztížené dýchání, změřena saturace pulzním oxymetrem – 87%

6.05 hod – informován lékař, zapsáno do dokumentace

6.10 hod – dle ordinace lékaře podána oxygenoterapie 3,5l/min nosními brýlemi

6.15 hod – nemocná informována o fowlerově poloze, do této polohy posazena, zajištěno dostatečné větrání pokoje.

6.15 – 7.00 hod – monitorování dušnosti, zápis do dokumentace

7.00 hod – podána medikace dle ordinace lékaře – Euphylin CR N 200mg per os.

7.00 – 10.00 hod – sledován celkový stav nemocné, monitoring dušnosti a vedlejších účinků podaných léčiv.

10.00 hod – změřila jsem saturaci – 90%, informován lékař, záznam do dokumentace

11.00 hod - nemocná verbalizuje úlevu, již nemá pocit dechové nedostatečnosti

13.00 hod – aplikována pravidelná dávka Morfia (stabilizuje pocit dušnosti) v LD

14.00 hod - deleguji pokračovat v naplánovaných ošetrovatelských intervencích na službu konající sestru.

s.Matochová

Realizace: 7.3.2011

6.00 hod. – nemocná udává, že při puštěném kyslíku nemá pocit nedostatku kyslíku, měřena saturace pulzním oxymetrem naměřila jsem - 91%

6.10 hod – informován lékař, proveden záznam do dokumentace

6.30 hod – pomohla jsem nemocné zaujmout fowlerovu polohu, aplikován kyslík pomocí oxygenerátoru průtok kyslíku 3.5l/min dle ordinace lékaře.

7.00 hod – podán Syntophylin inj 1amp i.v. dle ordinace lékaře, zápis do dokumentace

7.30 – 11.00 hod – sleduji žádoucí i nežádoucí účinky podaných léčiv, sleduji aplikaci kyslíku.

13.00 hod – aplikuji pravidelnou dávku Morfia v LD, proveden záznam do dokumentace

14.00 hod - deleguji pokračovat v naplánovaných ošetrovatelských intervencích na službu konající sestru.

s.Matochová

Realizace: 8.3.2011

6.00 hod – nemocná neudává dušnost při zpuštěném oxygenerátoru

6.10 hod – proveden záznam do dokumentace, informován lékař

6.30 hod – pomohla jsem nemocné upravit fowlerovu polohu, dle ordinace kontinuální podávání kyslíku při průtoku 3 l/min kyslíkovými brýlemi

7.00 hod – podán dle ordinace lékaře Syntophylin inj 1amp i.v., proveden zápis do dokumentace

7.30 – 11.00 hod – sleduji žádoucí a nežádoucí účinky podaných léčiv, sleduji průtok kyslíku oxygenerátorem a průchodnost nosních kyslíkových brýlí

13.00 hod – aplikuji ordinovanou dávku Morfia v LD, proveden záznam do dokumentace

14.00 hod - deleguji pokračovat v naplánovaných ošetrovatelských intervencích na službu konající sestru.

s.Matochová

Hodnocení: 6.3 – 8.3.2011

plán splněn částečně

nutné nadále pokračovat v ošetrovatelských intervencích

dušnost se bude prohlubovat a zhoršovat vzhledem k terminálnímu stavu nemocné

Sesterská diagnóza

3. Strach z vývoje sociální izolace z důvodu absence rodinného příslušníka projevující se plačtivostí, verbalizací.

Cíl : - nemocná nebude verbalizovat strach
dlouhodobý

Priorita: střední

Výsledné kritéria:

nemocná je sama schopna hovořit o své nemoci do 5 dnů

nemocná používá dostupnou náboženskou oporu a pomoc do 2 dnů
nemocná využívá dostupnou pomoc psychologa/psychiatra do 2 dnů
nemocná nemá somatické projevy strachu a stresu (zvýšený krevní tlak, tachykardie, pocení..) do 1 dne
nemocná oznamuje zvýšení psychické a fyzické pohody do 2 dnů

Plán intervencí

vytvoř si důvěrný vztah s nemocnou – službu konající sestra
mluv pomalu a klidně v jednoduchých větách - službu konající sestra, pečovatel
vyjádři autentičnost neverbálními projevy, buď empatická - službu konající sestra, pečovatel
zajisti konzultaci psychologa - službu konající sestra
zajisti duchovního pro danou víru nemocné - službu konající sestra
zajisti odvoz nemocné s lůžkem na bohoslužbu - pečovatel
edukuj dceru o vhodnosti doprovodu nemocné – lékař, službu konající sestra
edukuj nemocnou o možnosti doprovodu - službu konající sestra
podávej medikaci pravidelně dle ordinace lékaře - službu konající sestra
informuj sociální pracovnice o vhodnosti návštěv přátel a známých nemocné - službu konající sestra, pečovatel

Realizace: 6.3.2011

6.00 hod – při rozhovoru s nemocnou, nemocná plačtivá, úzkostná
6.10 hod – informován lékař, proveden záznam do dokumentace
7.00 hod – podán Tiapridal 10mg i.m dle ordinace lékaře, proveden zápis do dokumentace
7.00 – 10.00 hod – sleduji žádoucí a nežádoucí účinky podaných léčiv
10.00 – 11.00 hod – porada interdisciplinárního týmu, domluvena návštěva duchovního na dnešní odpoledne, psychologa na 7.3.2010, sociální pracovnice kontaktují dceru a domluví schůzku s ošetřujícím lékařem.
11.30 hod – informovala jsem nemocnou o proběhlé interdisciplinární komisi, nemocná s uvedenými návrhy souhlasí
13.00 hod – aplikován LD – MO 1% 120 mg + 1 amp Torecanu + 1 amp Haloperidolu

sc/24/hod, proveden záznam do dokumentace

14.00 hod - deleguji pokračovat v naplánovaných ošetrovatelských intervencích na službu konající sestru.

s.Matochová

Realizace: 7.3.2011

8.00 hod – při rozhovoru, nemocná verbalizuje spokojenost při rozhovoru s duchovním

9.00 – 10.00 hod – zajištěn pohovor nemocné s psychologem

10.00 hod – dle ordinace psychologa do medikace naveden nově Tiapridal tbl 500mg per os 3xdenně, 1 tableta bolusově podána dle ordinace, zapsáno do dokumentace, tbl se musí drtit vzhledem k celkovému stavu nemocné, při zhoršení polykání informovat lékaře o nutnosti změny způsobu podání anxiolytik

10.00 – 12.00 hod – sleduji žádoucí a nežádoucí účinky podaných léčiv

13.00 hod - aplikován LD – MO 1% 120 mg + 1 amp Torecanu + 1amp Haloperidolu
sc/24/hod, proveden záznam do dokumentace

13.50 hod – informuji nemocnou o dnes probíhající evangelické mši v 15.00 hod

14.00 hod - deleguji pokračovat v naplánovaných ošetrovatelských intervencích na službu konající sestru.

s.Matochová

Realizace: 8.3.2011

7.00 hod – podala jsem Tiapridal 500mg tbl per os dle ordinace lékaře - podrcen, proveden záznam do dokumentace

9.00 – nemocná bez projevů pláče

10.00 hod – doprovázím dceru k nemocné, pomáhám ubytovat na přistýlce, nemocná je velice šťastná, objednávám stravu pro doprovod nemocné, proveden zápis do dokumentace

11.00 hod – edukace dcery o zdravotním stavu její matky lékařem, možnost psychologické podpory aj.

13.00 hod - aplikován LD – MO 1% 120 mg + 1 amp Torecanu + 1amp Haloperidolu
sc/24/hod, proveden záznam do dokumentace

13.50 hod – informuji a domlouvám s nemocnou a dcerou další možné návštěvy duchovních dle jejich přání.

14.00 hod - deleguji pokračovat v naplánovaných ošetrovatelských intervencích na

službu konající sestru.	s.Matochová
Hodnocení: 6.3 – 8.3.2011	
plán splněn	

Celkové hodnocení

Nemocná přijata k paliativní léčbě do hospice k symptomatické léčbě. Celkový zdravotní stav nemocné se pomalu zhoršuje vzhledem k progresi onemocnění. Symptomy doprovázející onkologické onemocnění jsou během pobytu nemocné zmírněny. Nemocná netrpí průlomovou bolestí, pocity dušnosti jsou taktéž zmírněny. Během pobytu nemocné v hospici je zajištěna sociálními pracovníky přítomnost dcery, která žije v zahraničí. Vztah matky a dcery je během pobytu upevňován. Nemocná i dcera projevují vzájemnou radost jak verbálně tak neverbálně, že prožívají poslední dny matčina života spolu v příjemném prostředí. Cíl paliativní hospicové péče je naplněn.

Doporučení pro praxi

Jak již bylo v práci zmíněno v paliativní péči je důležité přistupovat k nemocným holisticky. Paliativní péče usiluje o prodloužení a zachování života, který bude svou kvalitou pro nemocné přijatelný, respektuje a chrání důstojnost nevyléčitelně nemocných, vychází důsledně z přání a potřeb nemocných a respektuje jejich priority, snaží se vytvořit podmínky, aby nemocní mohli poslední chvíle svého života strávit se svými blízkými, v důstojném a vlídném prostředí, chápe umírání jako součást života, kterou každý člověk prožívá jedinečně, nabízí všestrannou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka.

Závěr

Cílem mé práce bylo informovat zájemce o poskytování paliativní péči s touto problematikou. Každá sestra by měla být člověku nablízku ve složité životní situaci. V každém zdravotníkovi je zarytě zakomponováno zachraňovat životy druhých. Ale ne každý se dokáže s úctou zhostit ošetřování umírajících. Není pravdou, že umírajícímu stačí donést jídlo, vyměnit plenkové kalhotky a umýt. Já sama pracovala dříve na oddělení následné péče a vím, že se takto k umírajícím přistupovalo.

Jako zdravotníci se musíme učit respektovat jedinečnost každého člověka – nemocného, respektovat a podporovat jeho přirozené vazby (rodina, přátelé) i zdroje naděje a potěšení (umění, koníčky, náboženství).

Při vypracování ošetřovatelského procesu jsem stanovila osm aktuálních a čtyři potencionální diagnózy. Vypracovala jsem tři aktuální diagnózy v rozmezí třech dnů. Vzhled k terminálnímu stavu nemocné a krátké časové realizaci se nepodařilo zcela odstranit symptomy doprovázející její onemocnění. Našemu týmu se podařilo, zajistit přítomnost dcery v posledních dnech jejího života a prožít jej se svou dcerou v nerušeném a příjemném prostředí.

Za rozvoj a podporu hospicové péče jsme vděční Asociaci poskytovatelů hospicové paliativní péče, která prosazuje a podporuje hospicovou a paliativní péči, která vychází z úcty k člověku jako jedinečné neopakovatelné lidské bytosti, přispívá k pozitivní proměně vztahu české společnosti ke smrti a umírání, sdružuje organizace poskytující lůžkovou a mobilní hospicovou péči v ČR.

Seznam použité literatury

1. SLAMA, O.;KABELKA, L.; VORLÍČEK, J. 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha : Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5.
2. VORLÍČEK, Jiří; ADAM, Zdeněk, a kolektiv. 1998. *Paliativní medicína*. Praha : Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-437-1.
3. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H. a kolektiv. 2006. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1716-6.
4. ROKYTA, Richard, a kol. 2009. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.
5. VENGLÁŘOVÁ, Martina; MAHROVÁ, Gabriela. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing. 2006. ISBN 80-247-1262-8.
6. SVATOŠOVÁ, Marie. 2008. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelné Vydří: APHPP. 2008. ISBN 978-80-7195-307-4.
7. O'CONNOR, Margaret; ARANDA, Sanchia. 2005. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Z ang. orig. přel. Jana Heřmanová. Praha: Grada Publishing. 2005. ISBN 80-247-1295-4.
8. TRACHTOVÁ, Eva, a kol. 2003. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno : NCO NZO. 2003. ISBN 80-7013-324-4.
9. PARKES, C. M.; REFLOVÁ, M; COULDRICKOVÁ, A. 2007. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Z ang. orig. přel. Pavel Pšeja. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. 2007. ISBN 978-80-87029-23-7.
10. KŘIVOHLAVÝ, Jaro; 2006. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada publishing. 2006. ISBN 80-247-0179-0.
11. BERAN, Jiří; 1996. *Psychologický přístup v klinické praxi*. Praha: H & H. 1996. ISBN 80-85-467-43-7.
12. HAŠKOVCOVÁ; Helena, 1996. *Práva pacientů*, Praha – Havířov 1996, ISBN 80-902163-0-7
13. Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče
Dostupné z WWW: < <http://www.asociacehospicu.cz/> >

Přílohy

Příloha A: Etický kodex práv pacientů

V lednu 1991 ratifikovalo Federální shromáždění Listinu lidských práv a svobod, v návaznosti na ni vypracovala a schválila centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví kodex o právech pacientů: tento byl prohlášen za platný 25. 2. 1992.

Pacient má právo na ohleduplnou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.

Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních návštěv) může být provedeno pouze ze závažných důvodů.

Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení, má býti náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich zúčastní.

Pacient má právo v rozsahu, který povoluje zákon, odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.

V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby, brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření je věcí důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na vyšetření přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.

Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.

Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí, podle svých možností, přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře, odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, pacient může být předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě mu jsou k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

Pacient má právo znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Příloha B:Charta práv umírajících

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999

"O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících."

Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na svém 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.

Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.

Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.

V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel. V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.

Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.

Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.

Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.

Základní práva odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:

Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti

Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby

Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného

Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči

Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích

Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží

Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli

Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících

Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti

Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:

Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)

Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli

Umírání o samotě a v zanedbání

Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží

Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů

Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících

Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:

- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech
- aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče
- aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně
- aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta
- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající
- aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince

- aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy
- aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii
- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti
- aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny

tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:

- aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován
- aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího
- aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvažena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem
- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (living will), v pořízení nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (advance

directives), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení

- aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevyléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností
- aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány

že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevyléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:

- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevyléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že nikdo nemá být úmyslně zbaven života
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevyléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby

- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt

Příloha C: Práva nemocných

Práva pacientů vznikla v lednu roku 1991 a byla schválena Listinou základních práv a svobod. Pacient má právo:

- ohleduplná, odborná zdravotnická péče, prováděná kvalifikovanými pracovníky
- znát jméno lékaře a dalších osob, které ho ošetřují; soukromí denně se setkávat se členy své rodiny (pouze ve výjimečných situacích ne)
- získat od lékaře údaje, které potřebuje před každým vyšetřením; výjimkou je akutní případ (pacient ohrožený na životě); pokud existuje více léčebných a vyšetřovacích postupů, dáme pacientovi na výběr
- v rozsahu, který povoluje zákon odmítnout léčbu ale musí být informován o důsledcích
- v průběhu pšetrnění, vyšetření i léčby má právo na ohled na jeho soukromí a stud; sám musí odsouhlasit přítomnost dalších osob
- veškeré zprávy o jeho zdravotním stavu jsou důvěrné
- od nemocnice vyhovění péče po jeho zdůvodnění a domluvě s lékařem; nová nemocnice ho musí přijmout do své péče ale po předchozím projednání
- jeho léčba bude správná; bude vědět, kde najde svého líkaře a jeho ordinační hodiny
- na srozumitelné vysvětlení neznámého postupu při léčbě; musí dát souhlas (písemný) zda postup podstoupí
- v závěru života má právo na citlivou péči
- má právo a povinnost řídit se platným řádem zdravotnické instituce (při hospitalizaci - na každém oddělení je nemocniční řád, podle kterého se musí pacient chovat); právo kontrolovat svůj účet položek

Příloha D: Práva onkol. pacientů

Deklarace na podporu a dodržování práv onkologických pacientů

Preambule

Deklarace byla přijata jednomyslně zástupci všech členských organizací na valném shromáždění

"Asociací evropských lig proti rakovině" v Oslu 29. června 2002.

1. Definice

1.1. Termín pacient je míněn v souvislosti s "využitím zdravotní péče u zdravého nebo nemocného".

Termín "onkologický pacient" je označení "uživatele zdravotní péče, který má nádorové onemocnění nebo obtíže související s rakovinou".

2. Pacienti jako živé bytosti

2.1. Hodnota člověka a jeho práva vyjádřená v mezinárodních dokumentech citovaných výše je dána v systému zdravotní péče a zejména ve vztahu mezi pacientem, zdravotníky a zdravotnickými zařízeními.

2.2. V rámci toho mají všichni pacienti právo na kvalitní život, fyzický a duševní rozvoj, důstojnost, respektování soukromí, vlastní morální, kulturní, filozofický, ideologický, náboženský názor, který nesmí být příčinou diskriminace.

3. Právo na léčení, zdravotní péči a psychosociální podporu

3.1. Nádorově nemocní mají právo na stejnou dostupnost léčby jako ostatní nemocní.

3.2. Medicínské a psychosociální přístupy jsou stejné u nádorově nemocných jako u ostatních nemocných.

3.3. Nádorově nemocní mají právo na přiměřenou úroveň péče, která je dána jak dokonalým technickým vybavením úměrným dostupným zdrojům, tak současnému dostupnému klinickému vzdělání a odborné úrovni v dané zemi a mezilidským vztahům mezi onkologickým pacientem a zdravotníky.

3.4. Nádorově nemocní mají právo na nezbytnou zdravotní péči při svém onemocnění včetně preventivní péče a rehabilitace.

3.5. Nádorově nemocní mají právo na svobodnou volbu a změnu lékařů a

zdravotnického zařízení stejného zaměření.

3.6. Nádorově nemocní mají právo konzultovat jiného lékaře v každé situaci.

3.7. Nádorově nemocní jsou léčeni vždy ve vlastním zájmu v souladu s léčebnými postupy a dostupnou technikou.

3.8. Nádorově nemocní mají právo na zabezpečení pokračujícího léčení v jedné i více nemocnicích při střídání s domácím ošetřováním.

3.9. Nádorově nemocní mají právo na léčbu obtíží v důsledku onemocnění podle současných poznatků, na pomoc v terminálním stadiu nemoci a na důstojné umírání.

4. Právo na informace

4.1. Nádorově nemocní mají právo na úplnou informaci o svém zdravotním stavu včetně lékařských vyšetření; o navrhovaných lékařských postupech spolu s riziky a účinky způsobu léčby; o alternativách navržené léčby včetně vyhlídky bez jakékoliv léčby, o diagnóze, výhledu (prognóze a postupu léčby). Rozsah informace vyžaduje pacientův souhlas stejně tak i pro jakýkoliv lékařský postup, výzkum anebo výukovou demonstraci.

4.2. Informace musí být podána pro pacienta srozumitelnou formou a zdravotník se musí přesvědčit, že rozhovor je vnímán s důvěrou.

4.3. Nádorově nemocní mají právo na vlastní žádost informaci odmítnout.

4.4. Nádorově nemocní mají právo rozhodnout, kdo, pokud vůbec, má být ještě informován.

4.5. Nádorově nemocní mají právo znát identitu a odbornost zdravotníků zejména zaměstnanců zdravotnického zařízení. Pacienti mají právo být seznámeni s provozním řádem tohoto zařízení.

5. Právo na seberozhodování

5.1. Nádorově nemocní mají právo v každé situaci na vyjádření souhlasu pro všechny lékařské výkony, pro zařazení do výzkumu nebo do výukového procesu.

5.2. Když nádorový pacient je nesvéprávný, vyžaduje se souhlas zákonného zástupce, ale i pacient musí být přesto informován před rozhodovacím procesem v rozsahu, který umožní jeho stav. Když zákonný zástupce odmítne dát souhlas a lékař je přesvědčen o zákroku v zájmu nemocného, konečné rozhodnutí musí být v souladu se zákonem.

5.3. Jestliže nádorově nemocný je neschopný vyjádřit svůj souhlas po předchozí informaci a jestliže není zákonný zástupce určen pacientem, rozhodovací proces musí

zahrnovat, co je známo a také nejširší výběr předpokládaných možností podle přání onkologického pacienta.

6. Právo na mlčenlivost a soukromí

6.1. Všechny informace o nádorově nemocném, zdravotní stav, lékařské posouzení, diagnóza, prognóza a léčení a všechny ostatní informace osobního charakteru musí být důvěrné.

6.2. Nádorově nemocní mají právo přístupu ke svým zdravotním nálezům a záznamům a veškeré další dokumentaci, týkající se jejich diagnózy, léčení a následné péče a k tomu, aby dostali kopii celé nebo části lékařské zprávy.

6.3. Informace mohou být vyčleněny jako tajné, jestliže si to pacient výslovně přeje, nebo jsou-li výslovně zahrnuty zákonně s ostatními ve výzkumných protokolech. Souhlas k přístupu k informacím je nutný při změně lékaře, pro ovlivnění pacientovy léčby nebo pro následující zákrok, ale musí to být jen v naprosto nezbytném rozsahu.

6.4. Všechny osobní údaje o pacientovi musí být vhodným způsobem chráněny.

6.5. Nádorově nemocní mají právo vyžadovat změnu, doplnění, vypuštění nebo upřesnění anebo úpravu dat osobních nebo medicínských, které se jich týkají, pokud jsou nepřesná, neúplná, dvojsmyslná nebo časově neodpovídají dané diagnóze, prognóze, léčení a následné péči.

7. Právo na sociální péči

7.1. Život nádorově nemocných je často provázen během nebo po léčení finančními nebo sociálními problémy. Onkologičtí pacienti mají právo na ekonomické, finanční a sociální služby a podporu.

8. Povinnosti pacientů

8.1. Nádorově nemocní jsou povinni aktivně se podrobit diagnostickým vyšetřením, léčení a doprovodné péči poskytované ošetřujícím personálem a zdravotnickým zařízením po předchozí informaci.

8.2. Nádorově nemocní se musí snažit, aby styk se zdravotnickým personálem a zdravotní péče probíhala v pohodě.

9. Stížnosti

9.1. Nemocní musí mít přístup k informacím a radám umožňujícím jim seznámení se s jejich právy obsaženými v tomto dokumentu. Tam, kde práva nejsou respektována,

musí být možnost podat stížnost. K tomu by měla být možnost a způsob uplatnění práva nápravným opatřením nebo jinou formou mimostandardního postupu.

10. Uplatnění

10.1. Seznámení se s právy uvedenými v této deklaraci znamená, že byl naplněn uvažovaný záměr.

10.2. Seznámení se s těmito právy nebude znamenat postih. Při aplikaci těchto práv se pacienti přizpůsobí omezením danými hranicemi lidských práv a v souladu s předpisy danými zákonem.

10.3. Jestliže pacient nemůže sám uplatnit práva uvedená v dokumentu, měl by se s těmito právy seznámit zákonný zástupce nebo osoba pověřená k tomuto účelu nemocným. Kde není ani zákonný zmocněnec ani pověřená osoba, měly by se hledat jiné způsoby pro zastupování nemocného.

Tato deklarace není zákonnou normou s vymahatelnými povinnostmi nebo právy, je však vnímána jako základ kvalitnějšího života lidí s rakovinou.

Oslo, 29.června 2002

Příloha E: Řádní členové APHPP (Asociace poskytovatelů paliativní péče)

Hospic Anežky České v Červeném Kostelci

Hospic sv. Alžběty v Brně

Hospic Citadela ve Valašském Meziříčí

Hospic Dobrého Pastýře v Čerčanech

Hospicové občanské sdružení Duha v Hořicích

Hospic Hvězda ve Zlíně

Hospicové hnutí Vysočina

Hospic Chrudim

Hospic sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích

Hospic sv. Lazara v Plzni

Hospic sv. Lukáše v Ostravě

Nadační fond Klíček

Hospic v Mostě

Hospic na Svatém Kopečku

Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích

Hospic Štrasburk v Praze

Příloha G: Fotogalerie hospice Citadela



