

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

DOMÁCÍ PÉČE U ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

DANIELA PARUSOVÁ

Praha 2016

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

DOMÁCÍ PÉČE U ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH

Bakalářská práce

DANIELA PARUSOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Praha 2016



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

Parusová Daniela
3. B VS

Schválení tématu bakalářské práce

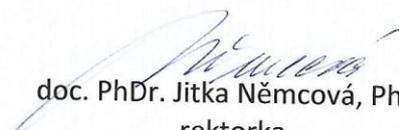
Na základě Vaší žádosti ze dne 20. 4. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Domácí péče u onkologicky nemocných

Home Care in Cancer Patients

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

V Praze dne: 1. 9. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce Mgr. Evě Markové, PhD. za nasměrování a rady při realizaci práce, trpělivost a ochotný přístup v celém průběhu práce. Dále bych ráda poděkovala kolektivu knihovny nemocnice na Bulovce a kolektivu mých spolupracovníků za vstřícnou spolupráci a čas, který mi věnovali. V neposlední řadě patří velké poděkování i mé nejbližší rodině, zejména mému manželovi a dceři za podporu během celého studia.

ABSTRAKT

PARUSOVÁ, Daniela. *Domácí péče u onkologicky nemocných*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D. Praha. 2016. 63 s.

Tato bakalářská práce je zpracována na téma domácí péče u onkologicky nemocných. Teoretická část práce obsahuje informace o onkologickém onemocnění, typech nádorových onemocnění, jejich diagnostice a léčbě. Dále charakterizuje pojem domácí péče, historii domácí péče a volbu domácí péče u onkologických pacientů. Vychází z publikací uvedených na toto téma. Poukázáno je na specifika ošetrovatelské péče. Nosnou částí této práce je rozbor a popis odborně zajímavého, poučného případu, který je přínosný pro zdravotnickou a ošetrovatelskou praxi v domácí péči. V kazuistice je detailně popsán zdravotní stav pacienta a období předcházející domácí péči. Ošetrovatelský proces je zaměřen na metody a zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Hlavním cílem je detailně popsat průběh domácí péče, řešení techniky a organizace práce všeobecné sestry a také vliv domácího prostředí na celkový zdravotní stav pacienta.

Klíčová slova

Onkologické onemocnění. Domácí péče. Kazuistika. Ošetrovatelský proces.

ABSTRACT

PARUSOVÁ, Daniela. *Home care in Cancer Patients*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: MGr. Eva Marková, Ph.D. Prague. 2016. 63 pages.

Home care for Cancer patients is the topic of this bachelor thesis. The theoretical part of the thesis focuses on oncological diseases, types of cancer, their diagnostic and therapy. It also explains concepts of home care, history of home care and choice of home care for cancer patients (especially the specific of nursing care). This thesis is based on the publications related to this topic. The practical part deals with professionally interesting case which is beneficial for medical and nursing practice in home care. Patient's health conditions and the period preceding the nursing care is specified in detail in casuistry. The quality of nursing care and its methods are specified in the nursing process. The main aim of this thesis is to describe the process of health care, nurses techniques and organizations, patient's health conditions and also domestic conditions influence on overall health.

Keywords

Oncological diseases. Home care. Casuistry. Nursing process.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	- 14 -
1. Onkologická onemocnění	- 15 -
1.1 Benigní nádory	- 15 -
1.2 Maligní nádory	- 16 -
2. Příčiny vzniku nádorů	- 17 -
3. Prevence nádorů.....	- 19 -
4. Diagnostika nádorových onemocnění.....	- 20 -
4.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření	- 20 -
4.2 Laboratorní vyšetření.....	- 20 -
4.3 Cytologické a bioptické vyšetření	- 21 -
4.4 Zobrazovací metody	- 21 -
4.5 Endoskopické metody	- 22 -
5. Léčba	- 23 -
6. Domácí péče.....	- 24 -
6.1 Historie domácí péče	- 26 -
6.2 Indikace domácí péče	- 27 -
6.2.1 Domácí hospitalizace.....	- 28 -
6.2.2 Preventivní domácí péče.....	- 28 -
6.2.3 Dlouhodobá domácí péče.....	- 28 -
6.2.4 Domácí hospicová péče	- 29 -
7. Domácí péče u onkologicky nemocných.....	- 30 -
7.1 Správné nastavení návštěv.....	- 30 -
7.2 Specifika domácí péče u onkologických pacientů	- 31 -

7.2.1	Léčba bolesti	- 32 -
7.2.2	Nutriční a infuzní podpora.....	- 33 -
7.2.3	Psychická podpora	- 34 -
8.	Kazuistika – Domácí péče u pacienta s karcinomem céka -	36 -
9.	Diskuze.....	- 57 -
9.1	Doporučení pro praxi.....	- 58 -
ZÁVĚR.....		- 59 -
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....		- 60 -
PŘÍLOHY		- 63 -

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CA	celková anestezie
cps.	kapsle (capsula)
CT	počítačová tomografie (computer tomograph)
CŽK	centrální žilní katétr
GIT	gastrointestinální trakt, trávicí trakt
i.m.	nitrosvalový (intramuskulární)
i.v.	nitrožilní (intravenózní)
MR	magnetická rezonance (magneto resistive)
NJS	nazojejunální sonda k enterální výživě
P	puls, tep
PEG	percutání (punkční) endoskopická gastrostomie
PŽK	periferní žilní katetr
p.o.	per os (tj. ústy)
RTG	rentgen
s.c.	podkožní (subkutánní)
tbl.	tableta
TK	tlak krve
UV	ultrafialový
VAS	Vizuální analogová škála
WHHO	světová organizace domácí hospicové péče

(VOKURKA a kol., 2008)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Analgetika – léky proti bolesti

Anorexie - nechutenství

Anticipační – předjímaný, předvídavý

Aspekce – vyšetření pohledem

Benigní – nezhoubný

Dispenzární péče – pravidelný lékařský dohled

Dekubitus - proleženina

Edukace - výchova

Emetický – vyvolávající vyprazdňování žaludku zvracením

Familiární – rodinný, vyskytující se v rodině

Granulace, granulační tkáň – tkáň složená z nově tvořených cév a vaziv, která přerůstá přes poškozená místa, ránu

Hemartos – přítomnost krve v kloubu po úraze nebo při krvácivé poruše

Hemikolektomie – chirurgické odstranění poloviny tlustého střeva

Hereditární – dědičný

Ileózní – vedoucí ke střevní neprůchodnosti, příznaky střevní neprůchodnosti

Incidence – počet nově vzniklých případů dané nemoci ve vybrané populaci za určité časové období

Integrita – celistvost, neporušenost

Izokorické – zornice obou očí mají stejnou velikost

Karcinogeneze – vznik zhoubného bujení

Maligní – zhoubný

Malnutrice - podvýživa

Multifaktoriální – mnohočetný

Multiorgánový – více orgánový

Mutace – změna genetické informace

Nazogastrický – zavedený nosem do žaludku

Nazojejunální – zavedený nosem do jejunu

Neopoidní – nemající účinek drogové závislosti

Nepolypózní – onemocnění bez hromadného výskytu polypů

Normocefalická – normální velikost hlavy

Normocytární – výskyt červených krvinek normální velikosti

Nutriční – týkající se výživy
Nutriety – složky výživy
Opoidy – léky tlumící silné bolesti se vznikem fyzické drogové závislosti
Palpační, palpáce – vyšetření pohmatem
Paraneoplastické projevy – projevy nádorového onemocnění různě vzdálené od
vlastního místa nádoru
Parenterální – s vynecháním trávicí trubice
Polypóza – onemocnění s hromadným výskytem polypů
Potenciálně – způsobitelné, schopné
Prekanceróza - přednádorový (předrakovinový) stav
Prenatální – před narozením
Prevence – předcházení nemoci
Primární – prvotní, první v pořadí
Proteinenergetický – obsahující bílkoviny
Recidiva – návrat nemoci
Regulace - usměrňování, řízení
Relaps – opětovné objevení příznaků nemoci
Screening – vyhledávání příznaků daného onemocnění
Sekundární – druhotný, druhý v pořadí
Sipping – popíjení tekutého definovaného dietika
Stimuly (stimulace) – povzbuzení, dráždění
Stomie – umělé vyústění dutého orgánu na povrch těla
Symptom – příznak nemoci
Syndrom – kombinace příznaků určitého onemocnění
Terciální – třetí v pořadí
Tremor - chvění
(VOKURKA a kol., 2008)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - VAS	64
Tabulka 2 - Nutriční screening.....	65

ÚVOD

Touto bakalářskou prací jsou vyjádřeny informace o onkologických onemocněních a domácí péči týkající se lidí takto nemocných. V České republice jsou onkologické nemoci statisticky na druhém místě v příčině úmrtí. Jinak by se dalo říci, že každý čtvrtý člověk zemře na maligní onemocnění. Domácí péče u těchto pacientů má stoupající tendenci. Rozšíření této péče patří ke zlepšení kvality života pacientů pomocí vlivu domácího prostředí. Podpora rodiny a přátel vede k psychické pohodě pacientů. Zároveň tím klesá nákladovost poplatků za hospitalizaci i lůžková obsazenost v nemocnicích. Poznatky získané pomocí kazuistiky by měli informovat o průběhu poskytování domácí péče, její indikaci a aplikaci jednotlivých odborných výkonů v praxi.

Tato práce obsahuje informace o onkologickém onemocnění a typech malignit, stručný přehled o diagnostice a léčebných postupech. Popisuje smysl domácí péče, schopnosti všeobecné sestry vykonávat samostatně odborné výkony a zároveň poukazuje na náročnost a specifickou tuto péče.

Cíl:

Cílem bakalářské práce je demonstrovat zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta s onkologickým onemocněním. Stanovení ošetrovatelských diagnóz dle naléhavosti a zaměření se na diagnózu s nejvyšší prioritou. Uvést zde zahájení a průběh domácí péče a zároveň popsat práci všeobecných sester ve vlastním prostředí pacienta. Dále demonstrováme přínos domácího prostředí pro pacienta a jeho rodinu.

Vstupní literatura obsahuje zajištění rozsahu literatury pojednávající o vybraném tématu.

Popis rešeršní strategie

Základní orientace v nalezených zdrojích, zjištění faktické dostupnosti a relevance jednotlivých zdrojů, eliminace málo relevantních zdrojů; hloubkové prostudování relevantních zdrojů, dohledávání primárních zdrojů a další relevantní literatury.

1 ONKOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ

Onkologie je slovo pocházející z řeckých slov označujících tumor, zduření a vědu. Onkologie jako taková je obor zaměřený na prevenci, zjišťování a léčbu nádorových onemocnění nechirurgickou léčbou a spadá do vnitřního lékařství. Onkologická onemocnění jsou velice rozmanitou a zároveň rozšířenou skupinou - obecně zvanou rakovina. Jedná se o stav, kdy se některé buňky těla začnou nekontrolovatelně množit. Tím vznikne nový útvar – nádor. Vzniká sporadicky, nebo na základě dědičném. Nádorový proces je nekontrolovatelný růst buněk o autonomní povaze, který je spojen s porušenou regulací mechanismů a alterací buněčné diferenciaci. Vede ke zvětšení postižené tkáně, která stlačuje okolní struktury, nebo vede k postupné invazi do okolních struktur a následně k metastazování. Nádorový proces je značně složitý a do všech podrobností není ještě znám. V těle dochází k mutacím, za které jsou do jisté míry odpovědní zevní faktory (mutageny) a do určité míry na ně přihlížíme jako na genetické onemocnění. Podle charakteristiky a prognózy nádoru rozlišujeme dvě základní skupiny: benigní (nezhoubné) a maligní (zhoubné) nádory (VORLÍČEK, 2012).

1.1 Benigní nádory

Benigní neboli nezhoubné nádory vytvářejí struktury, které se podobají strukturám výchozí tkáně, ale nejsou však zapojeny do struktury orgánu nebo tkáně. Mají většinou ostré ohraničení a netvoří metastázy. Pokaždé při svém růstu tlakem neohrožují funkci důležitých orgánů, nejsou zpravidla životu nebezpečné. Rizikem nezhoubných nádorů je, že se mohou maligně zvrhnout. Existuje mnoho druhů benigních nádorů (KLENER, 2011).

Nezhoubné nádory kostí, chrupavky a pojivové tkáně. Názvy vycházejí z latinských názvů tkání a přípony (- om): fibrom - nádor z vaziva, myxom - nádor z řídké pojivové tkáně, lipom - nádor z tukové tkáně, myom - nádor ze svalové tkáně, hemangiom - nezhoubný nádor z krevních cév, osteom - nádor vycházející z kosti, chondrom - nádor vycházející z chrupavky (KLENER, 2011).

Dále vycházejí z epitelu (jejich zhoubná varianta se označuje jako karcinom): adenom - nádor ze žláзовého epitelu, cystadenom - adenom vytvářející cysty- papilom, nádor vycházející ze sliznice, mnohočetný výskyt se označuje jako papilomatoza. Mohou být také tvořeny směsí různých tkání: fibrolipom, myxofibrom, fibroadenom (KLENER, 2011).

1.2 Maligní nádory

U maligního nádoru buňky prorůstají do okolních tkání. Pokud není tento proces zastaven, šíří se po celém těle dokud nezpůsobí smrt. Název slova maligní znamená zlý, škodlivý, napovídá to jeho povaze a popisuje, jaký bude výsledek bez léčby. Změna buněk je postupná a děje se v průběhu několika let. Maligní nádory se dělí podle buněk ze kterých pocházejí. Patří sem karcinomy. Ty vycházejí z povrchových membrán těla, jako je kůže a břicho. Druhým typem jsou Sarkomy. Pochází ze struktur skrytých hluboko uvnitř těla, čímž jsou kostní chrupavky a svaly. Mnohem častější jsou Karcinomy, jsou způsobeny rychlejším dělením buněk a šíří se uvnitř těla. Toto šíření se děje systematicky a způsobuje tak lokální poškození, které se později projevuje symptomy (KLENER, 2011).

2 PŘÍČINY VZNIKU NÁDORŮ

Maligní onemocnění má komplexní příčiny vzniku. Některé faktory můžeme ovlivnit a snížit či zvýšit úpravou svého životního stylu. Jsou to vlivy, které podmiňují nebo ochraňují před vznikem nádoru. Důležitou roli tak v ovlivnění vzniku malignity mají tak sami lidé. Dalšími příčinami jsou geneticky podmíněné změny na buňkách, které ovlivnit nejdou, lze jim předcházet pouze prevencí. Tyto příčiny dělíme na faktory vnitřní čili genetické, a faktory zevní jinak řečeno získané (VORLÍČEK, 2012).

Nejvýznamnějším **zevním faktorem** je životní styl a životospráva obyvatel. Zejména kouření, které podmiňuje vznik karcinomu plic, ale velmi významně působí i na jiné tkáně a orgány v těle. Snížená pohybová aktivita a obezita zvyšují riziko vzniku výskytu nádorů. S tím souvisí i skladba jídelníčku, která by pokud možno měla obsahovat potraviny vyváženě, aby strava obsahovala dostatek všech složek pro udržení zdravé hmotnosti. Mezi zevní faktory patří infekce, viry, které mohou vyústit v malignity. Příkladem je: Lidský papilomavirus(HPV)- vyskytuje se u lidí běžně, u malé skupiny lidí však dojde k vývoji malignity. Nejčastěji je spojován s karcinomem děložního čípku, ale je spojován také s karcinomem vulvy, vaginy, penisu a konečníku. Virus hepatitidy B- byla zde prokázána souvislost s karcinomem jater u onemocnění hepatitidy B. Helikobacter pylori- bakterie, u níž byl prokázán karcinogenní účinek a je spojena s karcinomem žaludku. Mezi další viry, ovlivňující faktory vzniku maligních chorob patří: EB virus, humánní herpes virus 8 a virus humánní T-buněčné leukemie. Dalším zevním faktorem je ionizující a UV záření. Toto záření má prokazatelnou schopnost vyvolat maligní onemocnění. Chemická karcinogeneze, vyvolává malignity, na základě působení chemické látky, která se nazývá karcinogenní. Takto bývají postiženi pracovníci, kteří jsou ve styku s touto látkou, například azbestem nebo chlorovanými uhlovodíky (VORLÍČEK, 2012).

Faktory vnitřní tvoří změny na buňkách, které jsou geneticky podmíněny. Hovoříme zde o takzvaném familiárním výskytu. Toto označení je používáno pro určitý typ nádoru, který se vyskytl vícekrát v rámci jedné rodiny. Geneticky podmíněné nádory postihují osoby v mladším věku. U některých nádorů může být dědičná forma vysoká. U jiných zas může být genetický faktor poměrně vzácný. Mezi nejčastější dědičné malignity řadíme: hereditární forma nádorů prsů a ovarií, hereditární nepolypózní kolorektální karcinom, familiární adenomatózní polypóza, hamartomatózní polypózní syndrom (VORLÍČEK, 2012).

3 PREVENCE NÁDORŮ

Narůstání incidence zhoubných nádorů představuje problémy z mnoha hledisek. Toto onemocnění představuje problém nejen medicínský, ale i ekonomický, neboť nákladovost na diagnostiku a posléze i léčbu je značně vysoká. K omezení výskytu nádorových onemocnění mohou v nemalé řadě přispět i opatření vedoucí k jejich prevenci. V primární a sekundární prevenci je především důležitá aktivní činnost občanů, ale v terciální prevenci nejvíce působí zdravotníci (KLENER, 2011).

Cílem **primární prevence** je minimalizovat příčiny vzniku nádorového onemocnění. To spočívá ve snížení vlivu škodlivin, zejména zevního prostředí, jejichž vliv je průkazný. Týká se to především kouření, alkoholu, virových infekcí, chemických látek, záření a způsobu výživy. Ovlivnit lidi lze pomocí nejrůznějších způsobů sdělovacích technik a neustálým zvyšováním zdravotní gramotnosti populace. Experti Evropského společenství vypracovali Evropský kodex proti zhoubným nádorům. Je tvořen deseti doporučeními ve snaze kdy může každý člověk chránit sám sebe před nádorovým onemocněním. Byl vypracován ve snaze o co nejširší rozšíření v rámci preventivních opatření (KELNER, 2011).

Sekundární prevence spočívá ve vyhledávání a sledování rizikových skupin nebo jedinců obyvatel se vznikem možných prekanceróz. Sekundární prevence záleží na úsilí zdravotníků, ale i občanů. S tím přímo souvisí screening rizikových skupin obyvatelstva. Hlavním přínosem je zlepšit prognózu onemocnění a možnost méně radikální a zároveň účinnější léčby. Nevýhodu tyto testy přináší v navození stresové situace. V každém případě však přínos převažuje a informovanost lidí ve screeningovém vyšetření přináší určitou zodpovědnost vůči sobě samému (KELNER, 2011).

Terciální prevence je sledování pacientů s již vyléčeným nádorovým onemocněním, podstatou je včas odhalit recidivu nebo relaps onemocnění. Tato prevence je zcela v kompetenci zdravotníků. K zajištění terciální prevence patří dispenzární péče. Ta je upravena vyhláškou a ukládá tak povinnost dispenzarizovat všechny pacienty s diagnostikou maligního nebo potenciálně maligního onemocnění (KELNER, 2011).

4 DIAGNOSTIKA NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ

Stanovení diagnózy nádorových onemocnění není jednoduchý úkol. Pestrost a variabilita příznaků, jimiž se nádory projevují, mohou být příčinou diagnostických omylů a následné prodlevy při stanovování diagnostických závěrů. K základní diagnostice potřebujeme anamnézu, fyzikální vyšetření, laboratorní vyšetření. Dále používáme zobrazovací metody, mezi něž patří: ultrasonografie, RTG, CT, MR a Radionuklidové vyšetřovací metody. Stejně důležité jsou endoskopické, cytologické a bioptické metody. Na diagnostice závisí následná léčba a její úspěšnost. Ta se zhoršuje při jakémkoliv opoždění stanovení diagnózy (VORLÍČEK, 2012).

4.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření

Anamnéza fyzikální vyšetření patří mezi základní vyšetřovací metody. Anamnézu od pacientů zjišťuje lékař. Rodinná anamnéza slouží k odhalení hereditárního výskytu malignity. Zjišťujeme výskyt zhoubných nádorů v širším příbuzenstvu (ze strany pacienta i jeho partnera). Osobní anamnéza obsahuje údaje o prodělaných chorobách, operacích, úrazech a tak. Dále je zaznamenáván vliv škodlivin a expozice chemických látek, záření, alkohol, kouření a podobně. Sledují se změny váhy, bolesti, teploty, déle trvající kašel, výskyt krvácení či přítomnost krve v tělních výměšcích a další varovné signály. Některé tyto signály jsou označovány jako paraneoplastické syndromy. Jsou to příznaky, které provázejí nádorové onemocnění, ale nesouvisí přímo s progresí primárního ložiska nebo metastazováním nádoru. Fyzikální vyšetření zahrnuje všechny své standardní postupy. Větší pozornost je věnována aspekci kůže, palpačnímu vyšetření v oblasti uzlin, vyšetření prsů a vyšetření per rektum (VORLÍČEK, 2012).

4.2 Laboratorní vyšetření

K diagnostice nádorových onemocnění je využívána široká škála laboratorních vyšetření, která se u různých nádorových onemocnění liší. Patří sem hematologické a biochemické vyšetření. Hematologické vyšetření je základní diagnostické hlavně u hematologických malignit. Poruchy v krevním obraze jsou způsobeny buď vlastním nádorovým onemocněním, nebo jako projevy onkologické léčby. Sleduje se počet erytrocytů, leukocytů, trombocytů, hematokrit, hodnota hemoglobinu, buněčná složka kostní dřeně, stav krvetvorby a buněčná linie.

V diferenciálu krevního obrazu se hodnotí stav bílých krvinek v periferní krvi. Zvýšená sedimentace erytrocytů též může poukázat na malignitu, ale někdy může být ve fyziologických mezích i při probíhající malignitě. V určitých situacích je důležité hemokoagulační vyšetření, protože některá nádorová onemocnění jsou doprovázena hemoragickou diatézou z důvodů deficitu koagulačních faktorů. Postačí vyšetření krvácivosti, počet trombocytů, APTT a hladina protrombinu (VORLÍČEK, 2012).

4.3 Cytologické a bioptické vyšetření

Cytologické vyšetření je metoda umožňující detekci nádorových buněk v tělesných dutinách nebo na jejich povrchu. Buňky získáváme stěrem, nebo mechanickou iritací speciálním kartáčkem, lavází dutého orgánu, vyšetřením buněčného sedimentu ve výpotcích nebo v likvóru. Aspirační cytologie získává buněčný materiál punkcí speciálně konstruovanými tenkými jehlami. Aspirovaný materiál se rozetře na podložní sklíčko a po obarvení se odečítá v mikroskopu. Bioptickým vyšetřením získáváme dostatečné množství tkáně k histologickému vyšetření buď pooperačně, endoskopicky upravenými klíšťkami, nebo speciálními jehlami či trokary. Při bioptickém vyšetření můžeme určit povahu nádoru a určit stupeň jeho diferenciací (VORLÍČEK, 2012).

4.4 Zobrazovací metody

Mají pro diagnostiku nádorů důležitý význam. Mohou prokázat přítomnost nádoru, jeho velikost, rozšíření do okolí či postižení lymfatického systému. Jejich škála je široká, indikaci je ovšem nutno zvážit nejen ohledně možných rizik (radiční zátěže), ale i pro ekonomickou náročnost (VORLÍČEK, 2012).

Ultrasonografie- neinvazivní vyšetřovací metoda, časově nenáročná, bezpečná, ekonomicky výhodná a minimálně omezující komfort pacienta. Ultrazvukové vlny nepronikají kostí, nelze ji tudíž využít k diagnostice kostních a mozkových nádorů. Je však velice přínosná k odhalení nádorů, infiltračních procesů v dutině břišní a malé pánve. Také jí využívají k diagnostice nádorů ORL oblasti, štítné žlázy a mízních uzlin, v oblasti krku, axil a náklíčku i třísel. Uplatňuje se též k odhalení cystických útvarů, zvětšených intraabdominálních uzlin a metastáz (VORLÍČEK, 2012).

RTG vyšetření je v onkologické diagnostice velice důležité, uplatní se zde všechny jeho formy, počínaje prostým nativním snímkem, přes různá kontrastní vyšetření, třeba s baryovou suspenzí k vyšetření trávicího traktu nebo s jódovými kontrastními látkami. Z invazivních metod je významná endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie (ERCP). Ze speciálních metod se využívá mamografie k diagnostice nebo vyloučení karcinomu prsu (VORLÍČEK, 2012).

CT vyšetření patří pod RTG vyšetřovací metodu, umožňuje zobrazení anatomických struktur v různých vrstvách. Nezbytně nutné je při diagnostice nádorů mozku, nitrohručních a nitrobřišních. Těž odhalí zvětšené mediastinální a intraabdominální mízní uzliny (VORLÍČEK, 2012).

MR Využívá kombinaci magnetického pole, radiových vln a počítačového zpracování k vytvoření průřezu obrazu tělesných struktur. Výhodou je to, že se nepoužívá ionizační záření. Má lepší rozlišovací schopnosti v měkkých tkáních oproti CT. Dominuje v diagnostice muskuloskeletálních nádorů a v posuzování infiltrační kostní dřevě (VORLÍČEK, 2012).

Radionuklidové vyšetřovací metody- Scintigrafie může odhalit nádor nebo metastázu v parenchymatózních orgánech nebo ve skeletu. SPECT- umožňuje přesnější posouzení tvaru a velikosti ložiska než scintigrafie. PET- neinvazivní metoda, jenž umožňuje posoudit a zobrazit metabolickou aktivitu buněk organismu. Umožňuje chorobné stavy dříve odhalit a tudíž i dříve léčit. K zobrazení nádorového ložiska využívají fotony (VORLÍČEK, 2012).

4.5 Endoskopické metody

Používají se k diagnostice nádorů v dutých orgánech (trávicím ústrojí, bronchopulmonální oblasti a močovém měchýři. Používají se flexibilní fibroskopy s využitím elektronická endoskopie, při které se obraz snímá mikrokamerou a přenáší se na obrazovku. Mezi tyto vyšetření patří: ezofagogastroduodenoskopie, enteroskopie, kolposkopie, rektoskopie, pod RTG kontrolou i ERCP, bronchoskopie, cystoskopie, hysteroskopie. Dále se k diagnostice využívá laparoskopii, která umožňuje přehlédnout povrch jater, žlučník, slezinu, část žaludku, střevních kliček, omenta i peritonea a u žen ovária, vejcovody a část dělohy (VORLÍČEK, 2012).

5 LÉČBA

Léčba onkologických onemocnění se liší podstatně větší zátěží pro pacienta. Terapie je zaměřená proti vlastním buňkám pacienta, které se transformovaly na nádorové, dochází tak k poškozování či ničení některých zdravých buněk. Vlivem léčby dochází ke zhoršení kvality života pacienta. Při stanovení léčby potřebujeme co nejvíce vědět o povaze nádoru. Musíme tedy vědět vlastnosti nádoru, kde se nachází, popřípadě kde všude je rozšířen a v neposlední řadě v jakém stádiu malignity se nachází. Léčbu dělíme dle cíle na protinádorovou, podpůrnou a paliativní (VORLÍČEK, 2012).

Protinádorová léčba využívá jednotlivé formy léčby nebo jejich kombinaci. Patří sem chirurgické řešení, radioterapie a medikamentózní léčby. Jejím cílem je zničit nádorové buňky trvale. Protinádorová léčba je kurativní, adjuvantní, neadjuvantní a nekurativní. Od kurativní léčby očekáváme uzdravení pacienta a úplné odstranění nádoru. Kombinuje operační léčbu doplněnou o další postupy. Adjuvantní terapie (chemoterapie, radioterapie) je využívána u nádorů, u nichž předpokládáme i po chirurgickém odstranění přítomnost mikrometastáz, které nejsou zobrazovacími metodami vidět. Je podávána s kurativním cílem a to proto, že tyto metastázy může zničit. Ne adjuvantní postupy mají za cíl zmenšit primární nádor, zničit mikrometastázy a zlepšit proveditelnost chirurgického výkonu. Nekurativní léčba má zničit nádorové buňky, nevyhubí však všechny. Volí se tam, kde není možno dosáhnout vyléčení pro charakter či pokročilost nádoru, při rezistenci na léčbu, ale také pro celkový stav pacienta, který znemožňuje podání agresivní terapie. Mezi kurativní a nekurativní léčbou je plynulý přechod, není známa přesná hranice, základním principem je zvážit přínos léčby tak, aby převážil nežádoucí účinky (VORLÍČEK, 2012).

Podpůrná léčba zkvalitňuje život pacienta v celém průběhu onkologického onemocnění, přičemž neničí nádorové buňky. Je zaměřena na mírnění obtíží vyvolaných přímo nádorem (například bolest, dušnost). Dále také mírnění psychosociálních a duševních obtíží u pacienta a jeho blízkých (VORLÍČEK, 2012).

Paliativní léčba je srovnatelná s nekurativní léčbou, ale v současné době je samostatně braná jako součást paliativní medicíny. Její význam tkví v komplexní podpůrné léčbě u pacientů s pokročilým onkologickým onemocněním v posledních fázích jejich života (VORLÍČEK, 2012).

6 DOMÁCÍ PÉČE

Jedná se o zdravotní péči poskytovanou pacientům všech věkových a diagnostických skupin. Cílem domácí péče je maximální rozsah, dostupnost, kvalita a efektivita zdravotní péče a sociální pomoci pacientům. Většina agentur, poskytujících tuto službu, ji vykonává 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, protože i zde v dnešní době nastává konkurenční tlak (MISCONIOVÁ, 2006), (KADOCHOVÁ, 2012).

Domácí péči jako takovou vymezuje zákon ze dne 6. listopadu 2011 č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. *Tento zákon upravuje zdravotní služby a podmínky jejich poskytování a s tím spojený výkon státní správy, druhy a formy zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů a osob pacientům blízkých, poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotnických pracovníků, jiných odborných pracovníků a dalších osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, podmínky hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, další činnosti související s poskytováním zdravotních služeb a zpracovává příslušné předpisy Evropské unie (zakonyprolidi[online]).*

Financování domácí péče je více zdrojové - zdravotní pojišťovny, zdroje obcí, zdroje nadací (sponzorské příspěvky) či vlastní platba klienta za péči nehrzenou ze zdravotního pojištění. Zdravotní péče je upravena vyhláškou ministerstva zdravotnictví č. 439/2008 Sb. Tato vyhláška rozděluje výkony podle odborností, jsou jim přiřazeny číselné kódy a ty jsou vyplňovány lékařem do příslušných poukazů – viz. příloha C a D (MISCONIOVÁ, 2006).

Zdravotní péče poskytovaná v domácím prostředí je plně závislá na indikaci domácí péče ošetřujícím lékařem, kterým je lékař praktický nebo lékař propouštějící pacienta z nemocniční péče k praktickému lékaři a indikuje u pacienta výkony, které vyžadují odbornost zdravotní sestry. Jedná se o výkony od základní péče až po výkony vysoce odborné. Jejich charakter je preventivní, kurativní i adaptační, ale i paliativní. V rámci domácí péče je zahrnut i systém sociální péče, je dán aktuálním sociálním stavem pacienta a je zjištěn zástupci agentury domácí péče. Rozsah sociální péče a pomoci je závislý na schopnosti adaptace daného pacienta na novou situaci a schopností přizpůsobení a pomoci rodinných příslušníků, blízkých, či komunity zajistit například dietní, pitný a pohybový režim pacienta. Péče je tedy poskytována multidisciplinárním

týmem odborníků. Domácí péče má i mnoho překážek, terénní podmínky nejsou vždy ideální, důležité je však to, že všichni, kdo domácí péči poskytují, či jí potřebují, tyto obtíže zvládají a mají značnou oporu ve svém okolí. Prioritou pro personál domácí péče a organizace je zajistit pro pacienta a jeho blízké takové podmínky, které odpovídají maximálním možnostem systému zdravotní i sociální péče v rozsahu a nejvíce se přibližuje co nejlepšímu vnímání kvality života (KADOCHOVÁ, 2012), (SLOVÁČEK, 2014).

Ošetrovatelská péče je úzce spjata s péčí zdravotní. Je důležité, aby se pacient cítil v domácím prostředí co nejpřirozeněji, proto je ve všech směrech zapojována rodina nebo nejbližší osoby ve vztahu k pacientovi. Pocit opory rodiny pro nemocného, je možností rychlejšího sblížení personálu domácí péče s pacientem a jeho okolím a rychlejším získáním důvěry. U pacientů, kteří jsou v této péči, dochází k omezení hybnosti a soběstačnosti která vzniká postupně. Někteří pacienti mají progresi onemocnění rychlou, nebo je jejich reakce na léčbu značně vysilující a dopomoc pacienta je tak minimální. Zde je zapotřebí dopomoc v denních činnostech, hygieně, polohování a posazování, u nichž se snažíme o nácvik soběstačnosti v rámci možností pacienta. Při hygienické péči a polohování kontrolujeme integritu kůže a invazivních vstupů. V případě macerací, defektů nebo dekubitů provedeme náležité ošetření a posléze o tom informujeme lékaře. Jedná li se o nefunkční PŽK nebo PMK tak provedeme výměnu, zaznamenáme a v případě komplikací informujeme lékaře. Během dne hodnotíme množství moče a její konzistenci, dále kontrolujeme frekvenci a charakter stolice. S tím souvisí hodnocení výživy pacienta, popřípadě její podávání v pravidelných intervalech. Zároveň kontrolujeme dostatek tekutin, v případě, že je u pacienta zvýšen kožní turgor, moč je tmavšího charakteru, stolice je tužší, méně častá nebo má li pacient zácpu, informujeme lékaře. Tyto projevy jsou známkou dehydratace, ta bývá řešena aplikací infuzních roztoků (LENOCHOVÁ, 2008).

Obecně je třeba si všímat pacienta celkově. U domácí péče nám při hodnocení stavu pacienta před návštěvami a v jejich průběhu pomáhá rodina. Je však důležité, aby sestra uměla zdravotní stav posoudit objektivně a o těchto skutečnostech informovala lékaře. Souhra lékaře a sestry jako týmu je značně přínosná nejen pro vykonávání této činnosti, ale především pro pacienty (LENOCHOVÁ, 2008).

6.1 Historie domácí péče

K rozvoji domácí péče došlo v Evropě koncem 19 století. Během světových válek dvacátého století nastalo však její potlačení z důvodů kumulací pacientů v lůžkových zdravotnických zařízeních. Návrat k myšlence domácí péče nastává v Evropě v počátku sedmdesátých let dvacátého století, v době, kdy začínají stoupat náklady na jednotlivé zdravotnické systémy. Ohrožení "sociálních jistot" společnosti je citlivý bod, na který je nutno se zaměřit. V říjnu 1991 se koná ve francouzském Strasburgu první evropský kongres Domácí péče. Účastní se ho i dvě zástupkyně z České republiky a další zástupci ze všech zemí světa. Kongres se stává odrazovým pro spuštění kampaně k propagaci Domácí péče na území České republiky a následně v roce 1993 i na území Slovenské republiky. V roce 1996 je Česká republika reprezentována na I. světovém kongresu domácí péče Asociace domácí péče České republiky, jenž je jednou ze 7 zakládajících organizací Světové organizace domácí a hospicové péče (WHHO). Řada legislativních změn, televizních a rozhlasových propagací, seminářů, edukačních programů, apely na politické strany a městská zastupitelstva přinesly užitek. Podařilo se získat podporu ze strany laické veřejnosti i profesionálů. Domácí péče se začala rozšiřovat a pro mnohé se stala symbolem lidské vzájemnosti, profesionality a pomoci (MISCONIOVÁ, 2006), (JAROŠOVÁ, 2007).

6.2 Indikace domácí péče

Domácí péče je určena lidem a jejich rodinným příslušníkům a blízkým v takové životní situaci, kdy dojde ke změně zdravotního stavu a nelze ji zvládnout jen v rámci rodiny. Rozhodnutí závisí na ošetřujícím lékaři, který zahájí poskytování odborné zdravotní péče ve vlastním prostředí. Domácí péče přichází v úvahu tehdy, kdy stav pacient již nepotřebuje hospitalizaci, avšak je nutné zajistit následovně poskytování odborné zdravotní péče v domácím prostředí. Nebo v případě, že dojde ke zhoršení stavu pacienta, či onemocnění, kdy je nutné indikovat zdravotní kontrolu, popřípadě provést výkony od zdravotníka s příslušnou kompetencí. Toto rozhoduje ošetřující lékař, který nejlépe posoudí celkový stav pacienta. Domácí péče je poskytována stejně dětem, lidem v produktivním věku tak i seniorům (SLOVÁČEK, 2014).

Domácí péče je ošetřujícím lékařem indikována zejména u lidí, kteří jsou plně, nebo částečně závislí na pomoci druhé osoby a je nutné zajistit pokračování dlouhodobé i následné péče, nebo doléčení z důvodu chronického i akutního onemocnění. Nedílnou součástí domácí péče je péče o duševní zdraví a resocializace klientů s duševním onemocněním primárním, nebo vzniklým na základě předcházejícího onemocnění. Domácí péče je založená na flexibilitě v řešení individuálních problémů pacienta v přímé konzultaci s lékařem. Je zde důležitá vzájemná spolupráce ze strany jak pacientů a jejich rodiny, tak i ze strany zdravotních pracovníků. Domácí péče má několik typů, které vycházejí z indikací lékaře a četnosti návštěv (SLOVÁČEK, 2014).

6.2.1 Domácí hospitalizace

Navazuje na hospitalizaci pacienta. Je indikována v době, kdy už není nutná bezprostřední lůžková péče pod neustálým dohledem zdravotního. Tato forma domácí péče je vhodná pro pacienty s kardiovaskulárním a neurologickým onemocněním, také u pacientů v pooperačním nebo poúrazovém období. Délka této péče trvá obvykle několik dnů až týdnů. U těchto pacientů jsme schopni provádět výkony, jako jsou převazy, odstranění stehů, aplikace injekcí, odběr biologického materiálu, kontroly fyziologických funkcí, popřípadě podat infuzní roztoky či jiné odborné výkony spadající do kompetence zdravotní sestry. Všechny výkony musí být samozřejmě indikovány ošetřujícím lékařem. Domácí pooperační péče se více rozvinula v době, kdy došlo k přeorganizování pooperační péče a rozvoji jednodenní chirurgie (MISCONIOVÁ, 2006), (JAROŠOVÁ, 2007).

6.2.2 Preventivní domácí péče

Týká se pacientů, u nichž doporučí ošetřující lékař, pravidelné preventivní sledování zdravotního a duševního stavu. Zdravotní pracovníci tak měří fyziologické funkce a kontrolují celkový stav pacienta v intervalech nastavených dle ošetřujícího lékaře a případné změny ošetřujícímu lékaři neprodleně nahlašují. Frekvence této péče je týdenní nebo měsíční. Vhodná je pro terciární prevenci, jejíž snaha je zabránit komplikacím u již probíhajícího onemocnění. Pravidelná kontrola celkového stavu a měření fyziologických hodnot u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním, odběry biologického materiálu u klientů s metabolickým i jiným onemocněním, kontrola kompenzace stavu u pacientů s psychickým onemocněním (JAROŠOVÁ, 2007), (MISCONIOVÁ, 2006).

6.2.3 Dlouhodobá domácí péče

Tato péče je určena chronicky nemocným pacientům, jejichž zdravotní i duševní stav vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou domácí péči. Týká se to pacientů s roztroušenou sklerózou, po mozkových příhodách, s metabolickým, gastroenterologickým, plicním, se závažným duševním a s onkologickým onemocněním, i u pacientů s plným nebo částečným ochrnutím a u pacientů s chronickou bolestí. Varianta této domácí péče zahrnuje zdravotní i sociální služby.

Jedná se komplexní domácí péči, ta je poskytována v délce měsíců až několika let (WASSERBURGEROVÁ, 2014).

6.2.4 Domácí hospicová péče

Domácí hospicová péče je poskytována pacientům, u nichž lékař předpokládá, že k jejich úmrtí dojde do šesti měsíců. Program hospicové péče je koordinovaný a zahrnuje paliativní a podpůrné služby, které zajišťují léčbu, psychologickou a spirituální péči pro pacienty umírající a jejich blízké. U této péče je důležité, aby byla efektivní a aby měl pacient doprovodnou pomoc rodiny. Je zde nezbytné rodinné zázemí, členové rodiny a blízcí jsou zasvěcováni do péče o pacienta. Tuto péči zastávají sestry specialistky, které mají odpovídající kompetence a mohou zajistit odbornou sesterskou péči. Rovněž je zapotřebí doprovodná ošetrovatelská péče, protože péče o tyto pacienty je náročná a je zapotřebí několikrát denně v obojím zastoupení. Je to péče o pacienty v terminálním stádiu, tím je nazýváno stádium umírání, to je nejtěžší fází lidského života. Má několik stádií a je spojeno s řadou symptomu, ovlivňujících kvalitu života. Prioritou této péče je zachovat lidskou důstojnost (ANDREJKIVOVÁ, 2008).

7 DOMÁCÍ PÉČE U ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH

Většina onkologických onemocnění vyžaduje aplikaci léků proti bolesti a zajištění vhodného prostředí, které by minimalizovalo stres a vliv infekcí na zeslabený imunologický systém pacienta. Bez ohledu na prognózu onemocnění, delší pobyty v nemocnici mají u těchto pacientů obvykle nepříznivý vliv na jejich psychický stav. Spolupráce onkologů, praktických lékařů a domácí péče se daří léčbu i ošetřování onkologicky nemocných klientů provádět v domácím prostředí. U některých pacientů provádí onkolog chemoterapii včetně její kontroly ambulantně a aplikaci léků zmírňujících bolest a dalších pomocných farmak indikuje praktický lékař. Na základě indikace praktického lékaře provádí personál agentur domácí péče indikované výkony. Výhodou kombinace ambulantní a domácí léčby je její příznivý vliv na celkový stav pacientů a na průběh onemocnění. K tomu se navíc řadí i nemalé úspory za ušetřenou hospitalizaci a kratší dobu pracovní neschopnosti. Mezi onkologické pacienty spadá široká škála pacientů. Počínaje podporou, až po léčbu paliativní. Nezbytně sem patří i péče hospicového typu a péče o umírající (SLOVÁČEK, 2014).

7.1 Správné nastavení návštěv

Ošetřující lékař zhodnotí celkový zdravotní stav pacienta, zároveň musí zvážit jeho sociální zázemí a ve spolupráci s vybranou agenturou domácí péče vystaví pro klienta poukaz na odbornost pro domácí zdravotní péči na příslušném tiskopisu, jenž kompletně vyplní. Tiskopis obsahuje údaje o pacientovi, stupeň jeho mobility, příslušný typ návštěvy a další náležitosti. Tento tiskopis pak dále vyplní pracovník domácí péče. O léčivých prostředcích, nebo materiálovém vybavení a pomůckách, které individuálně v daném čase potřebuje klient, rozhoduje ošetřující lékař. Tyto produkty předepisuje na recept, nebo speciální poukaz a jejich ordinaci zaznamená. Platnost indikace domácí péče rozhodne praktický lékař. Čas poskytování domácí péče není omezen. Pokud je pro pacienta žádoucí a ošetřující lékař jí indikuje, může být poskytována nepřetržitě. U odborných lékařů propouštějících pacienta z hospitalizace nebo po jednodenním operačním zákroku, či výkonu, je maximální rozsah indikace domácí péče 14 dnů. Agentura podává ošetřujícímu lékaři informace o vývoji zdravotního stavu pacienta, může dojít k neočekávaným změnám ve zdravotním stavu pacienta a upravení rozsahu i frekvenci domácí péče (SLOVÁČEK, 2014).

7.2 Specifika domácí péče u onkologických pacientů

V domácí péči v současné době přibývá dost pacientů s onkologickou diagnózou. Celkově tento vzrůstající trend souvisí se stárnoucím obyvatelstvem a tím i vzestupem onkologických diagnostik. Patří sem pacienti, kteří vyžadují spíše primární péči, ale ve větší míře se jedná o pacienty, s nastavenou dlouhodobou péčí, která vyžaduje specifickou péči zdravotní a ošetrovatelskou. Tito pacienti bývají propuštěni do domácí péče s paliativní léčbou pro negativní prognózu nemoci. Cílem paliativní péče je prodloužení života a zmírnění nepříznivých účinků protinádorové léčby, která je pro tyto pacienty značně zatěžující. Specifická péče je zde zaměřena u všech těchto pacientů na zlepšení kvality života, především na léčbu bolesti, nutriční a infuzní podporu a psychickou podporu (SLÁMA, 2008), (LENOCHOVÁ, 2008).

Zajištění dobré paliativní péče v domácím prostředí vyžaduje úzkou spolupráci praktického lékaře, pacienta, jeho rodiny a služeb domácí péče. Důležitá je zde dostupnost takové péče, která by měla pokrývat téměř 24 hodin denně, sedm dní v týdnu. Volba domácí péče u těchto pacientů je důležitá především pro jejich psychickou podporu, která je v domácím prostředí nepochybně podstatně vyšší. Pokud není možné takovou péči ve spojení všech složek zajistit, je třeba najít vhodné lůžkové zařízení. Takovéto zařízení se nazývá lůžkový hospic. I zde je prostředí pro pacienta upraveno tak, aby pro něj bylo co nejpřirozenější (SLÁMA, 2008), (LENOCHOVÁ, 2008).

7.2.1 Léčba bolesti

Bolest jako taková je komplexní subjektivní vjem, lze ji jen obtížně popsat. Všechny její definice nejsou zcela přesné. Je to vjemová nebo emocionální zkušenost, která je spojená se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně, tak jak ji pacienti popisují. Bolestí označujeme to, co nemocný vyjádří jako trápení a bolest. Bolest dělíme dle délky trvání na akutní a chronickou. Akutní bolest má zřetelný začátek, v němž je její intenzita nejvyšší. Její průběh je relativně krátký, během hojení postupně odeznívá, někdy zcela vymizí. Chronická bolest nemusí mít zřetelný začátek, většina jí nelze spojit s konkrétním místem a její trvání je delší než 3-6 měsíců. Její intenzita bývá neadekvátní stupni poškození tkáně. Maligní proces je porucha multiorgánová a multifaktoriální. Je spojen s řadou patologií a vzniklá bolest je jejich výsledkem. Obsahuje složku akutní a rysy chronické bolesti. Zhoršuje se srůstem malignity. Základním úkolem lékaře je rozpoznat jednotlivé bolestivé stavy a rozpoznat zda všechna bolest je způsobena základním onemocněním. Léčba by měla mít přínos pro pacienta a zlepšit kvalitu jeho života (GOLDMANOVÁ, 2007).

Základem pro léčbu nádorové bolesti je intenzita bolesti. *Maligní onemocnění je veřejností vnímáno jako hrůzný prototyp nevléčitelné bolesti* (GOLDMANOVÁ, 2007, s. 34). Zde používáme analogovou škálu VAS (tabulka 1), díky níž dělíme intenzitu bolesti na mírnou, středně silnou a silnou bolest. K léčbě mírné bolesti se využívají neopoidní analgetika. U léčby středně silné bolesti se podávají slabé opoidy v kombinaci s neopoidními analgetiky. U silné bolesti se podávají silné opoidy, někdy v kombinaci s neopoidními analgetiky. U trvalé bolesti je třeba analgetika i opoidy podávat v pravidelných časových intervalech. Dle reakce pacienta na příslušnou terapii sestra informuje lékaře, ten může dávky postupně zvyšovat, popřípadě zavést kontinuální podání. Je vhodné analgetika podávat co nejméně invazivním způsobem (VORLÍČEK, 2012).

V domácí péči jsou nejčastější volbou opiátové náplasti v kombinaci s tabletovou formou opoidů či jiných analgetik. Sestra zde kontroluje výměnu náplastí a účinek léčby. V případě, že je léčba nedostatečná, sestra informuje lékaře a ten léčbu navýší. Při invazivní indikaci opoidů se zpočátku aplikují s.c. nebo i.m.. U bolestí neustávajících nebo neustále se zhoršujících, přechází lékař k volbě aplikace kontinuálně, a to formou s.c. nebo i.v. K aplikaci se používají takzvané křídélkové

katétrů. Opid s roztokem se mění dle ordinace lékaře, většinou 1 krát za 24 hodin. Sestra, která takovou činnost vykonává, musí mít příslušné kompetence, musí umět pacienta poučit, správně zavést katétr, pečovat o něj a vědět, kdy se má katétr vyměnit. Nedílnou znalostí musí být pro sestru manipulace s dávkovačem, s roztoky a léky k přípravě léčebného roztoku (PARUSOVÁ, 2016).

7.2.2 Nutriční a infuzní podpora

Podvýživa je stav, kdy dochází k deficitu energie a nutrietů, což vede ke změně tkání a formy těla, snížení tělesných funkcí a zhoršuje tak výsledný klinický stav pacienta. Podvýživa bývá často označována jako malnutrice. *Onkologie je jedním z oborů, kde se nejčastěji setkáváme s podvýživou (malnutricí)* (Křemen, 2011, s.35). Podle odhadů se vyskytuje u 30-60% pacientů a výrazně prodlužuje léčbu. Malnutrice je spojena s řadou komplikací a 3-4% pacientů ohrožuje přímo na životě. K diagnostice malnutrice používáme nutriční screening (viz. tabulka č.2). Je to jednoduchý dotazník, slouží k vyhledávání rizikových pacientů. Měl by být součástí prvního kontaktu s pacientem při vstupním vyšetření. I zde se v průběhu péče tento screening přehodnocuje. Na základě nutričního screeningu a objektivního hodnocení stavu výživy (anamnézy, řady laboratorních a funkčních testů) stanoví lékař nutriční potřeby pacienta. Při podávání výživy je vždy upřednostňována enterální cesta. Základem nutriční péče by měla být kuchyňsky připravovaná strava. K umělé výživě se přistupuje v situaci, kdy dieta zcela nepokrývá nutriční nároky, nebo je z nějakého důvodu kontraindikována. Při dostatečné funkci GIT je volena doplňkovou formou umělá výživa enterální, a to formou popíjení ochucených přípravků (tzv. sipping). U těchto pacientů se může volit ještě jako doplňková infuzní terapie. Tu lékař indikuje při nedostatečné minerálové bilanci nebo u pacienta dehydrovaného. U této formy se využívá aplikace infuzních roztoků do PŽK, popřípadě aplikace do podkožních portů či CŽK, které jsou zavedeny v rámci celkové protinádorové léčby. Pokud je z nějakého důvodu porušena některá část trávicího ústrojí, lékaři zavedou pacientovi PEG. Umělá enterální výživa se pak v plné výši aplikuje přes PEG několikrát denně v pravidelných intervalech (KŘEMEN, 2011).

Tuto výživu je také možno doplnit o parenterální výživu a infuzní terapii, která je aplikována přes podkožní port nebo CŽK. Parenterální výživu volí lékaři tu, která

obsahuje dostatek aminokyselin, tuků, sacharidů a stopových prvků, tak aby odpovídala požadavkům pacienta (KŘEMEN, 2011).

V případě, že trávicí trakt nelze využít, přistupuje se plně k výživě parenterální. Lékař zde musí důkladně zhodnotit, zda domácí podmínky jsou vhodné k jednotlivým aplikacím nutriční podpory. Sestry domácí péče musí znát zásady aplikace infuzních i nutričních přípravků. Musí ovládat péči o invazivní vstupy. Sestry též mají umět poučit pacienta o aplikaci výživy a infuzí. Zároveň by měly všechny jejich kompetence zahrnovat tyto požadavky. Dále sestra sleduje možný vznik komplikací, doprovázející nutriční a infuzní péči. V průběhu péče sestra hodnotí stav pacienta a přehodnocuje nutriční screening pacienta (KŘEMEN, 2011).

7.2.3 Psychická podpora

Nedílnou součástí domácí péče u onkologicky nemocných je psychická podpora. Ta spočívá nejen v péči o samotného pacienta, ale i o jeho rodinu. Psychologické reakce nemocného a jeho rodiny spočívají v několika fázích. U pacientů dochází k rozvoji úzkosti, mají pocity nepříjemného svírání, úzkostného očekávání či bezmocného vydání na milost jakési hrozbě. Tyto symptomy doprovází psychomotorické a psychosomatické reakce. Pacienti mají úzkostný výraz v obličeji a jejich reakce jsou opožděné nebo ztlumené. Psychosomatické projevy jsou nespavost, bledost, návaly potu, průjem, tachykardie, tachypnoe, anorexie a další. Úzkostné stavy střídá deprese. Ta je charakterizována smutnou náladou, snížením aktivity, zvýšenou unavitelností, sníženým sebevědomím, zhoršením soustředivosti a koncentrace. Deprese se může prohloubit v anticipační depresi, která nastane v případě hrozící ztráty. \v souvislosti se ztrátou se objevuje patologický zármutek, ten s sebou nese poruchy přizpůsobení až afektivní poruchy. U pacientů s nastavenou paliativní péčí se často objevuje demoralizační syndrom. Je odlišný od deprese a je spojován s chronickou chorobou, pocity závislosti na druhých či ze ztráty důstojnosti. Lidé s tímto syndromem dospívají k závěru touhy zemřít nebo vzít si život. Spousta těchto pacientů touží po urychlení smrti. Další fáze už přichází u pacientů v terminálních stavech. Je to posttraumatická stresová porucha, delirium a terminální neklid. Tyto reakce už mají spojitost s metabolickým poškozením mozku. U pacientů je důležité, aby se jejich problémy zabývali specialisté (AGENENDT a kol., 2010), (KAPKA, 2014).

V tomto přídě to jsou pracovníci psychoonkologie, která je součástí onkologické léčby. Léčbu jako takou volí psychiatr popřípadě psycholog. Další zdravotnický personál má za pověření dohlížet na užívání medikace a sledování stavu pacienta. Pokud domácí podmínky pomáhají nebo přispívají zdravotnímu stavu pacienta, je v zájmu všech, aby domácí péče trvala co nejdéle (AGENENDT a kolektiv, 2010), (KAPKA, 2014).

8 KAZUISTIKA – DOMÁCÍ PÉČE U PACIENTA S KARCINOMEM CÉKA

Cílem naší práce je detailní popis průběhu domácí péče u 71letého pacienta s karcinodem céka v jeho vlastním sociálním prostředí. Pro tento účel jsme vybrali jednu z metod kvalitativního výzkumu, kazuistiku. Hendl (2016) uvádí, že jde o detailní studium jednoho, či malého počtu případů za účelem aplikace získaných poznatků při porozumění případům obdobným.

Popisujeme domácí péči poskytovanou pacientovi v období od 9. září do 31. prosince 2015. Detailněji se zabýváme prvním a druhým dnem její realizace a posléze čtyřicátým dnem, abychom zachytily změny zdravotního stavu pacienta.

Informace pro kazuistiku jsme získali kombinací několika technik sběru dat o pacientovi, a to analýzou zdravotnické dokumentace ve spojení s opakovanými rozhovory s pacientem a jeho přímým pozorováním při realizaci ošetrovatelského procesu, rozhovory s členy rodiny (družkou a jejími syny) a dále rozhovory se sestrami z agentury domácí péče.

Nejprve uvádíme katamnézu vztahující se k období před indikací domácí péče. Ta byla navržena ošetřující lékařkou ještě během hospitalizace pacienta na chirurgii. Domácí péči dále indikovala praktická lékařka. V rámci domácí péče jsme použili metodu ošetrovatelského procesu, skládající se s pěti na sebe navazujícími kroky a cyklicky se opakujícími. Popisujeme zahájení domácí péče, včetně sběru informací do ošetrovatelské anamnézy dle ošetrovatelského modelu Marjory Gordon, modelu funkčního zdraví, který se jevil jako optimální vzhledem k vývoji zdravotního stavu pacienta, dále uvádíme fyzikální vyšetření sestrou a stanovení potřeb a ošetrovatelských problémů, vycházejících z analýzy získaných informací o pacientovi. Stanovili jsme ošetrovatelské diagnózy dle jejich naléhavosti, aktuální a potenciální. Na ošetrovatelskou diagnózu s nejvyšší prioritou, tedy Snaha zlepšit výživu (00132), jsme se zaměřili detailně, popisujeme průběh poskytnuté ošetrovatelské péče druhý den po zavedení domácí péče, který zahrnuje doplnění anamnestických údajů z předchozího dne, stanovení ošetrovatelské diagnózy, plán ošetrovatelské péče, realizaci a hodnocení.

Následně pak uvádíme realizaci domácí péče s časovým odstupem (40. den) od jejího zahájení, abychom vystihly změny ve vývoji zdravotního stavu pacienta. Dále jsme provedli celkové zhodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče.

Tato kazuistika představuje přiblížení domácí péče a její průběh za určité časové období. Je v ní popsána práce všeobecných sester a potřeba znalostí odborné péče a zvládnutí samostatné práce. Zároveň také demonstruje přínos domácího prostředí pro pacienta a jeho rodinu.

Katanamnéza vztahující se k období před přijetím do domácí péče.

Pacientem je 71 letý muž s karcinomem céka. Sledován na onkologii a indikován k pravostranné hemikolektomii. Operace proběhla na chirurgické klinice 5. 3. 2015. Během hospitalizace došlo k rozvoji pooperačních komplikací. Dne 10. 3. 2015 byla provedena revize pro sterkorální peritonitidu způsobenou perforací tenkého střeva, založena terminální dvouhlavňová ileostomie. Díky přetrvávající malnutrici a minerálové disbalanci, byl přeložen 28. 8. 2015 a hospitalizován na interním oddělení Thomayerovi nemocnice. Vzhledem ke komplikacím nebylo možné zahájit adjuvantní chemoterapie a onkologická léčba byla odložena. Lékaři zavedli pacientovi nazojejunální sondu (dále jen NJS), pomocí které byla pacientovi aplikována enterální výživa. Minerálová disbalance byla upravována formou infuzních roztoků podávaných přes PŽK. Pacient byl sice mobilní, ale z důvodu malnutrice a minerálovému rozvratu vznikly dekubity v sakrální krajině a na obou patách dolních končetin. Postupem léčby došlo k zlepšení zdravotního stavu pacienta. Na jeho žádost byla kontaktována agentura domácí péče a její zajištění. Propouštějící lékařka vystavila pacientovi poukaz na péči 3x denně, po celý týden, v délce 1x 60minut (kód 06317) a 2x 45 minut (kód 06315). Obsahem návštěv byly zároveň indikovány 3x denně lokální ošetření defektů (kód 06329), 3x denně aplikace parenterální terapie (kód 06325) a výkon sestry v den pracovního klidu (kód 06137) - viz. příloha A.

Při propuštění lékařka pacienta řádně poučila o aplikaci enterální výživy do NJS, obsluze enterální pumpy, péči o stomii a o jeho celkovém zdravotním stavu. Dále také upravila medikaci, na kterou si dohlíží sám. Pacient byl předán do péče praktické lékařky, která akceptovala nastavení indikované péče.

Domácí péče byla zahájena 9. září a trvala do 31. prosince 2015. Tuto péči indikovala propouštějící lékařka. Vystavila poukaz (viz. příloha C), zahrnující výkony uvedené na str.27. Během této doby pokračovala v další indikaci a úpravě ošetrovacích výkonů, až do jejího ukončení, praktická lékařka. Výkony byly prováděné všeobecnými sestrami s registrací, bez nutnosti odborného dohledu. Pacient byl přiřazen do péče jedné sestře, ovšem v době služby se u pacienta střídaly ostatní sestry agentury dle rozpisu služeb. Při zavedení domácí péče byla u pacienta sestavena anamnéza, z níž se odvíjela následná ošetrovatelská péče.

Anamnéza provedená při přijetí do domácí péče, tedy 9. září 2015, byla čerpána ze zdravotní dokumentace interního oddělení.

Osobní anamnéza: Z propouštěcí zprávy vyplývá, že hlavní diagnózou při propuštění je Proteinenergetická malnutrice s nutnou kombinovanou nutriční podporou, která se skládá z příjmu per os a enterální výživy cestou NJS. Základním onemocněním z kterého se tato diagnóza vyvinula je Karcinom céka, díky kterému byla provedena 5. 3. 2015 pravostranná hemikolektomie. 10. 3. 2015 proběhla revize pro sterkorální peritonitidu způsobenou perforací tenkého střeva s provedením terminální dvouhlavňové ileostomie. 29. 3. 2015 byl proveden převaz v CA. Vzhledem k protahovaným mnohočetným komplikacím během hospitalizace nebylo možné zahájit adjuvantní chemoterapii, proto nyní onkologická léčba není indikována. Chronicky sledovaná Arteriální hypertenze v průběhu hospitalizace stabilizována a nyní bez terapie. Dekubity sakrálně a na patách dolních končetin. Anémie normocytární normochromní v.s. sekundární při základním onemocnění.

Při propuštění mu byla lékařkou v nemocnici upravena farmakologická léčba. Nyní užívá tyto léky: Helicid 20mg. cps. 1-0-1 p.o., Tamsolusin 0,4mg cps. 1-0-0-p.o. Dále mu byla indikována bezezbytková dieta, o které byl řádně poučen a k ní doplňující enterální výživa do NJS v množství 1000ml Nutrison standard 1xdenně rychlostí 100ml/hodinu.

Sociální a pracovní anamnéza: Pacient je důchodce, vdovec, dříve pracoval jako zámečnický mistr, jímž se vyučil. Nyní žije v bytě panelového domu s družkou, která mu pomáhá s ošetrovatelskou péčí, děti nemá. Rodinné vztahy jsou dobré. Po ekonomické stránce se necítí ohrožen, z důvodů stálého příjmu důchodu.

Pacient je katolického vyznání, nedochází však do kostela, dodržuje jen křesťanské svátky uvedené v kalendáři.

Rodinná anamnéza: Otec pacienta zemřel v 70 letech na karcinom střev, matka zemřela v 68 letech na karcinom GIT. Má dva bratry, jeden se léčí s karcinomem plic a druhý s karcinomem střev. V tomto případě si lze povšimnout, že se zde může jednat o familiární výskyt karcinomu, přihlédneme-li k zpracování naší teoretické části.

Pacient kouří 10 cigaret denně, alkohol pije příležitostně a jiné návykové látky neužívá. Je alergický na prach a uzeniny.

Pacient je sledován na urologii pro zbytnění prostaty, užívá léky. Samovyšetřování varlat provádí nepravidelně. Poslední návštěva u urologa proběhla asi před rokem.

Pacient měří 183 cm a váží 82kg, hodnota BMI je 25, z čehož vyplývá, že pacient není vzhledem k tomuto poměru v podvýživě.

Posouzení zdravotního stavu pacienta podle funkčních typů zdraví. V první fázi ošetrovatelského procesu jsme též provedli posuzování stavu pacienta, které zahrnovalo rozhovor a pozorování. Sběr údajů dle funkčního modelu zdraví Marjory Gordonové splňoval „požadavek na rámcový standard pro systematické ošetrovatelské posouzení zdravotního stavu pacienta v systému primární péče“. (Mastiliaková, 2014, s. 65) Tento model rovněž umožnil kompletní posouzení rodinného prostředí při naší první návštěvě.

VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ

Svůj zdravotní stav vnímá jako vážný. Nemá však špatný pocit ze zdravotních obtíží doprovázejících onemocnění. Prodělal běžná dětská onemocnění. Lékařskou pomoc vyhledal ze začátku onemocnění. Hospitalizován byl dlouhodobě. Nyní požádal o domácí léčbu, která mu byla umožněna. Byly mu poskytnuty potřebné informace. Snaží se spolupracovat se zdravotním personálem a dbát pokynů léčby.

VÝŽIVA A METABOLIZMUS

U pacienta došlo k úbytku váhy a snížení chuti k jídlu z důvodů maligního onemocnění. Má zavedenou nazojejunální sondu (dále jen NJS), do které se aplikuje enterální výživa. Zároveň přijímá bezezbytkovou stravu, je schopen přijímat potravu ústy bez problému, poruchy polykání nemá. Je ale potřeba naučit pacienta volit vhodnou stravu a pomoci mu s úpravou jídelníčku.

Použita měřicí technika: nutriční screening - odpovědi 3x ano

VALUČOVÁNÍ MOČE A STOLICE

Pacient močí dobře. Nyní nemá obtíže doprovázející močení. Byla mu provedena ileostomie, která odvádí plyny a řidší stolici, pacient zná potřebné informace k obsluze stomie a snaží se o ní pečovat dle pokynů lékařky a ošetřujícího personálu.

AKTIVITA A SOBĚSTAČNOST

Pacient po příchodu z nemocnice potřebuje pomoc v denních činnostech, protože vlivem dlouhodobé hospitalizace u něj došlo k poklesu svalové síly a tudíž i aktivity a schopnosti plné soběstačnosti.

SPÁNEK A ODPOČINEK

Pacient v domácím prostředí nemá problémy se spánkem, v noci spí nerušeně a cítí se odpočatý.

SEBEPOJETÍ A SEBEÚCTA

Své tělo vnímá bez projevů studu, nestydí se za vzniklé změny na těle a dokáže o nich hovořit. Jeho sebeúcta je stále stejná, vnímá svou osobu jako před hospitalizací a provedenými výkony.

VNÍMÁNÍ

Pacient je plně orientován, schopen porozumět požadavkům na něj kladených. Nosí brýle na čtení, slyší dobře, pamatuje si věci z krátké i delší doby a je učenlivý. Bolesti nemá.

MEZILIDSKÉ VZTAHY

Pacient nemá potíže s komunikací. Rodinné vztahy jsou dobré, neprojevuje se ani vyhýbavým chováním ani agresí.

RODINNÉ PROSTŘEDÍ

Pacient se cítí v rodinném prostředí přirozeně a dobře. Nemá pocit obtěžování druhých osob, je šťastný a má plnou orientaci nad svým časem a denním rozvrhem. Je rád, že mu bylo vyhověno v domácí péči a maximálně se snaží zapojit do aktivit vedoucích k uzdravení.

Fyzikální screening a pozorování pacienta: Provedli jsme fyzikální vyšetření, které představuje jednu z metod sběru objektivních a měřitelných údajů při posouzení potřeb a klinických příznaků nemocného a je integrální součástí ošetřovatelské anamnézy:

Hlava a krk: Pacient uvádí, že hlava ho nebolí. Hlava je normocefalická, na poklep nebolestivá. Oči jsou ve středním postavení, pohyblivé, skléry bílé, spojivky růžové, zorničky izokorické. Používá brýle na čtení. Uši a nos bez výtoků, naslouchací přístroj nepoužívá. Do nosu zavedena NSJ, bez známek dekubitu a povytažení. Rty jsou souměrné bez ragád. Dásně a sliznice dutiny ústní růžové, vlhké, bez traumat, chrup má pacient svůj. Jazyk bez povlaku a bez poranění, plazí středem. Tonzily nezvětšeny, krk souměrný bez otoků, lymfatické uzliny nehmatné, štítná žláza nezvětšena, náplň jugulárních žil v normě, šíje volná.

Hrudník a plíce: Pacientovi se dýchá dobře, bez námahových obtíží. Hrudník symetrický bez deformit, poslechově bez slyšitelných fenoménů, poklep plný, počet dechů 14/minutu, pravidelných. Srdeční akce pravidelná, frekvence 80/minutu, TK 120/60 mmHg. Puls je hmatný na horních i dolních končetinách. Dolní končetiny občas mírně otékají, na pravé dolní končetině znatelné povrchové varixy. Dekubity v oblasti obou pat dolních končetin.

Na pravé patě dekubit I.stupně a na levé patě dekubit III.stupně o rozsahu 3x3cm. Do pravé horní končetiny dne 9. 9. 2015 zavedena periferní žilní kanyla.

Břicho prohmatné, na dotyk nebolestivé. Vyústěna zde ileostomie. Odvádí stolici a plyny, peristaltika auskultačně přítomna. Okolí stomie klidné, bez zarudnutí, stomický sáček těsně přiléhá. Pacient v této oblasti necítí žádnou bolest. Játra a slezina nezvětšeny.

Genitál dle pacienta bez zjevných deformit či jiných obtíží, s močením nyní problémy nemá. Uzliny v tříselech nezvětšeny. V sakrální oblasti dekubit III.stupně o velikosti 5x4cm.

Páteř bez patologických změn, svalový tonus ochablý, klouby bez zjevné patologie. Pohyblivost pacienta omezená, používá kompenzační pomůcky, občas si stěžuje na bolestivost kloubů.

Smyslová citlivost v normě, reflexy výbavné. Tremor a tiky nepřítomny. Potíže neudává.

Kůže: Pacient má jizvy v oblasti břicha, po prodělaných operacích. Dekubity jsou v sakrální oblasti a na obou patách. Kůže je spíše bledší, na pohmat teplá bez erytému. Tělesná teplota je 36,2 °C. Přítomny mírné otoky na dolních končetinách. Ochlupení přiměřené mužskému pohlaví, vlasy krátké, upravené.

Pacient plně při vědomí, orientován časem, místem i osobu (odpověděl adekvátně na kladené dotazy), mluví plynule.

Status presens při přijetí do domácí péče:

Domácí péči u pacienta zavedla všeobecná sestra této agentury. Sestra se pacientovi řádně představila, seznámila ho s harmonogramem nastavených návštěv a zároveň upozornila, že se u něj budou střídát všeobecné sestry v období odpolední a víkendové služby a v případě její nepřítomnosti. Zároveň s pacientem vyplnila veškeré administrativní prvky, které se týkají základních anamnestických údajů o něm a vyplnila s ním potřebné souhlasy, kde pacient uvádí, že s péčí domácí agentury souhlasí a vypíše zde nejbližšího člověka, jemuž může agentura či sestra podat informace o pacientovi, nebo s ním může zdravotní stav pacienta konzultovat. Dále vyjmenovala výkony, které byly lékařem indikovány, tak, aby jim porozuměl a zároveň je posléze při jejich provedení ukázala a vysvětlila. Na začátku péče byl proveden nutriční screening (viz. Tabulka č.2). S výsledkem odpovědi 3x ano, docházelo následně v týdenních intervalech k jeho přehodnocení. Sestra domácí péče sleduje fyziologické funkce, které odpovídají hodnotám při přijetí (viz. s.30-31). Hodnotí celkový stav pacienta, kontroluje funkčnost NSJ, její uložení a správnost aplikace výživy. Pacient si dohlíží na enterální pumpu v průběhu dne, je tedy poučen o manipulaci s ní a je mu ponechán kontakt na sestru pro případ obtíží. V těchto případech se dává kontakt na jednu sestru, která má pacienta v denní péči, v momentě, kdy má pacient problém a kontaktuje ji, tak ona předá informaci službu konající sestře a ta se s pacientem spojí a dále řeší vzniklý problém. U pacienta byla dále ordinována infuzní terapie. Zavedli jsme PŽK, o který pečuje sestra a do něj aplikuje 3x denně infuzní roztok podle ordinace lékařky. O stomii si pečuje pacient sám. Prověříme její průchodnost a povšimneme si okolí. Dekubit III.st. v sakrální oblasti a na levé patě je převazován dle ordinace lékařky, dekubit I.st. je promazáván mastí s obsahem zinku. Zhodnocujeme, zda dochází k hojení defektů a dodržujeme frekvenci převazů. Veškeré tyto úkony sestra zaznamená do ošetřovatelské dokumentace, která je ponechána u pacienta, k nahlédnutí dalším sestřím, konajícím službu. Dále se stanoví ošetřovatelské diagnózy, které odpovídají vnitřním předpisům agentury a dle jejího nastavení se přehodnocují v intervalu 14 dnů nebo při změně zdravotního stavu pacienta.

SITUAČNÍ ANALÝZA ke dni 09.09.2015

Situační analýza vycházela z propouštěcí zprávy, zdravotního poukazu, fyzikálního vyšetření, rozhovoru a pozorování. Zavedená péče bude probíhat 3x denně v rozsahu indikovaných výkonů (viz s. 27). Pacient je informován o výkonech i domácí péči. Budeme sledovat stav nutrice a přehodnocovat její vývoj dle plánu. Dále z fyzikálního vyšetření a zdravotního poukazu vyplynulo, že budeme sledovat zavedení a průchodnost NJS a provádět aplikaci enterální výživy, kontrolovat funkčnost a dobu zavedení periferní žilní kanyly do které budeme podávat ordinované fyziologické roztoky, hodnotit stav stomie a jejího okolí, provádět převazy dekubitů a přeměřovat fyziologické funkce. Během posuzování zdravotního stavu jsme si povšimli možných rizikových faktorů, například vzhledem k zavedeným invazivním vstupům a defektům je riziko infekce, vzhledem k věku je riziko pádů a v souvislosti s provedenou operací je riziko dysfunkční gastrointestinální motility. Dále jsme stanovili diagnózy, které jsou aktuální, vztahují se k diagnostikované malnutrici a k snížené pohyblivosti. Hygienickou péči zvládá sám s občasnou pomocí své družky. Fyziologické funkce u pacienta odpovídají hodnotám zjištěným při příjmu. Pacient spolupracuje s pracovníky domácí agentury a praktickou lékařkou. O onemocnění je plně informován, nabyté vědomosti umí použít, případně nemá potíže požádat o vysvětlení. Vliv domácího prostředí pozitivně ovlivňuje jeho psychiku, neprojevuje obavy a uvádí i spokojenost s kvalitou spánku. Je rád, že je v domácím prostředí v kruhu svých blízkých. Situační analýzu jsme dále zpracovali dle domén Nanda Taxonomie II a vyhodnotili jsme příslušné ošetřovatelské diagnózy.

Identifikaci problémů. Zjištěné odchylky od normy a rizika shrnujeme do problémových okruhů. Tělesné problémy v oblastech dle NANDA Taxonomie II.

1. Podpora zdraví: Pacient si uvědomuje své zdraví a péči o něj v domácím prostředí.

Objektivně: Pacient spolupracuje se zdravotním personálem a je ochoten se přiučit novým schopnostem podporujícím léčebný plán.

2. Výživa:

Subjektivně: „Necítím potřebu jíst, jídlo má nahořklou chuť, tekuté jídlo do sondy mě naplňuje pocitem sytosti.“

Objektivně: Pacient je dle vyhodnoceného nutričního screeningu (viz tabulka č.2) s odpovědí 3x ano a dle indikace lékaře v malnutrici. Má upraven dietní režim a podává se mu denně nutriční enterální výživa.

Hydratace: Subjektivně: „Nemám velký pocit žízně, spíš se hlídám, kolik toho vypiju.“

Objektivně: Po propuštění byly u pacienta ordinovány infuze k urovnání minerálové disbalance (Natrium 118,0 mmol/l, Kalium 3,3 mmol/l, Chloridy 106,0 mmol/l), kontrolujeme stav hydratace pacienta.

3. Vylučování a výměna

Subjektivně: „Prozatím stomie odvádí plyny i stolici, nemám potíže ani bolesti.“

Objektivně: U pacienta nejsou známky problémů, stomie je plně funkční.

4. Aktivita/odpočinek

Subjektivně: „Hůře se pohybuji a tudíž se o sebe i hůř postarám.“

Objektivně: U pacienta je pokles svalové síly, díky zhoršené hybnosti potřebuje pomoc s péčí.

5. Percepce/kognice: Pacient je orientován, komunikuje bez obtíží, staropaměť i novopaměť bez problémů.
6. Sebepercepce: Necítí potíže v této oblasti, objektivně nevyjadřuje poruchy ohledně přijetí nynější identity.
7. Vztahy mezi rolemi: Vztahy v rodině jsou dobré, funguje vzájemná podpora a spolupráce.
8. Sexualita: Pacient si nestěžuje na narušení vztahu v této oblasti.
9. Zvládání/tolerance zátěže: S oporou rodiny zvládá příslušné potíže vzniklé v průběhu nemoci, nevykazuje určující znaky příslušných ošetrovatelských diagnóz.
10. Životní principy: Pacient má utříděné životní principy, neprojevuje známky duchovního strádání.

11. Bezpečnost – ochrana:

Subjektivně: „Dbám na důkladnou hygienu a sleduju, dle poučení sestry okolí kanyly, sondy, stomie a defektů.“

Objektivně: Kontrolujeme všechny invazivní vstupy a provádíme výměnu dle standardu, sledujeme okolí dekubitů a stomie.

Subjektivně: „Sleduju, dle poučení sestry okolí stomie a defektů a v případě potřeby provedu výměnu obvazu nebo stomického sáčku.“

Objektivně: Kontrolujeme dekubity a jejich okolí, provádíme převazy dle ordinace nebo potřeby, v případě nutnosti opravíme péči o stomii po pacientovi, hodnotíme okolí stomie.

Subjektivně: „Jsem si lehce nejistý při chůzi a vstávání, jako oporu využívám chodítka a pomoc družky.“

Objektivně: Sledujeme orientaci a stabilitu pacienta.

12. Komfort: Pacient neuvádí vzniklé změny v oblasti všeobecného komfortu.

13. Růst/vývoj: Bez zjevného ovlivnění.

Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA Taxonomie II. a jejich utřídění dle priorit

Aktuální diagnózy:

Snaha zlepšit výživu (00163) z důvodů proteinenergetické malnutrice a aplikace enterální výživy.

Zhoršená tělesná pohyblivost (00085) z důvodů snížení svalové síly.

Snaha zlepšit sebeděči (00182) z důvodů oslabení pacienta vlivem dlouhodobé hospitalizace.

Narušená integrita tkáně (00044) z důvodů vzniklých dekubitů a stomie.

Potencionální diagnózy:

Riziko nevyváženého objemu tekutin v organismu (00025) z důvodů proteinenergetické malnutrice a nedostatečně vyváženého příjmu potravy a tekutin.

Riziko infekce (00004) z důvodů zavedené NJS, ileostomie a zavedení PŽK.

Riziko pádů (00155) z důvodů vyššího věku pacienta, přidružených onemocnění a občasné noční dezorientace.

Riziko dysfunkční gastrointestinální motility (00197) z důvodů předešlého operačního výkonu na trávicím traktu a provedení terminální ileostomie.

V následujícím textu popisujeme ošetrovatelskou diagnózu s nejvyšší prioritou, tj. snaha zlepšit výživu. Detailně se zaměříme na 2. den realizace po zavedení do domácí péče. Následně pak hodnotíme realizaci péče s odstupem, abychom vystihly změny v indikované péči a vývoj zdravotního stavu pacienta.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA

Snaha zlepšit výživu (00132)

Doména 2: Výživa

Třída 1: Příjem potravy

Definice: Vzorec příjmu živin, který je dostatečný pro splnění potřeb metabolismu a lze jej posílit.

Určující znaky:

- postoj pacienta k příjmu tekutin se shoduje se zdravotními cíli
- postoj pacienta ke stravování se shoduje se zdravotními cíli
- pacient pije vhodné tekutiny
- pacient jí vhodnou stravu
- pacient se pravidelně stravuje
- pacient vyjadřuje ochotu ke zlepšení výživy
- zvládá bezpečnou přípravu tekutin
- zvládá bezpečnou přípravu stravy sám nebo za pomoci své družky
- bezpečně skladuje tekutiny
- bezpečně skladuje potraviny

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient zlepší výživu do 2 měsíců natolik, aby nebyla nutná nutriční podpora.

Cíl krátkodobý: Pacient umí aplikovat enterální výživu s pomocí sestry, umí obsluhovat enterální pumpu a má nastavený vhodný stravovací rozvrh do 3 dnů.

Očekávané výsledky:

Pacient zná příčiny zhoršeného stavu výživy.

Pacient je schopen hovořit o stavu výživy.

Pacient je schopen dohlížet nad průběhem podání enterální výživy.

Pacient zná dietní režim a konzumuje vhodnou stravu v pravidelných intervalech.

Plán intervencí: Edukuj o správné aplikaci enterální výživy, informuj o vhodné výživě a rozvržení jídelníčku, prováděj nutriční screening, prováděj záznamy do dokumentace. Všímej si chování pacienta, popřípadě jeho změn a proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace, kontroluj fyziologické funkce (TK, P, DF, TT) a zaznamenávej do dokumentace.

Realizace domácí péče 2. den po přijetí:

Vyplývající intervence bude v průběhu ranní směny realizovat sestra, která ho bude mít v trvalé péči. V průběhu večerních, víkendových a svátečních služeb se budou u pacienta střídát sestry pracující v agentuře a konající danou službu. Sestra domácí péče vyráží ráno do domácností pacientů z působiště agentury. Pracovní doba jí začíná v 7 hodin. Většinou obdrží seznam pacientů na celý týden hned první pracovní den. V případě změn seskupení pacientů se seznam upravuje. Pokud to z provozních důvodů je možné, dochází sestra ke stejným pacientům.

U pacienta je sestra z předešlého dne domluvena, že ranní návštěva bude zahájena mezi 7 – 9 hodinou ranní. Začátek ranní návštěvy je v 7:05 hodin. V ranní návštěvě má pacient zahrnut návštěvu 06317. Sestra při příchodu zahájí zdvořilou konverzaci s pacientem, popřípadě i s družkou. Během rozhovoru zjistí, jak se pacient vyspal, jak se cítí, zda nenastaly během noci nějaké nové obtíže nebo změny v chování, orientaci a komunikaci, přičemž vychází z anamnestických údajů získaných při přijetí do péče.

Vyzve pacienta k usazení, aby mohlo dojít k potřebnému ošetření. Změří pacientovi fyziologické funkce, které odpovídají naměřeným hodnotám při získávání vstupní anamnézy. Zkontroluje NJS, zda není povytažená, je průchozí a jestli se v jejím okolí neobjevily nějaké defekty, které mohou být komplikací u takto zavedené sondy. NJS se propláchne fyziologickým roztokem nebo čajem vždy před zahájením a po ukončení podávání výživy. Sestra napojí enterální výživu pomocí enterálního setu odpovídajícího dané výživě a enterální pumpě. Set je celý propláchnutý enterální výživou, tak, aby se do trávící trubice nedostal zbytečný vzduch a nevedl k nadýmání. Pumpu nastaví na průtok dávkování 100 ml/hodinu a poučí pacienta o manipulaci s přístrojem a o správném průběhu dávkování výživy. Edukace týkající se obsluhy přístrojů sestry vždy pacientovi zopakují, aby nedošlo k chybnému zacházení a nevhodné manipulaci s roztoky. Dále pacienta pobídne k nastavení jídelníčku na nadcházející den a pomůže mu sestavit časový harmonogram konzumace dané potravy. Poté se přesune k splnění dalších ordinací nastavených lékařkou. Zkontroluje funkčnost, okolí a dobu zavedení PŽK, připojí fyziologický roztok, na který nasadí obyčejný gravitační set a přizpůsobí rychlost průtoku kapek tak, aby roztok dokapal do odpolední návštěvy, pokud by dokapal dříve, poprosí sestru o telefonickou informaci. Následuje kontrola funkčnosti stomie a zhodnocení jejího okolí. Pak provede převaz dekubitů III. stupně v sakrální oblasti a levé patě. Na pravé patě ošetří dekubit I. stupně mastí s obsahem zinku. Ukončí ranní návštěvu tím, že provedené úkony zaznamená do dokumentace ponechávané u pacienta, umožňující nahlédnutí a zápis další sestře konající službu. Při odchodu se s pacientem domluví na odpolední návštěvě v době mezi 13 – 14 hodinou.

Odpolední návštěva je zahájena v 13:40 hodin, zde je indikován výkon 06315. Na začátku opět sestru zavede rozhovor, aby zjistila, zda vše probíhalo bez komplikací. Infuze je již dokapaná, pacient si sám přivřel infuzní set. Sestra jej odpojí a propláchne PŽK fyziologickým roztokem, který poté uzavře uzávěrem k tomu určeným. Dále zkontroluje průběh aplikace enterální výživy, průchodnost a okolí stomie a stav obvazů. Zhodnotí dosavadní perorální příjem pacienta a časové odstupy a ponechá zbylý harmonogram nastavený na ranní domluvě. Pacient se cítí dobře, není tedy nutné kontrolovat fyziologické funkce. Opět vše zapíše do dokumentace ponechávané u pacienta a v závěru se s pacientem domluví, že večerní služba přijde v rozmezí 18 – 20 hodiny.

Po ukončení návštěv sestra přejede na působiště agentury, zapíše získané údaje do dokumentace pacientů (viz. příloha B), která zůstává na agentuře, kde má každý pacient vedenou svou složku. Na konci své ranní služby předává stručné hlášení službu konající sestře.

Služící sestra se k pacientovi dostaví v 18:05 hodin, zde je také indikován ošetrovací výkon 06315. Návštěva je zahájena rozhovorem. Sestra překontroluje stav PŽK, stomie, fixaci obvazů a jejich okolí. Výživa do NJS je vykapaná. Sestra tedy výživu odpojí, propláchne NJS a set s obalem od enterální výživy zlikviduje do příslušného odpadu, který má pro tyto účely vymezen. Prodiskutuje s pacientem celodenní jídelníček a společně zhodnotí jeho efektivitu. Pacient necítí obtíže, fyziologické funkce jsou v podobných hodnotách jako ráno. Sestra provede záznam do příslušné dokumentace a znovu pacienta poučí co dělat v případě komplikací. Ukončí večerní návštěvu a domluví rozmezí ranní návštěvy na dobu mezi 7 – 9 hodinou.

Zhodnocení realizace 2.dne domácí péče: Pacient má péči zavedenou 2. den, doma se cítí lépe. Snaha o zlepšení jídelníčku a příjmu vhodné stravy je vyhovující. Pacient projevuje značnou aktivitu při jeho sestavování a s pomocí družky zvládají přípravu daných jídel. Časový odstup je třeba ještě navyknout, ale je zde patrná snaha zvládnout i tento cíl. Enterální pumpu obsloužil zdatně, dostal jednoduchý návod od sestry a díky jeho pomoci nebylo třeba během dne nijak zasáhnout. Obsloužení NJS nebylo tak bezproblémové. V průběhu aplikace výživy bylo nutné, aby se pacient sám dvakrát odpojí. Za pomoci své družky však zvládl odpojení, propláchnutí i opětovné napojení výživy, nebylo nutné na pomoc volat sestru. Pacient si přivyká omezení denní aktivity během aplikace výživy. S omezením je seznámen a snaží se jej akceptovat. V oblasti výživy byl druhý den realizován úspěšně a můžeme tak hodnotit splnění krátkodobého cíle, protože pacient si přivyká vhodnému jídelníčku, umí manipulovat s enterální pumpou a je schopen obsloužit NJS.

V období mezi 2.-39. dnem došlo k upravení indikace návštěv. Domácí péče byla realizována podle ošetřovatelského plánu. V oblasti výživy došlo k plnohodnotnému nastavení jídelníčku a pacient spolu se svou družkou zvládal výběr potravin a přípravu jídla. Nebylo však ještě v plné výši dosaženo optimální nutriční vyváženosti natolik, aby byla zrušena enterální výživa. Nutriční screening se přehodnocoval po týdnu. Byly provedeny kontrolní krevní vyšetření, při kterých byly hladiny minerálů v krvi v referenčních mezích a nebylo tedy nutné pokračovat i indikaci infuzních roztoků. 17. září 2015 byl tedy zrušen periferní žilní katétr. Lékařka upravila dokumentaci a indikovaný výkon od tohoto data zrušila. Stomie měla stále stejný vzhled a plnila svou funkci. V těsné blízkosti vývodu se vytvořil 20. září 2015 pooperační píštěl. Lékařka byla informována, indikovala převazy s Betadine a učinila záznam do dokumentace s příslušným kódem. U dekubitů docházelo k postupné granulaci, vývoj byl ovšem pomalý a převazy byly ponechány dle původního nastavení. Psychika pacienta byla na dobré úrovni, vyprávěl, vtipkoval a liboval si v dlouhých rozhovorech. Na konci měsíce lékařka vystavila nový poukaz (viz. příloha D), kde vypustila jednu denní návštěvu (kód 315).

Nyní uvádíme podrobnější realizaci až 40. dne domácí péče, aby bylo možné zachytit změny v indikované domácí péči a vývoj zdravotního stavu pacienta včetně realizace ošetřovatelského procesu.

Realizace 40. dne v domácí péči:

Ranní návštěva byla zahájena v 8:45 hodin, po předchozí domluvě. Druhý měsíc péče už měl pacient upraveny návštěvy dvakrát denně – ranní pod výkonem 06317 a večerní 06315. Při příchodu byl během konverzace zjištěn průběh uplynulé noci a sestra si tak utřídila informace o odpočinku pacienta jeho psychickém stavu a orientaci. Pacient je již seznámen s postupem návaznosti výkonů.

Po odstupu období aktualizujeme ošetřovatelskou anamnézu, při které zjišťujeme, že nutriční screening se zlepšil v hodnocení o jednu slovní odpověď ano, přičemž váha pacienta nabyla o 2kg, což značí výslednou váhu 85kg a BMI stále 25. Dále aktualizujeme informace ošetřovatelské anamnézy opět dle ošetřovatelského modelu Marjory Gordon.

Hlava a krk beze změn, nebolí, hlava je normocefalická, oči jsou ve středním postavení, pohyblivé, skléry bílé, spojivky růžové, zorničky izokorické, používá brýle na čtení. Uši a nos bez výtoků, NSJ bez dekubitu a povytažení. Rty jsou souměrné bez ragád. Dásně a sliznice dutiny ústní růžové, vlhké. Jazyk bez povlaku a bez poranění, plazí středem. Tonzily nezvětšeny, krk souměrný bez otoků, lymfatické uzliny nehmatné, štítná žláza nezvětšena, náplň jugulárních žil v normě, šíje volná. Pacientovi se dýchá dobře, bez námahových obtíží. Hrudník symetrický bez deformit, poslechově bez slyšitelných fenoménů, poklep plný, počet dechů 14/minutu, pravidelných. Srdeční akce pravidelná, frekvence 74/minutu, TK 130/70 mmHg. Puls je hmatný na horních i dolních končetinách. Dolní končetiny bez otoků, varixy na pravé dolní končetině beze změn. Dekubit na levé patě dolní končetiny, stále III.stupně, nyní o rozsahu 2x1cm. Břicho prohmatné, na dotyk nebolestivé, přítomny jizvy po prodělaných operacích. Stomie odvádí stolici i plyny, peristaltika auskultačně přítomna. V její těsné blízkosti se vytvořila píštěl, z které odchází malé množství lehce zapáchajícího sekretu. Převezvy jsou nastaveny lékařkou a provádí se dvakrát denně. Genitál beze změn, močí dobře, v sakrální oblasti dekubit III.stupně, granulující, nyní o velikosti 3x2cm. Svalová síla je větší, klouby bez zjevné patologie. Pohyblivost pacienta téměř samostatná s minimálním použitím kompenzačních pomůcek, občasná bolestivost kloubů přetrvává. Smysly bez komplikací, reflexy výbavné. Tremor a tiky nepřítomny. Kůže je teplá bez erytému. Tělesná teplota je 36,4 °C. Pacient stále plně při vědomí, orientován časem, místem i osobu, mluví plynule. Ošetrovatelské diagnózy stanovené při příjmu pokračují, protože nebyly dosud splněny.

Sestra pokračuje provedením daných výkonů. Fyziologické funkce již zkontrolovala. Zhodnotí průchodnost, okolí a umístění NJS. Připojí enterální výživu pomocí enterálního setu. Pumpu nastaví na průtok dávkování 100 ml/hodinu a znovu poučí pacienta. Prodiskutuje s pacientem sestavený jídelníček, jeho denní rozvržení a spokojenost pacienta s perorální stravou.

Dotáže se i na vhodný a dostatečný příjem tekutin a poučí ho o vhodném množství. Následuje kontrola ostatních ošetrovatelských náležitostí a provedení zbylých výkonů dle poukazu. Po ukončení ranní péče provede záznam do dokumentace u pacienta. Při odchodu se opět s pacientem domluví na rozmezí večerního příchodu

služby mezi 18 - 21 hodinou. Rozmezí je větší z důvodů navýšení pacientů potřebujících večerní péči.

Sloužící sestra se k pacientovi dostaví ve 20.20 hodin. Rozhovorem sestra ověří zdravotní stav pacienta, jeho orientaci a průběh celého dne. Výživa do NSJ je vykapaná, pacient si ji sám odpojil a sondu propláchnul, sestra tedy provede pouze zkoušku průchodnosti. Nastaven denní harmonogram jídelníčku pacient dodržel a cítí se sytý, bez zjevné únavy. Zaznamená informace do příslušné dokumentace. Ukončí večerní návštěvu a domluví rozmezí ranní, mezi 7-9 hodinou.

Zhodnocení 40. dne v domácí péči:

Čtyřicátý den proběhl bez potíží, všechny ordinace byly splněny. U pacienta je patrný posun léčby. Dle výsledků nutričního screeningu došlo k výraznému zlepšení. Pacient si umí poradit s přípravou vhodné stravy, upravuje si ji tak, aby jí jedl s chutí a těšil se na další. Umí plně obsluhovat enterální pumpu a manipulovat s NJS při ukončení výživy. Jeho psychika je v dobré kondici, nemá potíže s komunikací, spolupracuje s personálem a s družkou se chovají k příchozím sestram vstřícně a přátelsky.

V období po 40. dnu docházelo k dalšímu zlepšování zdravotního stavu pacienta. Domácí péče byla realizována podle ošetřovatelského plánu. V oblasti výživy se zlepšilo vyhodnocení screenigového testu jen na jednu slovní odpověď ano, váha pacienta opět narostla o jeden kilogram a nastavení jídelníčku odpovídalo požadavkům dané diety a nutričním potřebám pacienta. Byla tedy odstraněna NJS a ošetřovatelská diagnóza byla ukončena. Stomie měla stále stejný vzhled a plnila svou funkci. Pooperační píštěl v blízkosti stomie byla téměř uzavřena bez odchodu sekretu. Pacient byl seznámen s provedením převazů s Betadine roztokem, ty zvládal sám. Dekubity na patách a v sakrální oblasti postupně zgranulovali, až došlo k jejich plnému zhojení. Psychika pacienta byla na dobré úrovni. Při kontrolní návštěvě praktické lékařky před koncem prosince 2015 se lékařka rozhodla k ukončení návštěv,

přičemž pacienta poučila o následné péči o stomii a píštěl v oblasti břicha. Pacient bude docházet na pravidelné konroly. Sestry ukončily péči k datu 31. prosince, přičemž ukončily všechny stanovené diagnózy. Cíle těchto diagnóz byly naplněny, mimo

zhojení píštěle. Pacient byl s domácí péčí spokojen, byl veselý, komunikativní a v současné době plně samostatný

Celkové zhodnocení domácí péče:

Péče domácí agentury popsána v předešlém textu, zahrnuje období s vývojem zdravotního stavu pacienta, tak aby zde byly popsány jeho změny a byla zde zachycena úprava indikace výkonů od praktické lékařky. Pacient byl přijat do domácí péče na základě indikace ošetřující lékařky v nemocnici, která pacienta propouštěla z hospitalizace. Při přijetí byl seznámen s chodem domácí péče a průběhem ošetrovacích výkonů. Byly stanoveny ošetrovatelské problémy, které byly dále sledovány a přehodnocovány sestrami domácí péče, po té byly zaznamenávány do zdravotní dokumentace dle zvyku organizace. Všechny ošetrovatelské cíle nebyly prozatím splněny. Ošetrovatelský proces byl ukončen 40 den péče. V jejím průběhu docházely k pacientovi denně všeobecné sestry domácí agentury. O všech úkonech byl pacient edukován, zvládal obsluhu enterální pumpy a manipulaci s enterální výživou. S pomocí sestry a zapojením pacientovy družky, bylo možné postupně nastavit stravovací návyky a upravit skladbu jídelníčku. Stomii si pacient zvládl obsloužit sám. Sestry prováděli pravidelné převazy a hodnocení vzniklých defektů. Komunikace probíhala převážně mezi sestrami, pacientem a jeho družkou. Sestra dále informovala praktickou lékařku o vývoji zdravotního stavu pacienta, vhodné úpravě indikovaných návštěv a 1x měsíčně asistovala lékařce při osobní návštěvě u pacienta. Ošetřujícím personálem byla spolupráce s pacientem hodnocena kladně, z důvodů příznivé spolupráce pacienta i jeho družky.

9 DISKUZE

Není snadné diskutovat o práci u pacientů s onkologickým onemocněním v domácí péči. V současné době má tento druh péče stoupající trend. Vývoj této situace je dlouhodobý a je možný zjistit z různých publikací na toto téma (např.: Lenochová a kolektiv/2008/, Slováček a kolektiv/2014/, Denková/2009/ a další). Mimo jiné se i Ministerstvo práce a sociálních věcí přiklání k co nejdelšímu setrvání stárnoucí a nemohoucí populace v domácím prostředí. Komplexní léčba je pak zaměřena na kvalitu života, ošetrovatelské intervence u nemocných a starých občanů. Výhodou domácí péče je setrvání pacienta ve vlastním prostředí, vyhneme se tím stresujícím situacím z cizího prostředí, které na sebe vážou další negativní reakce pacientů. Přibývání onkologických pacientů vyžaduje specifickou ošetrovatelskou péči. Řada onkologicky nemocných si přeje zůstat co nejdéle doma. Patří sem i pacienti, kteří mají ukončenou protinádorovou léčbu, u nichž je volena paliativní terapie. Zkušenosti ukazují, že zajištění takové péče je často velmi náročné pro praktické lékaře i agentury domácí péče. Výsledky získané pomocí kazuistiky jsem porovnávala s publikacemi na téma terénní péče, domácí péče a péče o terminální stavy. Zde se autoři zabývají aktivní poskytovanou péčí u pacientů v pokročilém a terminálním stavu onemocnění. Tato péče je odlišná od běžné domácí péče, protože je nutné zajištění odborného personálu. V průběhu zpracování této práce v porovnání s publikacemi (např.: Valchová/2013/, Lenochová/2008/, Andrejkovová a kolektiv/2008/ a další), jsme zjistili, že je důležitá vzájemná spolupráce a podpora sester, rodiny i praktických lékařů. Je nezbytné, aby pacienti měli dostatečné rodinné zázemí, které má celkový vliv na psychiku a regeneraci pacientů. Zároveň je důležité, aby v agenturách domácí péče pracovaly sestry specialistky, schopné podat léky, ošetřit katétry a poskytnout další odbornou sesterskou péči. Podle Paraskové(2008) spočívá pozitivita domácí péče v neustálém kontaktu s docházející osobou, možností okamžité reakce na jeho aktuální potřeby, dodání mu jistoty a opory ve spolupráci s jeho rodinou. Díky vzájemné komunikaci lze včas zasáhnout a zajistit odpovídající péči, která přesahuje možnosti domácí agentury.

9.1 Doporučení pro praxi

Doporučení pro praxi vyplívají nejen z ošetřování našeho pacienta, ale především z požadavků domácí péče. Zde se potvrzuje jak je důležitá komunikace sestry s pacientem, jeho rodinou a s praktickým lékařem. Důraz je kladen na dovednosti sester v oblasti odborných výkonů, například zavedení periferních žilních katétrů, zavedení nazogastrické sondy, zavedení močového katétru a podobně. Dále je potřeba zvládat manipulaci s přístroji, které mohou být v domácí péči použity, například enterální pumpa, infuzní pumpa, lineární dávkovač a podobné. Je potřeba si uvědomit, že sestra jde do prostředí pacienta, má omezené prostředky, musí často improvizovat, bez toho, aniž-by za sebou měla oporu vybaveného nemocničního oddělení. S ohledem na uvedené výsledky by bylo vhodné, aby všeobecné sestry, již během studií, byly více zapojované do praktických hodin terénní neboli domácí péče. Přispělo by to přinejmenším k získání informací o domácí péči. Sestry by měly základní přehled o skupinách nemocných, kteří do takové péče spadají. Více by přemýšlely nad svými schopnostmi a možná by je to přimělo zamyslet se nad rozhodnutím, jestli jsou schopny takovou péči poskytovat a zvládat.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce byl detailní deskriptivní popis domácí péče u pacienta s karcinomem. Zachytili jsme zahájení domácí péče a péči s odstupem, kde jsme popsali vývoj zdravotního stavu pacienta realizací ošetrovatelského procesu. Vzhledem k diagnostikované malnutrici a zavedené nazojejunální sondě, jsme se zabývali problematikou výživy. Pacient se naučil s pomocí sestry a podpory své družky během péče zlepšit stravovací návyky a volit vhodný výběr potravin pro bezezbytkovou dietu, která mu byla na začátku indikována. Nutriční screening byl zlepšen, přesto však enterální podpora cestou nazojejunální sondy pokračuje, protože výsledky zatím neodpovídají potřebným požadavkům lékařky. Stav hydratace byl u pacienta vylepšen natolik, že byla zrušena infuzní terapie a s ní i periferní žilní katétr. Další ošetrovatelské problémy se postupně řešily s praktickou lékařkou. Prostřednictvím této kazuistiky jsme poukázali na význam domácí péče, její opodstatnění a přínos hlavně pro pacienty s takto závažným onemocněním.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADAM a kol., 2011. *Obecná onkologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-715-8.

AGENENDT G. a kol., 2010. *Psychoonkologie v praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-736-7781-7.

BUKÁČOVÁ, Jitka, 2012. *Spokojenost onkologických seniorů*, Ošetrovatelská péče: odborný časopis zdravotnických pracovníků v sociálních službách, roč. 2012, č. 4, st. 4-7. ISSN: 2336-1603.

DENKOVÁ, Marie. 2009. *Terénní péče o terminální stavy*, Sociální péče: odborný časopis pracovníků sociální péče, roč. 2009, č. 3st. 29-30. ISSN: 1213-2330.

HENDL, Jan. 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

JAROŠOVÁ D., 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 974-80-247-2150-7

KADOCHOVÁ, Marie a VESELÁ, Eva, 2012. *Aktuálně: Paliativní péče v domácím prostředí*, Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry, roč. 22, č. 10, st. 39. ISSN: 1210-0404.

KLENER, Pavel, 2011. *Základy klinické onkologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-716-5.

KŘEMEN, Jaromír a kol., 2011. *Nutriční podpora u onkologicky nemocných*, Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře, roč. 13, příloha 3(interna), st. 35-43. ISSN: 1212-4184.

KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4650-0.

LENOCHOVÁ, Eva, 2008. *Péče o onkologického pacienta v domácím prostředí*, Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry, roč. 18, č. 1, st. 36-37. ISSN: 1210-0404.

LENOCHOVÁ, Eva, 2007. *Léčba bolesti u nevléčitelně nemocných a umírajících. 1. část*, Practicus: odborný časopis praktických lékařů, roč. 6, č. 9, st. 34. ISSN: 1213-8711.

MARKOVÁ, Alžběta, 2015. *HOSPIC DO KAPSY: příručka pro domácí paliativní týmy*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-905809-4-7.

MASTILIAKOVÁ, D. 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5376-8.

MISCONIOVÁ, Blanka, 2006. *Národní centrum domácí péče*. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/-blanka-misconiova-klienti-si-nekdy-musi-domaci-peci-vybojovat-zdroj-www-czechmed-cz>.

NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012–2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

SEZNAM VÝKONŮ: on-line. *Bodník [online]*. MZ ČR Praha, 2016 [cit. 2016-02-05] 2. Seznam zdravotních výkonů - Kapitola 925 - sestra domácí zdravotní péče.

SKÁLA, Bohumil, 2014, *Mobilní hospicová péče*, [cit. Practicus : odborný časopis praktických lékařů [roč.13, č.8], st. 5, ISSN 1213-8711. Dostupné z: <http://web.practicus.eu/sites/cz/Stranky/Archiv.aspx> - domovská stránka časopisu - plný text volně přístupný.

SLÁMA, Ondřej, 2008. *Kdy ukončit protinádorovou léčbu? Kdy indikovat hospicovou péči?*, Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR. 2008, roč. 18, č. 3, st. 25-27. ISSN: 1212-6152.

SLOVÁČEK, Ladislav a kol., 2014. *Paliativní a hospicová péče v domácím prostředí*, Prague ONCO journal: odborný onkologický časopis pro mezioborovou spolupráci, č. 5, st. 76 – 77. ISSN: 1804-2252.

SLOVÁČEK, Ladislav a kol., 2014. *Domácí hospicová péče - její postavení v komplexní léčbě onkologicky nemocných*, [cit. Edukační sborník: Brněnské onkologické dny a Konference pro nelékařské zdravotnické pracovníky Brno:

Masarykův onkologický ústav, st. 121 - 122. Dostupné z: http://www.linkos.cz/files/akce/2014/bod/Sbornik_BOD_a_KNZP_2014_final_locked.pdf - domovská stránka časopisu.

ŠPINKOVÁ, Martina, 2014, *Paliativní péče; hospicová a paliativní péče; terminologie jako téma; péče o umírající*, Abeceda domácí paliativní péče aneb Pan Ptáček se ptá, Publikace: Praha: Cesta domů, 11 nečíslovaných stran.

VALEROVÁ, Iva, 2013. *Léčba nezvladatelných bolestí v domácím prostředí*, Florence: časopis moderního ošetrovatelství, roč. 9, č. 3, st. 17-18. ISSN: 1801-464X.

VOKURKA a kol., 2008. *Velký lékařský slovník, 8. vydání*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-166-0.

VORLÍČEK JIŘÍ, 2012. *Onkologie – lékařské repetitorium*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-603-6.

WASSERBURGEROVÁ, Lenka, 2014, *Dlouhodobá péče a péče v poslední fázi života ve Velké Británii*, [cit. Florence: časopis moderního ošetrovatelství (roč. 10, č. 10)], st. 28-29, ISSN 1801-464X. Dostupné z: <http://www.florence.cz/> - domovská stránka časopisu.

ZÁKONY PRO LIDI: on-line, 2016. *Zakonyprolidi [online]*, MZ ČR Praha, [cit. <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>].

ZÁVADOVÁ, Irena a SLÁMA, Ondřej, 2012. *Hodnocení a léčba chronické nádorové bolesti*, Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře, roč. 14, č. 4, st. 431-438. ISSN: 1212-4184.

PŘÍLOHY

Příloha A – Seznam zdravotních výkonů	I
Příloha B – Dokumentace zaznamenávání domácí péče	II
Příloha C – Poukaz domácí péče 1.	III
Příloha D – Poukaz domácí péče 2	IV
Příloha E – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů	V
Příloha F – Rešeršní protokol	VI

Tabulka č1- VAS

VAS = Vizuální analogová škála. Tato zkratka se používá v souvislosti s hodnocením bolesti pacientů. Její hodnocení je účinné v případě, že se při základní ošetřovatelské anamnéze tato tabulka použije a dále se používá před podáním analgetika a po jejich podání a nástupu účinku. Nejčastěji se používá varianta číselná, kterou zde znázorňuji.

VAS = Vizuální analogová škála- číselná.

1= žádná bolest

10= nesnesitelná bolest

1	2	3	4	4	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(PARUSOVÁ, 2016)

Tabulka č.2 - Nutriční screening

Nutriční screening slouží k posouzení váhových úbytků a nutričního stavu pacienta vzhledem k onemocnění.

Nutriční screening

Hodnocení	Ano	Ne
BMI menší než 20,5		
Váhový úbytek v posledních 3 měsících		
Snížený perorální příjem v posledním týdnu		
Závažné onemocnění		

Hodnocení screeningu:

- Pokud je odpověď alespoň na jednu otázku ANO, informuj lékaře.
- Pokud jsou všechny odpovědi NE, opakuj screening v týdenním intervalu (PARUSOVÁ, 2016).

Příloha A - Seznam zdravotních výkonů

Sestra domácí zdravotní péče

06311 Zavedení, ukončení domácí zdravotní péče, administrativní činnost sestry v domácí péči

Výkon bude hrazen po předchozí indikaci registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci při převzetí pacienta do lékařem indikované dočasné nebo dlouhodobé ošetrovatelské péče v domácnosti. Maximálně 2x na jednoho pacienta za ukončený cyklus soustavné domácí zdravotní péče. Doba výkonu: 60minut (Bodník [online]).

06313 Ošetrovací návštěva domácí zdravotní péče – typ I.

Výkon bude hrazen po předchozí indikaci registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci návštěv na určité období. Tato forma domácí zdravotní péče je určena zejména pro pacienty odkázané na ošetřování druhou osobou pro částečnou imobilitu, dezorientaci, inkontinenci a specifickou náročnost ošetrovatelské péče. Doba výkonu: 30minut (Bodník [online]).

06315 Ošetrovací návštěva domácí zdravotní péče – typ II.

Výkon bude hrazen po předchozí indikaci registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci návštěv na určité období. Tato forma domácí zdravotní péče je určena zejména pro pacienty odkázané na ošetřování druhou osobou pro imobilitu, dezorientaci, inkontinenci a specifickou náročnost ošetrovatelské péče. Doba výkonu: 45minut (Bodník [online]).

06317 Ošetrovací návštěva domácí zdravotní péče – typ III.

Výkon bude hrazen po předchozí indikaci registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci návštěv na určité období. Tato forma domácí zdravotní péče je určena zejména pro pacienty odkázané plně na ošetřování druhou osobou pro imobilitu, dezorientaci, inkontinenci a specifickou náročnost ošetrovatelské péče, doplněné fyzickou náročností poskytované péče. Doba výkonu: 60minut (Bodník [online]).

06318 Ošetrovací návštěva domácí zdravotní péče – typ IV.

Výkon bude hrazen po předchozí indikaci registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při

hospitalizaci, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci návštěv na určité období.

Tato forma domácí zdravotní péče je určena zejména pro pacienty odkázané na ošetřování druhou osobou pro částečnou imobilitu, dezorientaci, inkontinenci a specifickou náročnost ošetrovatelské péče. Doba výkonu: 15 minut (Bodník [online]).

06319 Fyzická asistence při poskytování domácí zdravotní péče

Dle ordinace registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci, který zhodnotí aktuální fyzickou náročnost ošetrovatelské péče - u imobilního pacienta – pověření dalšího člena týmu agentury domácí zdravotní asistenci při provedení výkonu možno SZP, NZP, PZP. Doba výkonu: 30 minut (Bodník [online]).

06321 Vyšetření stavu pacienta sestrou ve vlastním sociálním prostředí

Přičti k výkonu ošetrovací návštěva domácí zdravotní péče, jen materiálové náklady výkonu. Výkon bude hrazen po předchozí indikaci registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci návštěv na určité období (Bodník [online]).

06323 Odběr biologického materiálu

Přičti k výkonu ošetrovací návštěva domácí zdravotní péče, jen materiálové náklady výkonu. Výkon bude hrazen po předchozí indikaci registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci návštěv na určité období (Bodník [online]).

06325 Aplikace ordinované parenterální terapie pro zajištění hydratace, energetických zdrojů a léčby bolesti

Přičti k výkonu ošetrovací návštěva domácí zdravotní péče, jen materiálové náklady výkonu. Výkon bude hrazen po předchozí indikaci registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci návštěv na určité období (Bodník [online]).

06327 Ošetření stomií

Přičti k výkonu ošetrovací návštěva domácí zdravotní péče, jen materiálové náklady výkonu. Výkon bude hrazen po předchozí indikaci registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci návštěv na určité období (Bodník [online]).

06329 Lokální ošetření

Přičti k výkonu ošetrovací návštěva domácí zdravotní péče, jen materiálové náklady výkonu. Výkon bude hrazen po předchozí indikaci registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetrojícího lékaře při hospitalizaci, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci návštěv na určité období (Bodník [online]).

06331 Klyzma, výplachy, cévkování, laváže, ošetření permanentních katetrů

Přičti k výkonu ošetrovací návštěva domácí zdravotní péče, jen materiálové náklady výkonu. Výkon bude hrazen po předchozí indikaci registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetrojícího lékaře při hospitalizaci, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci návštěv na určité období (Bodník [online]).

06333 Aplikace inhalační a léčebné terapie p.o., s.c., i.m., i.v., UV, event. další způsoby terapie či instilace léčiv

Přičti k výkonu ošetrovací návštěva domácí zdravotní péče, jen materiálové náklady výkonu. Výkon bude hrazen po předchozí indikaci registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetrojícího lékaře při hospitalizaci, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci návštěv na určité období. Léčebná terapie p. o. se vykáže jen v případě, že vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta musí být lék vložen do úst a musí být za pomoci pomůcek kontrolována dutina ústní, neboť pacient neumí polknout lék sám (Bodník [online]).

06335 Návčik zaučování aplikace inzulinu

Výkon bude hrazen po předchozí indikaci registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetrojícího lékaře při hospitalizaci, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci návštěv na určité období. Přičti k výkonu ošetrovací návštěva domácí zdravotní péče, jen materiálové náklady výkonu Maximálně 30krát za 14dní (Bodník [online]).

Příloha B - Dokumentace zaznamenávání domácí péče

Charita

FARNÍ CHARITA NERATOVICE
DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE
 U ZÁVOR 1458, 277 11 NERATOVICE
 sekretariat@charita-neratovice.cz

REALIZACE OŠETROVATELSKÉHO PLÁNU
 MPMZIC

Jméno pacienta: _____

Datum, rok	Ošetřovací den	Čas *	Kód návštěvy	Sprchování DK	Otoky DK	Lečebná hygiena	Pomoc při oblékání	Péče o dutinu ústní	Hydratace	Výživová sonda	Psychická podpora	Kyzezná, cvičování	Péče o močový kateřr	Inkontinence moče	Inkontinence stolice	Péče o PEG	Péče o stomie	Péče o Centrální venózní kateřr	Péče o Periferní kateřr	Převazy	Bandáže	Ošetření kůže	Polohování	Os. RHB, kondiční cvičení	Měření fyziologických funkcí+	Podávání léků	Aplikace inzulinu	Aplikace injekcí	Odběr biolog. materiálů	Inluzní terapie		
	1	7:05	1834																													
	2	7:45	1834																													
	3	8:00	1834																													
	4	8:15	1834																													
	5	8:25	1834																													
	6	8:30	1834																													
	7	8:35	1834																													

Podpis sestry + razítko

Strana č. 1

Charita

FARNÍ CHARITA NERATOVICE
DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE
 U ZÁVOR 1458, 277 11 NERATOVICE

Jméno, příjmení pac: _____

(Parusová, 2016)

Příloha C – Poukaz domácí péče 1

pojišťovny 11	požaduje díl A	lép: 040052P2 Odbornost: 171	datum 8.9.2015	poř. číslo poukazu 1 nepřerušované
------------------	-------------------	---------------------------------	-------------------	--

platnost do: 21.9.2015

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ DP

Pacient	diagnoza	C182
číslo poj.:	L899	I10
variabilní symbol	kód náhrady	

04	THOMAYEROVA NEMOCNICE (2)
005	PRAHA 4 - KRČ, VIDEŇSKÁ 800
282	interní oddělení - lůžková část XXX

razítko a podpis lékaře

Ad zařízení domácí péče: Farní charita Neratovice 25380000
277 11 Neratovice
U Závora 1458

Adresa pacienta (místo poskytování DP) a telefon:
Neratovice

další příslušníci domácnosti na této adrese: ANO

kontaktní osoba DP (jméno, vztah k pacientovi, adresa a telefon - ie-li rozdílný od adresy pacienta)

Pacient v péči pečovatelské služby: NE

Mobilita pacienta: nejistá chůze

Smyslové omezení: horší zrak - brýle

Schopnost základní sebeobsluhy, včetně dodržování léčebného režimu: odkázán na druhou osobu

Významné údaje o současné medikaci včetně aplikace inzulínu a dle V:

Další informace (alergie, kontinence, údaje o bydlišti atd.):
PL seznámen s ošetřovatelským plánem
Cíl předepsané DP, kterého má být dosaženo:
komplexní oš. péči zajistit co nejdříve pobyt pacienta v domácím prostředí

Požadováno:	Zavedení domácí zdravotní péče, administrativní činnost 8.9.2014
06311 1 x/den	Komplexní ošetřovatelská péče - kontrola celkového zdravotního stavu, sledování fyziologických funkcí, oloků, prevence kontraktur a kožních lézí.
06317 1 x/den po-út-st-čt-pá-so-ne-	Kontrola celk. zdrav. stavu - tk, medikace, otoků dk, kondiční cvičení hk, dk, dechová cvičení, edukace pacienta v návratku sebeobsluhy
06315 2 x/den po-út-st-čt-pá-so-ne-	Výkon sestry v den pracovního klidu nebo pracovního volna
06137 3 x/den so-ne-	Lokální ošetření defektů dle ord. lékaře
06329 3 x/den po-út-st-čt-pá-so-ne-	APLIKACE ORDINOVANÉ PARENTERÁLNÍ TERAPIE
06325 3 x/den po-út-st-čt-pá-so-ne-	

VZP-06dpl/2009 zpracováno programem Pacient SW-Studio Kralupy n.Vlt. v.2010_15 - e-mail: packpy@seznam.cz, www.packpy.webnode.cz

(Parusová, 2016)

Příloha D – Poukaz domácí péče 2

požaduje	lčp: 25498000	datum	poř. číslo poukazu	3
díl A	Odbornost: 001	1.10.2015	nepřerušované	
platnost do: 31.10.2015				

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ DP

pacient	ni	C182	25	MUDr. Iveta Marešová
číslo poji	g:	L899	498	praktický lékař
variabilní symbol	kód náhrady		000	Kojetická 1021, 277 11 Neratovice
			MUDr. Marešová 91	
			Telefon: 315 683 636	
			razítko a podpis lékaře	

Ad zařízení domácí péče : Farní charita Neratovice 25380000
 277 11 Neratovice
 U Závor 1458

Adresa pacienta (místo poskytování DP) a telefon:
 Neratovice 3
 další příslušníci domácnosti na této adrese: ANO
 kontaktní osoba DP (jméno, vztah k pacientovi, adresa a telefon - je-li rozdílný od adresy pacienta)

Pacient v péči pečovatelské služby: NE
 Mobilita pacienta: nejistá chůze
 Smyslové omezení: horší zrak - brýle
 Schopnost základní sebeobsluhy, včetně dodržování léčebného režimu: odkázán na druhou osobu

Vyznamné údaje o současné medikaci včetně aplikace inzulínu a diety :

HELICID 20 ZENTIVA	1,00	0,00	1,00
TAMSULOSIN HCL MERCK 0,4 MG	1,00	0,00	0,00

PŘEVAZ 1X DENNĚ

25	MUDr. Iveta Marešová
498	praktický lékař
000	Kojetická 1021, 277 11 Neratovice
	tel: 315 683 636
	telefon: 315 683 636

Další informace (alergie, kontinence, údaje o bydlišti atd.):
 PL seznámen s ošetrovatelským plánem
Cíl předepsané DP, kterého má být dosaženo:
 komplexní oš. péči zajistit co nejdříve pobyt pacienta v domácím prostředí

Požadováno	x/den	
0 6 3 1 7	1 x/den	po-út-st-čt-pá-so-ne- Komplexní ošetrovatelská péče - kontrola celkového zdravotního stavu, sledování fyziologických funkcí, otoků, prevence kontraktur a kožních
0 6 3 1 5	1 x/den	po-út-st-čt-pá-so-ne- Kontrola celk. zdrav. stavu - tk, medikace, otoků dk, kondiční cvičení hk, dk, dechová cvičení, edukace pacienta v náviku sebeobsluhy
0 6 1 3 7	2 x/den	so-ne- Výkon sestry v den pracovního klidu nebo pracovního volna
0 6 3 2 9	2 x/den	po-út-st-čt-pá-so-ne- Lokální ošetření defektů die ord. lékaře
0 6 3 2 5	1 x/den	po-út-st-čt-pá-so-ne- APLIKACE ORDINOVANÉ PARENTERÁLNÍ TERAPIE Nutrison standart 1000ml /24hod - pumpou

VZP-06dpi2009 zpracováno programem Pacient Sw-Studio Kralupy n.Vlt. v 2010_15 - e-mail: packy@szstom.cz www.packy.wbnode.cz

25	MUDr. Iveta Marešová
498	praktický lékař
000	Kojetická 1021, 277 11 Neratovice
	tel: 315 683 636
	telefon: 315 683 636

(Parusová, 2016)

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Domácí péče u onkologicky nemocných.
v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

.....

Jméno a příjmení studenta

Příloha F- Rešerše

Domácí péče u onkologicky nemocných

Daniela Parusová

Jazykové vymezení: čeština, slovenština, angličtina

Klíčová slova: Onkologické onemocnění – oncological diseases

Domácí péče – Home care

Kazuistika – casuistry

Ošetrovatelský proces – nursing process

Časové vymezení: 2006-2016

Druhy dokumentů: knihy, články a příspěvky ve sborníku, elektronické zdroje

Počet záznamů: 84 (knihy: 6, články a příspěvky ve sborníku: 67, elektronické zdroje: 11)

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011(česká

verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Základní prameny: Výběrový soupis literatury zjištěné na základě sekundárních zdrojů dostupných z knihovny Nemocnice na Bulovce.

Rešerše: domácí péče u onkologicky nemocných 08 /2015

Zdroj: odd. SVI Nemocnice Na Bulovce - MVS