

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Praha 5

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY
S BOLESTÍ V PALIATIVNÍ PÉČI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LENKA BUŠTOVÁ

Praha 2013

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY
S BOLESTÍ V PALIATIVNÍ PÉČI**

Bakalářská práce

LENKA BUŠTOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Eva Lengálová

Praha 2013



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Buřtová Lenka
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 22. 10. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče o pacienty s bolestí v paliativní péči

Comprehensive Nursing Care of Patients with in Palliative Care

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Eva Lengálová
Konzultant bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 31. 10. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

podpis:

V Praze, dne 23. 3. 2013

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji svému vedoucí práce MUDr. Evě Lengálové za odborné vedení.

podpis:

V Praze dne 23. 3. 2013

ABSTRAKT

BUŠTOVÁ, Lenka. *Komplexní ošetrovatelská péče o pacienty s bolestí v paliativní péči*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace; Bakalář (BC.). Vedoucí práce: MUDr. Eva Lengálová, Praha 2013

Tématem bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče o pacienty s bolestí v paliativní péči. V teoretické části je rozpracována patofyziologie bolesti, její rozdělení, hodnocení a léčba. V části Paliativní péče je zmínka o důležitosti týmové spolupráce, etických otázkách - eutanazie, sdělování zlé pravdy, důstojné umírání... Dále je popsána hospicová péče o pacienty v terminálním stádiu onemocnění a péče o rodinné příslušníky. V praktické části se zabýváme ošetrovatelským procesem u pacienta v terminálním stádiu, v souladu s ošetrovatelským modelem dle Nancy Roper. Dále jsou vypsány ošetrovatelské diagnózy na základě NANDA taxonomie I. V plánu ošetrovatelské péče jsou rozvedeny jednotlivé ošetrovatelské diagnózy. V diskusi je poukázáno na rozdíl mezi hospicovou péčí a péčí v nemocnici.

Klíčová slova

Bolest. Hospic. Paliativní péče. Terminální stádium. Visuální analogová škála.

ABSTRACT

The thesis of my bachelor thesis is a complex nursing care of patients with an ache in a palliative care. The thesis describes pathophysiology, its distribution, evaluation, and treatment in the theoretical part. The palliative care also depends on cooperation of team and ethic questions, e.g. euthanasia, announce of a bad truth or dignified dying. The next part describes a hospice care of patients in a terminal stage or a care of the family members. The practical part of the thesis also describes casuistry about a patient in a terminal stage by means of using a nursing care according to Nancy Roper. The thesis contains nursing diagnosis according to NANDA taxonomy I., nursing diagnosis and nursing plan. The discussion refers to the difference between the hospice care and the care in the hospital.

Keywords:

Ache. Hospice. Palliative Care. Terminal Stadium. Visual Analog Scale

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM OBRÁZKŮ

ÚVOD	12
1 Patofyziologie bolesti	13
1.1 Nociceptory	13
1.2 Vedení bolesti.....	14
1.2.1 Vrátková teorie bolesti	14
2 Dělení bolesti	15
2.1 Podle patofyziologie	15
2.1.1 Nociceptivní bolest	15
2.1.2 Neuropatická bolest.....	15
2.2 Další klasifikace dle Lindbloma 1993	15
2.2.1 Viscerální bolest	15
2.2.2 Dysautonomní bolest.....	15
2.2.3 Fantomová bolest	16
2.2.4 Smíšená bolest	16
2.3 Dělení podle původu	16
2.3.1 Onkologická bolest	16
2.3.2 Neonkologické bolesti.....	16
2.4 Podle délky trvání	17
2.4.1 Akutní.....	17
2.4.2 Chronická bolest	18
3 Hodnocení bolesti.....	19
3.1 Anamnéza.....	19
3.2 Průlomová bolest	22
4 Léčba bolesti	23
4.1 Farmakoterapie	23
4.1.1 Analgetika.....	23
4.1.2 Adjuvantní analgetika	26
4.1.3 Pomocná léčiva	26
4.2 Invazivní metody	26
4.3 Neuromodulační metody.....	27

4.3.1	Radiofrekvenční metody	27
4.3.2	Neurostimulace	28
4.4	Nefarmakologická léčba	28
4.4.1	Rehabilitace	28
4.4.2	Psychoterapie	29
5	Paliativní péče	32
5.1	Týmová spolupráce	32
5.2	Etické otázky	33
5.2.1	Eutanazie	33
5.2.2	Důstojné umírání a důstojná smrt	33
5.2.3	Sdělování zlé pravdy	34
5.2.4	Potřeba plakat, potřeba se smát	34
5.3	Potřeba smíření	34
5.4	Psychické obtíže	35
5.5	Hospic	36
5.6	Péče o pozůstalé	36
5.6.1	První pomoc	36
5.6.2	Truchlení	36
6	Ošetřovatelský proces u pacienta s bolestí v paliativní péči	37
6.1	Anamnéza	38
6.2	Ošetřovatelská anamnéza podle modelu Nancy Roper	42
6.2.1	Udržování bezpečného okolí	42
6.2.2	Komunikace	42
6.2.3	Dýchání	43
6.2.4	Jídlo a pití	43
6.2.5	Vylučování	44
6.2.6	Osobní hygiena a oblékání	44
6.2.7	Kontrola tělesné teploty	45
6.2.8	Pohyb	45
6.2.9	Práce a hry	45
6.2.10	Projevy sexuality	46
6.2.11	Spánek	46
6.2.12	Umírání	46
6.3	Ošetřovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie I.	48

6.4 Plán ošetrovateľskej péče	49
7 Zhodnocení ošetrovateľskej péče.....	62
8 Diskuze	63
8.1 Doporučení pro praxi	65
ZÁVĚR.....	66
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	67
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

amp.	ampulka
BMI	body mass index
CA	karcinom
CMP	cévní mozková příhoda
cpsl.	kapsle
i. m.	intra muskulární
i. v.	intra venózní
NSA	nesteroidní antiflogistika
NÚ	nežádoucí účinky
DK	dolní končetiny
PMK	permanentní močový katetr
R+V	ráno + večer
RHB	rehabilitace
s. c.	sup cutální
st. p.	stav po
tbl.	tablety
TK	krevní tlak
VAS	vizuální analogová škála

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Pravítko pro měření intenzity bolesti.....	20
Obrázek 2 Vizuální analogová škála.....	20
Obrázek 3 Obličejová škála.....	21
Obrázek 4 Analgetický žebříček WHO.....	25

ÚVOD

Toto téma jsme vybrali proto, že bolest zasahuje do každodenních činností člověka a také proto, že pracuji na oddělení následné péče a s problematikou bolesti se setkávám často. Náplní naší práce je i péče o pacienty v terminálním stádiu onemocnění. V rámci školní praxe jsem byla na exkurzi v ambulanci léčby bolesti a překvapilo mě, že o této problematice moc nevím a chtěla jsem se dozvědět více.

Cílem naší práce je zjistit, jakým způsobem se dá bolest léčit a jak k pacientovi s bolestí v paliativní péči přistupovat. Zajímá nás rozdíl mezi léčbou chronické bolesti a bolesti v terminálním stádiu. Chtěli bychom oslovit ošetřovatelský personál- sestry, ošetřovatelky i lékaře.

Naše práce je pojata jako teoreticko-praktická. V první, teoretické, části se zabýváme patofyziologií bolesti a v druhé, praktické, části popisujeme ošetřovatelský proces u pacienta v terminálním stádiu onemocnění, který trpí bolestí. Tímto způsobem bychom chtěli nastínit, jak k bolesti přistupují zdravotní sestry, lékaři a ostatní zdravotnický personál.

1 Patofyziologie bolesti

Bolest vzniká při poškození tkáně, podle toho je také definována. Má dva významy. První je signální. Je to akutní bolest, která nám oznamuje, že něco v organizmu není v pořádku, že je tkáň poškozená nebo že poškození hrozí. Bolest patří k fenoménům, které nás upozorňují a ochraňují před nebezpečím.

Druhý význam je patognomický. Je to chronická bolest, která je nemocí sama o sobě.

„Bolest je definována jako nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání“ (ROKYTA, 2009, s. 21). Je to subjektivní pocit. Vnímání bolesti se liší podle věku, pohlaví, rasy a etnika. Toto je definice bolesti, kterou přijala Světová zdravotnická organizace (WHO).

Bolest vnímanou periferií těla nazýváme nociceptivní. Periferní neuropatická bolest je vnímána v průběhu periferních nervů. Dalším typem bolesti je psychogenní, ta je vnímána pouze centrálně, na úrovni limbického systému, který je určen pro percepci a řízení našich emocí a v mozkové kůře, kde může vzniknout i centrální neuropatická bolest - bolest neurogenní (HAKL 2011, ROKYTA 2009).

Nervový proces, který zahrnuje vedení a centrální zpracování signálu o poškození, nazýváme nocicepce. Výsledkem je subjektivní pocit, který popisujeme jako bolest. Nocicepce je zcela samostatný a komplexní vjem, ke kterému je organizmus vybaven speciálními strukturami. Patří sem receptory bolesti - nociceptory, dráhy bolesti, ústředí v centrální nervové soustavě, mediátory bolesti a modulační systémy (PAVLÍČEK 2009).

1.1 Nociceptory

Vysokoprahové mechanoreceptory- reagují na silné mechanické dráždění (např. tlak, tah, vibrace...).

Polymodální nociceptory- reagují na extrémní změny teploty, pokud dosáhnou intenzity, kdy hrozí poškození (popálení, omrzliny).

Specifické nocisenzory- volná nervová zakončení určená pouze pro vnímání bolesti (HAKL 2011).

1.2 Vedení bolesti

Podnět, který vznikne v nociceptorech, je veden dvěma druhy vláken. Prvním jsou myelinizovaná vlákna typu A delta, která vedou tzv. rychlou (první) bolest. Ta vzniká bezprostředně po působení bolestivého podnětu, je ostrá, poměrně přesně lokalizovaná a rychle odeznívající. Druhým jsou tenká nemyelinizovaná vlákna C vedoucí tzv. pomalou (druhou) bolest, tato bolest je tupá, obtížně lokalizovatelná, má difuzní charakter a dlouhé trvání (PAVLÍČEK 2009).

1.2.1 Vrátková teorie bolesti

V roce 1965 fyziolog z University College v Londýně profesor Patrick Wall a kanadský psycholog z McGillovy university v Montrealu profesor Ronald Melzack publikovali vrátkovou teorii, jejímž principem je rozdílné vedení vzruchů za normálních okolností a při bolesti. „*Tato teorie ovšem již neplatí a byla vyvrácena samotnými autory*“ (HAKL 2011 s. 21) (Hakl 2011).

2 Dělení bolesti

Bolest může být rozdělena podle patofyziologie, klasifikace dle Lindbloma 1993, původu a délky trvání.

2.1 Podle patofyziologie

Na základě patofyziologických mechanismů se bolest rozděluje na následující typy:

2.1.1 Nociceptivní bolest

Začíná na nociceptorech a pokračuje nemyelinizovanými C vlákny a slabě myelinizovanými A δ vlákny do zadních rohů míšních (HAKL 2011).

2.1.2 Neuropatická bolest

Začíná na nervových vláknech (ne na nociceptorech), dále je vedena jako bolest nociceptivní. Bolest neuropatická může vzniknout i centrálně v míše či mozku (HAKL 2011).

2.2 Další klasifikace dle Lindbloma 1993

Podle Lindbloma se bolest rozděluje na viscerální, dysautonomní a fantomovú.

2.2.1 Viscerální bolest

Je výsledkem stimulace receptorů bolesti v břišní dutině a v hrudníku. Projevuje se tlakem, pálením a pícháním (HAKL 2011).

2.2.2 Dysautonomní bolest

Označuje různé bolestivé stavy, které vznikají převážně jako následek úrazu nebo chirurgického zákroku. V patofyziologii hraje důležitou roli vegetativní nervový systém, především sympatikus. Klinický obraz zahrnuje bolest a současně poruchy

vazomotorické, sudomotorické, motorické a trofické. Léčba dysautonomní bolesti je složitá a ne vždy úspěšná. Doporučuje se kombinace farmakoterapie a invazivních technik (HAKL 2011).

2.2.3 Fantomová bolest

Je to bolest, kterou člověk skutečně pociťuje v neexistující části těla např. v amputované dolní končetině. Předpokládá se, že fantomová bolest je výsledkem dráždění poškozených dendritů. Nejčastěji se vyskytuje u pacientů, kteří pociťovali bolest ještě před odnětím části těla (KOZIEROVÁ 1995).

2.2.4 Smíšená bolest

Zahrnuje stavy, na kterých se podílí více předchozích typů bolesti. V praxi se nejčastěji setkáváme s bolestí po operaci bederní páteře. Léčba je často velmi složitá, uplatňují se zde invazivní metody (HAKL 2011).

2.3 Dělení podle původu

Podle původu se bolest dělí na onkologickou a neonkologickou.

2.3.1 Onkologická bolest

Onkologická (nádorová) bolest vzniká v souvislosti s probíhajícím onkologickým onemocněním, nejčastěji je způsobena růstem vlastního nádoru. Řadíme sem však bolesti spojené s diagnostickými nebo terapeutickými postupy. Základ léčby tvoří adekvátní farmakoterapie pro pokrytí celodenní bolesti, nejčastěji pomocí opioidů (HAKL 2011).

2.3.2 Neonkologické bolesti

Nejčastějšími příčinami chronické neonkologické bolesti jsou degenerativní postižení pohybového aparátu. K léčbě tohoto typu bolesti se v současné době používají veškeré dostupné lékové skupiny (HAKL 2011).

2.4 Podle délky trvání

Základní rozdělení bolesti podle délky jejího trvání je na akutní a chronickou. Každá má svá specifika a je nutné je rozlišovat, protože podle toho volíme odlišné postupy při léčbě (HAKL 2011, ROKYTA 2009).

2.4.1 Akutní

Tato bolest je krátkodobá, svou délkou trvání nepřekračuje 3 měsíce, délka odpovídá vyvolávající příčině. Chránit organismus před poškozením je základní fyziologické a smysluplné poslání bolesti. Vzniká bezprostředně po vyvolání její příčiny. Při nejvyšší intenzitě ovlivňuje psychiku. Jedním z největších rizik je přechod akutní bolesti v chronickou (HAKL 2011, ROKYTA 2009).

K akutní bolesti řadíme např.

- pooperační bolest
- poúrazová bolest
- porodní bolest
- bolest při některých vnitřních onemocněních

Akutní bolest má vliv na celý organismus. Na akutní bolest reaguje dýchací systém snížením vitální kapacity plic, dechového objemu a zhoršením činnosti bránice. To způsobuje neschopnost se zhluboka a kvalitně nadechnout. Další reakcí na bolest je zrychlený tep a zvýšení srdeční činnosti, výsledkem je vyšší riziko ischemie a infarktu srdečního svalu. Omezení hybnosti v důsledku strachu z bolesti přináší větší riziko trombózy hlubokých žil dolních končetin. V souvislosti s bolestí může být také časté zvracení, potíže s močením a hypoglykémie. Kvalitní analgésie snižuje výskyt pooperačních komplikací, umožňuje časnější rehabilitaci, krácení doby hospitalizace a má pozitivní vliv na psychiku pacienta (HAKL 2011, ROKYTA 2009).

2.4.2 Chronická bolest

Za ni považujeme bolest, která trvá déle než 3-6 měsíců. Délka jejího trvání neodpovídá vyvolávající příčině. Na rozdíl od akutní bolesti neplní obrannou funkci. Tato bolest pacienta omezuje v běžných denních aktivitách, sociálních vazbách, narušuje spánek, vyvolává depresi, snižuje kvalitu života. Zjevnými projevy jsou bolestivé grimasy, vzdychání, pláč, kulhání a zaujímání různých úlevových poloh (HAKL 2011, ROKYTA 2009).

3 Hodnocení bolesti

Důležitým podkladem pro správnou léčbu bolesti je pravidelné hodnocení její intenzity. Bolest je individuální a subjektivní vjem a někdy může být lékaři i sestrami podhodnocena. Její objektivní hodnocení je tudíž nelehké. Pečlivé hodnocení bolesti by mělo obsahovat: zhodnocení každé nové bolesti, sledování dalšího průběhu a pečlivé zaznamenání do deníku bolesti (VORLÍČEK 1998).

3.1 Anamnéza

Anamnéza má velký význam pro hodnocení bolesti, při které zjišťujeme.

Lokalizaci bolesti- chceme, aby pacient dokázal ukázat a určit místo své bolesti.

Změny bolesti v čase- kdy bolest začala, jak se vyvíjela, jak často se objevuje.

Vyjádření charakteru a pocitu při bolesti je dotazník McGillovy University (tento dotazník je zkrácen): tepavá (bušivá), vystřelující, bodavá, ostrá, křečovitá, hlodavá, pálivá-palčivá, tupá přetrvávající, tíživá, citlivá na dotyk, jako by mělo prasknout, unavující-vyčerpávající, protivná, hrozná, mučivá-krutá (VORLÍČEK 1998).

Pro **hodnocení intenzity** bolesti se nejvíce užívá tzv. vizuální analogová škála (VAS). Pacient může vyjádřit stupeň, nebo procento intenzity bolesti v rozmezí 0-10, kdy 0 znamená žádnou bolest 10 největší. Obecně je za dlouhodobě snesitelnou považována bolest s hodnotou VAS 3-4, tuto bolest může pacient zaznamenávat do tzv. deníku bolesti. Např. 0- bez bolesti, 2- mírná bolest, 4- středně silná bolest, 6- silná bolest, 8- krutá bolest, 10- nesnesitelná bolest (HAKL 2011, ROKYTA 2009).

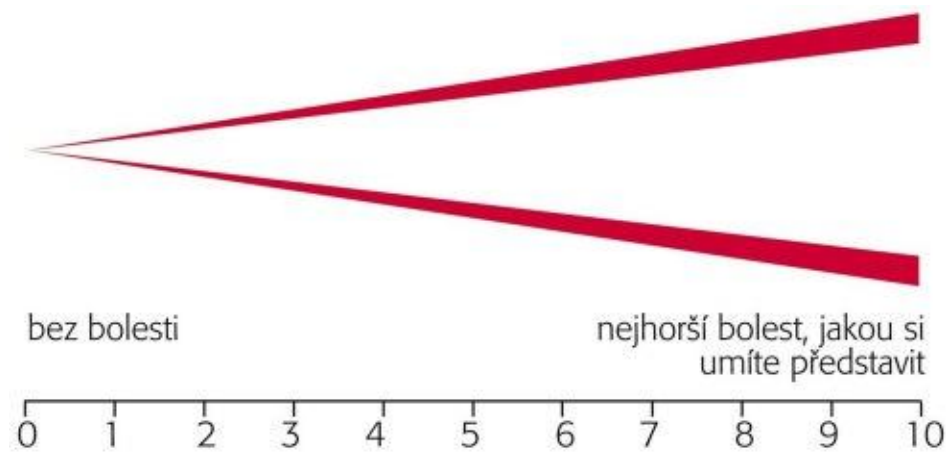
Obrázek 1 Pravítko pro měření intenzity bolesti



Zdroj: HAKL, 2011, s. 131

Mezi další možnosti měření intenzity bolesti patří slovní škála bolesti: žádná, mírná, střední, intenzivní, nesnesitelná (velmi intenzivní).

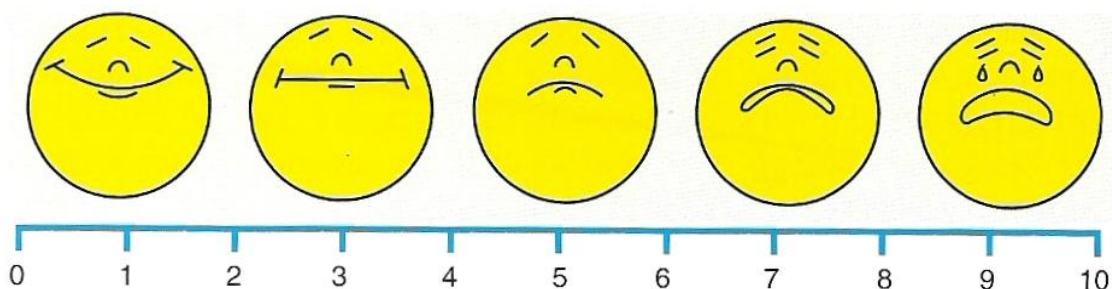
Obrázek 2 Vizuální analogová škála



Zdroj: HAKL, 2011, s. 35

U dětí, mentálně postižených a pacientů se zhoršenou schopností komunikace se často užívá obličejová škála, na které pacient vybírá obličej, který nejlépe vyjadřuje jeho bolest.

Obrázek 3 Obličejová škála



Zdroj: HAKL, 2011, s. 36

Velmi důležité je také to, jak nás bolest ovlivňuje během našich denních aktivit. Pro toto zhodnocení slouží dotazník interference bolestí s denními aktivitami (0-5) (DIBDA).

1. jsem bez bolestí
2. bolesti mám, výrazně mě neobtěžují, při činnostech se dá na ně zapomenout
3. bolesti mám, nedá se od nich zcela odpoutat pozornost, nezabraňují v provádění běžných denních aktivit
4. bolesti mám, nedá se od nich odpoutat pozornost, ruší mě v provádění běžných denních činností
5. bolesti mám, obtěžují mě tak, že běžné denní činnosti vykonávám s největším úsilím
6. bolesti jsou tak silné, že nejsem běžných činností vůbec schopen, nutí mě vyhledávat úlevovou polohu, případně jsem nucen navštívit lékaře (HAKL 2011, ROKYTA 2009).

3.2 Průlomová bolest

Intenzita bolesti se během dne může měnit. Tyto epizody výrazného vzplanutí bolesti, které se objevují u pacientů s jinak kontrolovatelnou bolestí, se označují jako průlomová bolest. Pro tuto bolest je typický náhlý a rychlý nástup během několika minut (KSEŇÁKOVÁ 2006, ROKYTA 2009).

4 Léčba bolesti

Odlišný přístup k léčbě bolesti volíme podle toho, jestli se jedná o bolest akutní nebo chronickou. Při léčbě akutních stavů stačí většinou farmakoterapie. U léčby chronických bolestivých stavů je třeba multidisciplinární a multimodální přístup. Kombinujeme různé léčebné metody a je běžná i mezioborová spolupráce. Pacient je léčen na specializovaném pracovišti. Nejčastější terapeutické postupy v léčbě chronické bolesti jsou:

4.1 Farmakoterapie

Volba analgetik je ovlivněna charakterem bolesti. Při terapii onkologické bolesti je kladen důraz na co nejvyšší stupeň analgezie - silné opioidy (SLÍVA 2009).

4.1.1 Analgetika

Rozděluje se do dvou skupin: neopioidní a opioidní.

Neopioidní - tvoří chemicky různorodou skupinu, zahrnuje se tam: **Paracetamol** (Paralen, Panadol), **Metamizol** (Novalgin, Algifen). **Nesteroidní antiflogistika (NSA)** (Ibalgin, Nurofen) (HAKL 2011, ROKYTA 2009).

Opioidní - podle síly analgetického účinku se opioidy dělí na slabé a silné.

Slabé opioidy - jsou předepisovány na běžné recepty. Mezi ně řadíme: **Tramadol** (Tramal, Tralgit), **Kodein** (Korylan, Ultracold, Panadol Ultra), **Dihydrokodein** (DHC Continus) (HAKL 2011, ROKYTA 2009).

Silné opioidy - jsou předepisovány na recepty s modrým pruhem. Jsou zpravidla čistými agonisty určenými pro silné, neztížitelné bolesti, které nelze dostatečně zmírnit neopioidními analgetiky nebo slabými opioidy. Maximální denní dávky nejsou určeny a nejsou limitovány stropovým efektem.

Morfin - injekční forma je vhodná pro silné akutní bolesti, per os formy s postupným uvolňováním působící 12-24 hodin jsou určeny pro léčbu bolesti chronické. Morfin s bezprostředním uvolňováním se používá k léčbě průlomové bolesti.

Oxykodon (Oxycontin) a **Hydromorfon** (Palladone)- jsou určeny pro léčbu silné, chronické, onkologické i neonkologické bolesti podobně jako morfin. Mají velmi dobrý analgetický účinek.

Fentanyl - v transdermálním užití (Durogesic) je vhodný pro léčbu silné chronické bolesti. Po dobu 72 hod se postupně uvolňuje z náplasti a zajišťuje stabilní hladinu účinné látky. K léčbě průlomové bolesti u onkologických pacientů se užívá ve formách nosního spreje (Instanyl) a v tabletách k sublingvální aplikaci (Lunaldin). Při akutní bolesti se podává intravenózně (Fentanyl).

Piritramid (Dipidolor) a **Pethidin** (Dolsin) - podávají se v injekční formě. Jsou vhodné pro silnou akutní bolest, jejich účinek trvá 4-6 hodin.

Buprenofin - parciální agonista, v transdermální formě se aplikuje na 3,5 dne (Transtec). Používá se výhradně k léčbě chronické bolesti (HAKL 2011, ROKYTA 2009, KOZÁK 2009, SOFAER 1996).

Nežádoucí účinky opioidů jsou zácpa, nevolnost a zvracení, celkový útlum (sedace), dechový útlum, svědění, zmatenost (delirium) (KOZÁK 2009).

Závislost na opioidech: za rizikový faktor se obecně považuje výskyt alkoholové nebo jiné závislosti v anamnéze, nedodržování pravidel léčby, časté vyžadování receptu u různých odborníků.

Fyzická závislost je charakterizována rozvojem abstinčního syndromu po významné redukci dávky opioidů nebo po náhlém přerušení této léčby. K rozvoji abstinčního syndromu dochází v průběhu několika hodin až dní. Příznaky jsou mydriáza, zvýšení původních bolestí, arytmie, hyperaktivita, pocení, zvracení, nevolnost, hypertenze a tachykardie.

Silným faktorem pro rozvoj psychické závislosti je přítomnost určité osobní dispozice pacienta. Je charakterizována nutkavým pocitem a chorobnou touhou užívat danou látku i přes neblahé psychosociální souvislosti.

Tolerance je potřeba zvyšovat dávku opioidů tak, aby se dosáhlo původního analgetického účinku. Vzniká většinou v souvislosti s progresí základního onemocnění přidružením jiné nemoci, nebo zvýšením aktivit pacienta. Tolerance na analgetický efekt se nesmí zaměňovat s psychickou závislostí (HAKL 2011, ROKYTA 2006, ROKYTA 2009, KOZÁK 2009).

Základní strategií léčby je třístupňový žebříček Světové zdravotnické organizace.

1. stupeň - u mírných bolestí (VAS 0-3) se používají neopioidní analgetika + adjuvantní analgetika

2. stupeň - u středně silných bolesti (VAS 4-6) se používají slabé opiáty + neopioidní analgetika + adjuvantní analgetika

3. stupeň - u silných bolestí (VAS 7-10) se podávají silné opiáty + adjuvantní analgetika (HAKL 2011, ROKYTA 2009).

U onkologických pacientů doporučila v roce 2006 WHO přejít z prvního stupně rovnou na třetí (elevator), protože se zjistilo, že není významný rozdíl mezi analgetickým účinkem NSA a slabými opiáty. Důležité je podávat podle hodin, nikoliv pouze podle potřeby, velikost dávek je individuální (KOZÁK 2009).

Obrázek 4 Analgetický žebříček WHO

		3. stupeň – silná bolest
		2. stupeň – středně silná bolest
1. stupeň – mírná bolest	Slabé opioidy + neopioidní analgetikum	Silné opioidy +/- neopioidní analgetikum
Neopioidní analgetikum		
+/- koanalgetika a pomocná léčiva		

Zdroj: Hakl, 2011, s. 52

4.1.2 Adjuvantní analgetika

Neopioidní ani opioidní analgetika u některých bolestí nestačí a je třeba je kombinovat s dalšími léky, které zvyšují účinek těchto analgetik. Primárně jsou adjuvantní analgetika určena k léčbě v jiných indikacích. Jsou to například antiepileptika, psychofarmaka (antidepresiva, sedativa, hypnotika, anxiolytika), spasmolytika, nebo myorelaxancia.

4.1.3 Pomocná léčiva

Jsou to léky, které užíváme k prevenci a léčbě nežádoucích účinků analgetik, zejména opioidů.

Antiemetika - podávají se proto, že nevolnost a zvracení jsou jedním z nejčastějších nežádoucích účinků opioidů. Při těžkém zvracení se podávají rektálně nebo parenterálně.

Laxativa - dalším častým nežádoucím účinkem doprovázejícím dlouhodobé užívání opioidů je zácpa. Prvním opatřením při výskytu zácpy je dieta, hlavně dostatečný přísun tekutin. Laxativa by měla být ordinována současně s opioidy.

Antipruriginóza - někteří pacienti užívající opioidy udávají na počátku léčby svědění kůže, v tomto případě je podáván antihistaminikum (HAKL 2011, ROKYTA 2006, ROKYTA 2009, VORLÍČEK 1998).

4.2 Invazivní metody

Invazivní metody léčby bolesti jsou indikovány jako doplněk farmakoterapie nebo jako další stupeň léčby bolesti v případech, kdy samotná farmakoterapie nepřináší dostatečný terapeutický efekt. U onkologické bolesti se jedná o aplikaci léků do blízkosti nervových kořenů vně tvrdé pleny mozkové (epidurálně), nebo přes tvrdou plenu míšní do mozkomíšního moku (subarachoideálně). Léky se aplikují bolusově v pravidelných intervalech nebo kontinuálně s možností bolusového podání (HAKL 2011, KOZÁK 2009).

Aplikované léky:

Lokální anestetika - uplatňují se bloádou vedení bolestivých impulzů z periferie do mozku. Jsou to látky, které přechodně blokují vznik a vedení vzruchů ve všech vzrušivých tkáních (nervy a svaly).

Opioidy- pro invazivní techniku jsou nejvhodnější lipofilní opioidy.

Kortikoidy- užívají se nejčastěji s lokálním anestetikem (HAKL 2011, ROKYTA 2009).

4.3 Neuromodulační metody

Zajišťují nedestruktivní a reverzibilní přístup k léčbě velmi silných, jinak neovlivnitelných bolestí. Průměrná úleva od bolesti při použití neuromodulačních metod je 60-70%. Pro správnou léčbu je podstatné, aby byla stanovena přesná diagnóza, zjištěna etiologie chronické bolesti a určen její typ (ROKYTA 2006).

4.3.1 Radiofrekvenční metody

Radiofrekvenční terapie je minimálně invazivní metoda, která je využívána k léčbě neuropatické, vertebrogenní a sympatikem zprostředkované bolesti. Řadíme ji k vysoce specializovaným postupům v terapii bolesti, které doplňují konzervativní analgetickou léčbu. Pulzní radiofrekvence je nedestruktivní metoda léčby bolesti (HAKL 2011).

Intraspinální aplikace léků

Aplikace místních anestetik do subarachnoidálního a epidurálního prostoru.

- **Implantabilní porty:** patří mezi invazivní techniky, které jsou využívány jako možný přístup do cévního systému, epidurálního a subarachnoidálního prostoru. Porty se mohou dělit dle lokalizace na venózní, arteriální, peritoneální, spinální a epidurální.
- **Neprogramovatelné implantabilní infuzní pumpy:** mají konstantní rychlostní uvolňování tekuté látky. Při intraspinálním podání preparátu je výhoda v tom, že medikamenty aplikujeme do blízkosti drah bolesti. Díky tomu se mohou podávat

podstatně nižší dávky. Další jejich výhodou je nižší pořizovací cena a „neomezená“ životnost.

- **Programovatelné implantabilní infuzní pumpy:** umožňují změnu dávkovacího průtoku během dne. Jejich nevýhodou je podstatně vyšší cena a omezená životnost (HAKL 2011, ROKYTA 2009).

4.3.2 Neurostimulace

Ovlivnění přenosu bolesti stimulací nervových tkání či struktur definovaným elektrickým proudem. Využívána je nízkonapěťová elektrická stimulace nervů, která blokuje přenos nervových signálů bolesti do mozku.

- **PNS** (periferní nervová stimulace)
- **SCS** (epidurální stimulace zadních provazců míšních)
- **DBS** (hluboká mozková stimulace) - zejména talamu a periventrikulární šedi
- **MCS** (stimulace motorické mozkové kůry)
- **rTMS** (repetitivní transkraniální magnetická stimulace) - stimulace motorické mozkové kůry magnetickým polem, spojená s úlevou od různých farmakorezistentních bolestivých syndromů (HAKL 2011, ROKYTA 2009).

4.4 Nefarmakologická léčba

Do nefarmakologické léčby se například řadí: rehabilitace, psychologické metody

4.4.1 Rehabilitace

Rehabilitace disponuje souborem nefarmakologických léčebných metod, které mají u bolestivých stavů dobré výsledky (ROKYTA 2009).

Léčba teplem

Termoterapie je procedura, při které je teplo do organismu přiváděno, nebo je z organismu odváděno, bývá sem zařazena i hydroterapie. Aplikace tepla způsobuje vazodilataci, zlepšuje prokrvení, uvolňuje se napětí příčně pruhovaného svalstva

a zlepšuje se látková výměna. Při aplikaci chladu dochází k dočasné vazokonstrikci, která je následovaná vazodilatací. Analgetický efekt se vysvětluje tím, že se sníží svalové napětí a zpomalí se vedení nervového impulzu. Chladu se u akutních poranění využívá k analgetickému a antiedematóznímu účinku (HAKL 2011).

Elektroterapie

Využívá se při ní různých forem elektrické energie - stejnosměrných i střídavých proudů. Při kontaktní elektroterapii je do těla přiváděn elektrický proud pomocí elektrod, využívá se střídavý proud o různých frekvencích. Při bezkontaktní elektroterapii je elektrický proud do těla přiváděn prostřednictvím elektromagnetického pole. Při jeho průchodu tělem vzniká teplo (HAKL 2011).

Magnetoterapie

Má protizánětlivý a protibolestivý účinek, způsobuje roztažení cév, uvolňuje svalové napětí a spasmy, urychluje hojení kostí a měkkých tkání. Indikací jsou degenerativní, zánětlivá a funkční onemocnění pohybového aparátu (HAKL 2011).

Manuální léčba

Léčebného efektu je dosaženo rukama terapeuta, řadíme sem masáže, mobilizace a manipulace (HAKL 2011).

4.4.2 Psychoterapie

Každá chronická nemoc je nejen tělesnou, ale i psychicky náročnou životní situací. Je důležité uvědomit si, že se nesetkáváme s nemocí, ale s nemocným člověkem, který trpí bolestí a sděluje nám to svým chováním. Pokud pacient rezignuje, pak mluvíme o neadaptivním přizpůsobení se na bolest, které se projevuje např.: agresí, frustrací, depresí s projevy bezmoci a beznaděje. Tyto emoce jsou psychoterapeuticky ovlivnitelné, základem je poskytnutí pocitu bezpečí a jistoty, ujištění o tom, že k tlumení bolesti budou použity všechny účinné prostředky.

Psychoterapie je snaha o pozitivní ovlivnění zdravotního stavu a kvality života psychologickými a psychofyziologickými prostředky. U některých pacientů se projevuje bolestivé chování, proto již od počátku by měl nabýt dojmu, že se ocitl v chápavém a laskavém prostředí, kde mu chtějí pomoci. Měl by ale také pochopit, že pro zvládnání své bolesti je potřeba také něco dělat sám (HAKL 2011, ROKYTA 2006).

Typy psychoterapeutických metod:

Sugesce znamená navození určitých myšlenek, představ, postojů, pocitů či přesvědčení.

Hypnóza je přirozený stav změněného a zúženého vědomí, který je charakterizován koncentrací pozornosti požadovaným směrem.

Relaxace je stav sníženého psychosomatického napětí a slouží k uvolnění a intenzivnímu odpočinku.

Autogenní trénink je psychofyziologická metoda, která spojuje autosugesce s koncentrací a s uvolněním celkového napětí.

Meditace je stav, kdy se poddám současnosti bez zapojení vlastní vůle.

Biofeedback je terapeutické sezení, během kterého se pacient učí dosáhnout u dané funkce žádoucího průběhu, např.: snížit svalové napětí nebo snížit krevní tlak (ROKYTA 2006, SOFAER 1997).

5 Paliativní péče

Definice paliativní péče (paliativní medicíny) je několik. Ve všech je kladen důraz na kvalitu života a řešení příznaků. Například definice Světové zdravotnické organizace: „*Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin*“ (Vorlíček 1998, s. 19). Paliativní péče a léčba se netýká jen pacientů bezprostředně před smrtí, ale týká se celého průběhu trvání onemocnění (MARKOVÁ 2010, VORLÍČEK 1998).

Výbor ministrů rady Evropy rozdělil tuto péči na obecnou paliativní péči a specializovanou paliativní péči. Obecnou paliativní péči by mělo poskytovat každé zdravotnické zařízení, které by mělo včas vyhodnotit stav, další léčbu a sledování pacienta. Patří sem léčba bolesti a symptomů, podpora rodiny a doporučení k dalším odborníkům. Specializovanou paliativní péči poskytují zdravotníci, kteří mají v tomto oboru specializaci a zkušenosti. Je poskytována na odděleních paliativní péče, v hospicích, prostřednictvím domácí hospicové péče či ambulantní paliativní péče, na denních stacionářích. Existují poradny a tísňové linky, které pacienta na tato zařízení upozorňují (MARKOVÁ 2010, O'CONNOR 2005).

5.1 Týmová spolupráce

Ideální léčba vyžaduje součinnost lékařů, sester a ostatního zdravotnického personálu. Multidisciplinární tým je základní jednotkou pro poskytování paliativní péče. Často se stane, že se pacient nesvěří ani lékaři ani sestře, ale řekne to sanitáři, proto musí být komunikace mezi všemi členy vzájemná a partnerská. Formální komunikace týmu probíhá písemnou formou: dokumentací, nebo pravidelnými schůzkami multidisciplinárního týmu (MARKOVÁ 2010, VORLÍČEK 1998).

5.2 Etické otázky

Otázky umírání a smrti souvisí s osobními hodnotami, a proto mohou být názory na utrpení i význam smrti u jednotlivých pacientů odlišné. I když dnes díky pokrokům v medicíně můžeme pacienty téměř zbavit fyzického utrpení, stále existuje nevelké procento pacientů, kterým ne zcela pomůžeme.

Výuka etiky je převážně postavena na základních principech jako je beneficence (prospěch) a non-maleficence (nepoškozování). Zdravotníkům v praxi poskytují spíše teoretický podklad než praktickou radu. Příkladem je princip dvojího efektu, který říká, že když lékař bere ohled na právo pacienta zbavit se nesnesitelného utrpení, uvědomuje si, že přitom může dojít ke smrti pacienta (O'CONNOR 2005, VORLÍČEK 1988).

5.2.1 Eutanazie

O eutanazii se v poslední době diskutuje často. Formy milosrdné smrti mohou být různé. Aktivní eutanazie se provádí, když pacient trpí nesnesitelnými bolestmi a opakovaně žádá o urychlení smrti, vykonavatelem je lékař, ale v našem právním řádu není povolena. Právo na přirozenou smrt je ekvivalentem odnětí nebo přerušení léčby, nikoliv však ukončení péče. O eutanazii se stále diskutuje, je zde velké riziko zneužití.

Žádost o ukončení života je obtížnou volbou, se kterou se setkávají sestry, které o umírající pacienty pečují. Je důležité, aby věděly, jak se zachovat, když je někdo o to požádá. Sestry mohou mít jiný názor než pacient, ale ho musí respektovat (O'CONNOR 2005).

Pacient má právo nebýt léčen, pokud na svém rozhodnutí trvá i přes patřičné vysvětlení, musí podepsat revers (KLÁNOVÁ 2009).

5.2.2 Důstojné umírání a důstojná smrt

Pozornost je věnována psychologickému a estetickému významu, Větší pozornost si zasluhují fyziologické projevy umírání a smrti. Biologické projevy jsou považovány za ponižující, ošklivé a nežádoucí. Proto by se měla veřejnost dozvědět, že určité projevy spojené s umíráním a smrtí jsou přirozené. Člověk, který umírá by neměl být nikdy sám, měly by ho doprovázet jeho blízcí. *„Kvalita péče by měla být na takové*

úrovni, aby zaručovala důstojné umírání v nemocnicích, aby motivem žádosti o eutanázii nebyla obava ze ztráty lidské důstojnosti“ (ROKYTA 2006, s. 38) (VORLÍČEK 1998).

5.2.3 Sdělování zlé pravdy

K tomu aby se mohl člověk svobodně a zodpovědně rozhodovat, potřebuje mít dostatek informací. Nemocný má právo na informace o svém zdravotním stavu, stejně tak má právo nebyť informován. Právo informovat pacienta má pouze lékař. Mělo by být zajištěno vhodné prostředí, které působí útulně a světle. Neméně důležité je soukromí. Lékař by se měl v průběhu komunikace zpětně přesvědčovat, zda pacient všemu rozumí (MARKOVÁ 2010).

5.2.4 Potřeba plakat, potřeba se smát

Pro pacienta i jeho blízké se zdá být budoucnost uzavřena. Objevuje se spíše perspektiva bolesti, strachu, utrpení a konce. Zdravotník by pacientovi nikdy neměl říkat, aby neplakal, mohlo by to být pochopeno tak, že jeho trápení bagatelizuje, ale dovolit plakat a vydržet pláč je velmi důležitým úkolem sestry v paliativní péči. Stejně tak je důležité dovolit nemocnému se smát. Je chybou vytvářet kolem pacienta vážnou a smutnou atmosféru. Humor je podstatnou součástí péče o těžce nemocné pacienty (MARKOVÁ 2010).

5.3 Potřeba smíření

Může se stát, že pacientai nebo jeho rodinu trápí nevyřešené záležitosti. V této situaci je třeba zareagovat a pomoc nalézt řešení.

Fáze umírání popsala Elizabeth Kübler-Ross

- 1. Negace** - pacient je v šoku, popírá a nevěří sděleným informacím
- 2. Agrese** - má zlost na zdravotníky, hněvá se na své okolí, svaluje vinu na druhé
- 3. Smlouvání** - vyjednává, hledá různé léčitele, je ochoten zkusit cokoli
- 4. Deprese** - smutný, má strach o zajištění rodiny
- 5. Smíření** - vyrovnání se se smrtí, čas loučení.

Fáze jsou seřazeny podle toho, jak zpravidla přecházejí, ale nemusejí vždy dodržovat toto pořadí (DUBCOVÁ 2011).

5.4 Psychické obtíže

Dlouhodobé stonání přináší psychické obtíže, mezi které se řadí úzkost, smutek a deprese, zmatenost, delirium a suicidální tendence.

Úzkost je strach z něčeho neznámého, projevuje se bušením srdce, pocením, třesem, vnitřním chvěním, obtížným dýcháním, nevolností, celkovou slabostí a závratí. Úkolem sestry je úzkost na pacientovi poznat a mluvit s ním o jeho příčině.

Smutek a deprese - nemocný vyžaduje od sestry pochopení. Deprese vyvolává dlouhodobý útlum nálady, pacient se nedokáže z ničeho radovat a na nic se těšit.

Zmatenost - při jejím posuzování je potřeba rozlišit, zda se jedná o chronickou zmatenost, která je příznakem demence nebo akutní zmatenost. Příčinou akutní zmatenosti bývá nějaká změna, proto je důležité se ptát na zmatenost v minulosti, jaký měla charakter a jak dlouho trvala.

Delirium- je akutně vzniklá porucha vnímání a pozornosti. Agitované terminální delirium se projevuje psychosomatickým neklidem, kolísavým stavem vědomí, svalovými záškuby až křečemi. Pro rodinu je to velká psychická zátěž.

Suicidální tendence- objevují se často jako následek ztráty životního smyslu, ztráty vyhlídek do budoucna a pocitu, že jsem někomu na obtíž. Pokud pacient mluví o sebevraždě nebo žádá o eutanazii, je potřeba zjistit, zda tento problém nesouvisí s neléčenou depresí nebo s jiným psychiatrickým onemocněním (MARKOVÁ 2010).

5.5 Hospic

Hospic poskytuje terminální paliativní péči, proto je indikován skupině pacientů s aktivním progredujícím, pokročilým onemocněním, jejichž délka života je omezena a cílem péče je udržení a zlepšení kvality jejich života. Nemocní nejsou nikdy do hospice přijímáni proti své vůli. Kontaktovat hospic může kdokoli, ale žádost vyplňuje pouze lékař- nejčastěji praktický lékař nebo onkolog.

Hospic neslibuje uzdravení, ale také nebere naději, slibuje pacientům, že nebudou trpět nesnesitelnými bolestmi, bude respektována jejich lidská důstojnost a že v posledních chvílích svého života nezůstanou osamoceni.

Režim a péče v hospici se výrazně liší od režimu a péče v nemocnici, např. návštěvní doba v hospici není nijak omezena a hospicová péče nekončí smrtí pacienta, ale pokračuje péčí o pozůstalé (MATOUŠEK 2005).

5.6 Péče o pozůstalé

Spolupráce s rodinou je nedílnou součástí paliativní péče, proto je také důležité doprovázet pozůstalé v období truchlení. Pro rodinu má velký význam vědět, že nemocný netrpěl bolestmi (MOKREJŠOVÁ 2011).

5.6.1 První pomoc

Přítomnost či nepřítomnost při umírání ovlivňuje období truchlení, proto je třeba nabízet přítomnost s nemocným. Důležité je poskytnout pozůstalým dostatek času v klidném prostředí, nechat jim prostor na otázky a vypovídat se, jelikož prožívají šok a otřes. Měli bychom rodinu ujistit o tom, že nemocný netrpěl (MARKOVÁ 2010).

5.6.2 Truchlení

Období truchlení je chvílí pro přijetí toho, že zemřelý opravdu odešel. Truchlení trvá zhruba rok a každý ho vnímá individuálně, obvykle nejbližší osoba nemocného truchlí déle než jiní. Může se stát, že se průběhu truchlení opakovaně vrací na začátek, proto je nutné poskytnout možnost mluvit o svém žalu (MARKOVÁ 2010).

6 Ošetrovatelský proces u pacienta s bolestí v paliativní péči

Pacientovi je 68 let, na oddělení následné péče byl přijat 21. 11. 2012, je to ležící pacient. Manželka se o něj do doby nástupu do nemocnice starala doma, nyní už to nezvládá. Pacient má veliké bolesti, které ho trápí a velice omezují. Má nauzeu a téměř po každém jídle zvrací.

Důvod přijetí udávaný pacientem:

Je mi hůř, mám větší bolesti a všechno, co sním, vyzvracím. A navíc už se manželka o mě nezvládá postarat.

Medicínská diagnóza hlavní :

- Generalisovaný papilom močového měchýře, stav po paliativní chemoterapii: ukončena v říjnu 2012, zaveden PMK /permanentní močový katetr /- C67.8

Medicínské diagnózy vedlejší:

- CA recta, st. p. resekci, aktinoterapie, kolostomie provedena roku 1983 - C20
- Dehydratace, zvracení - E86
- Kachexie - R64
- Přítomnost kardiostimulátoru - Z95.0
- Polyneuropatie dolních končetin dle pacienta po chemoterapii - G62.9
- Cystické postižení ledvin

Vitální funkce při přijetí

TK: 130/70	Výška: 180 cm
P: 62/min	Hmotnost: 70 kg
D: 12/min	BMI: 21,8
TT: 36, 4 °C	Pohyblivost: ležící
Stav vědomí: dobrý	Krevní skupina: 0

Nynější onemocnění:

Pacient zvrací po každém jídle. Má velké bolesti. Při zavedení PMK byla retence 500 ml a hematurie.

Informační zdroje:

Dokumentace, zdravotní personál, rodina, spolupacienti

6.1 Anamnéza**Rodinná anamnéza****Matka:**

Zdráva, zemřela v 65 letech

Otec:

Karcinom plic, zemřel v 57 letech

Sourozenci:

Bratr je zdrav

Děti :

Dvě děti, dceři je 42 let a synovi 45 let. Pět vnoučat, jedno pravnouče

Osobní anamnéza**Překonané a chronické onemocnění:**

- CA močového měchýře, paliativní chemoterapie ukončena.
- Polyneuropatie dolních končetin
- Cystické postižení ledvin

Hospitalizace a operace :

Karcinom recta, provedena resekce střeva, následně - kolostomie. Operace provedena roku 1983.

Úrazy : 0

Transfúze : 0

Očkování :

Tetanus v roce 2008

Farmakologická anamnéza:

Zorem 10mg 1-0-0 tbl. - *Vazodilatans, Antihypertenzivum, Blokátor kalciového kanálu.* NÚ: bolesti hlavy, otoky, nauzea, návaly horka, únava, alergické kožní reakce, zácpa, průjem, bolesti svalů a kloubů, hypotenze.

Gopten 2mg 1-0-0 cps. - *Antihypertenzivum, ACE inhibitor.* NÚ: hypotenze, suchý kašel, nauzea, průjem, poruchy chuti, alergické kožní reakce.

Hydrochlorothiazid 1-0-0 tbl. - *Thiazidové diuretikum, Antihypertenzivum.* NÚ: poruchy elektrolytové rovnováhy (hypokalémie, hyponatrémie), nechutenství, nauzea, bolesti břicha, průjem, hypotenze.

Helicid 20mg 1-0-1 cps. před jídlem - *Antiulcerózum, Inhibitor protonové pumpy.* NÚ: bolesti břicha, nauzea, zvracení, průjem, zácpa, únava, alergické kožní reakce, svědění.

Palladone SR 4mg 1-0-1 cps. á 12 hodin (8:00-20:00) - *Analgetikum, Anodynum.* NÚ: nauzea, zvracení, nechutenství, únava, ospalost, hypotenze, svalová slabost, mióza, zácpa, sucho v ústech, útlum dechového centra, zmatenost, poruchy spánku.

Chlorid sodný 0,9% 500ml + Degan 1 amp. i.v. - kapat 4 hodiny – *Antiemetikum, Prokinetikum.* NÚ: průjem, únava, ospalost, slabost, zácpa, bolesti hlavy, závratě, nespavost.

Chlorid sodný 0,9% 500ml + Acidum ascorbicum 1 amp. i.v. - kapat 2 hodiny- *Vitamin C.* NÚ: po příliš rychlé nitrožilní aplikaci - závratě, pocit slabosti. Po podání vysoké dávky - nauzea, bolesti břicha, průjem, zvracení, bolesti hlavy, polyurie.

Ranital 1 amp. i.v. R+V - *Antiulcerózum, Antagonista H2-receptorů.* NÚ: nauzea, průjem, zácpa, ospalost, bolesti hlavy, nespavost, bolesti svalů, zmatenost, halucinace, deprese.

Dicynone 2 amp. i.v. R+V + při hematurii (3x denně) - *Antihenoragikum, Hemostatikum.* NÚ: nauzea, zvracení, hořká chuť v ústech, bolesti hlavy, alergické kožní reakce.

Chlorid sodný 0,9% 100ml + Veral 1 amp. i.v. - kapat 30 minut - při bolesti - *Nesteroidní antiflogistikum, antirevmatikum, analgetikum*. NÚ: nauzea, bolesti břicha, průjem, retence tekutin s otoky, meteorismus flatulence.

Torecan 1 amp. i.m. - při zvracení - *Antiemetikum, Antivertiginózum*. NÚ: únava, závratě, periferní otoky, kožní reakce, zácpa. (1, 2)

Další léčba:

- Bandáže DK jako prevence tromboembolické nemoci
- 3x denně Nutridrink 250 ml z důvodu podpory výživy
- Pravidelně proplachovat PMK - z důvodu špatného odtoku PMK (dochází k ucpávání krví)
- Zaveden polohovací záznam á 2 hodiny + bilance tekutin (příjem a výdej tekutin)

Alergologická anamnéza:

Léky: 0

Potraviny: 0

Chemické látky: 0

Jiné: 0

Abúzy:

Alkohol: nepije

Kouření: 0

Káva: 0

Léky: 0

Jiné drogy: 0

Sociální anamnéza:

Stav: ženatý

Bytové podmínky:

Bydlí v rodinném domě s manželkou na okraji krajského města.

Vztahy, role a interakce v rodině:

Rodina je soudržná, problémy řeší společně

Záliby:

Čtení, luštění křížovek, poslech rádia

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: vyučen

Pracovní zařazení: Opravář zemědělských strojů

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: invalidní důchod od r.1983

Spirituální anamnéza:

Religiozní praktiky:

Křesťanská víra, v nemocnici pacienta navštěvuje farář 1x týdně.

6.2 Ošetřovatelská anamnéza podle modelu Nancy Roper

Ošetřovatelský proces byl vypracován od 29. 11. 2012 do 17. 12. 2012

6.2.1 Udržování bezpečného okolí

Objektivně: V pacientově okolí se nenachází žádné předměty, kterými by si mohl ublížit. Lůžko udržuje ošetřovatelský personál v čistotě, lůžkoviny mění dle potřeby. Jedenkrát denně se provádí desinfekce povrchů. Pacient je polohován dle potřeby, má zaveden polohovací záznam. Pacient má postranice, nevadí mu, rodina je s tím seznámena a souhlasí.

Subjektivně: Postranice mi nevadí, spíš naopak - mohu se za ně chytit a přitáhnout se. Navíc se cítím více v bezpečí.

Použitá měřicí technika: Stupnice Nortonové: 13 bodů - nebezpečí vzniku dekubitů. Riziko pádu bylo vyhodnoceno na 8 bodů - když je pacient ležící.

Ošetřovatelský problém: 0

6.2.2 Komunikace

Objektivně: Pan K. je komunikativní, rád si povídá. Při příjmu mluvil slabým hlasem, ale bylo mu rozumět, dobře artikuloval. Vše chápal, ale říkal, že poslední dobou mu to nějak obtížněji myslí, při rozhovoru mluvil sice pomaleji, ale souvisle a srozumitelně. Velmi dobrá komunikace byla i s rodinou, manželka byla velice vstřícná. 17. 12. 2012 při ranní hygieně byl apatický, reagoval jen na hlasité slovní podněty otevřením očí a pohybem rukou. Neodpovídal, pouze vydával hlasité vzdechy.

Subjektivně: Slyším dobře. Brýle na čtení mám v nemocnici, ale moc je nepoužívám.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: 0

6.2.3 Dýchání

Objektivně: Již při příjmu byl pacient dušný, měl ordinován O₂ 2 l/h. Postupem hospitalizace se dušnost zhoršovala, dech byl nepravidelný s apnoickými pauzami. 17. 12. 2012 se apnoické pauzy prodloužily a pacient dýchal lapavě.

Subjektivně: Dýchá se mi hůř, ale s tím kyslíkem je to mnohem lepší.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: Dušnost

6.2.4 Jídlo a pití

Objektivně: Klient přijímá stravu per os, trpí stálou nauzeou a každý den zvrací. Při příjmu měl dietu č. 1, po týdnu mu byla zkusmo změněna na dietu č. 3, ale začal zvracet častěji, takže mu dieta byla změněna zpět na č. 1, momentálně trpí nechutenstvím a jí jen velmi málo. Manželka mu nosí z domova jídla, která má rád. Nejraději má karbanátek s bramborovou kaší a vývar s vajíčkem. Třikrát denně pije Nutridrink, který mu velice chutná a není mu z něj na zvracení, nejraději má vanilkovou příchut'. Od 15. 11. 2012 pacient nezvracel, zlepšila se mu i chuť k jídlu. Denně vypije 1500-2000 ml šťávy nebo džusu zředěného s vodou, čaj mu nechutná a pálí ho z něj žába. Alkohol nepožil již 20 let, nechybí mu, cítí k němu jistý odpor. Pan K. se snaží jíst sám, ale záleží na jeho stavu, někdy ho musí sestry krmit. Pije z hrnečku brčkem. Kožní turgor má dobrý, kůže je vlhká, bez defektů, ošetřuje se pravidelně 2x denně Menalind sprejem. Sliznice má vlhké. Má zubní protézu. Při příjmu vážil 70 kg, měří 180cm, BMI je 21,8.

Subjektivně: Je mi pořád na zvracení, připadá mi, že to, co sním, vyzvracím. V nemocnici se to zlepšilo, ale po změně té diety to bylo horší. Teď je to docela dobrý.

Použitá měřicí technika: Body Mas Index

Ošetrovatelský problém: Zvracení, nauzea, nechutenství

6.2.5 Vylučování

Objektivně: Pacient má kolostomii od roku 1983, zpočátku o ní pečoval sám, postupem času tuto péči převzala manželka. Od počátku hospitalizace trpí zácpou, na záchod si vždy dojde až po aplikaci mikroklyzmatu, které se podává do kolostomie, její okolí je zarudlé, nacházejí se tam dva drobné defekty, mažou se dle potřeby Menalind krémem. Pan K. má PMK, který se často ucpává z důvodu hematurie a musí se pravidelně 3x denně proplachovat. Močový sáček se vypouští 3x denně a 1x za 2 až 3 dny se vyměňuje - taktéž z důvodu ucpávání. Denní diuréza bývá cca 2000 ml. Příjem a výdej tekutin je pravidelně zaznamenáván, bývá vyvážený. Pacient se zvýšeně potí.

Subjektivně: O vývod se mi doma starala manželka, sám jsem to nezvládal. Mám pocit, že jsem pořád plný i když moc nejím, asi je to tím, že se nemůžu pořádně vyprázdnit.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: Defekty v okolí stomie, hematurie, zácpa

6.2.6 Osobní hygiena a oblékání

Objektivně: Zdravotní personál se snaží pacienta aktivizovat v péči o sebe sám. Při ranní hygieně si pacient umyje sám obličej a hrud', zbytek těla musí umýt personál. U pacienta se provádí pravidelně ranní hygiena na lůžku, jelikož se pacient více potí, činí se dle potřeby hygiena i večer. Dutina ústní se vytírá štětičkami s borglycerinem. Jedenkrát týdně je pacientovi provedena celková koupel ve sprše. Při oblékání potřebuje úplnou pomoc. Košile se pacientovi mění cca 3x denně. Zvýšená hygiena se upíná na genitál z důvodu PMK.

Subjektivně: Docela se snažím neobtěžovat sestry, zkusím si obstarat sám, co jde. To pocení mi vadí, pořád se cítím ulepený. Nejraději bych chodil do sprchy každý den nebo alespoň 2x týdně. Mám na sobě nemocničního anděla. Zubní protézu mám, ale nenandavám si ji, mám všechno jídlo mleté.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: Pacient je nesoběstačný

6.2.7 Kontrola tělesné teploty

Objektivně: Tělesná teplota je panu K. měřena v podpažní jamce pravidelně ráno a večer digitálním teploměrem. Teplota se pohybuje v rozmezí 36,3 až 36,8°C.

Subjektivně: Teplotu mi měří dvakrát denně, zatím jsem ji neměl.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

6.2.8 Pohyb

Objektivně: Pacient je už vysílen, snadno se unaví. Chodí za ním 1x denně fyzioterapeutka, která s ním provádí dechová cvičení. Záleží na momentálním stavu, někdy je pacient schopen si podat pití a napít se sám. Pacient je nesoběstačný a potřebuje úplnou pomoc.

Subjektivně: Po cvičení jsem hodně unavený, ale mám radost, když za mnou přijde rehabilitační sestra, je milá a ohleduplná. Když ležím delší dobu v jedné poloze, přestávám si uvědomovat své tělo, tak si musím zahýbat s rukama a nohama, abych si je uvědomil.

Použitá měřicí technika: Barthelův test běžných denních činností byl vyhodnocen na 5 bodů - vysoký stupeň závislosti.

Ošetrovatelský problém: Snadná únava.

6.2.9 Práce a hry

Objektivně: Má velice rád, když za ním přijde manželka a vypráví mu, čte noviny nebo si jen tak povídají.

Subjektivně: Někdy s manželkou luštím křížovky, je to dobré cvičení na mozek.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

6.2.10 Projevy sexuality

Objektivně: Má dvě zdravé děti. Pro pacienta toto téma bylo velmi choulostivé a nechtěl o něm mluvit.

Subjektivně: Mě se o tom nechce mluvit, je mi to trapné.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

6.2.11 Spánek

Objektivně: Pacient se cítí unavený, usíná bez problémů, ale v noci se budí bolestí. Přes den je spavý, dopoledne spí tak 1 hodinu, odpoledne kolem 2 hodin.

Subjektivně: Někdy mě vzbudí bolesti, ale po injekci se mi uleví. Když bolesti nemám, tak se akorát vzbudím při polohování.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: Časté buzení v noci

6.2.12 Umírání

Objektivně: Pacient je se svým zdravotním stavem seznámen, chápe vážnost svého onemocnění, lékařka s ním mluvila i o následné symptomatické léčbě. Pacient si uvědomuje, že jeho život se blíží ke konci, a proto se snaží vyřešit majetkové poměry. Pacientovo onemocnění rodina přijala adekvátně situaci. Manželka a syn zvládají onemocnění pana K. celkem dobře, hůře však je na tom dcera, nemůže se smířit s tím, že tatínek zemře. Na bolesti břicha má předepsán Palladone SR 4mg 1-0-1 á 12 hodin (8:00-20:00) a chlorid sodný 0,9% 100ml + Veral 1 amp. i.v. - kapat 30 minu t- dle potřeby. Bolest na VAS udává 3-4 jako stálou, ale také mu vystupuje na VAS 9. Po konzultaci se sloužícím lékařem mu bývá předepsán Dolsin 50 mg s.c.. I přes snahu sester mu není zapsán do pravidelné ordinace ošetřujícím lékařem, ale většinou mu ho předepisuje službu mající lékař až po vyšetření pacienta. Při ranní hygieně 17. 12. 2012

byl apatický, těžko dýchal, měl propadlé tváře, špičatý vystouplý nos - facies hippocratica. Pacient zemřel v 16:55 hodin.

Subjektivně: Jsem smířený se svou nemocí, vím, že zemřu. I když jsem věřící, bojím se toho, co bude po smrti. Do nemocnice za mnou chodí pan farář, domluvila mi to s ním sociální sestřička, chodí každý týden. Trápí mě, že tady zanechávám manželku samotnou, i když vím, že se o ni syn s dcerou postarají. Poslední dobou se necítím jako člověk, nemůžu se sám o sebe postarat a vidím, jak to manželku ubíjí, i když se snaží nedat to na sobě znát. Uvědomuji si, že už se blíží konec a že si přeji zemřít důstojně, než začnou ještě větší bolesti. Hospice jsem odmítl proto, že si myslím, že bych tím manželce přitížil. Neměla by se jak za mnou dostávat a to by jí trápilo. Od pobytu v nemocnici očekávám snížení těch bolestí a zlepšení chuti k jídlu.

Použitá měřicí technika: Vizuální analogová škála

Ošetrovatelský problém: Chronické bolesti, prúlomové bolesti, strach o manželku

6.3 Ošetřovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie I.

Ze dne 29. 11. 2012

Řazeno podle určených priorit:

- Bolest chronická z důvodu onkologického onemocnění, projevující se porušeným spánkem, únavou, slovními projevy, bolestivými grimasami v obličeji a hledáním úlevové polohy.
- Imobilizační syndrom, zvýšené riziko z důvodu silných bolestí, imobilizace a chronického tělesného onemocnění.
- Riziko infekce z důvodu zavedeného PMK.
- Riziko infekce z důvodu periferní kanylace.
- Tělesné tekutiny, riziko deficitu z důvodu častého zvracení.
- Kožní integrita porušená z důvodu kolostomie, projevující se subjektivně: pálením, objektivně: porušením vrstev kůže a krvácením.
- Riziko infekce z důvodu porušením kožního krytu v okolí kolostomie.
- Pohyblivost, porucha hybnosti na lůžku z důvodu bolesti a základního onemocnění, projevující se subjektivně: neschopností si podat jídlo a pití a objektivně: nedostatečnou soběstačností a zácpou.
- Péče o sebe sama nedostatečná - defecit sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku v souvislosti s aktuálním zdravotním stavem, projevující se potřebou pomoci při oblékání, úpravě zevnějšku, koupání, hygieně.
- Úzkost ze smrti v souvislosti s bolestí a se změnou zdravotního stavu, projevující se neklidem, tichou řečí, zpomalenými pohyby, verbalizací, lítostivostí, výrazem tváře, pocitem nejistoty.
- Strach o manželku z důvodu blížící se smrti a zajištění manželky, projevující se uzavřením se do sebe.
- Společenská interakce porušená z důvodu hospitalizace, projevující se subjektivně: pocitem nadbytečnosti a nudou (Doenges 2001).

6.4 Plán ošetrovatelské péče

Bolest chronická z důvodu onkologického onemocnění projevující se porušeným spánkem, únavou, slovními projevy, bolestivými grimasami v obličeji, hledáním úlevové polohy a průlomovými bolestmi až na VAS 9.

Priorita: vysoká

Cíl:

Krátkodobý: Pacient rozpozná včas průlomovou bolest a akceptuje potřebu jejího tlumení (4 dny).

Dlouhodobý: Pacient zvládá svou bolest (stále).

Kritéria:

- Pacient umí popsat intenzitu bolesti na VAS (1 den)
- Pacient zná projevy svých průlomových bolestí (1 týden)
- Pacient si řekne o lék na bolest, při prvních příznacích nástupu průlomové bolesti (vždy)
- Pacient udává úlevu od bolesti (vždy po podání léku)
- Pacientův noční spánek není rušen bolestí (stále)
- Pacient zná úlevové polohy, které mu pomáhají zmírnit bolest (1týden)

Intervence:

- Informuj pacienta o příčině jeho bolestí (1 den) – sestra dle svých kompetencí.
- Informuj pacienta, aby sledoval projevy svých průlomových bolestí (2 dny) - sestra
- Podávej analgetika a opiáty dle ordinace lékaře (vždy) - sestra
- Informuj pacienta o možnosti podávání analgetik a opiátů (1 hodina) - sestra
- Zajisti, aby zdravotní personál aktivně nabízel pacientovi analgetika (1 týden) - sestra
- Sleduj projevy bolesti (stále) - sestra
- Sleduj pacientovu bolest na VAS (vždy) - sestra
- Sleduj účinek analgetik a opiátů (vždy) - sestra

- Sleduj nežádoucí účinky analgetik a opiátů (stále) - sestra
- Pomoz pacientovi najít úlevovou polohu (1 den) – sestra, ošetřovatelka
- Informuj pravidelně lékaře o účinnosti/neúčinnosti analgetik a opiátů (vždy) - sestra
- Sleduj kvalitu spánku a jeho závislost na bolesti (vždy) – sestra, ošetřovatelka
- Nabízej pacientovi analgetika před spaním (vždy) - sestra

Realizace:

Pacienta lékař seznámil s jeho zdravotním stavem, poté jsme si s ním promluvili o příčině jeho bolestí, pacient vše pochopil. Dle ordinací lékaře jsme podávali léky na tlášení bolesti. S pacientem jsme se při polohování snažili najít úlevovou polohu, která byla v polosedě na boku.

Pátý den hospitalizace jsme s pacientem promluvili o tom, že si nesmí nechat bolest rozvinout nebo že si má při průlomové bolesti hned říci o lék na bolest.

Zdravotní personál zjistil pacientovy projevy bolesti a vždy mu nabídne podání analgetik dle ordinací lékaře (1týden).

Zdravotní personál pravidelně sleduje pacientovu bolest podle VAS a 2 hodiny po podání léku bolest na VAS znovu kontroluje.

Pacientovi při zvýšení bolestí na VAS 9 byl 3x až 4x do týdne volán službu mající lékař, který po vyšetření pacienta předepsal Dolsin 50 mg s. c. Po aplikaci opiátu se snížila bolest na VAS 4-5. Dne 15.12. 2012 byl pacient bez bolestí. Domnívám se, že to bylo díky tomu, že se pacient nacházel ve stavu in finem.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn, pacient si o lék při průlomových bolestech řekl sám.

Dlouhodobý cíl byl také splněn, bolest jsme monitorovali.

Imobilizační syndrom, zvýšené riziko z důvodu silných bolestí, imobilizace a chronického tělesného onemocnění.

Priorita: vysoká

Cíl:

Pacient nemá komplikace ani sekundární změny z trvalého ležení (po dobu hospitalizace).

Kritéria:

- Pacient nemá porušenou kožní integritu, kůže má čistou (po dobu hospitalizace)
- Pacient nejeví známky svalových kontraktur (po dobu hospitalizace)
- Pacient nejeví známky infekce (po dobu hospitalizace)
- Pacient nemá žádné známky dehydratace (po dobu hospitalizace)
- Pacient je orientován místem, časem i osobou (po dobu hospitalizace)

Intervence:

- Kontroluj pečlivě stav pokožky na predilačních místech (vždy) - sestra, ošetřovatelka
- Polohuj pacienta každé dvě hodiny, pokud bude třeba, tak i častěji - sestra, ošetřovatelka
- Zaznamenávej pečlivě do polohovacího záznamu (vždy) - sestra, ošetřovatelka.
- Sleduj stav výživy (stále) - sestra
- Doporuč dostatek vlákniny ve stravě (2 dny) - sestra
- Sleduj a zaznamenávej pravidelný příjem a výdej tekutin (vždy) - sestra, ošetřovatelka
- Domluv se s RHB pracovníkem na provádění dechových cvičení a celkové rehabilitaci (1 den) - sestra
- Prováděj bandáže DK (denně) - sestra
- Sleduj prokrvení tkání (vždy) - sestra
- Při polohování dbej na natahování nohou, jako prevenci kontraktur (vždy) - sestra, ošetřovatelka

- Snaž se udržet orientaci pacienta v místě času- aby viděl na hodiny, dát do blízkosti fotoknihu, kalendář, rádio (vždy) - sestra, ošetřovatelka

Hodnocení:

Pacient se neproležel, imobilizační syndrom se nerozvinul.

Riziko infekce z důvodu zavedeného PMK.

Priorita: vysoká

Cíl:

U pacienta se neprojeví infekce (po dobu zavedení PMK).

Kritéria:

- Pacient ví o možném vzniku infekce (vždy)
- Pacient zná projevy infekce (vždy)

Intervence:

- Pouč personál o možném riziku vzniku infekce (vždy) - sestra
- Sleduj známky vzniku infekce (vždy) - sestra, ošetřovatelka
- Proplachuj pravidelně PMK (dle potřeby) - sestra
- Vypouštěj pravidelně sběrný močový sáček (3x denně) - sestra
- Vyměňuj sáček a zamezuj jeho ucpání (2x až 3x týdně) - sestry

Hodnocení:

Infekce se do pacientovy smrti neprojevila.

Riziko infekce z důvodu periferní kanylace.

Priorita: vysoká

Cíl:

Pacient nemá celkové ani místní známky infekce (po dobu hospitalizace).

Kriteria:

- Pacient nepocítuje bolest v oblasti zavedené kanyly (stále)
- Pacient nemá zvýšenou tělesnou teplotu ani poruchy FF (po dobu hospitalizace)

Intervence:

- Proplachuj pravidelně pacientovi kanylu (vždy)
- Informuj pacienta o nutnosti hlášení jakýchkoliv problémů zdravotnickému personálu (1 den)
- Monitoruj pocity pacienta (stále)
- Pravidelně přepichuj flexily dle ordinace lékaře (1x za 3 dny).

Hodnocení:

U pacienta se neobjevily známky infekce.

Tělesné tekutiny, riziko deficitu z důvodu častého zvracení.

Priorita: vysoká

Cíl:

U pacienta se neobjeví žádné příznaky dehydratace (po dobu hospitalizace).

Kritéria:

- Pacient zná množství, typ tekutin a potravin, které má konzumovat (2 dny)
- Pacient přijme 2,5 litru (24 hodin)
- Pacientův kožní turgor a fyziologické funkce jsou v normě (48 hodin)

Intervence:

- Podávej léky dle ordinace lékaře (stále) - sestra
- Podávej pacientovi menší porce jídla a častěji (vždy) - sestra, ošetřovatelka
- Jídlo podávej pacientovi po malých soustech a dej mu dostatek času (vždy) - sestra, ošetřovatelka
- Zajisti pacientovi dostatek tekutin (vždy) - sestra, ošetřovatelka
- Podej informace i rodině, které tekutiny pacientovi mohou do nemocnice nosit (1 týden) - sestra
- Podej pacientovi informace o nutnosti přijímat dostatek tekutin (1 den) - sestra
- Zajisti možnost dostatečného příjmu tekutin – 2.5 litru (1 den) - sestra, ošetřovatelka
- Informuj pacienta o nutnosti měření bilance tekutin (1 den) - sestra
- Zaznamenávej pravidelně příjem a výdej tekutin (vždy) - sestra, ošetřovatelka
- Pravidelně sleduj účinky podávaných léků (vždy) - sestra
- Dle možností mu nabízej tekutiny, které si sám vyžádá (vždy) - sestra, ošetřovatelka

Hodnocení:

Cíl byl splněn. U pacienta se neobjevily žádné známky dehydratace.

Kožní integrita porušená z důvodu kolostomie, projevující se subjektivně: pálením, objektivně: porušením vrstev kůže a krvácením.

Priorita: střední

Cíl:

Krátkodobý: Pacientovy defekty se neprohlubují (1 týden).

Dlouhodobý: Pacientovy defekty se úplně zhojí (3 týdny).

Kritéria:

- Pacientova kůže je dostatečně hydratovaná a prokrvená (2 týdny)
- Pacientovy defekty se hojí bez komplikací (3 týdny)

Intervence:

- Dodržuj zásady asepsy při převazech (vždy) - sestra
- Hodnot' stav a vzhled defektu (do 2 hodin) - sestra
- Pravidelně sleduj stav pokožky, barvu, napětí, změny na kůži (vždy) - sestra
- Zaznamenávej pravidelně stav defektu do dokumentace (2x týdně) - sestra
- Promazávej defekt pravidelně dle ordinace lékaře (vždy při výměně kolostomického sáčku) - sestra
- Dbej na zvýšenou hygienu kůže po vyprázdnění (vždy) - sestra, ošetrovatelka
- Používej šetrnější pomůcky při péči o kůži (vždy) - sestra, ošetrovatelka
- Dbej na dostatečnou hydrataci pacienta a zlepšení celkového stavu (stále) - sestra, ošetrovatelka

Hodnocení:

Cíl byl splněn, defekty se zhojily do dvou týdnů.

Riziko infekce z důvodu porušení kožního krytu v okolí kolostomie.

Priorita: střední

Cíl:

U pacienta se infekce se neprojeví (do zhojení defektů).

Kritéria:

- Pacient ví o možném riziku infekce (1 den)
- Pacient je poučen v oblastech ochrany kožní integrity, příp. péče o rány (1 den)

Intervence:

- Upozorni personál na riziko infekce (1 den) - sestra
- Sleduj individuální rizikové faktory (stále) - sestra
- Hledej způsob, jak snížit riziko vzniku infekce (stále) - sestra
- Snaž se předejít vzniku infekce (stále) - sestra

- Všiměj si jakýchkoliv známek infekce v místě defektů (stále) - sestra, ošetřovatelka
- Dbej na zvýšenou hygienu kůže po vyprázdnění (vždy) - sestra, ošetřovatelka

Hodnocení:

Defekty se během 2 týdnů zhojily. Infekce se neprojevila.

Inkontinence stolice z důvodu kolostomie projevující se subjektivně: neschopností pozdržet defekaci a objektivně: samovolným odchodem stolice.

Tuto ošetřovatelskou diagnózu jsem nerozebírala.

Pohyblivost, porucha hybnosti na lůžku z důvodu bolesti a základního onemocnění, projevující se subjektivně: neschopností si podat jídlo a pití a objektivně: nedostatečnou soběstačností a zácpou.

Priorita: střední

Cíl:

Krátkodobý: Pacient spolupracuje a využívá kompenzační pomůcky (1 týden).

Dlouhodobý: Pacient má zlepšené nebo alespoň zachované nynější úrovně sebepečce (podobu hospitalizace).

Kritéria:

- Pacient cvičí s RHB pracovníkem (1 den)
- Pacient zná situace, při kterých potřebuje dopomoci (1 týden)
- Pacient zná a umí využít kompenzační pomůcky (3 dny)
- Pacient má pravidelné vyprazdňování (2 týdny)

Intervence:

- Domluv se s RHB pracovníkem, aby naučil pacienta individuální cvičení a doporučil vhodné pomůcky (za 1 den) - sestra, lékař

- Sleduj pacienta v situacích, ve kterých potřebuje dopomoci a porad' mu, jak si tuto situaci ulehčit nebo jak si v dané situaci poradit (stále) - sestra, ošetřovatelka
- Sleduj bolest, intenzitu a závislost na porušené pohyblivosti (stále) - sestra
- Podej pacientovi dostatek srozumitelných informací o nutnosti pohybu a nezbytnosti spolupráce (5 hodin) - sestra
- Nauč pacienta efektivně využívat kompenzační pomůcky (2 dny). - sestra, ošetřovatelka, RHB pracovník
- Pomáhej pacientovi při žádosti o pomoc (vždy) - sestra, ošetřovatelka
- Povzbuzuj pacienta a aktivizuj ho (vždy) - sestra, ošetřovatelka
- Zapojuj aktivně do účasti na prevenci imobilizace i rodinu pacienta (vždy) - sestra
- Podávej mikrokyzma dle ordinace lékaře (vždy) - sestra
- Doporuč pacientovi vhodnou stravu bohatou na vlákninu (2 dny) - sestra
- Dbej na pitný režim (stále) - sestra

Hodnocení:

Cíl byl splněn částečně, pacient se naučil pracovat s kompenzačními pomůckami. Soběstačnost, se po dobu hospitalizace v závislosti na bolesti zhoršovala, nebo zlepšovala. 15. 12. 2012 se pacientův stav subjektivně zlepšil, pití se podal sám i zdravotnímu personálu se jevílo zlepšení. 17. 12. 2012 byl pacient apatický.

Péče o sebe sama nedostatečná - deficit sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku v souvislosti s aktuálním zdravotním stavem a bolestí projevující se potřebou pomoci při oblékání, úpravě zevnějšku, koupání, hygieně.

Priorita: střední

Cíl:

Krátkodobý: Pacient chápe důvod své imobilizace.

Dlouhodobý: Pacient se zapojuje do péče o sebe sama.

Kritéria:

- Pacient má k dispozici pomůcky k uspokojení svých potřeb (12 hodin)
- Pacient aktivně spolupracuje s RHB pracovníkem (2 dny)

Intervence:

- Poskytni pacientovi dostatek informací o jeho aktivizaci (24 hodin) - sestra
- Nauč pacienta používat vhodné pomůcky (12 hodin) - sestra
- Podávej pacientovi léky na bolest dle ordinace lékaře (vždy) - sestra
- Zajisti pacientovi spolupráci s RHB pracovníkem (24 hodin) - sestra
- Aktivně spolupracuj s rodinou pacienta (stále) - sestra, ošetřovatelka
- Při každé ranní hygieně poskytni klientovi umyvadlo k posteli a motivuj ho k samostatnosti (stále) - sestra, ošetřovatelka

Hodnocení:

Cíl byl splněn jen částečně, pacient stále potřebuje při některých činnostech pomoc.

Úzkost ze smrti v souvislosti s bolestí a se změnou zdravotního stavu, projevující se neklidem, tichou řečí, zpomalenými pohyby, verbalizací, lítostivostí, výrazem tváře, pocitem nejistoty.

Priorita: střední

Cíl:

Krátkodobý: Pacient vyjadřuje pocity (1 týden).

Dlouhodobý: Pacient bude klidnější a vyrovnanější (1 měsíc).

Kritéria:

- Pacient má zajištěn klid na pokoji (2 dny)
- Pacientovi je umožněno vyjádření jeho pocitů (3 dny)

Intervence:

- Sleduj tělesné projevy - arytmie, palpitace (v průběhu dne) - sestra
- Najdi si čas a pohovoř s ním o tom, co ho trápí (3 dny) - sestra, ošetřovatelka
- Umožni při rozhovoru dostatek prostoru pro vyjádření svých pocitů (vždy) - sestra, ošetřovatelka
- Při rozhovoru mluv pomalu, klidně a zřetelně (vždy) - sestra, ošetřovatelka
- Nezlehčuj při rozhovoru jeho pocity a trpělivě je vyslechni (vždy) - sestra, ošetřovatelka
- Pokud to jeho zdravotní stav dovolí, zapojuj ho do činností sebepéče (vždy) - sestra, ošetřovatelka

Hodnocení:

Pacient se se svými pocity svěřil během jednoho týdne. Díky svému duchovnímu, který za ním pravidelně docházel, zemřel vyrovnaný se svou smrtí.

Strach o manželku z důvodu blížící se smrti a zajištění manželky, projevující se uzavřením se do sebe.

Priorita: střední

Cíl:

Krátkodobý: Pacient mluví o svém strachu (1 týden).

Dlouhodobý: Pacient udává zmírnění strachu a vypořádání se s životním osudem (1 měsíc).

Kritéria:

- Pacient si uvědomuje příčiny strachu (14 dnů)
- Pacient je schopen reálně hodnotit danou situaci i všechny okolnosti (týden)
- Pacient se naučí techniky zvládnání strachu (5 dní)

Intervence:

- Upevni průběžně vztah mezi pacientem a jeho rodinou (týden) - sestra, ošetřovatelka
- Empaticky ho přesvědč, že je jeho rodina ochotna se vším manželce vždy pomoci (týden) - sestra
- Zajisti dle pacientova přání duchovní oporu (týden) - sestra
- Dle situace a potřeby vybízej pacienta, aby vyjádřil slovně své pocity (týden) - sestra, ošetřovatelka
- Pravidelně kontroluj účinek léků, změny ihned hlas lékaři (týden) - sestra

Hodnocení:

Cíl byl splněn. Sociální sestra zařídila pacientovi návštěvy faráře. Pacient je v duševní pohodě.

Společenská interakce porušená z důvodu hospitalizace, projevující se subjektivně: pocitem nadbytečnosti a nudou.

Priorita: střední

Cíl:

Krátkodobý: Pacient tráví více času s rodinou (2 týdny).

Dlouhodobý: Pacienta zaměstnat, aby se necítil tolik nadbytečný (1 měsíc).

Kritéria:

- Pacient udržuje kontakt s rodinou (stále)
- Pacient se zdá vyrovnaný a necítí se tolik nadbytečný (1 měsíc)

Intervence:

- Promluv s pacientem o tom, jak trávil svůj volný čas doma (3 dny) - sestra
- Domluv se s rodinou na častějších návštěvách (1 týden) - sestra
- Promluv s pacientem a s rodinou o jeho pocitu nadbytečnosti (2 týdny) - sestra

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn, rodina za pacientem dochází denně. Pacient si našel aktivity, které jsme mu pomohli realizovat.

7 Zhodnocení ošetrovatelské péče

Hospitalizaci pacient snášel dobře. Veškeré cíle byly dohodnuty s pacientem, spolupracoval také na realizaci zvolených intervencí. Také spolupráce s rodinou byla vzájemná. V průběhu hospitalizace se podařilo s pacientem navázat důvěrný vztah, k velkému zlepšení došlo v jeho psychickém stavu - odcházel smířený a vyrovnaný. Pacient byl se svým zdravotním stavem seznámen a průběžně informován. Komplexní péče zahrnovala farmakologickou léčbu, rehabilitační cvičení, ošetrovatelskou péči. Pacient si stěžoval na nesnesitelné průlomové bolesti, ale s péčí v nemocnici byl spokojen. Jeho celkový stav se během hospitalizace zlepšoval i zhoršoval. Došlo k zhoršení zdravotního stavu a pacient zemřel.

8 Diskuze

Psaní této práce nás donutilo zamyslet se nad celkovým přístupem zdravotnického personálu k pacientům, zejména těm, kteří mají bolesti nebo k těm, kteří umírají.

V průběhu naší praxe v nemocnici v souvislosti s psaním této práce jsme se setkali s tím, že se bolest léčila především farmakologicky, z nefarmakologických metod měl pacient ordinovanou rehabilitaci. Poslední dobou se začíná více dbát na psychický stav pacientů, ale bohužel se v nemocnici neřeší psychický stav rodinných příslušníků.

Je všeobecně známo, že medikamentózní léčba je základem úspěchu v odstranění, popř. zmírnění bolesti, avšak nenahradí osobní kontakt s pacientem. Pochopení a pozornost ze strany zdravotnického personálu pozitivně působí na jeho psychický stav, a proto bychom se neměli omezovat pouze na pasivní péči, ale měli bychom si najít chvíli příležitostně si s ním popovídat. Signál zvonku by neměl být jediným podnětem návštěvy pacienta - ať už sestry nebo lékaře.

Poslední dobou se klade důraz na dokumentaci, které výrazně přibývá, v důsledku čehož na pacienty nezůstává tolik času, kolik by jim podle mého názoru mělo být věnováno. Bojím se toho, že neustálý nárůst administrativy potlačí praktickou ošetrovatelskou péči o pacienta. Na jedné straně se hovoří o tom, že pacient je na prvním místě, ale na straně druhé se řeší úspora léčebných prostředků - bohužel někdy i na úkor pacientů.

V kazuistice byly pacientovi pravidelně podávány opiáty v perorální formě. Pacient však trpěl průlomovými bolestmi, na které musely sestry lékaře opakovaně upozorňovat. Teprve poté byl lékařem předepsán další opiát jako záchranná medikace. Ne ovšem trvale, ale vždy jen jednorázově. Kdyby lékař naordinoval opiát na průlomové bolesti dle potřeby, sestry by se léku pro pacienta nemusely neustále dožadovat.

Občas se ale setkáváme s tím, že zdravotnický personál se bojí podávat opiáty, má strach, že by mohly způsobit návyk (opiofobie). Podle našeho názoru nejsou např. u pacientů v terminálním stádiu tyto obavy na místě. Domníváme se, že návyk na opiátech může vzniknout spíše u pacienta s akutní bolestí, u kterého se opiáty podávají především i.m. a nikoliv per os či transdermálně.

Myslíme si, že by se mělo více mluvit o hospicové péči. Za dobu, co pracuji na Oddělení následné péče, jsem se často setkávala s lidmi, kteří si přejí zemřít doma, ale jejich zdravotní stav jim to nedovoluje většinou z toho důvodu, že se o ně jejich rodina nezvládá postarat. Hospic by měl být pacientům nabízen ve více případech.

V hospici může být s pacientem i rodina neustále, je možné jim na pokoj dát přistýlku. Rodinní příslušníci nebo přátelé se mohou podílet na péči o svého blízkého. Pracovníci hospice jsou proškoleni v komunikaci s umírajícími, proto je komunikace na předním místě. S pacientem komunikují nebojí se s ním mluvit o smrti, pomáhají mu vyrovnat se se smrtí a také pomáhají najít řešení v nevyřešených situacích. Pro pacienta je také velice důležité prostředí, barvy, obrázky, pacienti mohou jít do zahrady, některé vozí i na lůžku. Je to také díky ochotě a dostatku personálu, který pacientům obstarává kulturní programy. Denní režim je volný, ranní hygiena se provádí v dopoledních hodinách, jídlo si pacient může vzít, kdy má chuť.

S rodinou se pracuje i po smrti jejich blízkého, konají se různá sezení. Je jim k dispozici i duchovní, nebo psycholog, což v nemocnici není možné. Rodině se předá pozůstalost a dál se s nimi nepracuje.

Z praxe víme, že je náročné starat se o člověka, který trpí velkými bolestmi. Přestože by sestry rády pacientovi pomohly, nemají k tomuto kroku potřebné kompetence. V tom jim nepomůže ani délka jejich studia včetně vysokoškolského vzdělání ani zkušenosti získané praxí ani následné celoživotní vzdělávání. Zbývá jen „doufat v lepší zítřky“ a v to, že jejich kompetence budou posíleny.

8.1 Doporučení pro praxi

Doporučení pro pacienty:

- nebát se hospice, nemít k němu „odpor“;
- kontaktovat sociálního pracovníka;
- vyjádřit své pocity;
- upozornit na bolesti;
- nebát se říci si o lék na bolest.

Doporučení pro zdravotníky:

- naslouchat pacientům, dát najevo pochopení;
- více dbát na psychický stav pacientů;
- spolupracovat s rodinou;
- zachovat lidskou důstojnost pacienta;
- nabídnout možnost hospicové péče (lůžková hospicová péče, domácí hospicová péče);
- snažit se zmírnit pacientovy bolesti.

ZÁVĚR

Téma bakalářské práce bylo „Komplexní ošetrovatelská péče u pacientů s bolestí v paliativní péči“.

Cílem naší práce bylo zjistit, jakým způsobem se léčí bolest a jak se k pacientům s bolestí v paliativní péči přistupuje.

Naše práce byla pojata jako teoreticko-praktická. V teoretické části jsme popisovali patofyziologii bolesti, léčbu bolesti - farmakologickou, nefarmakologickou a její hodnocení. Dalším bodem byla paliativní péče, ve které jsme popisovali nutnost týmové spolupráce, etické otázky jako například eutanazii, sdělování zlé pravdy a důstojné umírání. Zmiňovali jsme se také o hospici, péči o pacienty v terminálním stádiu a péči o rodinné příslušníky.

V praktické části jsme se zabývali ošetrovatelským procesem u pacienta s bolestí v terminálním stádiu. V ošetrovatelském procesu jsme zpracovávali problém chronické bolesti u pacienta s onkologickým onemocněním. Zjistili jsme, že není tak podstatné, jakou bolestí pacient trpí, jako je důležitý způsob léčby bolesti. Pokud by sestra pravidelně kontrolovala pacientovu reakci na bolest a hodnotila účinek analgetik, může tak předejít zbytečně velkému utrpení. Hlavní slovo v léčbě má lékař, který může na jedné straně pacientovi od bolesti ulevit a na druhé straně mu může také uškodit, pokud se bojí podávat dostatečně silná analgetika.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

[1] AUTORSKÝ KOLEKTIV., 2009. *Remedia kompendium*. 4. vyd. Praha: Panax Co, 2009, 946 s. ISBN 978-80-902806-4-9.

[2] AUTORSKÝ KOLEKTIV., 2010. *Medical tribune Breviř 2010*. 19. vyd. Praha: Medical tribune, 2010. 1251 s. ISBN 978- 80-87135-21-1.

[3] ČERVINKOVÁ, E., A KOL., 2005. *Ošetrovatelské diagnózy*. 3. nezměněné vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2005. 165 s. ISBN 80-7013-358-9.

[4] DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F., 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry. Druhé, přepracované a rozšířené vydání*. Praha:Grada Publishing, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.

[5] DUBCOVÁ, I., 2011 Etika umírání a smrti. *Sestra*. 2011, roč. 21, 10/2011, 44-46 s. ISSN 1210-0404.

[6] HAKL, M. A KOL., 2011 *Léčba bolesti. Současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011. 231 s. ISBN 978-80-204-2473-0.

[7] KLÁNOVÁ, M., SEMRÁD, V., 2009. Právo nebýt léčen a rizika jeho akceptace lékařem. *Sestra*. 2009, roč. 19, 4/2009, 13-15 s. ISSN 1210-0404.

[8] KOZÁK, J. a kol., 2009. *Opioidy v léčbě bolesti*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2009. 119 s. ISBN 978-80- 204- 2122-7.

[9] KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R., 1995 *Ošetrovatelstvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.

[10] KSEŇÁKOVÁ, M., 2006. Význam monitorování bolesti. *Sestra*. 2006, roč.16, 6/2006, 58 s. ISSN 1210-0404.

[11] MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 228 s. ISBN 978-80-247-3171-1.

[12] MATOUŠEK, O., 2005. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.

[13] MOKREJŠOVÁ, L., 2011. Rodina v paliativní péči. *Sestra*. 2011, roč. 21, 10/2011, 50-52 s. ISSN 1210-0404.

[14] NĚMCOVÁ, J. I. MAURITZOVÁ., 2011. *Manuál k úpravě písemných prací: text pro posluchače zdravotnických studijních oborů*. Plzeň: Maurea, 2011. 84 s. ISBN 978-80-902876-8-6.

[15] O'CONNOR, M., S. ARANDA., 2005. *Paliativní péče- příručka pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

[16] PAVLÍČEK, P., 2009. Léčba bolesti. *Sestra*, 2009, roč.19, 2/2009, 41-43 s. ISSN 1210-0404.

[17] PAVLÍKOVÁ, S., 2005. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.

[18] ROKYTA, R. a kol., 2009. *Bolest a jak s ní zacházet. Učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 174 s. ISBN 978-80-247-3012-7.

[19] ROKYTA, R. a kol., 2012. *Léčba bolesti ve stáří*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2012. 103 s. ISBN 978-80-204-2662-8.

[20] ROKYTA, R., M. KRŠIAK, J. KOZÁK., 2006. *Bolest*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2006. 684 s. ISBN 80-235-00000-0-0.

[21] SLÍVA, J., T. DOLEŽAL., 2009. *Farmakoterapie bolesti*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2009. 62 s. ISBN 978-80-7345-182-0.

[22] SOFAER, B., 1997. *Bolest příručka pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1997. 104 s. ISBN 80-7169-309-X.

[23] VORLÍČEK, J., Z. ADAM., 1998. *Paliativní medicína*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 480 s. ISBN 80-7169-437-1.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Čestné prohlášení.....	I
------------------------------------	---

Příloha A

Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem získala podklady pro zpracování bakalářské práce s názvem Komplexní ošetrovatelská péče u pacientů s bolestí v paliativní péči v průběhu odborné praxe v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 23.3.2013

.....

Jméno a příjmení studenta