

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
V TERMINÁLNÍM STÁDIU NEMOCI NA INTERNÍM
ODDĚLENÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

TEREZA NOVÁKOVÁ

Praha 2017

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
V TERMINÁLNÍM STÁDIU NEMOCI NA INTERNÍM
ODDĚLENÍ**

Bakalářská práce

TEREZA NOVÁKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

Praha 2017



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

Nováková Tereza
3. A VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 6. 4. 2016 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta v terminálním stádiu nemoci na
interním oddělení

*Nursing Process with a Patient at the Final Stage of a Disease at the
Department of Internal Medicine*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

V Praze dne: 1. 11. 2016


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala 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. Haně Tošnarové, Ph.D. za trpělivost, cenné rady, vstřícnost, ochotu při vedení mé bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat Nemocnici v Říčanech, zejména internímu oddělení za možnost vypracování kazuistiky, sběru dat a za cenné rady a zkušenosti zde přítomných sester a lékařů.

ABSTRAKT

NOVÁKOVÁ, Tereza. *Ošetrovatelský proces u pacienta v terminálním stádiu nemoci na interním oddělení*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Praha. 2017. 65 s.

Bakalářská práce na téma „Ošetrovatelský proces u pacienta v terminálním stádiu nemoci na interním oddělení“ se zabývá paliativní péčí a jejími specifiky. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část charakterizuje paliativní péči, její historii, rozdělení, nejčastější symptomy a specifika ošetrovatelské péče, která je v paliativní péči velmi důležitá. Je kladen důraz na postavení a funkci sestry v paliativní péči. V praktické části je popsán ošetrovatelský proces u pacientky v terminálním stádiu nemoci s mnohačetným myelomem. Byl vytvořen a následně zrealizován ošetrovatelský plán včetně stanovení ošetrovatelských diagnóz. V závěru práce je zhodnocena péče o pacientku v terminálním stádiu nemoci na interním oddělení a vyhodnocení cílů.

Klíčová slova

Ošetrovatelská péče. Pacient. Paliativní péče. Potřeby. Terminální stádium. Všeobecná sestra.

ABSTRACT

NOVÁKOVÁ, Tereza. *Nursing Process with a Patient at the Final Stage of a Disease at the Department of Internal Ward*. Medical College.o.p.s. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Prague. 2017. 65 pages.

My Bachelor thesis " Nursing Process with a Patient at the Final Stage of a Disease at the Department of Internal Ward " is about palliative care and it's specifics. It is divided into theoretical and practical part. The theoretical part describes palliative care, it's history, dividing, the most common symptoms and specifics of the nursing care, which is very important at palliative care. Emphasis is placed on the position and function of nurses in palliative care. The practical part describes the nursing process for patients in the terminal stage of the disease with multiple myeloma. It was created and then implemented nursing plan including assessment of nursing diagnoses. The conclusion of the work evaluates taking care of a patient in the terminal stage of the disease at the department of internal medicine and evaluation goals.

Keywords

Nursing care. Patient. Palliative care. Needs. Terminal stage. General nurse.

PŘEDMLUVA

Ve zdravotnictví pracuji již třetím rokem a za tu dobu jsem se setkala s mnoha pacienty, u kterých byla indikována paliativní péče. Paliativní přístup na interním oddělení není tak důkladný, jako v hospici nebo na oddělení paliativní péče, hlavně z důvodu časové tísně a množství pacientů na jednu sestru. I přesto se zde sestry a ostatní nelékařský personál velmi snaží poskytovat pacientovi tu nejlepší možnou péči, včetně každodenní hygieny těla, polohování, komunikace s pacienty i s rodinou a celkového uspokojování potřeb pacienta. Toto téma jsem si vybrala z důvodu, že se smrtí se můžeme setkat na jakémkoliv oddělení a je velmi důležité vědět, jak k umírajícímu pacientovi přistupovat a jak mu poskytovat tu nejlepší možnou péči.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

1	PALIATIVNÍ PÉČE.....	19
1.1	HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE.....	20
1.2	ROZDĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE	21
1.3	NEJČASTĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ VYŽADUJÍCÍ PALIATIVNÍ PÉČI	21
1.4	FÁZE NEVYLÉČITELNÉHO ONEMOCNĚNÍ.....	22
1.5	POSTOJE KE SMRTI A UMÍRÁNÍ.....	25
1.6	KOMUNIKACE S UMÍRAJÍCÍM.....	27
1.7	KOMUNIKACE S RODINOU.....	28
2	POTŘEBY UMÍRAJÍCÍCH	29
3	NEJČASTĚJŠÍ SYMPTOMY V PALIATIVNÍ PÉČI	32
3.1	BOLEST	32
3.2	RESPIRAČNÍ POTÍŽE	33
3.3	GASTROINTESTINÁLNÍ PŘÍZNAKY.....	33
3.4	NEUROPSYCHICKÉ PŘÍZNAKY	36
3.5	CHRONICKÉ RÁNY	38
3.6	OSTATNÍ SYMPTOMY	39
4	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	41
4.1	ROLE SESTRY V PÉČI O UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA	41
4.2	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U BOLESTI	42
4.3	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U RESPIRAČNÍCH OBTÍŽÍ.....	42
4.4	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U GASTROINTESTINÁLNÍCH PŘÍZNAKŮ	43

4.5 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U NEORUPSYCHICKÝCH PŘÍZNAKŮ.....	45
4.6 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PÉČE O CHRONICKÉ RÁNY.....	46
4.7 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U OSTATNÍCH SYMPTOMŮ PALIATIVNÍ PÉČE.....	48
5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA V TERMINÁLNÍM STÁDIU.....	49
5.1 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA TAXONOMIE II A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ DLE.....	64
5.2 PRŮBĚH HOSPITALIZACE.....	80
ZÁVĚR.....	81
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	82
PŘÍLOHY.....	84

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

DM.....	Diabetes mellitus
AIDS.....	Acquired immunodeficiency syndrome
HIV.....	Human immunodeficiency virus
DNR.....	Do not resuscitate
DNAR.....	Do not attempt resuscitation
CHOPN.....	Chronická obstrukční plicní nemoc
EKG.....	Elektrokardiograf
SpO2.....	Saturace kyslíku
ALT.....	Alaninaminotransferáza
AST.....	Aspartátaminotransferáza
GMT.....	Gama- glutamyltransferáza
FR.....	Fyziologický roztok
VAS.....	Vizuální analogová stupnice
TK.....	Krevní tlak
PMK.....	Permanentní močový katétr
PŽK.....	Periferní žilní katétr
TEP.....	Totální endoprotéza
APPE.....	Apendektomie
Tbl.....	Tableta
Cps.....	Kapsle

(VOKURKA, HUGO, 2007)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Amyláza - trávicí enzym, který štěpí dlouhé molekuly některých sacharidů na menší a umožňuje její vstřebávání.

Anémie - chudokrevnost

Antibiotika - látky a z nich vyráběné léky, které zastavují růst mikroorganismů, zejména bakterií nebo tyto organismy přímo ničí

Antidepresiva - skupina léků užívaných k léčbě deprese

Antiemetika - léky tlumící zvracení

Antihistaminika - léky blokující účinek histaminu na jeho receptorech, tlumí jeho účinky například při alergických reakcích

Antimikrobiální - působící proti mikroorganismům

Antiseptické - ničící choroboplodné zárodky

Antitusika - léky proti kašli

Arteriální - tepenný

Ascites - přítomnost volné tekutiny v dutině břišní

Aspirace - nasátí, vdechnutí tuhého předmětu či kapaliny

Bronchitida - zánět průdušek

Cytotoxické - poškozující buňky

Defekace - vyprazdňování stolice

Defekt - nedostatek, ztráta, chybění, porucha

Dehydratace - ztráta a nedostatek vody v organismu

Dekubitus - proleženina

Diagnóza - rozeznání nemoci a její pojmenování

Diseminovaný - roztroušený, rozptýlený

Diuretika - léky zvyšující tvorbu vylučování moči

Embolie - vmetení, zaklínění vmetku v krevních cévách s jejich následným ucpáním, které vede k náhlému nedokrvení příslušné oblasti

Empatie - schopnost vcítit se do druhého, do jeho myšlenek a pocitů

Gastroskopie - endoskopické vyšetření žaludku spojené s vyšetřením jícnu a dvanáctníku

Hemoptýza - vykašlávání nebo plivání krve z dýchacích cest

Hemoragický šok - těžký, životu ohrožující stav, při němž dochází k selhání krevního oběhu a těžké poruše prokrvení tkání a orgánů lidského organismu z důsledku velké ztráty krve

Hepatitida - zánět jater

Hyperbaroxyterapie - léčba kyslíkem podávaným pod vysokým tlakem

Hypertenze - vysoký tlak

Hypertrofie - zvětšení, zbytnění orgánu v důsledku zvětšení jeho buněk

Hypokalemie - nízká hladina draslíku v krvi

Hypotenze - nízký krevní tlak

Hypoxie - nedostatek kyslíku v tkáních či v celém organismu

Imobilní - nehybný

Inkontinence - neschopnost udržet moč

Kachexie - silná celková sešlost, chátrání a hubnutí, spojené s výraznou slabostí

Karcinom - zhoubný nádor vznikající z epitelu

Kognitivní - poznávací, týkající se vnímání a myšlení

Komplexní - soustavný, propojený

Kortikoidy - látky podobné hormonům kůry nadledvin

Kreatinin - látka vznikající ve svalech

Leukocytóza - zvýšený počet bílých krvinek v krvi

Maligní - zhoubný

Metastáze - dceřinné (filiální) ložisko, obvykle zhoubného nádoru

Nauzea - nevolnost

Nekróza - odumření tkáně či orgánu, k němuž dojde v živém organismu

Obstrukce - překážka, zamezení či ztížení průchodnosti dutým orgánem

Oxymetr - přístroj k měření koncentrace kyslíku v krvi

Paliativní - zmírňující obtíže a bolest, ale neléčí vlastní podstatu choroby

Paretické - částečně ochrnuté

Periferní - obvodový, okrajový

Permanentní - trvalý

Placebo - lék, který nemá žádný účinek na příčinu onemocnění ani na jeho příznaky

Pneumonie - zápal plic

Pneumotorax - přítomnost vzduchu v pohrudniční dutině s následným smrštěním plíce, zhoršením dýchání a nebezpečím nedostatku kyslíku v organismu

Premedikace - podávání léků před určitým lékařským zákrokem

Progredující - postupující

Prokinetika - skupina léků ovlivňující pohyb dutých orgánů, v jejichž stěně se vyskytuje hladká svalovina

Respirační insuficience - selhání dechových funkcí, při němž plíce nejsou schopny zabezpečit dostatečnou výměnu plynů

Retence - zadržetí

Sakrální - křížový

Saturace - nasycení krve kyslíkem

Sekrece - činnost žláz spočívající ve vylučování látek, které jsou tělu potřebné

Sepse - stav, při němž se z infekčního ložiska v těle občas či trvale uvolňují choroboplodné zárodky do krve a poškozují ostatní orgány

Somatických - tělesných

Symptom - příznak

Tachykardie - zrychlení srdeční frekvence

Terminální - konečný, poslední

Tumor - nádor

Varixy - vakovitě rozšířená, vinutá žíla

Vegetativní - udržující růst a život bez závislosti na vůli

(VOKURKA, HUGO, 2007)

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Identifikační údaje	49
Tabulka č. 2 Vitální funkce při příjmu	50
Tabulka č. 3 Léková anamnéza	52
Tabulka č. 4 Posouzení psychického stavu	59
Tabulka č. 5 Medikamentózní léčba per os	61
Tabulka č. 6 Medikamentózní léčba intravenózně	62

ÚVOD

Pro bakalářskou práci bylo vybráno téma Ošetrovatelský proces u pacienta v terminálním stádiu nemoci, protože umírajícím pacientům by se měla poskytovat nejlepší možná péče, včetně řešení symptomů umírání. Převážná část obyvatel si myslí, že lidé by měli umírat doma, ale i přesto většina pacientů umírá v nemocnicích nebo v hospicích. (STÁHALOVÁ, 2010)

Bakalářská práce je členěna na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je rozdělena na 4 kapitoly. V první kapitole je kladeno za cíl popsat paliativní medicínu, definovat paliativní péči, popsat její historii, rozdělení, nejčastější onemocnění, která vyžadují paliativní péči, fáze nevléčitelného onemocnění, postoje ke smrti a umírání a komunikace s umírajícím a rodinou. Druhá kapitola popisuje čtyři pohledy na potřeby umírajících pacientů. Třetí kapitola je zaměřena na nejčastější symptomy, vyskytující se v paliativní péči. Čtvrtá kapitola popisuje specifika ošetrovatelské péče paliativních pacientů. V praktické části je popsán návrh a realizace ošetrovatelské péče. V použité obecné dokumentaci jsou popsány anamnestická data, včetně nynějších onemocnění, a dále jsou stanoveny diagnózy dle NANDA taxonomie II., stanovení ošetrovatelských cílů, souvisejících faktorů, očekávaných výsledků, ošetrovatelských intervencí a v závěru vyhodnocení stanovených cílů, očekávaných výsledků a zhodnocení celkové péče o pacientku na interním oddělení.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly zvoleny následující cíle:

Cíl 1: Shrnout informace o paliativní péči, její historii a formy

Cíl 2: Popsat potřeby umírajícího pacienta

Cíl 3: Vymežit specifika ošetrovatelské péče u paliativních pacientů

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly zvoleny následující cíle:

Cíl 1: Popsat ošetrovatelský proces

Cíl 2: Popsat průběh hospitalizace

Práce je určena pro nelékařský zdravotnický personál, pro studenty středních zdravotnických škol, případně zainteresované laické veřejnosti.

Vstupní literatura

BYDŽOVSKÝ, Jan a Jiří KABÁT. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči: učební text pro studenty vysokých a vyšších odborných zdravotnických škol*. Praha: Zdravotní ústav Most k domovu, z.ú., 2015. ISBN 978-80-905973-2-7.

KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.

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

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

Popis rešeršní strategie

Pro vytvoření bakalářské práce byly použity odborné publikace vyhledané za pomoci klíčových slov. Rešerše byla vypracována v listopadu 2016 Národní lékařskou knihovnou. Vyhledávání odborných knih proběhlo v časovém období prosinec 2016 až březen 2017 za pomoci elektronické databáze MEDVIK. Časové období vyhledávaných zdrojů bylo vymezeno od roku 2006 do současnosti.

Klíčová slova:

Paliativní péče. Smrt. Umírání. Ošetrovatelský proces. Specifika ošetrovatelské péče.

Druhy dokumentů:

Knihy, časopisy, vysokoškolské práce

1 PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče patří mezi jednu z nejstarších lékařských a ošetrovatelských disciplín. Je využívána všemi obory lékařství, avšak nejvíce u onkologických pacientů. (KUPKA, 2014) Paliativní ošetrovatelství, které je považováno za jeden z oborů ošetrovatelství, je zaměřeno na komplexní péči o pacienty v terminálním stádiu života a na uspokojení bio- psycho- sociálních a duchovních potřeb a na jeho celkový stav. (SLAMKOVÁ, POLEDNÍKOVÁ, SEMANIŠNOVÁ, 2010) Termín paliativní péče pochází z latinského slova pallium, což znamená rouška nebo plášť. Dle anglického překladu slovo palliate znamená mírnit či tišit. (BUŽGOVÁ, 2015) Za hlavní cíl paliativní léčby je považováno zlepšení kvality života u pacientů s nevléčitelnou chorobou a to po stránce fyzické, psychické, sociální a duchovní. Péče je poskytována interdisciplinárně lékaři různých specializací, zdravotními sestrami, nutričními terapeutkami, sociálními pracovníky, rehabilitačními pracovníky, psychology či psychiatry, ale výrazný podíl, hlavně v hospicové péči má též rodina nemocného a přátelé. Péči o nevléčitelně nemocné je obstarána formou lůžkovou, kam patří především léčebny dlouhodobě nemocných a hospice, dále formou ambulantní, pod kterou spadá péče obvodního lékaře, domácí péče nebo pečovatelská služba. (KUPKA, 2014) V odborné literatuře se setkáváme s celou řadou vymezení pojmu paliativní péče, jako např:

Definice WHO z roku 2002, která popisuje paliativní péči jako: *Přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin čelících život ohrožujícímu onemocnění prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, hodnocení a léčby bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a spirituálních obtíží.* (KABÁT, BYDŽOVSKÝ, 2015, str. 11)

Dle Standardů paliativní péče z roku 2013 je *paliativní péče komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo v terminálním stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.* (KABÁT, BYDŽOVSKÝ, 2015, str. 11)

Pojmem „paliativní péče“ se zabývá i legislativa, a to v § 5, odst. 2, písm. h zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách *paliativní péče je druh zdravotní péče, jejímž*

účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí. (KABÁT, BYDŽOVSKÝ, 2015, str. 11)

1.1 HISTORIE PALIATIVNÉ PÉČE

Paliativní péče se objevovala již ve středověku, kdy byla poskytována ve větších rodinách či komunitách, kde blízcí pečovali o umírajícího a specializovali se na fyziologický a duchovní rozměr péče. V 19. století začala být péče organizovanější a systematictější, když v roce 1842 Jeanne Garnierová založila v Lyonu společenství žen, které byly určeny k tomu, aby se o nemocné pacienty staraly. Tato organizace v roce 1847 založila v Paříži první hospic neboli místo, kde lidé umírají.

Mimo Francii vznikali Hospice i v Anglii nebo Irsku, kdy v roce 1878 Marie Aikendeová založila v Dublinu kongregaci Sester lásky, která byla také specializována na pomoc umírajícím pacientům.

Za zakladatelku hospicového hnutí je považována Angličanka Cicely Saundersová, která byla po 2. světové válce zaměstnána jako sestra a sociální pracovníce v hospici sv. Josefa v Londýně, kde pečovala o umírající a následně díky tomuto zaměstnání a zaujetí vystudovala medicínu. V péči o umírající považovala za důležité dostatečnou komunikaci s pacientem a jeho citové, duchovní a sociální potřeby. Založila koncept celkové bolesti total pain, který kladl důraz na fyzické a psychické bolesti, které jsou podle ní propojeny. Díky dřívější péči o umírající jako sociální pracovníce i jako sestra a později jako lékařka dala základ multidisciplinárnímu přístupu v paliativní péči. V roce 1967 založila hospic sv. Kryštofa, kde byla péče poskytována poprvé multidisciplinárním týmem. (KABÁT, BYDŽOVSKÝ, 2015)

V Československu docházelo k rozvoji paliativní péče až v 90. letech. *První oddělení paliativní péče bylo otevřeno v roce 1992 v nemocnici v Babicích nad Svitavou. (KABÁT, BYDŽOVSKÝ, 2015, str. 12)*

V České republice je první hospic spojován s Marií Svatošovou, která ho otevřela v roce 1995 v Červeném Kostelci.

1.2 ROZDĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče je rozdělena dle míry složitosti na Obecnou paliativní péči a Specializovanou paliativní péči.

Obecná paliativní péče je chápána jako dobrá klinická praxe v situaci pokročilého onemocnění, která je poskytována zdravotníky napříč jejich jednotlivých odborností. Podstatou je sledování, rozpoznání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova života. Důležitá je léčba nejčastějších symptomů jako například léčba bolesti, což je považováno i za základ obecné paliativní péče, úcta k pacientově autonomii a komunikace s pacientem a rodinou, ve které je dáována najevo empatie. (STÁHALOVÁ, 2010), (BUŽGOVÁ, 2015)

Specializovaná paliativní péče je chápána jako zařízení, kde je paliativní péče poskytována multidisciplinárním týmem, tedy zdravotníky, kteří mají specializační vzdělání a praxi v péči o umírající a jejich rodiny. Zapojení těchto zdravotníků je důležitější a významnější u pacientů, kteří mají komplexní a obtížnější příznaky onemocnění nebo u pacientů náročných na ošetrovatelskou péči. (KELNAROVÁ, 2007) Mezi formy specializované paliativní péče je zařazena mobilní paliativní péče, hospicová péče, ambulance paliativní medicíny a oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení a denní stacionáře paliativní péče. *V ČR je specializovaná paliativní péče popsána v zákoně č. 372/ 2011 Sb., o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování jako samotný druh zdravotnické péče, jehož účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí.* (BUŽGOVÁ, 2015, str. 19)

1.3 NEJČASTĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ VYŽADUJÍCÍ PALIATIVNÍ PÉČI

Paliativní péče je poskytována pacientům, jejichž nevléčitelné onemocnění je v pokročilém či terminálním stádiu, ale převážně je poskytována onkologicky nemocným pacientům. Mezi nejčastější maligní nádorová onemocnění se v současnosti zařazuje karcinom prsu, plic, tlustého střeva a prostaty. Jako nejčastější zdravotní problémy při výskytu metastáz (nejčastěji do kostí, jater, plic a mozku) se uvádí

kachexie z důvodu odčerpávání živin z těla, při prorůstání nádoru se nejčastěji objevuje zácpa či zvracení při obstrukci střeva, při obstrukci či útlaku močových cest dochází k ledvinovému selhání, při obstrukci dýchacích cest se projevuje dušnost a při útlaku mozkových cév nastupuje bolest hlavy, zvracení nebo epileptické záchvaty. Paliativní péče je indikována u chronického srdečního selhání, které vzniká na podkladě arteriální hypertenze a ischemické choroby srdeční projevující se dušností a otoky dolních končetin. U chronické obstrukční plicní nemoci, vznikající z dlouhodobého kouření či chronické bronchitidy, projevující se dušností, zahleněním a produktivním kašlem. U jaterní cirhózy, vznikající z důvodu alkoholismu či infekčních hepatitid, projevujících se žloutenkou, ascitem břicha nebo poruchami vědomí z důvodu neodstraňování toxických látek. U ledvinového selhání, vznikající z důvodu poškození ledvin při DM nebo AH, projevující se snížením tvorby moči, otoky, zadržováním vody v těle, či poruchami srdečního rytmu při nadbytku draslíku. U demence, projevující se úbytkem kognitivních funkcí, dezorientací, halucinacemi, ztrátou soběstačnosti či emoční labilitou. U Parkinsonovy choroby, vznikající z důvodu nedostatku dopaminu v mozku, projevující se klidovým třesem a poruchou chůze. U AIDS, který vzniká z důvodu HIV infekce, tělo nemocného postupně ztrácí veškerou imunitu a nedokáže se ubránit i běžným onemocněním, projevující se únavou, nechutenstvím, častý je výskyt nádorových onemocnění. U permanentního vegetativního stavu, který je způsoben nejčastěji poškozením mozku hypoxií při srdeční zástavě nebo úrazu je u pacienta zachována srdeční činnost a dýchání, ale kognitivní funkce jsou vyhaslé. U nevratného multiorgánového selhání, které je způsobeno na základě šokového stavu z různých příčin, jako je nadměrná ztráta krve při úrazu nebo po sepsi. (BYDŽOVSKÝ, KABÁT, 2015)

1.4 FÁZE NEVYLÉČITELNÉHO ONEMOCNĚNÍ

Fáze kompenzovaného onemocnění – tato fáze má za úkol udržet funkční zdatnost a délku života a je zde ordinována plná intenzivní a resuscitační péče. Tato fáze trvá několik měsíců i let.

Fáze nezvratně progredujícího onemocnění – tato fáze má za úkol udržet kvalitu pacientova života bez jakéhokoliv prodloužení, intenzivní péče je poskytována jen v jednotlivých případech, jako je akutní infarkt myokardu či plicní embolie. V této fázi

již platí DNR a DNAR, kdy dochází k plnění Dříve vyslovených přání, jako předejití dystanázii. Časové období trvá týdny až měsíce. (ČESKO, 2011)

Fáze umírání - fáze, která je nejčastěji provázena slabostí a únavou organismu, tedy příznaky, patřícími k umírání a nedají se léčit. Hlavním cílem této fáze je co nejvíce snížit duševní a tělesnou nepohodu a umírání neprotahovat. V této fázi je poskytována pouze symptomatologická léčba, resuscitační, intenzivní a jakákoliv jiná nepřínosná péče není poskytována. (KABÁT, BYDŽOVSKÝ, 2015)

Za terminální stádium nemoci je považován nejtěžší a nevléčitelný stupeň onemocnění, který pacienta ohrožuje na životě. Od toho se odvíjí terminální fáze života, což je chápáno jako stav, kdy byl ukončen léčebný proces jako nepřínosný a pacientovi byla stanovena paliativní symptomatická léčba. Terminální stav pacienta je podle Bydžovského vysvětlen jako vlastní proces umírání, který trvá nejčastěji hodiny či dny, výjimečně týdny. (BYDŽOVSKÝ, KABÁT, 2015) Odborníci rozdělili proces umírání na tři časová období.

Pre finem

Období začínající ve chvíli, kdy je nemoc pacientovi zjištěna, má špatnou prognózu a pravděpodobně skončí smrtí. Umírání začíná ve chvíli, kdy lékař sdělí pacientovi, že je vážně nemocný a že hrozí, že nemoc skončí smrtí. Tento stav trvá dny, měsíce, či roky. Pacient bývá buď trvale, nebo přechodně hospitalizován, při hospitalizaci dochází ke snaze o dosažení stavu před onemocněním, či ke snížení obtíží. Na informaci o přítomnosti smrtelného onemocnění reaguje každý pacient jinak a ne každý je připraven na sdělení nepříznivé prognózy. Dle Vymětala jsou uváděny čtyři základní možnosti zareagování při oznámení závažné informace.

1. Člověk informaci rozumově i emočně přijme: bývá s různou silou zasažen sdělením, posléze se zpravidla ptá po okolnostech a perspektivě.

2. Člověk informaci rozumově přijme, emočně avšak ne: slovní sdělení je akceptováno, ale emočně se projevuje bez nápadností, statečně, rozumně, věcně, s odstupem, jako by se ho to netýkalo.

3. *Člověk informaci rozumově i emočně odmítne: dochází k masivnímu popření skutečnosti, dotyčný tvrdí, že to musí být omyl, záměna jmen, směje se, bagatelizuje sdělení.*

4. *Člověk informaci rozumově odmítne, ale emočně přijme: argumentuje způsobem, proč nemůže být pravda to, co říkáme, je ovšem vidět, že sdělením je na emoční vlně zasažen (pláč, hněv).* (KUPKA, 2014, str. 103)

Pokud pacient prožívá silnější emoce, může být ve zdravotnickém personálu vyvolána obava, že budou ještě sílit a personál si nedokáže poradit. Jedná se však o reakci, která rychle odezní, pokud je přijata a nechá se proběhnout.

Je kladen důraz na způsob, jakým je pacientovi sdělena jeho diagnóza. Při správném postupu lékaře se zvyšuje šance, že pacient vše pochopí, uzná vážnost situace a bude připraven otevřeně komunikovat s lékařem i s ostatním zdravotnickým personálem, díky čemuž bude dosaženo toho, že pacient bude s lékařem spolupracovat a bude k němu mít důvěru. I když bude nemoc nevyлéčitelná, stále bude zvýšená šance, že bio- psycho- sociálně- duchovní paliativní péče přinese odpovídající výsledky pro pacienta i pro jeho rodinu.

Zásadním cílem péče o pacienta by měla být myšlenka, že nejde dopustit, aby pacient zemřel dříve po psychické či sociální stránce, než po fyzické.

In finem

Člověk ve fázi in finem vyžaduje klid a často spí. Někdy se objevuje projev neklidu, nejčastěji se projevující nekoordinovaným pohybem končetin, svíráním prstů, neobvyklými polohami, občasným svlékáním z důvodu pocitu, že se dusí a nemůže mít proto nic oblečeno. Umírajícímu je vysvětleno, že není sám, ať už verbálně či neverbálně dotekem nebo držením za ruku. Pacient se následně uklidní. Příbuzným by mělo být vysvětleno, jak se smrt ohlašuje, že dochází ke změnám či slábnutí pulsu, klesá tělesná teplota, hlavně na koncových částech těla, klesá krevní tlak a objevuje se nepravidelné dýchání, oči jsou buď otevřené, nebo pootvřené, avšak umírající nevidí a rysy tváře začnou špičatět. Vyskytuje se předsmrtná euforie. V posledních dnech před smrtí se u umírajícího objevuje rozkvět. Bývá plný života, má potřebu komunikovat s okolím, potřebu posadit se nebo si stoupnout.

Po euforii nastává fáze smrtelné kóma. Umírající již nereaguje, ale může slyšet, proto se v jeho přítomnosti mluví tak, jako by byl při vědomí. Rodinní příslušníci mají někdy přání zůstat s umírajícím do jeho konce. Tráví čas u jeho lůžka, drží ho za ruku, neodchází, často nespí a neuspokojují celkově své potřeby. Poté z neodkladného důvodu na chvíli odejdou a v tu chvíli jejich blízký zemře. Následně si pak vyčítají, že odešli zrovna v tuto chvíli. Výčitky jsou pochopitelné, ale neoprávněné. Někteří umírající nedokážou zemřít v přítomnosti blízkého člověka. (KUPKA, 2014)

Post finem

Fáze post finem se zabývá péčí o mrtvé tělo. Zdravotnický personál musí vyplnit úmrtní list a dodržet předepsaný postup předání pozůstalých věcí. (KUPKA, 2014) Rodina zemřelého by měla být bezprostředně informována o úmrtí. Tělo zemřelého musí zůstat na oddělení 2 hodiny od konstatování smrti. Pozůstalým je v případě zájmu umožněno se s zemřelým rozloučit. (SLÁMA, 2007) Úprava těla se provádí ihned po smrti, než dojde k posmrtné ztuhlosti. S tělem zemřelého se zachází s úctou. Tělo zemřelého se pokládá na záda do vodorovné polohy, jsou zavírána oční víčka a brada je podvazována obvazem, aby ústa zůstala zavřená. Pod oblečení se z důvodu mimovolného vyprazdňování dává čistá plena. (ŠPINKOVÁ, 2013)

Dle zvyklostí zdravotnického zařízení se dále postupuje podle platných ošetrovatelských standardů, které zahrnují identifikaci pacienta, odstranění šperků a jejich sepsání, odstranění PMK a PŽK, zastřižení drénu apod.

1.5 POSTOJE KE SMRTI A UMÍRÁNÍ

Kübler - Ross popsala v 60. letech chování umírajících v 5 základních fázích. Fáze jsou řazeny podle toho, jak následují po sobě, ovšem mohou se i opakovaně vracet, střídát nebo prolínat.

První stádium - popírání a izolace

Mnoho z pacientů na zprávu o terminálním stavu svého onemocnění reaguje negativně a nepřipouští si, že se to týká zrovna jich. Popírání diagnózy probíhá častěji u pacientů, kteří byli o svém stavu informováni předčasně nebo od někoho, kdo jim jejich diagnózu sdělil ve spěchu a nemyslel přitom na to, zda je pacient ve stavu, kdy je

danou informaci připraven přijmout. Na fázi popírání avšak pomýšlejí všichni pacienti, kterým byla špatná diagnóza oznámena, nejenom v této fázi, ale ve fázích pozdějších. Pro pacienty funguje popírání i jako nárazník, díky němuž jsou tlumeny účinky z nenadání oznámené šokující zprávy a umožní pacientovi vzechopit se a s odstupem času v sobě najít méně radikální obranné taktiky. Neznamená to však, že časem nebude hledat možnost si o nadcházející smrti s někým promluvit. Rozhovor s pacientem se musí konat až ve chvíli, kdy je schopen tomuto tématu čelit a mluvit o něm. Ve chvíli, kdy je pacient ve stavu, kdy už nedovede snášet fakta a opět hledá útočiště v předešlém odmítání, je nutné rozhovor ihned ukončit.

Nemocniční personál si neuvědomuje, o co přichází, pokud se snaží těmto pacientům vyhnout. Při pravidelných návštěvách si pacient vybuduje důvěru a brzy zjistí, že stále na něm někomu záleží a je mu stále k dispozici.

Druhá stádium - zlost

Ve chvíli, kdy je stádium popírání dále nezadržitelné, začnou se objevovat pocity vzteku, zlosti a závisti. Mnoho pacientů si pokládá otázku, proč zrovna oni a proč se to nemohlo stát někomu jinému. Stádium zlosti je pro okolí pacienta včetně personálu a rodiny daleko obtížnější, z důvodu vybíjení si zlosti a obrácení hněvu na své okolí. V nemocnici jsou nejčastěji terčem útoku sestry. Nezavděčí se žádnou péčí, vše je špatně, pacient vyžaduje jejich pozornost a přítomnost, mnohokrát i kvůli zbytečným. V nemocném vzbuzuje zlost jakákoliv běžná aktivita, jako například zapnutí televize. Snaží se, aby nebyl zapomenut, proto na personál zvyšuje hlas a stěžuje si. Pokud okolí pacienta respektuje, dojde k jeho zklidnění a zmírnění zlostných požadavků, protože vycítí, že ostatním není lhostejný a že sestry se u jeho lůžka zastaví i bez nutnosti použití zvukové signalizace.

Třetí stádium - smlouvání

Fáze smlouvání se projevuje tím, že pacient díky dosavadním zkušenostem ví, že je nepatrná naděje. Nejčastěji by rád prodloužil svůj život nebo alespoň prožil pár dnů bez bolesti a jiných obtíží. Smlouváním se pacient snaží pokusit o odklad, musí zahrnout odměnu, který by měla být za dobré chování a dobrovolně určí koncový termín, jako například, že by chtěl ještě stihnout synovu svatbu a obsahuje i slib, kterým

pacient slibuje, že se nebude dožadovat něčeho navíc, pokud mu bude odklad umožněn. Žádný z pacientů tohoto slibu ale nikdy nedostal.

Čtvrté stádium - deprese

Tato fáze bývá po psychické stránce nejtěžší na zvládnutí. Pacienti propukají depresí, díky ztrátám mnoha podob, například u ženy, které byla diagnostikována rakovina dělohy, se může vyskytnout myšlenka, že už není ženou. S léčbou a pobytem v nemocnici roste i finanční zátěž a nemocný si nemůže dovolit, to co dříve a váhá nad nezbytnostmi. Mnoho lidí donutila náročná finanční zátěž prodat i veškerý svůj majetek a museli si odepřít mnoho ze svých snů. U pacienta, který má depresi jako nástroj, díky němuž se připravuje na ztrátu svých nejbližších, je důležité, aby nebyl nucen k tomu, aby hledal na všem pozitivní stránku a aby nebyl smutný, protože každý z nás je smutný, pokud ztrácí milované osoby. Naopak by mu mělo být umožněno, aby svůj smutek vyjádřil a dostal se ke konečnému smíření.

Páté stádium - akceptace

Ve chvíli, kdy měl pacient dostatek času a dostal určitou pomoc, aby překonal předcházející stádia, dosáhne stavu, ve kterém už v něm nepropuká deprese či hněv. Pacient v této fázi se smířil se svou nemocí a brzkým odchodem (KÚBLER - ROSS, 2015)

1.6 KOMUNIKACE S UMÍRAJÍCÍM

Umírající pacient má potřebu, aby mu bylo nasloucháno a byla i v jeho posledních hodinách zachována jeho důstojnost včetně akceptování jeho posledních přání. Umírající i ve svých posledních chvílích potřebuje pociťovat blízkost lidí a komunikovat i jen očima a gesty. Při sdělování informací o zdravotním stavu je potřeba postupovat citlivě a rozvahou. Po sdělení nepříznivé prognózy potřebuje pacient na vyrovnání se s osudem vyjádřit psychickou podporu a empatie.

Zásady správné komunikace:

Za velmi důležité je považováno se pacientovi představit a vysvětlit mu, jak bude spolupráce probíhat, včetně popsání možných variant péče, sdělit mu, co každá

může nabídnout a naopak vzít. Rozhovor s umírajícím by měl probíhat v klidu, na tichém místě s dostatkem času, aby pacient neměl pocit spěchu, cítil se příjemně a bylo zachováno jeho soukromí. Pacient by měl být ujištěn, že je mu sestra ochotna naslouchat a dá mu prostor pro to, aby vyjádřil svou situaci a sdělil, co ho trápí, v rozhovoru ho nepřerušuje, ani neodvádí pozornost. Pokud rozhovor trvá delší dobu a pacient je rozrušený, či smutný, oslovuje sestra pacienta jménem a přistupuje k němu s maximální úctou, do ničeho ho nenutí, avšak může mu pomoci dodat odvalu rozhovor vést dále nenásilným způsobem. Pacientovi by se nemělo v jeho vyjadřování odporovat a na položené otázky odpovídat co nejupřímněji. Pokud si pacient přeje hovořit o určitém tématu, není vhodné odvést řeč i za cenu toho, že bude sestra nucena sdělit pacientovi nepříjemné informace. Na konci rozhovoru sestra shrne důležité body rozhovoru, vyjádří mu podporu a domluví se s pacientem na další návštěvě. (BYDŽOVSKÝ, KABÁT, 2015)

1.7 KOMUNIKACE S RODINOU

Stejně tak jako pro pacienta samotného, tak i pro jeho rodinu a nejbližší je nepříznivá prognóza onemocnění velmi stresující. Pro multidisciplinární tým je proto úkolem rodinu v této situaci podpořit, sdělovat jim informace na klidném místě, srozumitelně a přátelským hlasem s ohledem na danou situaci a být pro ni oporou. Někteří členové rodiny chtějí strávit co nejvíce času s umírajícím a někteří toto naopak nedokážou z důvodu, že je to pro ně velmi zraňující. Rodina vyžaduje být informována o stavu pacienta a o vysvětlení lékařských termínů, kterým nerozumí. Dochází také k dotazování ohledně doby, kdy smrt blízkého přijde. Rodina si je vědoma, že smrt je v očekávání a toto období bývá plné strachu a nejistoty. Při komunikaci s rodinou je důležité, aby byl personál nestranný ohledně pocitů členů rodiny umírajícího. Pokud je rodina řádně informována a má podporu profesionálů, dokáže provést těžká rozhodnutí ohledně stavu pacienta, zvládá se o něj starat po psychické i fyzické stránce a dokáže se lépe vyrovnat s odchodem blízkého člena rodiny. (BYDŽOVSKÝ, KABÁT, 2015)

2 POTŘEBY UMÍRAJÍCÍCH

Potřebami umírajících pacientů se zabývá několik autorů. V textu níže jsou shrnuty čtyři hlavní přístupy k problematice.

Pro umírající pacienty je důležitá nejenom profesionální lékařská a ošetrovatelská péče, ale také naplnění veškerých svých potřeb. V paliativní péči se dbá na uspokojení potřeb biologických, psychosociálních a spirituálních neboli na holistickém pojetí péče. U pacienta na konci jeho života je podstatný celkový holistický přístup. (BUŽGOVÁ, 2015)

Mezi biologické potřeby se řadí vše, co nemocné tělo potřebuje, tedy potřebu příjmu potravy a tekutin, potřebu spánku, vylučování, hygieny, potřebu pohybu, potřebu zajištění čerstvého vzduchu, potřebu zajištění přiměřeného životního prostoru, potřebu mírnění bolesti a utrpení a potřebu dotyku. Při uspokojování biologických potřeb u umírajícího pacienta se dbá na odstranění nebo alespoň zmírnění nepříjemných příznaků, mezi něž se řadí bolesti, obtížné dýchání, zvracení a inkontinence moči či stolice. Umírající pociťuje sounáležitost a necítí samotu při umírání i zvlhčením rtů, pohlazením či utřením potu. Při neschopnosti splnit veškeré biologické potřeby pacienta uspokojí i fakt, že byl hledán způsob, jak potřebu naplnit. Mezi potřeby psychologické se řadí respektování lidské důstojnosti, ať už je pacientův stav jakýkoliv. Komunikace s umírajícím pacientem je velmi důležitá. U pacienta by mělo být zásadou sdělovat mu jen tolik, kolik chce slyšet a jen v tu chvíli, kdy to slyšet chce. Zdravotnický personál by měl pacientovi naslouchat a mít k němu empatický postoj. Umírající má potřebu autonomie, jistoty, bezpečí a informovanosti. Potřeby sociální umírající pacient naplňuje zájmem o návštěvy, které si usměřňuje sám a jeho rozhodnutí by mělo být respektováno. Jelikož je tvor společenský, tak nechce izolovaně trpět ani umírat. Potřebuje kladné postoje, ocenění, přijetí a lásku. Spirituální potřeby má každý člověk bez ohledu na to, zda je věřící, či ne. Vnímající pacient má potřebu odpouštět nebo vědět, že mu bylo odpuštěno a tím dále uspokojovat potřebu, že jeho život měl smysl a před koncem života stále má. (ŠPATENKOVÁ, 2014) ; (SVATOŠOVÁ, 2012)

Dle Haškovcové (2007) má pacient potřebu:

- Nebýt na vše sám, cítit podporu ostatních, být v kontaktu s druhými a v okamžiku, kdy dojde ke zhoršení stavu nezůstat o samotě.
- Intimity a soukromí, kdy vyžaduje vyjádření sounáležitosti od svých nejbližších či přátel.
- Mluvit o svém zdravotním stavu pravdivě, avšak vždy s prvky naděje.
- Svěřit se a vyslovit nahlas svůj názor na současný stav, moci říci o strachu ze smrti a umírání.
- Zhodnotit svůj dosavadní život, co bylo uděláno dobře, co bylo uděláno špatně, co se stihlo udělat, co se naopak nestihlo udělat, co bylo uděláno navíc nebo zbytečně.
- Vyjádřit svůj strach, pocit úzkosti, bolesti a beznaděje.
- Vědět a být si jist, že v případě úmrtí zvládnou jeho nejbližší bolest ze ztráty.
- Dát najevo emoce, vyplakat se.
- Pokud je věřící, pomodlit se a další náboženské úkony.
- Mít jistotu, že smrt je bezbolestná, resp. že všichni udělají maximum pro to, aby smrt bezbolestná opravdu byla.

Potřeby umírajících lze rozšiřovat dle jejich individuálních cílů, někdo touží po smíření se s někým, s kým byl rozhádán, někdo po dopřání si svého oblíbeného pokrmu či nápoje. (HAŠKOVCOVÁ, 2007)

Dle Ing. Vojtové (2014) je poskytování paliativní péče zaměřeno na uspokojování potřeb umírajícího pacienta, které vycházejí z Maslowy pyramidy potřeb. U základních potřeb, mezi něž patří spánek, jídlo, pití a jiné, je důležitá léčba bolesti a potřebná medikace, přijatelná teplota a klid. U potřeb bezpečí, mezi něž patří finanční jistota a bezpečné prostředí, je důležitá jistota v provázející osobě a možnost mluvit s někým o financích, jako například o zajištění posledního rozloučení či sepsání závěti. U sociálních potřeb, mezi něž patří blízkost, přátelství, láska, vztahy, rodina

a sounáležitost, je důležité uspokojit potřebu důvěry, lásky, přijetí rodiny nebo okruhu přátel a možnost vypovídat se. U potřeb uznání, mezi něž patří respekt a postavení, pozice, uznání vlastní osoby a názoru, je důležité uspokojit uznání vlastní osoby, kdy má pacient potřebu být ve společenství nebo naopak chtít být chvíli sám, potřebu mít osobní přání, potřebu přijetí, respekt a pozornost. U potřeb seberealizace, mezi něž patří zájmy a záliby, vzdělávání a plánování života, je důležité sebeurčení umírání, zda chce umírat sám nebo v okruhu rodiny, respektování rozhodnutí, kdo má být ve chvílích umírání s umírajícím a jak má být přizpůsobené prostředí, sebeurčení v rozloučení, co za písňe bude hrát na pohřbu, způsob pochování, zda dojde ke kremaci atd. Je zde zařazena i uspokojování spirituálních potřeb, mezi něž patří potřeba modlitby, umožnění zpovědi, zajištění kontaktu s duchovním či přítomnost předmětů, které mají pro umírajícího osobní význam, jako je snubní prsten nebo svatební fotografie. (VOJTOVÁ, 2014)

Další autorkou, zabývající se touto problematikou je Theová, která při svém výzkumu zjistila, že mnoho z jejích pacientů by ocenilo, kdyby jim bylo věnováno větší množství času a pozornosti. Jeden její nejmenovaný pacient vyjádřil potřebu, že by rád někdy zavolal lékaři večer a vše si s ním znovu a v klidu probral. Další vyžadovali větší pozornost individuálním následkům a významu jejich nemoci. Docházelo k praktickým problémům jako například, že pacient nevěděl, jak to řekne dětem a další se naopak ptal, na co by si měl dávat pozor. Z toho vyplynulo, že každý z pacientů má i před smrtí svá tajemství. (THEOVÁ, 2007)

3 NEJČASTĚJŠÍ SYMPTOMY V PALIATIVNÍ PÉČI

Kvalita poskytované paliativní péče závisí na mnoha faktorech, kdy za nejhlavnější je považována schopnost týmu rozpoznat potřebu paliativní péče, dále je kladen důraz na vzdělání zdravotnického personálu v paliativní medicíně a péči a na fungování interdisciplinárního týmu, na kvalitě formální a neformální komunikace mezi členy týmu. Jelikož nemocnice je považována za místo, kde pacienti nečastěji umírají, měla by proto každá dbát a snažit se o rozvoj v oboru paliativní péče. Při rozhodování pro paliativní přístup bývá nejtěžší určit, zda pacientův stav je natolik vážný, že již žádná léčba nepovede k jeho uzdravení. Nejdůležitější je v této situaci pravdivá komunikace s pacientem, zodpovězení všech jeho dotazů a respektování jeho rozhodnutí o tom, zda bude léčba pokračovat, či ne. (BYDŽOVSKÝ, KABÁT, 2015)

Umírající může mít celou řadu tělesných příznaků, které je možné ovlivnit vhodnými ošetrovatelskými postupy.

3.1 BOLEST

Z pohledu umírajícího pacienta je bolest považována za jeden z nejvíce obávaných příznaků. Bolest ovlivňuje pacientovu náladu, pohodlí, naději, jeho motivaci k životu a případné spolupráci k léčbě a způsobuje poruchy spánku, deprese či hněv. Pokud nedochází k její léčbě, dokáže způsobit sníženou hybnost pacienta až jeho úplnou imobilitu, nechť k jídlu, malnutrici až kachexii, či sociální izolaci. V paliativní medicíně se upřednostňuje snaha zmírnit pacientovu bolest, avšak ne bolest nervových zakončení. Za chronickou bolest je považována bolest, která trvá déle jak tři měsíce a trpí jí většina pacientů v paliativní péči s pokročilým nádorovým či nenádorovým onemocněním. Převážná většina pacientů, kteří mají pokročilý maligní stav svého onemocnění, trpí nejčastěji chronickou bolestí z důvodu tlaku nádoru na okolní struktury, invazi do okolních tkání a nervových struktur, odběru biologického materiálu jako je biopsie nebo díky použitým léčebným metodám, mezi něž je řazena chemoterapie a radioterapie.

Pokud nedochází k léčbě chronické bolesti u pacienta, může to mít za následek úzkost, deprese či přání zemřít. Až u tří čtvrtin paliativních pacientů se objevuje i pojem průlomová bolest, který se označuje jako občasné intenzivní zhoršení bolesti, která je

vyvolána určitou aktivitou, jako je například kašel či defekace pacienta. Pro průlomovou bolest je nutné mít u pacienta plán pro její zvládnutí, tzv. SOS medikaci, která má rychlý nástup účinku.

3.2 RESPIRAČNÍ POTÍŽE

Respirační potíže jsou pacienty velice obávaných příznakem z hlediska subjektivního vnímání.

Dušnost

Dušnost je popisována jako subjektivní nedostatek vzduchu. Řadí se k nejčastějším příznakům pokročilých stádií nádorových i nenádorových onemocnění. (MARKOVÁ, 2010)

Mezi příčiny dušnosti se řadí obstrukce dýchacích cest tumorem, anémie, pneumonie, plicní embolie, pneumotorax, psychosomatické reakce či chronickou obstrukční plicní nemocí (CHOPN).

Hlasité chrčivé dýchání

Hlasité chrčivé dýchání je považováno za průvodní jev posledních hodin života umírajícího pacienta. Příčinou tohoto dýchání je neuvážená parenterální hydratace. V terminálním stádiu je naopak lepší mírná dehydratace, která dokáže hlasité chrčivé dýchání eliminovat. U pacienta s tímto typem dýchání se ustupuje od odsávání z důvodu neefektivnosti a zvýšeného rizika zvracení a aspirace. (MARKOVÁ, 2010)

Hemoptýza

Hemoptýza se vyskytuje nejčastěji jako následek nádoru plic, průdušek nebo nádorů v oblasti hlavy a krku a projevuje se vykašláváním nebo pliváním krve. Jako farmakologická terapie se používá parenterální podání antitusik, například Codein. (SLÁMA et al., 2007)

3.3 GASTROINTESTINÁLNÍ PŘÍZNAKY

Zácpa

Zácpa je definována jako obtížné vyprazdňování střeva a považuje se za výraznou odchylku od normálního vyprazdňování stolice. Často vzniká z důvodu

snížené hybnosti, malého příjmu potravy, léků, nejčastěji podáváním opiátů, či střevní neprůchodnosti. Zácpa může u pacienta způsobit i řadu vážných komplikací, ať už psychických, tak i somatických, které postihují trávicí a močový systém. Mezi nejčastější následky je zařazen z hlediska psychického stres, úzkost či zmatenost a z hlediska somatického u trávicího systému dochází ke vzniku hemeroidů, zaklínění stolice, nechutenství, nevolnosti, zvracení, plynatosti a bolesti a u močového systému dochází k retenci moči či infekci močových cest. (VAŇÁSEK, 2013) Mezi příčiny zácpy se řadí z hlediska obecných faktorů dehydratace, snížená výživa a nedostatek pohybu, z hlediska psychických faktorů málo soukromí při defekaci, strach z inkontinence, či nevhodná poloha, z hlediska chorobných stavů deprese, hypokalemie, poruchy štítné žlázy nebo nádor v oblasti břicha a z hlediska vlivu léků opiáty, antidepressiva, antiemetika, diuretika, železo či nadměrné užívání projímadel v anamnéze. V paliativní péči se klyzma moc nevyužívá z důvodu velké zátěže pacienta. Za nejzazší způsob řešení zácpy se považuje ruční vybavení stolice, které předchází premedikace. (MARKOVÁ, 2010)

Meléna

Meléna je charakterizována jako mazlavá, výrazně zapáchající stolice černé barvy. Zbarvení je způsobeno natrávenou krví ve stolici, vznikající při krvácení do horní části trávicího traktu, tj. do jícnu, vyskytující se při přítomnosti varixů při cirhóze jater, žaludku nebo dvanáctníku vyskytující se při přítomnosti vředů. Chronické pozvolné krevní ztráty způsobují u pacienta chudokrevnost, projevující se bledostí a únavou. Naopak náhlé a větší ztráty krve vedou k hemoragickému šoku, který se projevuje hypotenzí a tachykardií. (BYDŽOVSKÝ, KABÁT, 2015)

Průjem

Pod pojmem průjem se rozumí infekce trávicího traktu, která ohrožuje pacienta dehydratací a dalšími změnami vnitřního prostředí, jako například hypokalemií. V paliativní péči je možno setkat se s průjmy při nádorech tračnicku, především jeho levé poloviny, při kolitidách, při léčbě antibiotiky, při virové gastroenteritidě či salmonelóze nebo při intoleranci enterální výživy. Při průjmu se hodnotí barva stolice, konzistence, kolikrát denně došlo k defekaci a vedlejší projevy jako je bolest břicha, nevolnost, zvracení, schopnost přijímání potravy a patologické změny ve stolici, například příměs

krve, hlenu či hnisu. Základní vyšetření zahrnuje fyzikální vyšetření břicha, stav hydratace, diurézy a hodnoty TK a tepové frekvence. (KALVACH, 2010)

Při průjmu je kladen důraz na hydrataci pacienta a na dietní režim. U chronických průjmů je indikována bezezbytková dieta, která obsahuje především rýži, bílé maso, bílé pečivo a banány. Z farmakoterapie je indikováno Imodium či Reasec, jako obecná obstipancia.

Pokud má pacient na sacru či v okolí análního otvoru dekubit, je možno použít systém plug s odvodnou cévkou, což je považováno za obdobu permanentního močového katétru, avšak toto řešení je finančně nákladné. (KALVACH, 2010)

Nauzea a zvracení

Nauzea je definována jako nepříjemný pocit nevolnosti, který se projevuje nucením na zvracení. Může, ale nemusí ke zvracení dojít. Nauzea se v paliativní péči objevuje převážně u onemocnění trávicího traktu, kde se týká všech onemocnění žaludku a duodena včetně nádorů, všech poruch střevních pasáží, onemocnění jater, žlučových cest či slinivky břišní, kromě trávicího traktu se objevuje i u srdečního selhání nebo může být spojována s farmakoterapií, kdy jsou pacientovi podávány např.: antibiotika, kortikoidy či opioidy. U pacientů se provádí základní klinické vyšetření, které obsahuje odběr natria, kreatininu, kalcia, amylázy a ALT, AST, GMT a případně gastrokopie.

Zvracení je stav, který obvykle navazuje na nevolnost. Řadí se k typickým problémům paliativní péče. Může způsobit i mnoho komplikací, mezi něž patří aspirace a dehydratace. (KALVACH, 2010) Příčinu zvracení je možno poznat podle klinické charakteristiky obtíží. Pokud je zvracení způsobeno obstrukcí horní části trávicího ústrojí, dochází ke zvracení velkého objemu s následnou úlevou. Pokud je způsobeno psychogenními obtížemi, dochází ke zvracení malého množství obsahu žaludku s úzkostí. Pokud je způsobeno mozgovými metastázami nádoru, dochází k bolesti hlavy a rannímu zvracení, provázenému neurologickými projevy. Léčba nauzei i zvracení probíhá obdobně. Je důležité zjistit příčinu nevolnosti a zvracení, upravit celkovou medikaci pacienta, zkusit využít nefarmakologické postupy, mezi něž patří vyhýbání se vůním a pachům jídla, jíst v dobře vyvětrané místnosti, jíst pravidelně, po malých porcích, pomalu a po jídle si odpočinout. Vyhybat se mastným a tučným jídlům, raději

konzumovat nízkotučnou stravu. Mezi farmakologickou léčbu se řadí podávání antiemetik, prokinetik, antihistaminik.

Zvracení může doprovázet střevní obstrukci, převážně pokud nemůže být pacient operován. Jedná se především o pacienty s diseminovaným nádorem břicha nebo pánve. (SLÁMA, 2007)

Malnutrice

Malnutrice je definována jako nedostatečná výživa a řadí se k nejčastějším obtížím v paliativní péči. K hlavním příčinám se řadí nechutenství, nevolnost, zvracení, odmítání stravy, problémy s polykáním, průjmy či problémy s příjmem potravy perorálně. U pacientů v terminálním stádiu, kteří mají krátkou prognózu, se po příčinách malnutrice nepátrá, u pacientů, kteří mají prognózu delší, se uvažuje o ezofagoskopii a gastrokopii. (KALVACH, 2010)

3.4 NEUROPSYCHICKÉ PŘÍZNAKY

Výraznou roli v udržení stálosti neuropsychických příznaků hraje sestra, která díky častému kontaktu s pacientem a s rodinou má větší možnost intenzivněji pozorovat a naslouchat a tím případně zjistit problémy. Díky všimání si pacientových projevů, gest či mimiky dokáže často sestra odhalit, že pacient trpí neuropsychickou poruchou a informuje ostatní členy multidisciplinárního týmu, jako je lékař a psycholog. U pacientů, kterým bylo diagnostikováno degenerativní onemocnění mozku, je vyžadována intenzivnější ošetrovatelská péče, která je zaměřená převážně na bezpečnost pacienta a specializovanou komunikaci.

Do psychického stavu každého nemocného se promítá postupující stádium jeho onemocnění. U pacientů paliativní péče nevznikají psychické potíže jen na podkladě smutku nebo nejistoty týkající se délky zbývajících života, ale převážně z důvodu nedostatečně kontrolovaných příznaků onemocnění, jako je bolest či dušnost. Mezi typické obtíže jsou v této oblasti úzkost a psychomotorický neklid, který narušuje cyklus spánku a dochází k nespavosti pacienta.

Úzkost

Úzkost je spojována s nedostatečnou informovaností pacienta a projevuje se

napětím, bušením srdce a pocitem dušnosti doprovázející svíravým pocitem na hrudníku.

Delirium

Delirium je popisováno jako psychická porucha, která je vyvolávána buď zánětem, horečkou, hypoxií mozku, poruchami vnitřního prostředí jako je dehydratace či hyponatrémie nebo vzniká z důvodu intoxikace léky či jejich náhlého vysazení. Výskyt deliria se zvyšuje s věkem pacienta. Delirium se dle klinického obrazu rozděluje na tři typy.

Hyperaktivní - snadno rozpoznatelná forma deliria, pacient trpí výrazným neklidem, je dezorientován, pociťuje halucinace, bludy, může se objevit projev agrese a křik.

Hypoaktivní - často přehlédnutelná forma deliria, pacient trpí apatií a spavostí, vzniká riziko dehydratace a podvýživy, vede k rozvoji imobilizačního syndromu.

Smíšená

U pacienta v deliriu dochází k poruchám spánku, kdy pacient je v noci zmatený a ve dne somnolentní, probíhají u něj záškuby svalů končetin a jsou emočně labilní. Pacient v terminálním neklidu má typické formy chování, mezi něž patří častá změna poloh, svléká se, má záškuby, sténá nebo vykřikuje často nesrozumitelné věty. Cítí výraznou úzkost a mají paranoidní a agresivní chování.

Neklid a zmatenost

Zmatenost je popisována jako jeden z častých problémů vyskytující se u pacientů v paliativní péči. Zmatenost pacienta je problém pro všechny zdravotnické pracovníky, kdy lékař nedokáže problém efektivně řešit a pro sestru znamená zmatenost zvýšené nároky na ošetrovatelskou péči, riziko pádu nebo jiného úrazu. Příbuzní si nedovedou vysvětlit danou situaci, opouštějí nemocného v jeho posledních chvílích, obviňují zdravotnický personál nebo sami sebe z toho, co se děje. Mezi vyvolávající formy zmatenosti patří změna prostředí, ve kterém se pacient nachází ale také další faktory jako například léky, mezi něž jsou zařazeny opioidy, dále psychotropní léky, benzodiazepiny či antidepresiva. Další faktor je onemocnění mozku, mezi něž je

zařazeno postižení mozku metastázami, dále metabolické změny, mezi něž je zařazena dehydratace, hyperkalcémie, selhání jater či ledvin. (VAŇÁSEK, 2013) ; (BYDŽOVSKÝ, KABÁT, 2015) ; (KALVACH, 2010)

3.5 CHRONICKÉ RÁNY

Mezi nejčastější chronické rány patří v paliativní péči převážně proleženiny z důvodu nepohyblivosti pro bolest či vyčerpání po fyzické stránce a dále maligní rány, které vznikají z důvodu zvrhodování kožních nádorů. Mezi chronické rány jsou zařazeny i bércové vředy, diabetická noha či nehojící se operační rány. Sestra má za úkol u pacienta v terminálním stádiu onemocnění pečovat o defekty tak, aby nedocházelo ke zhoršení nebo tvorbě nových. Vznik defektů je však ovlivněn mnoha faktory, kde nejvíce záleží na zdravotním stavu pacienta, na stavu výživy a hygieny, dále na přidružených onemocněních nebo užívanými léky. Chronická rána nezpůsobuje nemocnému pouze bolest nebo zhoršení stavu po psychické stránce, ale také problém v sociálním kontaktu z důvodu, že rána může zapáchat, produkovat sekreci nebo krváčet. Rodina pacienta by měla být v rámci edukace o tomto problému informována. (KUBÁT, BYDŽOVSKÝ, 2015)

Dekubity

Dekubity neboli proleženiny jsou rány, které vznikají u dlouhodobě ležících pacientů a jsou vyvolány působením lokálního tlaku na kůži. Tím dochází k uzavírání drobných cév, nedochází k zásobování tkání živinami a kyslíkem a dochází k jejich odumírání. Dekubitus vzniká nejčastěji v místech, kde je malá vrstva tukové a svalové tkáně a kde tlak působí přímo proti kosti. Nejčastěji se dekubit lokalizuje v sakrální oblasti, na patách, loktech, temeni hlavy, lopatkách či na vnějších stranách kotníku. Vyvíjí se ve čtyřech stádiích, kdy první stádium se projevuje zarudnutím daného místa a bolestí. Ve druhém stádiu je již vzniklá odřenina či puchýř, který zasahuje do pokožky a okolo se rozvíjí zánět. Ve třetím stádiu tkáň odumírá a dochází k nekróze, rána má vzhled černé krusty. Ke čtvrtému stádiu dochází z důvodu nedostatečně léčeného dekubitu třetího stupně, kdy dochází k dalšímu prohlubování a nekróza postihuje další svaly. Odumřelá tkáň hnilobně zapáchá, má žlutozelené zbarvení a je vstupní branou pro infekci, která může pacienta ohrožovat i na životě. (BYDŽOVSKÝ, KABÁT, 2015)

Pacienti vyžadující paliativní péči jsou v naprosté většině imobilní a problematika dekubitů je z tohoto důvodu velice aktuální, proto je kladen důraz na kvalitní ošetrovatelskou péči (výskyt dekubitů je indikátorem kvality ošetrovatelské péče a patří mezi Resortní bezpečnostní cíle – odkaz MZČR - Věstníku MZ č. 16/2015.)

3.6 OSTATNÍ SYMPTOMY

Horečka

Za horečku je považována zvýšená tělesná teplota nad fyziologické rozmezí. Horečka vzniká drážděním teplotního centra v hypotalamu tzv. pyrogeny, které jsou součástí zánětlivých reakcí. Za hlavní příčinu vzniku horečky je považován bakteriální zánět, který se rozpozná dle vysokého zánětlivého markeru C - reaktivní protein (CRP) a díky němuž se zvažuje močová, respirační či kožní infekce, absces nebo tuberkulóza (TBC). Pokud je CRP nízké a nezabírají antibiotika, jedná se o virový zánět. Horečka se také vyskytuje při aseptickém zánětu vznikajícím při nektrózách dekubitů nebo ischemických defektech dolních končetin. Při výskytu horečky se odebírá krev na vyšetření a zahrnuje již zmiňované CRP, krevní obraz (KO) a sedimentaci (FW), dále se odebírá moč na kultivaci a vyšetření chemicky a sedimentu. Při nejasných případech vzniku horečky se odebírá krev na hemokulturu. V paliativní péči se pacienti považují za imunopresivní, a proto jim jsou podávány antibiotika ve vyšších dávkách, nejčastěji Amoksiklav, u uroinfekce např: Ofloxin, u mykotické infekce antimykotika. Symptomaticky je podáván paracetamol či metamizol (Novalgín). Při vysokých horečkách aseptického původu jsou podávány kortikoidy. (KALVACH, 2010)

Dehydratace

Dehydratace je pojem, který označuje nedostatek tekutin a iontů v těle. Může vést u pacienta až k deliriu. Mezi hlavní příznaky patří únava, bolest hlavy, oschlé sliznice, snížený kožní turgor, zmatenost, hypotenze spojená se závratí, tachykardie, pokles diurézy a hmotnosti. K dehydrataci dochází například při průjmech, opakovaném zvracení, při horečce, při bezvědomí a při zanedbání ošetrovatelské péče u imobilních pacientů. U pacientů jsou prováděny průběžné klinické kontroly hydratace, laboratorních hodnot urey, kreatininu a minerálů, jako je natrium a kalium, u pacientů s rizikem dehydratace se zapisuje příjem a výdej tekutin a je sledována denní diuréza,

která nesmí klesnout pod 500ml/ den. V paliativní péči neznamená, že pokud se má sledovat u pacienta denní diuréza, že je to indikace pro zavedení permanentního močového katétru. (KALVACH, 2010)

4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Kvalita poskytované paliativní péče závisí na mnoha faktorech, kdy za nejhlavnější je považována schopnost týmu rozpoznat potřebu paliativní péče, dále je kladen důraz na vzdělání zdravotnického personálu v paliativní medicíně a péči a na fungování interdisciplinárního týmu, na kvalitě formální a neformální komunikace mezi členy týmu. Jelikož se nemocnice považuje za místo, kde pacienti nejčastěji umírají, měla by proto každá dbát a snažit se o rozvoj v oboru paliativní péče. Při rozhodování pro paliativní přístup bývá nejtěžší určit, zda pacientův stav je natolik vážný, že již žádná léčba nepovede k jeho uzdravení. Nejdůležitější je v této situaci pravdivá komunikace s pacientem, zodpovězení všech jeho dotazů a respektování jeho rozhodnutí o tom, zda bude léčba pokračovat, či ne. (BYDŽOVSKÝ, KABÁT, 2015)

4.1 ROLE SESTRY V PÉČI O UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA

Péče o umírajícího pacienta je pro sestru velmi stresující záležitostí, protože je v denním kontaktu s umírajícím. Je po ní požadována vysoká odbornost, profesionální zralost a velmi kvalitní komunikace, aby byla schopna použít i slova útěchy a pochopení, dále trpělivost, obětavost a zdatnost po psychické i fyzické stránce, aby se dokázala vyrovnat se smrtí člověka a brala umírání a smrt jako součást života. Musí vědět, že i když je pacient ve zdánlivě hlubokém bezvědomí, tak stále vnímá její hlas či pohazení. Práce sestry by měla být oceněna alespoň poděkováním a úctou, avšak ne vždy se jí poděkování od blízkých umírajícího dostane. (KELNAROVÁ, 2007) Mezi její hlavní úkoly patří sledovat pacientův stav, zda je stabilní, či se postupně zhoršuje nebo dochází k prudkému zhoršení. Dále kontrolovat, zda ji pacient vnímá, jestli jí rozumí a při této komunikaci je klidná a trpělivá, aby pacient necítil vinu, kdyby nebyl schopen pochopit, co mu sestra říká. Pokud nastane tato situace, snaží se sestra říct několikrát to samé, hlasitěji a zřetelněji. V případě, že se nedomluví s pacientem verbálně, všímá si jeho mimiky a gestikulace. U soporózních pacientů dbá na pacientovu čistotu, ošetřuje vysychající sliznice dutiny ústní a nosní a pokud to není nutné, pacienta ve stavu rozesetého nádoru nebudí z důvodu lepšího odchodu ze života. (DOSTÁLOVÁ, 2016) ; (SVATOŠOVÁ, 2012)

4.2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U BOLESTI

Úkolem sestry je zjistit, jakou intenzitu má bolest, kterou pacient udává. Využívá k tomu nejčastěji hodnotící škálu bolesti VAS, která má stupnici bolesti od 0 do 10, kdy 0 vyjadřuje žádnou bolest a 10 nejhorší představitelnou bolest. Sestra by si měla všimnout i neverbálních projevů bolesti, jako je tachykardie, grimasa, pocení, sucho v ústech nebo vyhledávání úlevové polohy. Pokud má pacient chronickou bolest, je nutné, aby byly dodržovány pravidelné intervaly podávání analgetik, v tomto případě je využíváno transdermálních náplastí nebo podávání analgetik pomocí injekční pumpy. Sestra by si měla vést deník, obsahující čas a okolnosti vzniku bolesti, její charakter a intenzitu a podávání analgetik a denně by díky těmto záznamům měla u pacienta hodnotit zvládnutí bolesti. Pokud u pacienta propukne bolest, měla by ho sestra uklidnit, navést ho ke klidnému dýchání a snažit se zjistit možnou příčinu bolesti. Při užívání opioidů je nutné sledování nežádoucích účinků. U paliativních pacientů, kteří užívají opioidy, se nejčastěji vyskytuje útlum dechové centra s apnoickými pauzami, kdy je úlohou sestry kontrolovat pacientovu ventilaci, obstipace, kdy se sestra pacienta dotazuje na odchod stolice a vše zaznamenává do dokumentace, podává Laklulózu či jiná stimulační laxativa, sleduje nauzeu, zvracení, zmatenost a delirium. V případě, že pacient trpí drobnými bolestmi, podává sestra běžná analgetika, mezi něž jsou zařazeny léky jako Paralen, Ibalgin, Ibuprofen, Novalgin či Analgin. U rizikových pacientů je vhodné léčbu běžnými analgetiky doplnit ještě Helicidem či Omeprazolem na krytí žaludeční sliznice inhibitorem protonové pumpy. (KALVACH, 2010; BYDŽOVSKÝ, KABÁT, 2015)

4.3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U RESPIRAČNÍCH OBTÍŽÍ

Dušnost

Sestra při každé návštěvě rozebírá stav respirační insuficience za pomoci vyšetřovacích metod a pulzního oxymetru. Sestra musí znát optimální hodnoty, pravidla měření, fyziologii a patologii dýchání a všechny faktory, které mohou měření ovlivnit. Při komunikaci s dušným pacientem by měla sestra přizpůsobit vedení rozhovoru, klást

pouze jednoduché otázky s uzavřenou odpovědí, na které pacient může odpovídat jen ano či ne nebo použít neverbální pohyby těla.

Sestra při dušnosti pacienta udělá nejdůležitější opatření jako je jeho uklidnění, polohování do pozice, kdy je zvýšená horní polovina těla, sníží pocit dušnosti přívodem vlhkého a chladného vzduchu, odebere anamnézu od nemocného nebo od rodiny a provede vyšetření, jako je změření vitálních funkcí – saturace hemoglobinu kyslíkem, tepové frekvence, tělesné teploty a krevního tlaku, podá kyslík a natočí EKG. Podání kyslíku v terminálním stádiu nemoci působí spíše placebo efektem a pacientovi hrozí vznik psychické závislosti na jeho podávání, aniž by pro něj mělo přínos. Při měření SpO₂ nesmí sestra zapomenout na to, že se jedná o hodnotu, která se odráží od místa měření. Nejenom, že závisí na stavu okysličení organismu, ale také na prokrvení místa, kam čidlo umístí. Při hypotenzi a prokrvení periferních tkání bývá hodnota falešně nižší. (KUBÁT, BYDŽOVSKÝ, 2015)

Hemoptýza

Pacient se ukládá do polohy vsedě nebo polosedě a jsou pokládány ledové obklady na hrudník. Vyhýbá se podání horkého nápoje či stravy nebo horké koupele. Pokud dojde k masivnímu chrlení krve, bývá většinou za následek rozrušení cévy nádorem. U pacienta v terminálním stádiu je důležité udržet klid, odvést jeho pozornost, přiložit tmavý savý materiál, aby pacient nebyl vyděšen z krve a zůstat u nemocného. (MARKOVÁ, 2010)

4.4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U GASTROINTESTINÁLNÍCH PŘÍZNAKŮ

Zácpa

V rámci anamnézy a fyzikálního vyšetření sestra sleduje frekvenci a kvalitu stolice, ale i rizikové faktory, mezi něž patří pohyblivost pacienta, nechutenství a medikace. V rámci prevence zácpy sestra věnuje dostatečnou pozornost tomu, jak se pacient vyprazdňuje. Dbá na možnost soukromí, buď s pojízdným klozetem zajede na WC, nebo pokud je nutno použít mísu, tak zajistí soukromí alespoň zástěnou kolem lůžka. U ležících pacientů se preferuje poloha na levém boku s pokrčenými dolními

končetinami. Pacient by měl mít dostatečný přísun tekutin, vlákniny jako např. celozrnné pečivo nebo syrovou zeleninu a ovoce a v rámci možností i dostatek pohybu, nezůstávat ležet. Zácpu je možno léčit nefarmakologicky za pomoci babských rad, jako například na lačno hrnek teplé vody, které v případě, že jim pacient věří, fungují mnohdykrát lépe, jak léčba farmakologická, za pomoci laxativ. V případě nutnosti jejich užití, by měla být používána tzv. solná projímadla, která jsou šetrnější nebo Laktulosa. Podávání projímadel by mělo být prvotně per os, avšak při neúčinnosti nebo potřebě rychlého řešení je vhodnější podání per rektum ve formě čípku nebo podání klyzmatu. (MARKOVÁ, 2015); (VAŇÁSEK, 2013) ; (ŠACHLOVÁ, 2012)

Průjem

Při průjmu je nutné zajistit pacientovi dostatek tekutin, včetně černého čaje a minerálních vod, protože při průjmu je největší komplikací dehydratace. Dále je nutno u akutních průjmů dodržovat dietní režim, kdy se doporučuje první den požívat jen tekutiny, druhý až třetí den jen banán, či starší bílé pečivo a následující dva až tři dny je možno přidat do jídelníčku bramborovou kaši z vody a vařené bílé maso. Při průjmech, vznikajících díky antibiotické léčbě se podávají probatika, jako například Hylak. (KALVACH, 2010)

Meléna

Dle zvyklostí oddělení se u pacienta s melénou provádí peroxidový test, díky němuž sestra zjistí, zda je opravdu ve stolici přítomna krev, dále je vhodná psychická podpora, kvalitní hygiena a dietní omezení.

Nauzea a zvracení

U nauzei a zvracení se doporučuje jíst častěji a v menších porcích. Strava by měla být pro pacienta dobře stravitelná a měl by jíst to, na co má zrovna chuť. Vynechat z jídelníčku potraviny, jako je pečivo, rýže či těstoviny. Pacient by neměl být nucen do jídel, na které nemá zrovna chuť. Neměla by mu být podávána tučná jídla. Pokud pacient podstupuje chemoterapii, neměla by mu být podávána jídla, která má rád, z důvodu možnosti vzniku nechutenství k danému pokrmu. Pokud pacient zvrací, dbá se na dostatečný příjem tekutin, podávaných po lžičkách. Po jídle by pacient neměl ihned uléhat do lůžka, z důvodu zhoršeného trápení a možnosti opětovného zvracení. Po

zvracení by mělo dojít k vypláchnutí úst, případně vyčištění zubů a několik hodin nepřijímat žádnou potravu.

Sestra by měla zvážit farmakologické možnosti léčby nevolnosti a zvracení a případně léky podat dle ordinace lékaře. Jako další krok by měla zhodnotit stav výživy a hydratace daného pacienta. Při zvracení by sestra neměla podávat léky per os, ale pomocí parenterálního způsobu aplikace. V neposlední řadě sestra sleduje příjem a výdej tekutin pacienta, příjem stravy a výdej stolice. Při zvracení by pacienta měla uklidnit a uložit do polohy vsedě, aby se předešlo aspiraci. (BYDŽOVSKÝ, KABÁT, 2015)

Malnutrice

Při nechutenství se pacientovi podává měkká strava s vysokým obsahem kalorií a v malém množství, nejčastěji tučný tvaroh či zmrzlina. Pokud pacient trpí poruchou polykání tekutin, je možno využít pro zahuštění Nulitis. Při poruchách kousání je pacientovi podávána měkká nebo mixovaná strava. Pacientům, kteří mají nedostatečný příjem potravy je využívána nutriční podpora ve formě Nutridrinku. (KALVACH, 2010)

4.5 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U NEORUPSYCHICKÝCH PŘÍZNAKŮ

Při komunikaci s pacienty, kteří mají neuropsychické poruchy, je důležité používat zřetelnou řeč, mluvit klidným tónem v jednoduchých větách. Při nepochopení pacienta danou činnost předvést nebo ukázat, co se po něm žádá. Pacienta navštěvovat častěji v kratších intervalech, z důvodu krátké schopnosti se soustředit. O pacienta by se měl starat stabilní zdravotnický personál a v nemocnici by mělo být bezpečné a přehledné prostředí. Pokud je pacient rozrušený, pomůže ho uklidnit jakýkoliv známý předmět, například oblíbené plyšové zvíře či talisman. Pádu a následnému úrazu se předchází umístěním postele nízko nad podlahou. Personál by se měl vyvarovat tomu, aby vystavoval pacienta silným zvukům a světlu. Nemocnému by mělo být umožněno využívání kompenzačních pomůcek, jako je naslouchátko či brýle, aby mohl komunikovat s okolím. (VAŇÁSEK et al., 2013) ; (SLÁMA et al., 2007)

4.6 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PÉČE O CHRONICKÉ RÁNY

U chronické rány je nutné alespoň jednou týdně zhodnotit velikost a hloubku defektu, vzhled spodiny a okrajů a pole okolo rány z důvodu možnosti vzniku zánětu. Dále je důležité zhodnotit, zda rána produkuje sekreci a případně jaké konzistence sekrece je. (KUBÁT, BYDŽOVSKÝ, 2015)

V ošetřování chronických ran u paliativních pacientů je metoda vlhkého hojení, kdy rána nemůže vyschnout z důvodu následné bolesti a nedochází k hojení rány. Ošetřování probíhá ve 4 fázích.

1. fáze- T- tkáň

V této fázi se rána vyčistí, odstraní se odumřelé tkáně a ošetří se okolí rány. Odstranění odumřelých tkání se provádí nejčastěji chirurgickou cestou. K omývání se používá FR pod tlakem.

2. fáze- I- infekce

Ve druhé fázi dochází ke kontrole bakteriálního osídlení rány z důvodu časté kontaminace a kolonizace rány mikrobiálními kmeny. Pokud by bakterie pronikly do okolních tkání, projeví se u pacienta příznaky infekce, jako je horečka, vyčerpání, anémie či leukocytóza. Pokud rána prokazuje příznaky místní či celkové infekce je nutné do bakteriálního osídlení zasáhnout např. Roztokem Betadine v poměru 1:10 či Persterilu nebo aplikací aktivního stříbra např. Actisorb, či gelu např. Flamigel.

3. fáze- M- metabolismus

V této fázi je kladen důraz na podporu výživy a růst granulační tkáně. Používá se hyperbaroxyterapie, infuzní terapie s lokálními anestetiky, pasty či gely, které vytvářejí lokální podmínky mokré terapie a zabraňuje kontaminaci rány, či podávání nutričních doplňků (Nutrison).

4. Fáze- E- epidermis

Tato fáze se využívá při hypertofii granulační rány, kdy se používá potření granulací štětičkou s 10 % roztokem Argentum nitricum, aby se zabránilo dalšímu

růstu. Epitelizace probíhá od okrajů rány a proto je nutné o tuto novou pokožku pečovat za pomoci mastí, krémů a emulzí, obsahující zinek. Jako podpora pro epitelizaci se přímo na ránu aplikují tyly s jodpovidonem (Inadine) nebo gely (Solcoseryl), či pěny (Enyper).

Pokud se jedná o maligní ránu, kde je nadbytek tkáně a nádorové granulace přerůstají pokožku, ošetřujeme ránu pouze na úrovni první a druhé fáze. Sestra ránu několikrát denně omývá a přikládá antiseptické obklady a převaz provádí v premedikaci a šetrně z důvodu křehkosti nádorové granulace a tudíž častému a snadnému krvácení. (SLÁMA et. al., 2007)

Antidekubitární režim

Antidekubitární režim je definován jako soubor opatření zabraňující vzniku dekubitů. Je důležité dekubitům předcházet, proto je kladen důraz na prevenci jejich vzniku. V ošetrovatelské péči je to hlavně kvalitní hygienická péče, ochrana kůže před macerací, polohování pacienta a dostatečná výživa.

Antidekubitární režim u imobilních pacientů zahrnuje používání antidekubitálních podložek v lůžku nemocného, např. nafukovací antidekubitární matrace, kdy kompresor nafukuje střídavě různé části matrace, a tak se tlak střídá na různá místa. Dále je vhodné používání odlehčovacích pomůcek, které najdou využití při podložení pat, kotníků či loktů. Pacient by měl být pravidelně polohován každé 2 hodiny, při poloze na boku by měl mít vložený polštář mezi kolena a kotníky, aby nedošlo k otlačení.

Při péči o pokožku by měla sestra pravidelně kontrolovat změny na kůži, hlavně v místech, kde hrozí nejpravděpodobnější vznik proleženin. Pokud je pacient inkontinentní, měla by zařídit absorpční pomůcky, aby nedocházelo k tomu, že pacient bude ležet ve vlhku. Při péči o pacienta dbát na důkladnou hygienu, včetně pravidelného promazávání pokožky a na čistotu lůžka. (KALVACH, 2010)

Polohování

Polohování pacientů také předchází vzniku dekubitů. U pacientů je možné polohovat celé tělo ale i jeho části, jako např. paretické končetiny a tím předejít bolesti,

otokům, vzniku otlačenin, ale i zhoršení funkcí končetin či dušnosti a zahlenění. Díky polohování může mít pacient také lepší kontakt s okolím. (KALVACH, 2010)

4.7 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U OSTATNÍCH SYMPTOMŮ PALIATIVNÍ PÉČE

Horečka

Pokud se u pacienta objeví horečka, přichází v úvahu podat mu symptomatická antipyretika, jako je Paralen nebo Acylpirin. Dále je vhodné přikládat vlažné zábaly na horní polovinu těla a dbát na zvýšený příjem tekutin z důvodu většího pocení pacienta. U horeček se zapisují i doprovodné příznaky, které se projevily s horečkou a jsou související s termoregulací pacienta, jako je zimnice s třesavkou či s vyvolávající příčinou, jako je kašel, bolest břicha, bolest hlavy, močové obtíže nebo průjmy. (KALVACH, 2010)

Dehydratace

U pacientů, kteří mají delší životní prognózu, je kladen důraz na dostatečný příjem tekutin, pokud nejsou schopni přijímat tekutiny perorálně, jsou tekutiny podávány ve formě infúze, avšak u pacientů, kteří bezprostředně umírají, již nejsou tekutiny vnučovány, ale pouze nabízeny a v případě odmítnutí je pacientovo přání respektováno. Kvůli hrozící aspiraci je vhodná poloha pacienta pro napití vsedě. U ležících pacientů jsou používána umělohmotná pítka. Pokud má pacient zavedený permanentní močový katétr je zapisována denní diuréza. (KALVACH, 2010)

5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA V TERMINÁLNÍM STÁDIU

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala onkologicky nemocnou pacientku v terminálním stádiu nemoci na interním oddělení. Pacientka stvrdila svým podpisem, že souhlasí se zpracováním údajů a použitím fotodokumentace k vytvoření bakalářské práce.

Identifikační údaje:

Tabulka č. 1 – identifikační údaje

Jméno a příjmení: X. Y.	Datum narození: 1938
Rodné číslo: 380000/0000	Věk: 77
Pohlaví: žena	Bydliště: Praha
Zaměstnání: Důchodkyně, dříve účetní	Vzdělání: Středoškolské s maturitou
Národnost: česká	Státní občanství: ČR
Stav: vdova	Číslo pojišťovny: 111
Jméno příbuzného: X. Y.	Bydliště příbuzného: Praha
Datum přijetí: 11. 5. 2016	Čas příjmu: 12:00 hod.
Typ přijetí: plánovaný - překlad z VFN	Účel příjmu: terapeutický
Oddělení: interní oddělení	Přijal: X. Y.
Ošetřující lékař: MUDr. X. Y.	Obvodní lékař: MUDr. X. Y.

Důvod přijetí udávaný pacientkou: *Po domluvě mého ošetřujícího lékaře s lékařem X. Y., který pracuje v této nemocnici, jsem byla přeložena k Vám na internu. Proč přesně, to už si nepamatuji.*

Pacientka souhlasí s hospitalizací na interním oddělení. Svůj souhlas stvrdila podpisem informovaného souhlasu. Souhlasí s realizací lékařských a sesterských vyšetření

a výkonů. Pacientka svolila k nahlížení do dokumentace studentům a medikům konajícím na interním oddělení praktickou výuku. Byla edukována o chodu oddělení.

Medicínská diagnóza hlavní:

C900 – Mnohočetný myelom

Vedlejší medicínské diagnózy:

N390 – infekce močových cest

I482 – chronická fibrilace síní, st. p. impl. kardiostimulátoru

I714 – aneurysma břišní aorty, bez zmínky o ruptuře

K253 – vředová choroba gastroduodena

Z950 – přítomnost kardiostimulátoru – II. Interní klinika Všeobecné fakultní nemocnice

Vitální funkce při příjmu:

Tabulka č. 2 - vitální funkce při příjmu

TK: 127/70 mmHg (torr)	Výška: 173 cm
P: 62/min., pravidelný	Váha: 97 kg
D: 16/min	BMI: 32, 41
TT: 36, 6 ° C	Pohyblivost: omezená, přivezena na lehátku
Stav vědomí: orientovaná, pouze časem ne, při vědomí	Krevní skupina: nezjišťováno

Nynější onemocnění

Pacientka překladem z Všeobecné fakultní nemocnice, s mnohačetným myelomem přijata pro relaps s hyperkalcemií. Pacientka je v terminálním stádiu nemoci.

Zdroj informací: lékař, ošetřující personál, fyzikální vyšetření sestrou, dokumentace, rozhovor s pacientkou

Anamnéza

Rodinná anamnéza

Matka: zemřela v 78 letech na infarkt myokardu

Otec: zemřel v 69 letech na karcinom prostaty

Sourozenci: nemá

Děti: jedna dcera- zdráva

Osobní anamnéza

Překonaná onemocnění: v dětství prodělala běžná dětská onemocnění, stav po APPE (1985), TEP I. dx (2001)

Chronická onemocnění: chronická fibrilace síní

Hospitalizace a operace: 1985- APPE, 2001- TEP I. dx., 2012- kardiostimulátor

Úrazy: žádné

Transfúze: neguje

Očkování: povinné v dětství, tetanus v roce 2008

Léková anamnéza:**Tabulka č. 3 – léková anamnéza**

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Revlimid	Cps dur	25mg	0-0-1	chemoterapeutika
Tramal	Čípek	100mg	0-0-1	Analgetika
Furon	Tbl.	40mg	1-0-0	Diuretika
Rivocor	Tbl.	2,5mg	1-0-0	beta blokátory
Kapidin	Tbl.	10mg	1-0-0	blokátory vápníkových kanálů
Novalgin	Tbl.	500mg	1-1-1	Analgetika
Purinol	Tbl.	100mg	1-0-0	Antiuratika
Helicid	Cps dur	20mg	1-0-1	inhibitory protonové pumpy

Alergologická anamnéza:

Léky: nejuje

Potraviny: nejuje

Chemické látky: nejuje

Jiné: prach, pyly

Gynekologická anamnéza:

Menarché: v 15 ti letech, menstruace pravidelná, bez obtíží, antikoncepci nežívala

Poslední menstruace: v 62 letech, bez obtíží

Porody: 1 porod - dcera

Aborty: 0

Poslední gynekologická prohlídka: v 70 letech

Samovyšetření prsou: prováděla pravidelně, dokud jí to stav umožňoval.
Na mammograf nedocházela.

Abúzy:

Alkohol: před hospitalizací obden - večer 2 dcl vína

Kouření: příležitostně

Káva: 1x denně - černá

Léky: neguje

Jiné drogy: neguje

Psychologická anamnéza:

Vývojové období - vysoký dospělý věk, premorbidní osobnost – sangvinik, emoční oblast - psychický stabilní.

Sociální anamnéza:

Stav: vdova

Bytové podmínky: bydlí s dcerou a jejím manželem v rodinném domku

Záliby: čtení knížek, luštění křížovek

Volnočasové aktivity: sledování seriálů v TV, procházky s vnoučaty

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: středoškolské s maturitou

Pracovní zařazení: starobní důchodce (1998), dříve účetní

Sociální role:

Primární: 77 - letá žena

Sekundární: matka, babička – role po dobu hospitalizace nenaplněné

Terciální: jako pacientka chápe svojí situaci a závažnost onemocnění

Sociální interakce: se zdravotnickým personálem vychází dobře

Pacientka je plně informovaná o svém zdravotním stavu a způsobu léčby.

Spirituální anamnéza:

Religiózní praktiky: ateistka

Posouzení současného stavu ze dne 15. 5. 2016 v 11, 00 hod.

HLAVA A KRK

Subjektivně: *Hlava mě poslední dobou celkem pobolívá.*

Objektivně: Hlava normocefalická, na poklep nebolestivá, bez deformit, skléry bílé, bez ikteru, spojivky růžové, zornice izo, bulby ve středním postavení, brýle nepoužívá, uši bez výtoků, problémy se sluchem nejsou, nos bez výpotku a viditelných deformit, jazyk suchý, bělavě povleklý, plazí ve střední rovině, přítomný zápach z úst, používá zubní protézu, kůže bledá, suchá, bez deformit, krk souměrný, bez deformit, hrdlo klidné, lymfatické uzliny nehmatné, štítná žláza nezvětšená, šije volná, náplň žil přiměřená, karotidy tepou stimulovaný rytmus, na škále VAS hodnotí bolest hlavy 3.

Ošetrovatelský problém: bolest hlavy

HRUDNÍK A DÝCHACÍ SYSTÉM

Subjektivně: *Kouřím jen příležitostně, bolesti na hrudi nemám, dýchá se mi celkem dobře a kašel nemám.*

Objektivně: Hrudník souměrný, bez deformit, dýchání oboustranně alveolární, bez pískotů a vrzotů, počet dechů 16/min, pravidelné, saturace bez podpory kyslíku 93% - 96%, bolest při dýchání neguje.

Ošetrovatelský problém: nezjištěn

SRDEČNÍ A CÉVNÍ SYSTÉM

Subjektivně: *Za hrudní kostí mě nebolí, mám kardiostimulátor a chronickou fibrilaci síní.*

Objektivně: Srdeční akce pravidelná, frekvence 62/min., krevní tlak 127/70 mmHg, puls hmatný na arteria radialis na obou horních končetinách, pacientka má kardiostimulátor, dolní končetiny bez edémů a známek zánětu. Pulzace oboustranně do periferie hmatné, ale oslabené, hyperpigmentace bérků bitál, periferní žilní katétr zaveden 15. 5. Do pravé končetiny v. radialis, bez patologií.

Ošetrovatelský problém: Riziko infekce (PŽK)

BŘICHO A GASTROINTESTINÁLNÍ TRAKT

Subjektivně: *Trpím občas nevolností, ale pocit na zvracení často nemívám. Břicho mě nebolí, ale občas trpím zácpou.*

Objektivně: Břicho volně prohmatné, měkké, palpačně nebolestivé, bez hmatných rezistencí, hepar mírně zvětšena, bez vyklenutí, pankreas, lien, nezvětšený, peristaltika přítomna, normální odchod plynů, v pravém hypogastriu zhojená jizva po APPE.

Ošetrovatelský problém: riziko zácpy, nevolnost

MOČOVÝ A POHLAVNÍ SYSTÉM

Subjektivně: *Při močení jsem cítila řezání a pálení. Taký občas neudržím moč. Od té doby, co mám tu hadičku na čůrání, mám pocit, že se mi chce čůrat častěji, ale prý je to v pořádku, tak se tím nezabývám.*

Objektivně: Genitál ženský, zavedený PMK dne 9. 5. pro sledování diurézy. Moč světle žluté barvy, zapáchající, při chemickém rozboru zjištěna infekce, nyní již přeléčená. Tappotment negativní bilaterálně

P/ V 1870 ml/ 3300 ml, denní bilance - 1430ml.

Ošetrovatelský problém: riziko infekce (PMK)

KOSTERNÍ A SVALOVÝ SYSTÉM

Subjektivně: *Klouby mě nebolí, obtíže v této oblasti nemám, kromě bolesti páteře, která trvá přes půl roku, ale zatím mi pomáhal Novalgin, co mi napsala paní doktorka, chodit už nezvládám, dokud to šlo, využívala jsem francouzské hole.*

Objektivně: Poloha vleže, omezená pohyblivost, používání polohovacích pomůcek. Páteř se známkami výskytu metastáz. Hybnost v normě, končetiny bez tvarových deformit. Udává bolest zad, VAS 5, užívá tbl. Novalgin, díky němuž dojde k menší úlevě od bolesti, bolest trvá posledních 7 měsíců.

Ošetrovatelský problém: riziko pádu

NERVOVÝ A SMYSLOVÝ SYSTÉM

Subjektivně: *Nejsem si vědoma nějakých problémů, vím, kde jsem, jak se jmenuji, akorát nevím, kolikátého dneska je. Problémy se sluchem nemám a brýle nenosím.*

Objektivně: Orientovaná neurologicky bez laterace, orientovaná osobou, místem, ale časem ne. Spolupracuje dle možností. Anicterická, ameningenální, tremor nepřítomen. Čich, zrak a sluch bez patologie, zornice reagují na osvit. Paměť a smyslová citlivost v normě, reflexy jsou zachovány.

Ošetrovatelský problém: nezjištěn

ENDOKRINNÍ SYSTÉM

Subjektivně: *Cukrovku nemám, na endokrinologii se neléčím.*

Objektivně: Bez zevních projevů

Ošetrovatelský problém: nezjištěn

KŮŽE A JEJÍ ADNEXA

Subjektivně: *Na těle mám jizvy po operacích a na zadku velkou proleženinu, která mě bolí. O nehty mi pečuje dcera, nejraději mám rudou barvu a vlasy načesané do drdolu.*

Objektivně: Kůže suchá, bledá, turgor v normě. Končetiny jsou bez otoků, prsty bez tvarových odchylek. Jizvy po operacích zahojeny, na sacru dekubitus o velikosti 10x5 cm, převazován obden. Vlasy a nehty upravovány dcerou, která pravidelně dochází.

Ošetrovatelský problém: Riziko infekce, porušená integrita kůže

Aktivity denního života

STRAVOVÁNÍ A PITNÝ REŽIM

Doma: *Doma jsem jedla vždy to, na co jsem měla chuť, žádnou dietu jsem nedržela. Pila jsem pravidelně a denně vypila okolo 2 litrů tekutin a jednou denně jsem si dělala černou kávu. Každý den piji také studenou kolu.*

V nemocnici: *Snažím se dodržovat pitný režim a jíst pravidelně.*

Objektivně: Dieta č. 3- racionální, BMI 32,41 - mírná obezita. Výška 173cm a váha 97kg. Pacientka se stravuje pravidelně, k pití vyžaduje podávat vychlazenou Coca- Colu. Potravu a tekutiny přijímá perorálně a formou infuzní terapie.

Ošetrovatelský problém: nezjištěn

VYLUČOVÁNÍ MOČI A STOLICE

Doma: *S vylučováním moči jsem nemívala problém, akorát poslední dobou trpím na inkontinenci, proto jsem nosila natahovací kalhotky. Se stolicí problém nemám, chodila jsem pravidelně každý den, občas mě ale trápila zácpa.*

V nemocnici: *Na čůrání mám hadičku, takže mě to nutí čůrat častěji, ale jinak vše v pořádku, při čůrání mě to nepálí ani neřeže. Mám plínu, protože už nedokážu chodit a neudržím už moc ani stolici.*

Objektivně: Pacientka má zavedný PMK pro sledování denní diurézy, močení bez obtíží. Poslední defekace 15.5. Pacientce jsou podávány laxantiva při zácpě.

Ošetrovatelský problém: riziko infekce (PMK)

SPÁNEK A BDĚNÍ

Doma: *Doma jsem spala vždy bez problémů.*

V nemocnici: *Nemám žádný problém s usínáním.*

Objektivně: Usínání bez problémů, spánek kvalitní.

Ošetrovatelský problém: nezjištěn

AKTIVITA A ODPOČINEK

Doma: *Chvilé jsem si trávila koukáním na seriály v TV a procházkami s vnoučaty.*

V nemocnici: *Tady jen ležím a čtu si knížky, pravidelně za mnou chodí dcera.*

Objektivně: Klidový režim, během dne dochází na návštěvu dcera.

Ošetrovatelský problém: nezjištěn

HYGIENA

Doma: *Doma jsem se poslední dobou koupala za pomoci dcery, ranní hygienu jsem zvládala vykonat sama.*

V nemocnici: *S tou mi hodně pomáhají sestřičky, protože sama už jí nezvládám.*

Objektivně: Hygiena zabezpečena ošetrovatelským personálem. Celková koupel na lůžku každé ráno včetně péče o dutinu ústní.

Ošetrovatelský problém: deficit sebepéče

SAMOSTATNOST

Doma: *Doma jsem se snažila všechno zvládat sama nebo s pomocí dcery.*

V nemocnici: *Snažím se být samostatná, ale moc mi to nejde. Sestřičkám se snažím ulehčit práci při mém koupání a celkově v péči o mě.*

Objektivně: Podle Barthelové testu základních činností ADL pacientka momentálně těžký stupeň závislosti (20 bodů/100 bodů).

Ošetrovatelský problém: deficit sebezpečí

Posouzení psychického stavu:

Tabulka č. 4 – posouzení psychického stavu

Vědomí	Lucidní
Orientace	Orientovaná osobou a místem, ale ne časem
Nálada	Dobrá
Paměť	Bez poruch
Myšlení	Logické
Temperament	Sangvinik

Medicínský management ke dni 15. 5. 2016

Ordinovaná vyšetření: Odběry krve dne 15. 5. 2016

Biochemie:

Glykémie 5,1mmol/l

CB 66 g/l

Urea 20, 50 mmol/l

Kreatinin 182umol/l

Na 139 mmol/l

K 3,80 mmol/l

Cl 101,5 mmol/l

Ca 2,85 mmol/l

P 1,35 mmol/l

Mg 0,93 mmol/l

CRP 49 mg/l

Krevní obraz:

Hemoglobin 121 g/l

Hematokrit 34%

Erytrocyty $3,89 \mu\text{m}^3$

Leukocyty $9,3 \cdot 10^9/l$

Trombocyty $103 \cdot 10^9/l$

Lymfocyty 10%

Konziliární vyšetření chirurgem

Kůže: Rozsáhlý sakrální dekubitus, nekropatie cca 15x5 cm, hloubka 10cm

Lokální ošetření – obden výplach H_2O_2 , poté betadine, lomatuell, sterilní čtverce a krytí

Sigmoideoskopie dne 15. 5. 2016

Výsledky: Nález drobného slizničního krvácení.

Konzervativní léčba

Dieta: Při příjmu naordinována dieta č. 3- racionální

Pohybový režim: pravidelné polohování ā 3 hodiny, pacientka vykazuje těžký stupeň závislosti

RHB: na oddělení dochází každý den fyzioterapeutka, klidový režim

Výživa: Perorální

Medikamentózní léčba:

Tabulka č. 5 - medikace per os

Revlimid 25mg	0- 0- 1
Furon 40 mg	1- 0- 0
Rivocor 2,5 mg	1- 0- 0
Kapidin 10 mg	1- 0- 0
Purinol 100 mg	1- 0- 0
Novalgin 500 mg	1- 1- 1
Helicid 20 mg	1- 0- 1

Per rectum

Salofalk čípek při potřebě

Tramal 1 čípek na noc

Intra venózně (upravováno dle zdravotního stavu a potřeby)

Tabulka č. 6 - medikace intra venózně

Fyziologický roztok 500 ml	0- 0- 1
Hartmannův roztok 500 ml	1- 0- 0
1 % Morfin + 20 ml FR	Kontinuálně

Subkutánně

Clexane 0, 4 ā 24 hod. (20: 00 hod.)

Situační analýza ke dni 15. 5. 2016

77- letá pacientka s mnohačetným myelomem (četná ložiska dle CT- kalva a skelet), t.č. relaps s hyperkalcémií. Překladem z VFN, kde hospitalizována pro celkové zhoršení stavu. Dnes 4. den hospitalizace, pacientka bledá, stěžuje si na bolesti, které označuje stupněm VAS 6 dle analogové škály. Dýchání bez obtíží, SpO₂ 96%, puls hmatný, pravidelný 62/min., TK- 127/70 mmHg.

Zaveden periferní žilní katétra 15. 5. 2016 do pravé horní končetiny (v. radialis) bez komplikací. Tělesná teplota pacientky byla včera 37,9 °C, proto podáno 100 ml FR + 1 amp. Novalgin, dnes teplota v normě 36,7 °C. Pohyblivost omezená z důvodu upoutání na lůžko, klidový režim. Podáván Clexane 0,4 s. c. ā 24 hodin jako prevence TEN. Permanentní močový katétra zaveden 9. 5. 2016 pro sledování denní diurézy. Barthelové test soběstačnosti vykazuje u pacientky těžký stupeň závislosti (20 bodů/100 bodů). Veškeré ošetrovatelské úkony v oblasti sebeděče provádí ošetrující personál. Pacientka spí klidně, budí se jen zřídka, komunikuje verbálně i neverbálně. Je plně informovaná o svém zdravotním stavu a nepříznivé prognóze. Situaci jí pomáhá zvládat hlavně dcera, která za ní pravidelně dochází.

Dle hodnotících škál rizik vyšlo pacientce riziko pádu, z tohoto důvodu má pacienta zvednutou zábranu a zvonek na dosah. Nutriční screening vyšel bez nutnosti zvláštní intervence. Dle pacientky vyšla VAS 6, proto je podávána analgeterapie. Dle posouzení rizika vzniku dekubitů podle Nortonové má pacientka vysoké riziko vzniku dekubitů.

Výsledky provedených škál:

VAS – 6 – silná bolest

Barthelové test základních činností ADL – 20 bodů – vysoce závislý

Základní nutriční screening – 7 bodů – bez nutnosti zvláštní intervence

Nortonové posouzení rizika vzniku dekubitů – 16 bodů – nebezpečí vzniká při 25 bodech a méně

Riziko pádu – 4, vysoké riziko pádu, vzniká při skóre vyšším jak 3

5.1 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA TAXONOMIE II A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ

Vysoká priorita:

Chronická bolest (0133)

Riziko infekce – PŽK, PMK (00004)

Porušená kožní integrita (00044)

Střední priorita:

Zácpa (00011)

Inkontinence stolice (00014)

Úzkost (00146)

Strach (00148)

Urgentní inkontinence moči (00019)

Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)

Deficit sebepéče při oblékání (00109)

Deficit sebepéče při stravování (00102)

Deficit sebepéče při vyprazdňování (00110)

Nízká priorita:

Deficit sebepéče při koupání (00108)

Zhoršená pohyblivost na lůžku (00091)

Deficit sebepéče při koupání (00108)

Chronická bolest (00133)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek, způsobený skutečným nebo možným poškozením tkání nebo popsáný v terminologii pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, neustávající nebo opakovaně bez očekávaného nebo předvídatelného konce a s trváním delším než 6 měsíců.

Určující znaky:

- uvádí bolest
- neklid
- únava
- grimasy v obličeji
- Související faktory:
- chronické tělesné poškození
- chronické psychosociální poškození

Priorita: Vysoká

Cíl krátkodobý: Pacientka umí posuzovat bolest dle VAS – do 1 dne

Cíl dlouhodobý: Pacientka udává bolest max. VAS 3 – po dobu hospitalizace

Očekávané výsledky:

Pacientka chápe způsob používání VAS – do 1 dne

Pacientka spolupracuje při zvládnání bolesti – po celou dobu hospitalizace

Pacientka verbálně či neverbálně sděluje úlevu – do 1 hodiny po intervenci

Ošetrovatelské intervence:

1. Edukuj pacientku o používání VAS (všeobecná sestra, nyní)
2. Posuď bolest ve spolupráci s pacientkou- charakter, lokalizace, trvání, intenzita (všeobecná sestra, dle potřeby)
3. Podávej analgetika dle ordinace ošetřujícího lékaře (všeobecná sestra, denně)
4. Sleduj účinky medikamentů (všeobecná sestra, do 30 minut)
5. Informuj pacientku o nefarmakologických možnostech zvládnání bolesti (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, nyní a dále dle potřeby)
6. Sleduj vedlejší účinky analgetik (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, denně, průběžně)
7. Pravidelně polohuj pacienta (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitář, min. ā 3 hodiny)
8. Kontroluj fyziologické funkce- krevní tlak, puls, teplota, saturace a ihned informuj lékaře o nefyziologických hodnotách (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, dle potřeby)
9. Vše pečlivě zapisuj do dokumentace (všeobecná sestra, denně)

Realizace ke dni 16. 5. 2016

8:00 Všeobecná sestra změřila fyziologické funkce, TK 126/79, TT 36,7° C, puls 75/min, SpO₂ 95% bez podpory O₂ a vše zapsala do dokumentace.

9:30 Pacientka projevila snahu při posuzování bolesti, uvádí, že bolest je tupého, někdy vystřelujícího charakteru v oblasti páteře a sacra a trvající bez přestávky o intenzitě 6 dle hodnotící škály bolesti VAS (0 - 10).

11:00 Všeobecná sestra podala analgetika dle ordinace lékaře, Novalgin 500 mg p.o. a nepozorovala žádné vedlejší účinky ani komplikace analgetik.

11:20 Sestra informovala pacientku o nefarmakologických možnostech a za její pomoci proběhl nácvik úlevové polohy. Pacientka vyjádřila zájem o nácvik úlevové polohy i v následující den.

13:00 Všeobecná sestra provedla kontrolu intenzity bolesti, pacientka uvedla, že intenzita bolesti je stále stejná dle hodnotící škály VAS - 6 (0 - 10).

13:05 Pacientce byl podán Novalgin 500 mg p.o. a byla všeobecnou sestrou a sanitářem napolohována na levý bok s podložením dolních končetin.

13:40 Všeobecná sestra provedla kontrolu intenzity bolesti, pacientka udává VAS – 3 (0 – 10)

15:15 Pacientka vyžaduje další podání analgetik, VAS – 5 (0 – 10)

15:20 Po domluvě s lékařem podala všeobecná sestra pacientce transdermálně Transtec 35 g/h.

16:00 Všeobecná sestra provedla kontrolu intenzity bolesti, pacientka uvedla mírné zlepšení po podání Transtec 35 g/ h, VAS - 3 (0 - 10)

16:05 Pacientka byla všeobecnou sestrou a sanitářem napolohována na pravý bok s podložením dolních končetin

17:00 Všeobecná sestra podala pacientce další dávku analgetik, Novalgin 500 mg p.o. VAS – 6 (0 – 10)

17:30 Pacientka spí, nebuzena z důvodu načerpání sil

19:00 Pacientka byla napolohována všeobecnou sestrou a sanitářem na záda

19:50 Všeobecná sestra změřila intenzitu bolesti, pacientka uvádí, že nedošlo ke změně, VAS 6 (0-10)

19:55 Všeobecná sestra zavedla pacientce rektální čípek (Tramal).

Během noci analgetika podávána podle potřeby Novalgin 500mg p.o., náplast Transtec 35 g/ h bude přelepena 18. 5. 2016

Kontrola intenzity bolesti prováděna každé 4 hodiny, v případě spánku pacientky nebuzena.

Realizace ke dni 17. 5. 2016

Pacientka spolupracuje při sledování intenzity bolesti, všeobecná sestra vše zapisovala do dokumentace. Intenzita bolesti měla během dne kolísavou tendenci, pacientka uvádí bolest v rozmezí VAS 3 - 7. Všeobecná sestra pravidelně podávala medikaci, včetně analgoterapie. Medikamentózní léčba podávaná perorálně je pacientkou snášena dobře.

Během ranních hodin byla s pacientkou nacvičována úlevová poloha. Poté byla dle plánu polohována. Ošetřující lékař v odpoledních hodinách naordinoval pacientce 5 ampulí 1ml Morfin 1% + 20 ml FR, kapat kontinuálně rychlostí 0,7 ml/hod z důvodu další žádosti o analgetika přes neúnosnou bolest. Fyziologické funkce (TK, TT, P, SpO₂) byly měřeny sestrou dle potřeby, naměřené hodnoty byly v normě, mimo TK, který byl 102/59, hlášeno lékaři.

Hodnocení (2. den hospitalizace)

Efekt: částečný

Krátkodobý cíl splněn. Pacientka umí ve spolupráci se sestrou hodnotit bolest dle VAS. Pacientka udává bolest v rozmezí VAS 3 – 7. Pacientka kladně hodnotí úlevové polohy. Pacientka pravidelně polohována ošetrovatelským personálem. Od večerních hodin spavá, bledá, TK nižší než obvykle 102/ 59. Dlouhodobý cíl plněn dále.

Pokračující intervence:

2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9

Narušená integrita tkáně (00044)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Poškození sliznice, rohovky, kůže nebo podkožních tkání.

Určující znaky:

- poškozená tkáň
- nekróza
- bolest
- tlak
- ztráta citlivosti

Související faktory:

- zhoršená tělesná imobilita
- nedostatek tekutin
- změněná cirkulace

Cíl krátkodobý: Defekt nevykazuje známky infekce (do 5 dnů)

Cíl dlouhodobý: Sakrální dekubit se zhojí do 3 měsíců (11. 8. 2016)

Priorita: vysoká

Očekávané výsledky:

Pacientka se bude zapojovat do léčebných opatření (po celou dobu hospitalizace)

Pacientka bude dostatečně informována o lokální léčbě defektu (nyní)

Pacientka bude pravidelně polohována (denně)

Pacientce neprosakuje sterilní krytí (obden)

Ošetrovatelské intervence:

1. Pravidelně prováděj převaz sakrálního dekubitu (všeobecná sestra, obden)
2. Zjisti a popiš rozměry defektu při každém převazu (všeobecná sestra, nyní, dále dle dalšího převazu)
3. Zjisti a popiš barvu, zápach, exsudát a lokalizaci (všeobecná sestra, nyní, dále dle dalšího převazu)
4. Sleduj stav kůže v okolí sakrálního dekubitu (všeobecná sestra, denně)
5. Dběj na pravidelný přísun tekutin a živin bohatých na vlákninu pro pacientku (všeobecná sestra, nyní, dále dle přání pacientky)
6. Polohuj pravidelně pacientku z důvodu odlehčení tlaku na sakrální dekubit (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitář, minimálně 3 hodiny)
7. Zapoj pacientku do léčebných opatření (všeobecná sestra, při potřebě)
8. Dostatečně informuj pacientku o lokální léčbě defektu (všeobecná sestra, nyní, dále dle potřeby)
9. Sleduj laboratorní výsledky (všeobecná sestra, při vyhotovení)
10. Vše zaznamenávej do dokumentace (všeobecná sestra, denně)

Realizace 11. 5. 2016 - 16. 5. 2016

Pacientka se snaží napomáhat zdravotnickému personálu při převazu sakrálního dekubitu co největší snahou o přetáčení v lůžku. Při převazu byl zjištěn defekt na sacru, o velikosti 15x 5 cm a hloubce 10 cm s hnisavou sekrecí, výrazného zápachu. Okolí defektu je zarudlé, citlivé na bolest. Proběhlo vyšetření chirurgem, který provedl vystřížení nekrotických tkání. Na dekubitus byla po výplachu H₂O₂ použita Betadine, mastný tyl, DebriGel, sterilní čtverce a v závěru sterilní krytí. (příloha 1) U pacientky je dbáno na pravidelný přísun tekutin a na přísun potravy bohatou na vlákninu. Pacientka je polohována 3 hodiny, střídavě na pravý a levý bok s podložením dolních končetin, aby bylo zabráněno vzniku dalších defektů na kůži. Pacientka je v rámci ranní hygieny pravidelně promazávána mastí Menalind, jako prevence vzniku dekubitů. Pacientce bylo sděleno, jak bude péče o sakrální dekubitus probíhat, co se používá za materiál a po jak dlouhé době se bude provádět převaz. Laboratorní výsledky značí přítomnost zánětu v těle. Veškerá péče o dekubit byla zaznamenána do dokumentace.

Hodnocení: 16. 5. 2016**Efekt: částečný**

Krátkodobý cíl nebyl splněn, rána vykazuje známky infekce. Hlášeno lékaři. Dlouhodobý cíl nebyl splněn, je nutno pokračovat v nastavených intervencích. Pacientka se zapojuje do léčebných opatření, je dostatečně informována o možnosti lokálního léčení dekubitu, dochází k pravidelnému polohování pacientky v lůžku. Pacientčina rána je dostatečně vyplněna sterilními čtverci, rána do dalšího převazu neprosakuje.

Pokračování v intervencích:

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

Riziko pádů (00155)

Doména: 11. Bezpečnost/ochrana

Třída: 2. Fyzické poškození

Definice: Riziko zvýšené náchylnosti k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu.

Určující znaky:

- slabost
- únava
- nízký krevní tlak
- porucha hybnosti a rovnováhy

Rizikové faktory:

- vyšší věk
- urgentní inkontinence
- pozitivní anamnéza pádu v minulosti
- slabost
- porucha chůze

Cíl krátkodobý: U pacientky byla provedena preventivní opatření proti pádu. (do 30 minut)

Cíl dlouhodobý: Pacientka neupadne během hospitalizace. (po celou dobu hospitalizace)

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

Pacientka je informována o rizikových faktorech pádu. (1. den)

Pacientka si je vědoma rizikových faktorů pádu. (1. den)

Pacientka umí ovládat signalizační zařízení. (vždy)

Prostředí v okolí pacienta je bezpečné. (vždy)

Ošetrovatelské intervence:

1. Posuď veškeré rizikové faktory ve vztahu k prevenci pádu (všeobecná sestra, do 1 hodiny)
2. Posuď, zda si pacientka uvědomuje rizikové faktory (všeobecná sestra, do 1 hodiny)
3. Proved' hodnocení rizika pádu (všeobecná sestra, denně)
4. Zajisti bezpečné prostředí v okolí pacienta (všeobecná sestra, do 30 minut)
5. Zajisti pacientce signalizační zařízení na dosah (všeobecná sestra, nyní)
6. Vysvětlí pacientce, jak se signalizačním zařízením zacházet a ujisti ji, že se nemusí bát jej použít (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, do 30 minut)
7. Reaguj včas na signalizační zařízení (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitář, vždy)

Realizace: 11. 5. 2016 - 15. 5. 2016

8:20 Po přijetí pacientky byl proveden screening rizika pádu, pacientka dosáhla 4 body, proto vyhodnoceno jako riziko pádu.

8:25 Pacientka byla edukována o rizicích pádu, uvádí, že si uvědomuje rizikové faktory a bude se sama snažit pádu předcházet.

8:35 Pacientce byla zvednuta postranice, signalizační zařízení bylo umístěno na pacientčin dosah, lůžko pacientky bylo sníženo a zabržděno, nad postel bylo umístěno oznámení riziko pádu.

8:50 Pacientka byla edukována o tom, jak zacházet se signalizačním zařízením, kde ho v případě potřeby nalezne a jak přivolá pomoc. Signalizační zařízení umístěno nad hlavou pacientky.

9:00 V pokoji pacientky byly odstraněny nebezpečné předměty z důvodu předejití následnému pádu, či úrazu.

Při použití signalizačního zařízení pacientkou bylo na pokoj vždy včas dojito, pacientka vyzařuje klid a spokojenost.

U pacientky je průběžně ověřováno, zda si je vědoma rizik pádu.

Hodnocení: 15. 5. 2016

Krátkodobý cíl byl splněn. U pacientky bylo provedeno preventivní opatření proti pádu zvednutím postranice, zabržděním a snížením lůžka. Pacientka při pohybu na lůžku dbá na zvýšenou opatrnost. Při potřebě polosedu v lůžku raději přivolává sestru, z důvodu strachu z pádu. Dlouhodobý cíl doposud plněn, pacientka během hospitalizace neupadla, přesto je pokračováno v intervencích 2, 3, 4, 5, 7.

Deficit sebepéče při koupání (00108)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepéče

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity týkající se koupání.

Určující znaky:

- bolest
- úzkost
- kognitivní postižení
- postižení muskuloskeletární
- neschopnost umýt si jednotlivé části těla
- neschopnost osušit se
- neschopnost vykoupat se

Související faktory:

- zhoršená kognice a percepce

Cíl krátkodobý: Pacientka bude spolupracovat a snažit se pomáhat ošetřovatelskému personálu při celkové hygieně. (do 5 dnů)

Cíl dlouhodobý: U pacientky je zajištěn hygienický režim dle standardu pracoviště. (po celou dobu hospitalizace)

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

Pacientka prokáže znalost, jak provádět osobní hygienu v rámci svých možností (1. den)

Pacientka je v čistotě a upravená. (během hospitalizace)

U pacientky je ošetřován sacrální dekubitus. (během hospitalizace)

Ošetrovatelské intervence:

1. Prováděj celkovou hygienu u pacientky každé ráno (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitář, denně)
2. Při úkonech osobní hygieny dbej na dostatečné soukromí (všeobecná sestra, po celou dobu hospitalizace)
3. Vyměňuj každý den ložní prádlo pacientky (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitář, denně)
4. Zapoj pacientku do hygienické péče (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitář, denně)
5. Předcházej úrazu a zajisti bezpečnost při provádění hygienické péče (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitář, denně)
6. Zapoj do péče o hygienu pacienta rodinu (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, při každé návštěvě)
7. Pečuj o kůži pacienta a snaž se předejít případným deformitám na kůži (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitář, denně)
8. Zajisti péči o nehty a vlasy pacientky (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitář, denně)

Realizace: 12. 5. 2016 - 16. 5. 2016

U pacientky je každé ráno prováděna celková hygiena na lůžku, včetně každodenní výměny ložního prádla. Pacientka je umístěna na jednolůžkovém pokoji. Je dbáno na zavřené dveře, aby bylo dosaženo maximálního soukromí. Použitím obou postranic je zamezeno vzniku pádu a úrazu. Při návštěvě dcery proběhla edukace rodiny, dcera pravidelně dochází pečovat o nehty a vlasy pacientky. Pacientka je pravidelně na rizikových partiích mazána mastí Menalind, jako prevence vzniku proleženin a jiných defektů na kůži. Pacientka se snaží při hygieně co nejvíce pomáhat ošetrovatelskému personálu.

Hodnocení 16. 5. 2016

Krátkodobý cíl byl splněn. Pacientka ošetrovatelskému personálu napomáhá při celkové hygieně těla v rámci svých možností. Dlouhodobý cíl doposud plněn, u pacientky je zajišťována každodenní hygienická péče na lůžku, dle standardů oddělení. Pacientka je

každý den v čistotě a upravená, dcera pečuje pacientce o nehty a vlasy, na které si pacienta velmi potrpí. U pacientky nebyly doposud zjištěny žádné další deformity na kůži, kromě zmiňovaného sakrálního dekubitu. O sakrální dekubit pečuje převazová sestra, která obden dekubitus převazuje.

V naplánovaných intervencích je nutno dále pokračovat.

Pokračující intervence:

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9

Riziko vzniku infekce (0004)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organismy.

Rizikové faktory:

- invazivní procedury
- chronické onemocnění
- nedostatečné primární obrana (např. porušená kůže, traumatizovaná tkáň, snížená funkce řasinkového epitelu v dýchacích cestách, stáza tělních tekutin, změna pH sekretů, změněná peristaltika)

Cíl: Pacientka nevykazuje žádné známky místní ani celkové infekce (po celou dobu hospitalizace)

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

Pacientka zná známky infekce. (do jednoho dne)

Pacientka nejeví žádné známky infekce. (po celou dobu hospitalizace)

Ošetrovatelské intervence:

1. Edukuj pacientku o znamkách infekce (všeobecná sestra, dnes)
2. Sleduj místo zavedení PŽK a okolí (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitář, pravidelně)
3. Kontroluj průchod permanentního žilního katétru (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, několikrát denně)
4. Sleduj známky infekce (všeobecná sestra, denně)
5. Zajisti důkladnou hygienickou péči (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitář, denně)

6. Udržuj pacienta v čistotě (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitář, denně)
7. Dodržuj důsledně u všech invazivních zákroků aseptický postup (všeobecná sestra, při každém zavádění invazivního vstupu)
8. V případě nutnosti zaříď izolaci pacienta (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, dle potřeby)
9. Sleduj fyziologické funkce - TK, TT, P, SpO₂, (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, dle potřeby či ordinace lékaře)
10. Podávej antibiotika dle ordinace lékaře (všeobecná sestra, denně, dle ordinace lékaře)
11. Sleduj počet dní, kdy je zaveden PŽK (všeobecná sestra, denně)
12. Vše zapisuj do dokumentace (všeobecná sestra, denně)

Realizace 15. 5. 2016 (9:00 – 13:00)

Periferní žilní katétr byl zaveden 15. 5. 2016 (1. den) do pravé horní končetiny (v. radialis) bez komplikací, sterilně krytý. Okolí PŽK klidné, bez známek místní infekce. Pacientka byla edukována o možných známkách infekce. Během celého dne sledovány případné známky celkového či lokálního zánětu a kontrolována průchodnost PŽK. U pacientky zajištěna kvalitní ošetrovatelská péče v oblasti hygieny. U pacientky není nutná izolace na jednolůžkovém pokoji. Antibiotika podávána dle ordinace lékaře. Během dne dle potřeby sledovány fyziologické funkce. Vše bylo zapsáno do dokumentace.

Hodnocení 15. 5. 2016 (16:00)

Cíl je doposud plněn, pacientka zná známky infekce, ví, že má personál informovat v případě jejich výskytu. Nejeví žádné známky lokální či celkové infekce, místo vpichu klidné, bez zarudnutí a otoku. Průchodnost permanentního žilního katétru zachována. Je nutné pokračovat v naplánovaných ošetrovatelských intervencích.

Pokračující intervence:

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12

5.2 PRŮBĚH HOSPITALIZACE

Pacientka přijata překladem z Všeobecné fakultní nemocnice. 77- letá pacientka s mnohačetným myelomem (četná kostní ložiska dle CT – kalva i skelet) toho času relaps s hyperkalcemií překladem z VFN, kde hospitalizována pro celkové zhoršení stavu.

První den hospitalizace nasazen transdermálně Transtec 35 a ATB Augmentin 1,2 g i. v. a Amikin 1g pro IMC. Zahájen 2. cyklus chemoterapie Revlimidem. Pacientka bledá, stěžuje si na bolesti, které lokalizuje v oblasti páteře a označuje stupněm 5 na analogové škále bolesti. Podány analgetika. Dýchání bez obtíží, SpO₂ 96%, puls hmatelný, pravidelný, TK v normě. Zaveden periferní žilní katétr do pravé horní končetiny (v. radialis) bez komplikací. Tělesná teplota pacientky v normě 36,7 °C. Pohyblivost omezená z důvodu upoutání na lůžko, klidový režim. Podáván Clexane 0,4 s. c. a 24 hodin jako prevence TEN.

Permanentní močový katétr ze dne 9. 5. 2016, zaveden pro sledování denní diurézy. V průběhu celé hospitalizace prováděna hygienická péče včetně každodenní koupele na lůžku, péče o vlasy a nehty personálem. Barthelové test soběstačnosti vykazuje u pacientky těžký stupeň závislosti (20 bodů/100 bodů). Pacientka spí klidně, budí se jen zřídka, komunikuje verbálně. Je plně informovaná o svém zdravotním stavu a nepříznivé prognóze.

Jedenáctý den hospitalizace proběhla konzultace s profesorem X.Y., ohledně chemoterapie, ukončena terapie z důvodu výrazné progresy zhoršení stavu. Třináctý den hospitalizace zvýšena kontinuální dávka 1% Morfinu na 0,9 ml/hod. Čtrnáctý den hospitalizace byla navýšena rychlost na 1,3/hod. kontinuálně. Patnáctý den hospitalizace byla navýšena rychlost na 1,5/hod. kontinuálně. Sedmnáctý den hospitalizace již nelze navázat s pacientkou verbální kontakt, okolí pozoruje pohledem a byla navýšena dávka na 1,9/ hod. kontinuálně. Osmnáctý den hospitalizace v ranních hodinách se vyskytly u pacientky apnoické pauzy a v odpoledních hodinách pacientka zemřela ve spánku.

Během celé hospitalizace za pacientkou docházela dcera, která jí pomáhala zvládat těžkou životní situaci a snažila se o ni, co nejvíce pečovat.

ZÁVĚR

Cílem teoretické části bakalářské práce bylo shrnout informace o paliativní péči, její historii a formy, popsat potřeby umírajících a vymezit specifika umírajících pacientů.

V práci je shrnuto, co to je paliativní medicína, její definice, historický vývoj, rozdělení paliativní péče a nejčastější onemocnění v paliativní péči. V další kapitole byly rozděleny potřeby umírajících dle několika autorek. Ve třetí kapitole byly popsány nejčastější symptomy v paliativní péči, jako je bolest, respirační obtíže, gastrointestinální příznaky, neuropsychické příznaky, chronické rány a ostatní symptomy. Ve čtvrté kapitole byly popsány specifika ošetrovatelské péče u výše zmiňovaných symptomů.

Cílem praktické části bakalářské práce bylo popsat ošetrovatelský proces a průběh hospitalizace. Pro praktickou část byla vybrána pacientka v terminálním stádiu s mnohačetným myelomem s četnými metastázami do skeletu a calvy, u které je rozpracován ošetrovatelský proces. Pacientka ležela na interním oddělení osmnáct dní, kdy jí byla poskytována ta nejlepší možná péče dle možností oddělení.

Cíle bakalářské práce byly splněny.

Doporučení pro praxi:

Informační zdroj pro nelékařský zdravotnický personál

Informační zdroj pro laickou veřejnost

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- STÁHALOVÁ, Vladimíra. *Paliativní medicína*. Liga proti rakovině Praha, 2010. ISBN neuvedeno.
- KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4650-0.
- BOLEDOVIČOVÁ, Mária, Lenka CEJNKOVÁ, Jaroslava FENDRYCHOVÁ, et al., MARKOVÁ, Marie, ed. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry: učební text pro sestry v komunitní péči*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. ISBN 978-80-7013-499-3.
- BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.
- BYDŽOVSKÝ, Jan a Jiří KABÁT. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči: učební text pro studenty vysokých a vyšších odborných zdravotnických škol*. Praha: Zdravotní ústav Most k domovu, z.ú., 2015. ISBN 978-80-905973-2-7.
- KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera, 2007. ISBN 978-80-85763-36-2.
- ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb. Ze dne 8. 12. 2011. In: *Sbírka zákonů* 1. 4. 2012, roč. 2011, částka 131/2011. ISSN: 1211 - 1244
- SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5.
- ŠPINKOVÁ, Martina. *Jak být nablízku: provázení posledními týdny a dny života*. 3. vyd. Přeložil Aranka GÄRTNEROVÁ. Praha: Cesta domů, c2013. ISBN 978-80-904516-5-0.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, c2014. ISBN 978-80-7492-.
- SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.

- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
- VOJTOVÁ, Hana. *Paliativní péče třetího tisíciletí*. Frýdek-Místek: JOKL, 2014. ISBN 978-80-905419-7-9.
- THE, Anne-Mei. *Paliativní péče a komunikace*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. Paliativní péče. ISBN 978-80-87029-24-4.
- MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.
- VANĀSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ. *Paliativní péče v onkologii*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2013. ISBN 978-80-7395-586-1.
- KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.
- MARKOVÁ, Marie, ed. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry: učební text pro sestry v komunitní péči*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. ISBN 978-80-7013-499-3.
- DOSTÁLOVÁ, Olga. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5706-3.
- ŠACHLOVÁ, Milana, Miroslav TOMÍŠKA a Ondřej SLÁMA. *Doporučené postupy: nutriční péče u pacientů v onkologické paliativní péči : stanovisko pracovní skupiny pro výživu České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP*. Praha: Ve spolupráci s časopisem Klinická onkologie vydalo nakl. Ambit Media, 2012. ISBN 978-80-904596-5-6.
- HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. 10. vydání, 1. české vydání. Přeložil Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5412-3.
- NĚMCOVÁ, Jitka a kol. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Praha: Maurea, s. r. o., 2013. ISBN 978-80-902876-9-3.
- VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Praktický slovník medicíny*. 8., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, c2007. ISBN 978-80-7345-123-3.

PŘÍLOHY

Příloha A – Péče o dekubitus a	I
Příloha B – Péče o dekubitus b	II
Příloha C – Péče o dekubitus c	III
Příloha D – Péče o dekubitus d	IV
Příloha F – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů	V
Příloha G – Rešeršní protokol	VI

Příloha A – Péče o dekubitus a

Dekubitus 1. den hospitalizace



Zdroj: autor, 2016

Příloha B – péče o dekubitus b

Vystřihávání nekrotické tkáně chirurgem



Zdroj: autor, 2016

Příloha C – péče o dekubitus c



Zdroj: autor, 2016

Příloha D – péče o dekubitus d

Pacientce byl dekubitus vyplněn sterilními čtverci s Betadine a mastným tylem. Následovalo sterilní krytí.



Zdroj: autor, 2016

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem
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 H – Rešeršní protokol

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
V TERMINÁLNÍM STÁDIU NEMOCI NA INTERNÍM
ODDĚLENÍ

Číslo rešerše - 583/2016/HE

Jazykové vymezení: čeština, angličtina, slovenština

Klíčová slova: paliativní péče, smrt, ošetrovatelský proces, specifika péče

Druhy dokumentů: knihy, časopisy, vysokoškolské práce

Časové vymezení: 2006 – doposud

Základní prameny: Medvik

Použitý citační cíl: Harvardský