

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA  
S KARCINOMEM PROSTATY**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**MARTINA KAŠPAROVÁ**

**Praha 2019**

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA  
S KARCINOMEM PROSTATY**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MARTINA KAŠPAROVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Praha 2019

## **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 nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze, dne 25. 3. 2019

Martina Kašparová

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD.  
Děkuji za cenné rady a trpělivost při psaní bakalářské práce.



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

**KAŠPAROVÁ Martina**

**3BVS**

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem prostaty

*Nursing Care for a Patient with Prostate Cancer*

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne 20. listopadu 2018

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

## **ABSTRAKT**

KAŠPAROVÁ, Martina. Ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem prostaty. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha. 2018. 60 s.

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku ošetrovatelské péče u pacienta s karcinomem prostaty. Práce je rozdělena do dvou částí. V teoretické části bakalářské práce je popsáno onemocnění karcinomem prostaty a jeho problematika. Ta se dále dělí na patofyziologii, a klinický průběh, možnosti diagnostiky a terapii, dostupnost a možnosti hospicové a paliativní péče. V druhé části bakalářské práce je vypracován ošetrovatelský proces u konkrétního pacienta, který využil možnosti léčby domácího hospicu. Dílčí kapitoly jsou zaměřeny na posouzení stavu pacienta a shrnutí jeho potřeb. Následují ošetrovatelské diagnózy a jejich použití v ošetrovatelském procesu. Zpracování ošetrovatelského procesu se řídilo všeobecným ošetrovatelským modelem, do kterého byly zahrnuty údaje o pacientovi. Cílem této bakalářské práce je přiblížit problematiku onkologicky nemocných pacientů v domácí ošetrovatelské péči s hospicovými prvky, kde je prioritou především kvalita života pacienta v terminálním stádiu a důstojné umírání. Charakterizovat ošetrovatelský proces, který byl realizován zdravotníkem na jeho rodinném příslušníkovi.

Klíčová slova:

Hospic. Karcinom prostaty. Léčba. Ošetrovatelský proces. Paliativní péče.

## **ABSTRACT**

KAŠPAROVÁ, Martina. *The nursing care for patient with prostate cancer*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. PhDr. Jitce Němcová, Ph.D. Prague. 2019. 60 pages.

The bachelor thesis is focused on the issue of nursing care in a patient with prostate cancer. The thesis is divided into two parts. The theoretical part of the thesis describes prostate cancer and its problems. It is further divided into pathophysiology, clinical course, possibilities of diagnosis and therapy, availability and possibilities of hospice and palliative care. In the second part of the thesis, a nursing process is described for a particular patient, who has used the treatment of a home hospice. Sub-chapters focus on assessing the patient's condition and summarizing their needs. The thesis continues with nursing diagnoses and their use in the nursing process. The treatment process is followed by a general nursing model that includes patient data. The aim of this bachelor thesis is to introduce the issue of oncological patients in home nursing care with hospice elements, where the priority is primarily the quality of life of the patient in the terminal stage and passing away with dignity. The aim is also to characterize the nursing process, which is implemented by a health professional, who is very close relative at a same time.

Key words:

Hospice. Prostatic carcinom. Treatment. Nursing procedure. Palliative care.

# OBSAH

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

## SEZNAM TABULEK

<b>ÚVOD</b> .....	<b>13</b>
<b>1 FYZIOLOGIE A ETIOLOGIE KARCINOMU PROSTATY</b> .....	<b>15</b>
<b>1.1. Vylučovací soustava</b> .....	<b>15</b>
<b>1.2. Předstojná žláza</b> .....	<b>15</b>
<b>1.3. Etiologie nádorů prostaty</b> .....	<b>16</b>
<b>2 NÁDORY PROSTATY A JEJICH ROZDĚLENÍ</b> .....	<b>17</b>
<b>2.1. Klasifikace nádorů</b> .....	<b>17</b>
2.1.1. Dle biologické vlastnosti .....	17
2.1.2. Podle tkáně, ze které vzniká .....	18
2.1.3. Podle gradingu (stupně diferenciaci) .....	18
2.1.4. Podle stagingu (anatomického rozsahu) .....	18
<b>2.2. Rizikové faktory</b> .....	<b>18</b>
<b>2.3. Prevence</b> .....	<b>19</b>
<b>3 DIAGNOSTIKA A MOŽNOSTI LÉČBY</b> .....	<b>21</b>
<b>3.1. Typy vyšetření</b> .....	<b>21</b>
<b>3.2. Léčba nádorů prostaty</b> .....	<b>22</b>
3.1.1. Operační léčba .....	22
3.2.1. Radioterapie .....	23
3.2.2. Hormonální léčba.....	23
3.2.3. Chemoterapie .....	23
3.2.4. Kastrálně residuální karcinom prostaty.....	24



<b>4</b>	<b>PALIATIVNÍ A HOSPICOVÁ PÉČE.....</b>	<b>25</b>
	<b>4.1. Definice paliativní péče .....</b>	<b>25</b>
	<b>4.2. Formy paliativní péče.....</b>	<b>26</b>
	<b>4.1. Specifika paliativní a hospicové péče.....</b>	<b>28</b>
	4.1.1. Etické a právní aspekty .....	29
	<b>4.2. Historie hospicové péče .....</b>	<b>29</b>
<b>5</b>	<b>OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KARCINOMEM PROSTATY .....</b>	<b>30</b>
	<b>5.1. Identifikační údaje.....</b>	<b>30</b>
	5.1.1. Posouzení stavu nemocného ze dne 11. 11. 2017.....	33
	<b>5.2. Utřídění informací. ....</b>	<b>36</b>
	<b>5.3. Stanovení ošetřovatelských diagnóz .....</b>	<b>42</b>
	<b>5.4. Rozpracování ošetřovatelských diagnóz a plán péče .....</b>	<b>43</b>
	<b>5.5. Zhodnocení celkové ošetřovatelské péče .....</b>	<b>50</b>
<b>6</b>	<b>DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....</b>	<b>51</b>
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>53</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>54</b>
	<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>I</b>

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BRCA1.....	Tumor supresorové geny
BRCA2.....	Tumor supresorové geny
CaP.....	Karcinom prostaty
DIOP .....	Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče
Fce.....	Funkce
fPSA.....	Volný prostatický specifický antigen
KP .....	Karcinom prostaty
NIP .....	Následná intenzivní péče
NS .....	N: nemoci močové a pohlavní soustavy, S: poranění, otravy, následky působení vnějších příčin
OCHRIP.....	Oddělení chronické resuscitační péče pro dospělé
PAD .....	Perorální antidiabetika
PSA .....	Prostatický specifický antigen
TE.....	Tonzilektomie
TRUS .....	Transrektální ultrasonografie, ultrazvukové vyšetření konečníku a sousedních struktur
ZN .....	Z: faktor ovlivňující zdravotní stav, N: nemoci močové a pohlavní soustavy

(Kašáková, Hugo, Vokurka, 2015),

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Adjuvantní – doplňková

Benigní – nezhoubný

Bereavement – žal, truchlení, ztráta blízkého

Brachyterapie – technika radioterapie

Cytoreduktivní – druh chirurgické léčby v onkologii

Diferenciace – proces vyžívání, rozlišování, během něhož jednotlivé buňky, tkáně a části organismu získávají specializované vlastnosti a funkce

Diseminovaný – rozesetý

Dispenzarizace – průběžné sledování pacientů s konkrétním chronickým onemocněním

Dysplazie – patologická změna tělních buněk, často značící jejich přednádorový zvrát

Endogéní – vnitřní, vznikající uvnitř lidského organismu

Exogéní – zevní, mimo lidský organismus

Hemostáza – zástava krvácení

Histopatologie – nauka o chorobných změnách pletiv a tkání

Kurativní – léčba příčiny nemoci. Výsledkem kurativní léčby je úplné vyléčení pacienta, zatímco postupy paliativní medicíny se nemoc sice neodstraní, ale přesto se subjektivní stav pacienta může zlepšit

Maligní – zhoubný

Multifaktoriální – ovlivněný, způsobený mnoha faktory

Prekanceróza – tělesná změna nebo onemocnění, z nichž se může vyvinout zhoubný nádor

Prostatektomie – operační odstranění prostaty a semenných váčků z důvodu rakovinného nádoru prostaty

Pseudotumor – nepravý nádor. Útvar, který připomíná nádor, ale vzniká jiným způsobem (cysta, zánět apod.)

Sublingvální – způsob aplikace látky (léku, drogy), např. jejím rozpuštěním pod jazykem, vstřebání látky skrze sliznici dutiny ústní

Systémová Sklerodermie – onemocnění nejasného původu, postihuje pojivovou tkáň

Transrektální – přes, přesněji skrz rektum

(<http://lekarske.slovníky.cz/>)

## SEZNAM TABULEK

TABULKA 1 RIZIKOVÉ FAKTORY .....	19
TABULKA 2 BARIÉRY PREVENCE .....	20
TABULKA 3 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE .....	30
TABULKA 4 HODNOTY ZE DNE 11. 11. 2017.....	31
TABULKA 5 UŽÍVANÉ LÉKY .....	32
TABULKA 6 STUPNICE VZNIKU DEKUBITŮ.....	III

## ÚVOD

Karcinom prostaty je jeden z nejčastějších zhoubných nádorů a příčinou smrti u mužů. Představuje vysoce závažný medicínský, ale i společenský a ekonomický problém. V současnosti je druhým nejčastějším karcinomem (po karcinomu kůže) a nejčastější urologickou malignitou ve vyspělých západních zemích.

S tímto nádorovým onemocněním se každoročně setká téměř 7000 mužů, což je třikrát více než před 20 lety. Vyšší výskyt nádorů prostaty je vysvětlován především stárnutím populace. Pravidelnými preventivními vyšetřeními, jako je prostatický specifický antigen (PSA) u starších mužů, se odhalí i časná stadia karcinomu, klinicky dosud nemá, která by se za jiných okolností ještě nezjistila. Jak se chránit před CaP není přesně určeno. V tomto ohledu bude hrát důležitou roli především zdravá strava a životní styl. Pravděpodobnost rozvoje rakoviny prostaty je 2,5x vyšší, jestliže je diagnostikována u mužské populace. Se stoupajícím věkem riziko stoupá.

Bakalářská práce se věnuje tématu „Ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem prostaty“. Skládá se ze dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část práce je věnována teorii karcinomu prostaty, její etiologii, klasifikaci a rozdělení, diagnostice onemocnění a možnostech léčby. Úloha ošetrovatelské péče o pacienty v terminálním stádiu tohoto onemocnění, především v paliativní a hospicové péči, je obsahem části praktické.

Cíle teoretické části:

Cíl 1: Popsat a seznámit s karcinomem prostaty na základě dohledané literatury.

Cíl 2: Shrnout specifika ošetrovatelské paliativní a hospicové péče na základě dohledané literatury.

Cíle praktické části:

Cíl 1: Realizace ošetrovatelského procesu u pacienta s karcinomem prostaty v jeho domácím prostředí a poskytování paliativní a hospicové péče rodinnými příslušníky.

Cíl 2: Doporučení pro praxi z pohledu zdravotníka poskytujícího paliativní péči v domácím prostředí.

Práce má přispět k objasnění a upozornění na četná úskalí, se kterými se zdravotník setká doma při ošetrování rodinného příslušníka v terminálním stádiu nemoci.

## **Vstupní literatura**

KAŠÁKOVÁ E., J. HUGO a M. VOKURKA, 2015. *Výkladový slovník pro zdravotní sestry*. Maxdorf. ISBN 978-80-7345-424-1.

KRŠKA Z., D. HOSKOVEC, L. PETRUŽALKA a kol., 2014. *Chirurgická onkologie*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4284-7.

VORLÍČEK, J., J. ABRHÁMOVÁ, H. VORLÍČKOVÁ a kol., 2012. *Onkologie pro sestry*, 2. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3742-2.

ZEMAN, M., Z. KRŠKA a kol., 2011. *Chirurgická propedeutika*, 3. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3770-6.

## **Popis rešeršní strategie**

Vyhledávání odborné literatury, publikací a článků, které jsou zdrojem pro zpracování této bakalářské práce s názvem Ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem prostaty, proběhlo v časovém období od února 2018 do ledna 2019. Česká i zahraniční literatura byla vymezena na časové období od roku 2009 do současnosti. Rešerše byla zpracována ve spolupráci s knihovnou Vysoké školy zdravotnické, o. p. s. v Praze. Zdrojem pro vyhledávání odborné literatury se stal katalog Národní lékařské knihovny Medvik, Souborný katalog ČR, Jednotný portál knihoven, PubMed, Databáze vysokoškolských prací These a online katalog NCO NZO.

Za klíčová slova byla vybrána v českém jazyce: hospic, karcinom prostaty, léčba, ošetrovatelský proces, paliativní péče. V anglickém jazyce těmito slovy: Hospice. Prostatic carcinoma. Treatment. Nursing procedure. Palliative care.

Pomocí rešerše bylo vysokou školou vypracováno 42 záznamů: 15 knižních titulů, 4 vysokoškolské práce a 23 článků a sborníků. Vše bylo v českém jazyce. Pro tvorbu bakalářské práce bylo použito 4 knižních titulů a 5 článků a sborníků. Ostatní knižní publikace a odborné články nebyly kompatibilní se stanovenými cíli, proto nebyly do bakalářské práce zařazeny.

# 1 FYZIOLOGIE A ETIOLOGIE KARCINOMU

## PROSTATY

Jde o onemocnění s celosvětově rostoucím počtem nově vzniklých případů. Výskyt KP v ČR stále stoupá. Je to závažné onemocnění, které postihuje velké množství mužů od aktivního věku čtyřicátníků až po seniory. To výrazně ovlivňuje kvalitu, někdy i délku života. Některé studie uvádějí, že se za posledních dvacet let v České republice výskyt KP zvýšil až trojnásobně. Naopak co se týče mortality spojené s tímto typem karcinomu, se až trojnásobně snížil. Takto výrazný rozdíl je dán možnostmi různých vyšetření. V rámci preventivních prohlídek u praktického lékaře, urologa nebo jiných specialistů. Jde především o vyšetření prostatického specifického antigenu, moderní léčbou ať už se jedná o radikální nebo podpůrnou paliativní léčbu (Čapoun, Hanuš, 2012).

### 1.1. Vylučovací soustava

Jedná se o orgánovou soustavu, která zajišťuje vylučování odpadních látek z těla. Skládá se z ledvin, močovodů, močového měchýře a močové trubice. Její hlavní funkcí je udržení homeostázy organismu. Mimo tuto základní funkci ledviny zabezpečují a regulují složení a objem krve, tvorbu erytrocytů v kostní dřeni, výšku krevního tlaku a aktivuje vitamín D., *Mimo jiné jsou producenty několika růstových faktorů (Dylevský, 2009, s. 355).* Během látkové výměny dochází k nahromadění odpadních a toxických látek v těle, které se dostávají do krve. Jejich hromaděním by docházelo k narušení vnitřního prostředí – homeostázy. *Tento proces je zajišťován dýchacím, vylučovacím a kožním systémem (Křivánková, Hradová, 2009, s. 111).*

### 1.2. Předstojná žláza

Předstojná žláza se latinsky nazývá Prostata. Je to přídatná pohlavní žláza, jejíž sekret je součástí ejakulátu a zvyšuje schopnost spermií. Velikost prostaty u zdravého muže je zhruba o velikosti kaštanu a váže cca 20 gramů. *Leží pod dnem močového měchýře a jako prstenec obkružuje močovou trubici (Weiss a kol., 2010, s. 47).* Na povrchu prostaty je vazivové pouzdro, od kterého odstupují tenké přepážky a rozdělují

prostatu na jednotlivé laloky. Prostatické žlázy produkují řídký, mléčně zakalený sekret. *Při pohlavním dráždění je vypuzen do močové trubice, kde se mísí se spermiemi a sekretem nadvarlat, vzniká tzv. ejakulát (Slezáková, 2010, s. 252).*

### **1.3. Etiologie nádorů prostaty**

*Přesná etiologie nádorů prostaty není dosud známa, ale dle dostupných dat je podmíněna multifaktoriálně (Tomášek a kol., 2015, s. 274). Často je vznik nádorů spojen s karcinogenezí. Karcinogeneze je složitý proces, který zahrnuje patologické interakce biochemické, buněčné, tkáňové, orgánové. Karcinogenezi můžeme dělit na vnitřní a vnější. Do vnitřních patří dědičné dispozice, vlivy pohlaví, věkové, rasové a neurohormonální regulace, imunologie a hormonální změny. K vnějším řadíme fyzikální, chemické a biologické činitele. K fyzikálním faktorům řadíme ionizující záření, kouření. Z biologických zde řadíme především virový původ nádorů (Zeman, Krška, 2011, s. 408).*

Vznik karcinomu bývá z 90 % v periférii žlázy, v oblasti nesousedící s prostatickou částí močové trubice, a proto pacienti nemají v časných stádiích KP žádné symptomy. Příznaky můžeme rozdělit na lokální a celkové. Lokální příznaky se s narůstajícím tumorem postupně zvyšují. Nejčastěji mezi ně řadíme obstrukční a iritační obtíže. Obstrukční potíže se mohou projevit např. jako opožděný začátek močení, odkapávání moči, přerušovaný nebo slabý proud moči, pocity nedostatečného vyprázdnění až retence moči. K iritačním příznakům se vztahuje (vždy, se jedná o samovolný a nechtěný odtok moči): neustálý pocit na močení, noční močení nebo časté bolesti při močení. Tyto příznaky mohou doprovázet i benigní hyperplazii prostaty. Jsou způsobené detruzoru močového měchýře (polakisurie, nykturie, urgentní inkontinence). Šíření lokálního nádoru může zapříčinit také hematurii. Bolesti se mohou projevit nad sponou a v oblasti perinea.

Celkové příznaky mohou být projevem generalizovaného onemocnění jako je algický syndrom při kostních metastázách, anémie, únava, nechutenství, úbytek hmotnosti až kachexie a febrilní stavy.



## 2 NÁDORY PROSTATY A JEJICH ROZDĚLENÍ

*Tumor je označení pro patologické zduření v určité oblasti těla. Nejčastěji se využívá k označení patologického bujení tkáně benigního nebo maligního původu (ANON, 2019). Často se hovoří o biologické aktivitě nádoru. Je dána charakterem a rychlostí růstu, schopností generalizace nádoru a imunologickou povahou. Benigní nádory jsou charakteristické pomalým růstem. Nádor zůstává ohraničený, okolní tkáň působí pouze tlakem, nedochází k porušování infiltračním destruktivním růstem a po extirpaci většinou nerecidivuje. Maligní nádory rostou rychleji a invazivním způsobem, často destruktivně prorůstají do okolí. Destruktivní růst postihuje i lymfatické tkáň a cévy. Má sklon tvořit generalizace – metastázy (Zeman, Krška, 2011, s. 407). Základní charakteristikou maligních nádorů je nekontrolovatelný růst, který nerespektuje výstavbový plán organismu (Novotný, Vitek, Klibl, 2016, s. 12). Dysplazie je změněná tkáň ve smyslu buněčné atypie s odchylkou ve stavbě tkáně a narušenou diferenciací. Pseudotumor je definován jako abnormální zmnožení tkáně, které připomíná nádorový proces. Prekanceróza je spojena s histopatologickými změnami tkáně, kdy je velká pravděpodobnost vzniku maligního zvratu a růstu nádoru (Ferko, Dědek, Šubrt, 2015, s. 174).*

### 2.1. Klasifikace nádorů

Nádory rozdělujeme na maligní, benigní nebo hraniční. Dále jsou klasifikovány podle tkáně, ze které nádor vzniká a podle anatomického umístění kde se nádor nachází. Existuje mezinárodní klasifikační systém, který hodnotí rozsah zhoubného onemocnění. Jde o TNM systém, který je celosvětově používán prakticky pro všechny nádory. Své vlastní specifické klasifikace mají pak jen krevní choroby. Můžeme je dělit do základních čtyř skupin, které se dále dělí do dalších podskupin.

#### 2.1.1. Dle biologické vlastnosti

- **Maligní nádory:** jsou charakterizované lokálním expresivním a infiltrovaným růstem, maligní nádory mají možnost tvořit vzdálené metastázy.
- **Benigní nádory:** nemají invazivní růst a tendenci k tvorbě vzdálených metastáz.
- **Borderline tumory (hraniční):** jsou charakteristické přítomností jen některých příznaků maligního tumoru (například invazivním růstem).

### 2.1.2. Podle tkáně, ze které vzniká

- **Karcinomy:** maligní typ nádorů epitelového původu.
- **Sarkomy:** solidní maligní nádory neepitelového původu.
- **Mezoteliomy:** smíšený typ nádorů, který částečně vychází z epitelu a částečně z mezenchymálních diferenciací.
- **Lymfomy:** nádory lymfatické tkáně.
- **Myeloproliferativní:** nádory hematopoetického systému.
- **Gonální, Extragonální:** nádory ze zárodečných buněk.
- **Blastomatózní:** nádory nezárodečných buněk s embryonální diferenciací.

### 2.1.3. Podle gradingu (stupně diferenciacie)

- **G1:** nádor je dobře diferenciováný.
- **G2:** nádor je středně dobře diferenciováný.
- **G3:** nádor je špatně diferenciováný.
- **G4:** nádor je dediferenciováný (anaplastický nádor).

### 2.1.4. Podle stagingu (anatomického rozsahu)

Využívá se TNM klasifikace – kdy písmeno T popisuje primární nádor, N popisuje rozsah metastatického postižení regionálních uzlin a M popisuje postižení vzdálených metastáz. *Dle TNM klasifikace se nádorové onemocnění dělí na 4 stadia. Význam TNM klasifikace je napomáhání při plánování celkové léčby nádorového onemocnění, dále poskytuje prognostické údaje a pomáhá hodnotit léčebné výsledky (Ferko, Dědek, Šubrt, 2015, s. 174).* Celkem rozlišujeme 3 TNM klasifikace: klinická, patologickou a pooperační. *Karcinom prostaty, na rozdíl od ostatních nádorů, vykazuje široké spektrum diferenciacie a její přesné stanovení je důležitým prediktorem klinického chování tumoru (Tomášek a kol., 2015, s. 276).* V příloze A je znázorněna klasifikace používaná pouze u adenokarcinomu.

## 2.2. Rizikové faktory

Existuje mnoho faktorů zevního i vnitřního prostředí, které jsou dávány do spojitosti se vznikem KP. Mezi nejvýraznější rizikové faktory obecně řadíme věk, rasa a výskyt karcinomu prostaty v rodině. Na vzniku KP se úzce podílí hladina androgenních hormonů. Dále se za rizikové považuje věk. U mužů do 50. let se

s nálezem karcinomu prostaty nesetkáváme téměř vůbec. Po 50. roce výskyt nemoci stoupá a po 80. roce kumuluje. Rodinná zátěž je zhruba u 15 % nemocných. *U některých jedinců byla diagnostikována mutace BRCA1 a BRCA2, které u zdravých jedinců zvyšují riziko výskytu (Tomáše a kol., 2015, s. 276).*

Ohraničené nádory na prostatě bývají často diagnostikované v bezpříznakové fázi. Pokročilé nádory se projevují polakisurií, přítomností krve v moči a ejakulátu, zmenšení kapacity močového měchýře, otoky dolních končetin při metastatickém postižení malé pánve, hluboká žilní trombóza. *Metastázy při karcinomu prostaty se nejčastěji nacházejí ve skeletu a s tím souvisí další symptomatologie – bolesti páteře, patologické zlomeniny, hyperkalcemie (Novotný, Vitek, Klibl, 2016, s. 421).* V tabulce 1. jsou vypsány jednotlivé rizikové faktory, které působí na vznik nádorových nemocí.

Tabulka 1 Rizikové faktory

Nesprávná výživa.....	35 %
Kouření.....	30 %
Infekce.....	10 %
Sexuální chování.....	7 %
Pracovní prostředí .....	5 %
Alkohol.....	4 %
Léčebné zákroky.....	4 %

Zdroj: Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 51

### 2.3. Prevence

Nejdostupnějším opatřením ochrany zdraví je prevence. Prevence ve zdravotnictví spočívá v předcházení a šíření nemocí. Nejen v onkologii se dělí na primární, sekundární a terciální. V primární prevenci se zaměřujeme na vyloučení exogenních a endogenních faktorů. Sekundární prevence spočívá ve včasné diagnostice a aktivnímu vyhledávání maligních onemocnění, sledování a léčení maligních chorob. *Terciální prevence je zaměřená na včasné zachycení recidiv a generalizaci nádorů (Zeman, Krška, 2011, s. 421).* S prevencí nádorových onemocnění je zapotřebí začít dříve, než člověk onemocní. Evropská urologická společnost snížila věkovou hranici na 40. rok, a to u všech mužů bez výjimky. Pokud hladina PSA je pod 1ng/ml je další screeningové vyšetření provedeno za 8 let. Rutinně provádět PSA u mužů nad 75 let není doporučováno, a to zejména z důvodu minimálního klinického významu při časné

detekci karcinomu prostaty. V České republice plošný screeningový program zaveden není (Tomášek a kol., 2015, 276). Hlavní pravidlo pro úspěšnou léčbu nádorových onemocnění je především včasné rozpoznání prvních příznaků. Častým důvodem, proč lidé nechodí na pravidelné lékařské prohlídky, je např. to, že se bojí a mají strach z utrpení a odhalení nemoci, ať už jde o nádorové nebo jiné civilizační choroby. To ale bohužel směřuje k tomu, že mnohá nádorová onemocnění jsou objevena až v pokročilém stádiu (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 51).

I přes všechnu snahu různých společností, není dostačující informovanost obyvatel o možnosti preventivních prohlídek a nutné změny některých návyků. Někteří si ani nepřiznají škodlivý vliv na jejich zdraví. Toto chování nazýváme jako takzvané bariéry prevence. Tyto bariéry byly vypsány v tabulce 2.

Tabulka 2 Bariéry prevence

1. Podceňování rizik
2. Strach z pozitivního nálezu
3. Neznalost rizik
4. Stud nemocných
5. Nedostupnost odborného vyšetření
6. Přístup zdravotních pojišťoven ke screeningu
7. Neznalost zdravotnického personálu

Zdroj Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková 2012, s. 52

### 3 DIAGNOSTIKA A MOŽNOSTI LÉČBY

*Včasná diagnostika v onkologii je obtížná. A to zejména z důvodů, že v raném stádiu je onemocnění bezpříznakové a z počátku nevyvolává žádné laboratorní změny, podle kterých by se daly určit (Vorlíček, Abrhánová, Vorlíčková, 2012, s. 62). Základní algoritmus v diagnostice karcinomu prostaty je pečlivý odběr anamnézy, dále odběr krve na hladinu PSA a digitální rektální vyšetření. Pokud je jedna z hodnot patologická, doplňuje se TRUS. Při tomto vyšetření se provádí odběr biopsie z prostaty (Tomášek a kol., 201, s. 274). Dnes se považuje jako standard odběr vzorku na biopsii, odběry se provádí transrektálně. Dle stanoveného schématu se odebírá 8 až 12 vzorků z periferie (Hanuš, Macek, 2015, s. 104).*

#### 3.1. Typy vyšetření

Každá diagnostika, při vyšetření pacienta začíná pečlivým odběrem anamnézy. V anamnéze se zajímáme o nepravidelné krvácení nebo výtok, a to zejména z genitálu, konečníku nebo močových cest. Zduření nebo zatvrdnutí na kůži nebo podkoží, zduření žláz v podpaží, na krku nebo v tříselech. *Nehojící se rány na kůži a sliznici, obtížné vyprazdňování moče nebo stolice (Vorlíček, Abrhánová, Vorlíčková, 2012, s. 62).*

Celkové vyšetření nemocného je nutné provést důkladně, a to zejména k podchycení nádorového onemocnění v raném stadiu anebo podchycení jakékoliv patologie. *V určitých případech lékař odhalí metastatické postižení. Zaměřujeme se na veškeré sliznice, lymfatické uzliny, kůži, digitální vyšetření konečníku a prostaty (Vorlíček, Abrhánová, Vorlíčková 2012, s. 62).*

Laboratorní vyšetření krve nám slouží zejména jako doplněk k upřesnění zdravotního stavu, v určitých případech nám slouží jako screeningové vyšetření. V průběhu léčby nám napomáhá vyhýbat se nežádoucím účinkům během léčby. *Samotný specifický test pro stanovení zhoubného onemocnění neexistuje (Vorlíček, Abrhánová, Vorlíčková 2012, s. 65).*

TRUS a biopsii prostaty je třeba doplnit a potvrdit histologicky. Odběr vzorku se provádí transrektálně. S histologickým nálezem dostává lékař tři možnosti dalšího postupu. *1. nález nepotvrdil karcinom prostaty, ale v průběhu sledování dochází k elevaci PSA (biopsie se musí opakovat). 2. histologický nález vylučuje karcinom*

*prostaty a PSA se stabilizuje. 3 nález nám potvrzuje karcinom prostaty a urolog indikuje diseminaci a následně léčbu (Tomášek a kol., 2015, s. 275).*

### **3.2. Léčba nádorů prostaty**

V onkologii využíváme tyto čtyři typy léčby: operační, radiační, medikamentózní nebo podpůrná léčba. Postupně bývají aplikovány všechny tyto možnosti. Jedná se o multioborovou léčbu, součinnost lékařů různých odborností bývá skoro vždy nezbytná. Celý léčebný plán je individuální a odvíjí se od pečlivé diagnostiky se stanovením rozsahu onemocnění.

U karcinomu prostaty lze rozdělit pacienty na nádor lokalizovaný, lokálně pokročilý a diseminovaný. *Samotná terapie je buď kurativní, nebo paliativní (Tomášek a kol., 2015, s. 277).* Dispenzarizace se řídí dle lokálního nálezu nemoci. U nemocných, kteří se pouze aktivně sledují (vyšetření per rektum, klinické vyšetření a stanovení hodnoty PSA) dochází na kontroly 1x za  $\frac{1}{4}$  –  $\frac{1}{2}$  roku. Jednou ročně je doporučována biopsie prostaty. *Pacientům, kteří podstoupili kurativní léčbou je doporučeno sledovat hodnoty PSA a vyšetření per rektum 1x za  $\frac{1}{2}$  roku po dobu 5 let od primární léčby. Při negativním nálezu poté 1x ročně (Novotný, Vítek, Klibl 2016, s. 434).*

#### **3.1.1. Operační léčba**

Při léčbě karcinomu prostaty se využívá takzvaná radikální chirurgická léčba. Mezi tyto metody řadíme radikální prostatektomii, zevní radioterapii a intersticiální brachyterapii. Radikální prostatektomii můžeme provádět laparoskopicky nebo klasickou otevřenou radikální prostatektomii. *Laparoskopická metoda nese s sebou výhody nižší krevní ztráty, kratší hospitalizace a rychlejší rekonvalescence (Krška, Hoskovec, Petruželka a kol., 2014, s. 746).* V léčbě onkologického onemocnění máme několik možností léčby. A to buď operace s kurativním záměrem, paliativní operace, cytoreduktivní chirurgie anebo diagnostické výkony. Operace s kurativním záměrem si jako cíl klade vyléčení pacienta. Principem je odstranit celé nádorové ložisko až do zdravé tkáně a včetně bezprostředního lemu. Výkon bývá doplněn o disekci spádových lymfatických uzlin. Operace paliativní myšlenkou je odstranění části nádoru, zbytek nádoru je ponechán. Cílem je zlepšit nebo udržet zdravotní stav nemocného, udržet kvalitu života a zmírnit symptomy doprovázející onkologické onemocnění – například krvácení. *Cytoreduktivní chirurgie jako cíl si klade tento druh operace odstranění maxima nádorové masy (Ferko, Dědek, Šubrt, 2015, s. 176).*

### 3.2.1. Radioterapie

Radioterapie patří mezi základní metody léčby zhoubných nádorů a je účinnou lokální či lokálně regionální metodou léčby nádorových onemocnění a vybraných nenádorových stavů. Tato metoda využívá ionizujícího záření k léčbě nádorových a nenádorových onemocnění. Velká část onkologicky nemocných v průběhu své choroby podstoupí radioterapii (min. 50–70 %). V léčbě se využívá zejména elektromagnetického záření a záření elektronů.

Jako samostatná metoda je využívána u starších pacientů, kteří by operační výkon a celkovou anestezii nezvládli ze zdravotních důvodů. Radioterapie s adjuvantní hormonální léčbou se využívá u pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním (cT3 - 4) a u pacientů se suspektní infiltrační uzlin, u kterých by operativní řešení nemělo léčebný účinek. Samozřejmě může být radioterapie využívána i po radikální prostatektomii, a to zejména v situacích, kdy je nález v pokročilém stádiu s pozitivním okrajem. *Dále může být použita jako záchranná radioterapie, kdy dochází k elevaci PSA a je pravděpodobná lokální recidiva (Krška, Hoskovec, Petruželka a kol., 2014, s. 748).*

*V současnosti se standardně využívá trojdimenzní komfortní radioterapie, nyní je možné dosáhnout až cílené dávky 80 Gy a to ve 40 frekvencích, s minimálním rizikem zásahu okolních orgán (Krška, Hoskovec, Petruželka a kol., 2015, s. 748).*

### 3.2.2. Hormonální léčba

CaP je hormonálně dependentní nádor, významný akcelerační účinek na jeho růst mají androgeny. Hormonální léčba je více běžná u pacientů s pokročilým metastatickým postižením, nebo se také využívá jako adjuvantní léčba u jiných léčebných postupů, popřípadě selhání jiné léčby. V dnešní době, kdy byl test na PSA zaveden běžně do praxe, je metastatické postižení velmi nízké. Léčba může být buď chirurgická, medikamentózní nebo kombinovaná. *Hormonální léčba spočívá buď v kastraci, nebo blokování androgenních hormonů na povrchu buněk karcinomu prostaty (Krška, Hoskovec, Petruželka a kol., 2015, s. 748).*

### 3.2.3. Chemoterapie

Spočívá v podávání léčiv, která ničí rychle se množící buňky. Nádorové buňky jsou nejrychleji se dělící buňky v těle. Díky tomu reagují na chemoterapii, ale poté

zanikají. Chemoterapie může mít nežádoucí účinky ve smyslu negativního vlivu na rychle se množící buňky organismu. Naštěstí platí, že zdravé tkáně se po ukončení chemoterapie, na rozdíl od nádorových buněk, zotaví.

Karcinom prostaty je obecně velmi málo citlivý na chemoterapii, proto se nasazuje až po selhání hormonální léčby, u nemocných s hormonálně independentním karcinomem nebo u kastračně rezistentních karcinomů. Přináší dobrý paliativní efekt při skeletových metastázách. Má však toxický vliv na ledviny a játra. Nejčastěji se využívá chemoterapeutikum Docetaxel, který má menší míru toxicity, nižší procento progresu, a lepší klinickou odpověď. Prodloužení života při léčbě tímto přípravkem může být i o 7 měsíců. Také se užívá Mitoxantrin s kortikosteroidy Prednison.

Při podávání tohoto preparátu dochází k subjektivnímu vylepšení stavu, ale minimálním objektivním známkám antitumorozní aktivity. Zajišťuje však zlepšení kvality života (Kawaciuk, 2009). S tím souvisejí i četné nežádoucími účinky chemoterapie jako např. nevolnost, zvracení, záněty žil a lokální nekrózy, anafylaxe, průjmy, anémie, leukopenie, trombocytopenie a snížení počtu spermií (Kawaciuk, 2009).

#### **3.2.4. Kastračně residuální karcinom prostaty**

U většiny nemocných dochází po čase k progresi nádoru. Ke kastrační metodě se přistupuje až tedy, je-li vyčerpána veškerá léčba hormonální. V té době je považován karcinom prostaty za hormonálně independentní. Další intervence se zahajují na podkladě očekávané délky života nemocného, rozsahu onemocnění a symptomatologii. Je vhodné rozlišit HRCp a CRPC. *Hormonálně refrakční karcinomy prostaty je nezávislý na hormonálních vlivech, naopak kastračně rezistentní karcinomy může za odpověď hormonální manipulace (Novotný, Vítek, Klibl, 2016, s. 428).* Medián doby do selhání ADT je přibližně 18-24 měsíců. Tato fáze nemoci se nazývá karcinom prostaty rezistentní na kastraci. Většina úmrtí způsobených karcinomem prostaty nastává až poté, co se nemoc dostane do fáze CRPC.



## 4 PALIATIVNÍ A HOSPICOVÁ PÉČE

*„Necht' každý usiluje v tom prostředí, v němž žije, aby projevil svému bližnímu opravdovou lidskost, na níž záleží budoucnost lidstva“ (ANON, 2016).*

Za poslední století se naše životy postupně mění. Délka života se nám prodlužuje a životní styl je pohodlnější. Avšak nemusí to být natolik zdánlivé, ale platíme za to velkou daň. Umírání je delší a o nic méně jednodušší. Na tuto situaci se snaží reagovat a poskytovat účinnou pomoc moderní paliativní péče. Její vidinou je důstojný a kvalitní život až do jeho konce. Zaměřují se především na odbornou léčbu příznaků provázející umírání, v první řadě efektivní léčba bolesti.

O umírání a smrti se dnes už téměř nemluví. Vytěsňujeme je ze svého vědomí, vyloučili jsme jej z hovorů, vyhostili ze života. O to více žije v našich myslích mýtů, domněnek a omylů, kterých bychom se měli zbavit (ANON, 2016). Paliativní péče neurčuje pacientovi konkrétní místo. Přinejmenším obecná forma paliativní péče by měla být všude tam, kde se umírající lidé vyskytují a kde si přejí být ošetřováni (Kalvach a kol., 2010). Domácí prostředí bývá nejpřirozenější variantou, kde se pacient cítí dobře, vycházejí mu nejvíce vstříc, a hlavně má po boku své nejbližší. Pokud péče doma není z jakkoliv závažných důvodů možná, pak se nabízí lůžková hospicová péče. V hospicové péči je snahou umožnit co možná nejpřirozenější péči domácí.

Paliativní péče, je jednou z nejstarších lékařských a ošetrovatelských disciplín vůbec. Ještě v nedávné době, byla léčba zaměřena především na zmírnění těžkostí nemocného. V dnešní době je výuka zaměřena spíše na technologicky pojatou medicínu, která využívá čím dál více novějších a výkonnějších lékařských přístrojů, vybavení, vyšetřovacích a léčebných metod. Cílem léčby je především jednoznačné uzdravení nemocného, jiné východisko je považováno za nezdar dokonce i selhání. Většina lékařských technologií umí pomoci takřka za každé okolnosti, což tvoří kontext, ve kterém je obtížné si přiznat vlastní hranice svých možností a v takovémto rámci je vlastně „nevhodné zemřít“ (Haškovcová, 2010).

### 4.1. Definice paliativní péče

Většina definic týkající se nějakého problému, bývá velice obtížná. Ani v tomto případě není pevně daná definice, která by byla naprosto uspokojující pro všechny.

Termín hospic se v USA mnohdy používá jako výraz pro paliativní péči. Někteří lidé si pod pojmem hospic často vytváří představu, že se jedná o zařízení, budovu, kde je umírající hospitalizován. Proto jsme vybrali tyto tři definice, jak je uvádí světové organizace.

WHO definuje paliativní péči takto: Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. *Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin (Marková, 2010, s. 19).*

Velká Británie uvádí: Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. *Délka života je u těchto nemocných omezena a cílem léčby a péče je kvalita jejich života (Kupka, 2014, s. 28).*

Národní hospicová organizace v USA ve Virginii říká: Hospicový program je koordinovaný program paliativních a podpůrných služeb prováděných doma i za hospitalizace, který zajišťuje léčbu, psychologickou, sociální a spirituální péči o umírající osoby a jejich rodiny. Služby jsou zajišťovány lékařsky, interdisciplinárním týmem profesionálů i dobrovolníků. Po smrti nemocného je k dispozici péče o pozůstalé – bereavement.

Z definic tedy plyne, že účelem paliativní péče není vyléčit nemoc, ale zmírňovat její projevy, tlumit bolest a zlepšovat tím kvalitu života nemocných. Podstatné v definici WHO je to, že, cílem poskytování paliativní medicíny není pouze nemocným, ale i jejich rodinám či pozůstalým. O poskytování kvalitní paliativní péče a léčby se může hovořit, jeli péče věnovaná oběma stranám současně.

## **4.2. Formy paliativní péče**

Podle zahraniční praxe by měla obsahovat všechny níže uvedené formy celková paliativní péče (Sláma a kol., 2011).

### **Lůžkový hospic**

Jeho podoba by měla více připomínat domov než nemocnici. Na prvním místě, je kladen zřetel na kvalitu živo většinou jsou poskytovány jednolůžkové pokoje, kde mají blízcí umírajícího možnost přistýlky. Příbuzní neošetřují nemocného, jen ale mohou být součástí. Návštěvy si určuje pacient podle svého. Obvyklá hospitalizace trvá zhruba okolo tří týdnů, a hospitalizace může být opakovaná.

## **Domácí hospic**

Pokud je dobré a pevně fungující domácí zázemí, je možné tuto péči uskutečnit. Pacient je ve svém domácím prostředí, které dobře zná a důvěřuje mu. Veškerá péče je maximálně individualizována. *Tato péče je poskytována dlouhodobě, avšak je nutné zajistit dostupnost domácího hospice a ochota ujmout se zodpovědnosti za nepřetržitou péči a spolupodílet se na ní (Kupka, 2016, s. 29).* To obvykle znamená pro rodinu a blízké pacienta vysokou psychickou i fyzickou zátěž a v neposlední řadě i ekonomický dopad.

## **Ambulance paliativní medicíny a konziliární paliativní tým**

Jde o složení týmu minimálně z lékaře, zdravotní sestry a sociálního pracovníka. Zaměstnanci jsou školeni v paliativní medicíně a přispívají velkým množstvím znalostí, což samozřejmě přináší plus i pro ostatní lůžková zařízení. Nemocný tedy zůstává na jakémkoli oddělení. Tento specializovaný tým ovlivňuje kvalitu paliativní medicíny a rovněž tak přispívá k rozvoji edukace.

## **Oddělení paliativní péče**

Poskytuje celistvou paliativní péči o nemocné ve zdravotnickém zařízení. Tito pacienti potřebují pro diagnostiku a léčbu ještě různé komponenty, které nemocnice nabízejí. Většinou se jedná např. o podporu dýchání apod. Oddělení poskytující paliativní péči ve většině případů slouží jako hlavní pilíř pro konziliární tým paliativní péče. Uskutečňuje roli edukační. Nyní se takováto oddělení postupně rozšiřují i u nás, známe je např. jako DIOP, NIP, OCHRIP aj.

## **Stacionární paliativní péče**

Hospicový stacionář má podmínky takové, že pacient je ráno přijat a v odpoledních, nebo večerních hodinách propuštěn do domácí péče. Rodina nebo hospic zřizují dopravu. Vše záleží na dobré komunikaci a vstřícnosti. Tento typ péče je vhodný spíše pro pacienty žijící v blízkosti zařízení. Důvody k přijetí do hospice nebo na odd. Paliativní péče mohou být: terapeutické, diagnostické, rehabilitační, psychoterapeutické nebo respitní péči. Tato odlehčovací, či ulevující péče, je prospěšná jak pro pacienta, tak pro rodinu či příbuzné.

## **Speciální hospicová poradna**

Poradenství je poskytováno formou přímé komunikace pro pacienty, telefonicky nebo elektronicky. Je určeno nejen pacientům, ale i jejich rodinám a blízkým. V neposlední řadě pozůstalým.

#### **4.1. Specifika paliativní a hospicové péče**

Specifikem paliativní péče je filosofie přístupu k pacientovi a řešení jeho problémů v porovnání s kauzálními a kurativními přístupy. Jde o tzv. komplexní multidisciplinární přístup. Lékař by se měl se změnou svého postoje ztotožnit, přijmout situaci a z tohoto pohledu péči poskytovat. Specifika pro poskytování paliativní péče jsou zejména kvalita života, maximální komfort pacienta, svobodné rozhodování pacienta s větší účastí na vývoji terapie, velká spolupráce s blízkými a rodinou pacienta. Tyto cíle můžeme vždy využít v různých typech péče. Péče je velice různorodá, měla by se vždy poskytovat kvalitně a individuálně s přihlédnutím na nemocného. Paliativní péče se od té nepaliativní liší zejména filosofií přístupu k celkové léčbě a péči o pacienta ale i jeho rodinu.

Cílová třída paliativní péče je tvořena pacienty v pokročilých a konečných stádiích nevyлéčitelných chorob jako jsou nádory, konečná stádia srdečního selhání, CHOPN, jaterní cirhózy, onemocnění ledvin, pacienti s neurologickými onemocněními např. demence, roztroušená skleróza, geriatričtí, polymorbidní pacienti a pacienti ve vigilním kómatu. Tyto diagnostické skupiny se mohou výrazně odlišovat. V dynamice obvyklého průběhu nemoci, v pravděpodobném odhadu délky života nemocného. Oboustranné zastoupení kauzálních a paliativních postupů v celém léčebném plánu.

Pro vhodnou volbu postupu v paliativní péči je nutno u každého pacienta co nejpřesněji nazvat léčebné cíle. Teprve k pojmenovaným cílům léčby lze v konkrétním případě uvážit, zda je daný léčebný postup vhodně indikován a zda přispívá k dosažení daného cíle. Z východiska prognózy přežití a možných cílů léčby je možno „paliativní“ pacienty začlenit do jedné z těchto 3 skupin:

- Fáze kompenzovaného onemocnění – prognóza přežití v řádu měsíců a někdy let.
- Fáze nevratně progredujícího onemocnění – prognóza přežití v řádu týdnů a měsíců.
- Terminální fáze – prognóza přežití je v řádu několika týdnů, dnů či hodin.

#### **4.1.1. Etické a právní aspekty**

Hospicová a paliativní péče je poskytována v souladu s odbornými a mezinárodními úmluvami o právech pacientů zákonnými normami, které modifikují péči o pacienta v konečné fázi života. V případě jakékoli sporné či nejasné situaci se využívají etická konzilia. Česká společnost paliativní medicíny přeložila odborníkům i laické společnosti Standardy paliativní péče, které jsou koncipovány jako popis cílového stavu. V péči o nevyléčitelně nemocné, je důležité o takovouto péči bojovat. Přání a přednosti jsou respektována tehdy, pokud nejsou v přímém protikladu s dobrými způsoby nebo platnými zákonnými normami. Při vytváření plánu paliativní péče je zapotřebí zjistit pacientova přání z mnoha různých oblastí. Velice důležité je umístění, kde bude probíhat veškerá péče – domácí nebo jiné vlastní sociální prostředí, lůžkové zařízení akutní nebo dlouhodobá péče. Eutanázie neboli usmrcení pacienta na jeho vlastní žádost, ani asistovaná sebevražda v České republice nejsou. Pacientovi by mělo být srozumitelně a jasně vysvětleny možnosti o rozsahu diagnostických a léčebných metod v rámci paliativní péče a využití tzv. život prodlužujících léčebných postupů. Při poskytování paliativní péče jsou pacienti podporováni, aby svá přání a preference vyjádřili, a tato přání jsou respektována.

#### **4.2. Historie hospicové péče**

Původ slova hospic pochází z latinského překladu Hospitium neboli útulek. Za dávných časů středověku starého Říma, již existovaly něco jako přístřešky. Sloužily všem kolemjdoucím poutníkům, kteří si potřebovali odpočinout, ženy zde mohly dokonce porodit, mimo jiné poskytovali chorým a nemohoucím lidem uzdravení, nebo jim naopak dopřáli klidnou smrt. První hospicové hnutí bylo založeno v Anglii. Zhruba od 19. století je zřizovaly křesťanské řády. Až v roce 1967 byl založen první moderní hospic a od té doby se šířily do celého světa. V České republice tato myšlenka vznikla až po převratu roku 1989, kde vznikaly snahy o zařízení hospiců, které měla na svědomí MUDr. Marie Opatrná. V té době však nebyla paliativní a hospicová péče natolik známa a chápána. Po letech 1990 měla na svědomí rozvoj hospiců MUDr. Marie Svatošová. Začátky byly nejprve poskytování péče u pacientů doma. V roce 1995 se MUDr. Svatošové podařilo zahájit vlastní lůžkový hospic v Červeném Kostelci. Hospic Anežky České byl vytvořen podle vzoru hospice St. Christopher ve Velké Británii a stal se inspirací pro vznik dalších hospiců v ČR (ANON, 2018).

## 5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KARCINOMEM PROSTATY

Při realizaci individuální ošetrovatelské péče jsme zvolili metodu ošetrovatelského procesu, kde jsme detailně rozpracovali aktuální a potenciální ošetrovatelské problémy. Údaje byly získány pozorováním, rozhovorem, vyšetření pomocí testů, lékařskou a ošetrovatelskou dokumentací dále také od pacientovy manželky a vnučky, které byly součástí ošetrovatelského týmu v domácí paliativní péči. Následně bylo vše zpracováno podle Modelu funkčního zdraví od Marjory Gordonové. Po zjištění veškerých ošetrovatelských problémů byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy podle NANDA International Taxonomie II. Identifikační a časové údaje byly pozměněny dle nařízení GDPR.

### 5.1. Identifikační údaje

Tabulka 3 Identifikační údaje

<b>Jméno:</b> Ing. X. Y.	<b>Pohlaví:</b> muž
<b>Datum narození:</b> XX. YY	<b>Věk:</b> 73
<b>Adresa bydliště a telefon:</b> XXYY	<b>Číslo pojišťovny:</b> 111
<b>Rodné číslo:</b> XXYY	<b>Zaměstnání:</b> soudní znalec v důchodu
<b>Vzdělání:</b> vysokoškolské	<b>Státní příslušnost:</b> ČR
<b>Stav:</b> ženatý	<b>Nejbližší příbuzní:</b> manželka XX, vnučka YY
<b>Datum zavedení péče:</b> 11. 11. 2017	<b>Ošetřující lékař:</b> XY
<b>Druh zařízení:</b> Centrum domácí péče	<b>Typ péče:</b> domácí hospicová péče

Zdroj: ošetrovatelská dokumentace

#### Důvodem zahájení domácí hospicové a paliativní péče udávané pacientem

„Nemyslím si, že je zapotřebí být v nemocnici, však mi nic není“.

Od zhoršení pacientova stavu byla veškerá ošetrovatelská péče realizovaná v domácím prostředí.

### **Medicínské dg. hlavní**

C679 ZN – měchýř močový, NS

C61 Zhoubný novotvar předstojné žlázy – prostaty

### **Medicínské dg. vedlejší**

I10 Hypertenzní nemoc

I259 Chronická ischemická nemoc (choroba) srdeční, NS

I119 Hypertenzní nemoc srdce bez (městnavého) srdečního selhání

- recidiva Ca, meta do skeletu

- kompletní hormonální Blokáda Eligard. A Flucinom od 11/2012

- postupná elevace PSA, fPSA od 6/2012

- Ca prostaty, st. po aktinoterapii v roce 2008, t. č. recidiva Ca

- Diabetes mellitus na PAD

- St. po IM 2008

- St. po TE ve 30 letech věku

### **Hodnoty při přijetí**

Údaje byly získány z rozhovoru s pacientem. Po celou dobu byla důležitá především spolupráce s manželkou a vnučkou, které od začátku jeho nemoci péči poskytovaly. Kvůli proměnlivému stavu vědomí pacienta, byly jejich informace klíčové. Vyšetření vitálních funkcí pacienta viz Tabulka 4.

Tabulka 4 Hodnoty ze dne 11. 11. 2017

<b>TK:</b> 112/55 mmHg	<b>BMI:</b> 29,05
<b>P:</b> 80'	<b>Stav vědomí:</b> při vědomí, orientace místem a osobou
<b>TT:</b> 36,9 °C	<b>Pohyblivost:</b> velká dopomoc, nesoběstačný, nechodí, imobilní
<b>D:</b> 12/min.	<b>Krevní skupina:</b> 0 Rh pozit.
<b>Výška:</b> 168 cm	<b>Dárce krve:</b> Ano
<b>Váha:</b> 82 kg	<b>Alergie:</b> Ne

Zdroj: příjmová dokumentace

## Nynější onemocnění

Recidiva CaP, generalizace onemocnění do skeletu, koresponduje progrese hodnot prostatických antigenů.

## ANAMNÉZA

### Rodinná anamnéza:

Matka zemřela ve věku 55 let na karcinom plic. Otec zemřel ve věku 65 let na AIM. Manželka trpí Systémovou sklerodermií, jinak zdravá ke svému věku a onemocnění. Má dva syny. Dále má 5 vnoučat (dívek), z toho jedna společně s nimi obývá dům.

### Osobní anamnéza:

V dětství prodělal běžné dětské nemoci, bez vážných komplikací. V roce 2008 prodělal IM a od roku 2005 CaP. St. po aktinoterapii v roce 2006, poté sledován na onkologii. Recidiva Ca od roku 2011. Dříve pacient vyjádřil nesouhlas s možností operační léčby. Diabetes mellitus na PAD. Běžné povinné očkování. Hospitalizace pouze u IM, jinak nejuje. Dárce krve do roku 2000.

### Sociální a pracovní anamnéza

Pacient je vystudovaný inženýr. Do léta 2017, kdy mu ještě sloužila paměť, pracoval jako soudní znalec a odhadce. Celý život strávil po boku své manželky v domě, který společně postavili a kde měl i svou pracovnu. Celoživotně se vzdělával a vzdělání považuje mezi důležité aspekty nejen svého života. Zakládá si na slušnosti a poctivosti. Volné chvíle si zpříjemňoval trávením času s vnoučaty, cestování po České republice a sledování fotbalu nebo politiky.

**Alergická anamnéza:** neudává

**Abúzy:** nekuřák, káva 2x denně, alkohol příležitostně

**Spirituální anamnéza:** katolík, kněze ani faráře nevyžaduje

**Farmakologická anamnéza:** viz Tabulka 5

Tabulka 5 Užívané léky

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Bisoprolol	tableta	250 mg	1-0-0	Beta blokátory
Godasal	tableta	100 mg	0-1-0	Antitrombotika
Mono Mack	tableta	100 mg	½-0-0	Nitráty, tableta



depot				s prodlouženým uvolňováním
Ramipril	tableta	2,5 mg	1-0-0	ACE inhibitory
Siofor	tableta	50 mg	1-1-1	Antidiabetika
Aulin	tableta	100 mg	Při bolestech	Nesteroidní protizánětlivý lék tíšící bolest
Lunaldin	Suplingvální tableta	300 mcg 600 mcg	Při bolestech, dle potřeby	Opioid fentanylum
Dolforin	Transdermální náplast	100 mcg/h	Dle stavu nemocného, nyní 50mcg/h	Opioid fentanylum

Zdroj: lékařská dokumentace

#### **Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové ze dne 11. 11. 2017**

Viz Příloha B

Vyhodnocení: 14 bodů – velké riziko vzniku dekubitů.

#### **Barthelové test základních všedních činností 11. 11. 2017**

Viz Příloha C

Vyhodnocení: 5 bodů, maximální počet bodů je 100. Pacient je vysoce závislý na veškerou pomoc při zvládnání všedních činností.

#### **5.1.1. Posouzení stavu nemocného ze dne 11. 11. 2017**

##### **HLAVA A KRK**

Subjektivně: „občas mě pobolívá hlava“

Objektivně: Na poklep hlava nebolestivá, hýbe všemi směry. Krk pohmatově bolestivý především v zadní části krční páteře. Bolestivé mimiky v obličeji při podepření hlavy. Krk souměrný. Vlasy jsou upravené. Karotidy pulsují symetricky.

##### **OČI**

Subjektivně: „nosím brýle“

Objektivně: Oční okolí lehce začervenalé, suché. Bulbus klidný, spojivky růžové, rohovka čistá, zornice izokorické, pomalu reagující na světlo, oční bulby hybné všemi směry.

#### UŠI, NOS

Subjektivně: pacient se nevyjadřuje

Objektivně: Nos bez sekrece a jiných viditelných změn. Sluch je lehce oslabený, k věku pacienta. Naslouchátko nepoužívá. Není nutno zvyšovat hlas. Nosí brýle. V poslední době nikoli.

#### RTY A JAZYK

Subjektivně: „Vyplazení jazyka“.

Objektivně: Rty velmi suché, bledé až naředlé barvy. Jazyk plazí středem, je nepatrně povleklý, sucho v ústech.

#### DÁSNĚ, SLIZNICE DUTINY ÚSTNÍ

Subjektivně: „Zuby mám své“.

Objektivně: Lehký zápach z úst, sliznice v DU velice suchá, na pohled obtížné polykání i mluvení pro sucho v ústech, zuby vlastní nebo pevná náhrada, dásně zarudlé ale bez krvácivých projevů. Mírné změny na bukální sliznici v podobě zarudnutých map.

#### HRUDNÍK A DÝCHACÍ SOUSTAVA

Subjektivně: „Vše je v pořádku“.

Objektivně: Hrudník je souměrný, poklep je jasný, nebolestivý, na poslech dýchání čisté sklípkovité bez vedlejších jevů. Dech pomalý.

#### SRDCE A CÉVNÍ SYSTÉM

Subjektivně: „Léky beru“.

Objektivně: Pulzace dobře hmatatelná, akce je pravidelná, TK 112/55', P 80'. Dolní končetiny bez otoků a zánětlivých změn. Viditelné varixy na obou DK, kompresní punčochy už nenosí z důvodu imobilizace a prevence dekubitů. Končetiny studené na pohmat lýtka nebolestivá.

#### BŘICHO A TRÁVICÍ SYSTÉM

Subjektivně: není schopen odpovědi

Objektivně: Břicho na pohmat měkké, pod úrovní hrudníku, pupek vtažený, za poslední 2 měsíce velký úbytek na váze zhruba o 10 kg. Problémy s trávením míval, nyní příjem

per. os oslabený spíše minimální. Peristaltika hůře slyšitelná. Stolice nepravidelná. Plně inkontinentní na plenkových kalhotkách. Poslední stolice zhruba před 3 dny.

#### MOČOVÝ A POHLAVNÍ SYSTÉM

Subjektivně: není schopen odpovědi.

Objektivně: Potíže při močení, inkontinentní bez PMK na plenkových kalhotkách. Za poslední dva týdny se množství při močení viditelně snižuje. Genitál přiměřený k věku, nejví známky fimózy, scrotum neporušené, nad penisem v podbřišku výrazný otok a zduření, na pohmat citlivý ale nebolestivý.

#### KOSTERNÍ SYSTÉM A SVALSTVO

Subjektivně: „Bolí mě záda někdy celé tělo“.

Objektivně: Klouby obtížně pohyblivé, svalstvo ochablé, při pohledu na záda a krční páteř lehce vyklenutá. Bolesti celého skeletu i svalů. Bolest měřena na vizuální stupnici bolesti, pravítko s obličejí. Pacient bolest velmi často popírá, zjevné jsou mimiky při jakémkoli pohybu. Pohyblivost omezená, imobilizace na lůžku, sed na lůžku s nohama dolu již moc nezvládá. Hodnota, kterou udává je bolest minimální. Podle testu Barthelové s výsledkem 5 bodů – vysoká závislost.

#### NERVOVÝ A SMYSLOVÝ SYSTÉM

Subjektivně: „vše je dobré“

Objektivně: Reflexy zachovalé. Orientovaný časem momentálně je, místem i osobou. Kvalita vědomí se postupně zhoršuje. Ve večerních hodinách zmatenost, není orientován časem, místem ani osobou. Proměnlivé stavy vědomí. Slyší přiměřeně k věku, brýle na blízko – momentálně už nepoužívá. Většinu dne spavý, apatický, oči zavřené a ústa otevřená. Komunikace obtížná verbální i neverbální. Postupem dne mívá chvíle plného vědomí, kdy si vše uvědomuje a má velkou potřebu sdělení jeho obav nebo věcí které nestihl dodělat.

#### KŮŽE A JEJÍ ADNEXA

Subjektivně: „občas se mi hůře hojí odřeniny“

Objektivní: Viditelné změny na kůži po starých rankách zhojené jizvy, viditelně sušší, bez dekubitů, odřenin, opruzenin nebo jiných defektů. Bez cyanózy a ikteru, kůže je převážně pbledlá, kožní turgor snížený. Citlivost a náchylnost k poškození kůže je zvýšená. Nehty čisté a upravené.

## 5.2. Utřídění informací.

Aktivity denního života ze dne 11. 11. 2017

<p><b>1. Podpora zdraví</b> Uvědomění si zdraví Management zdraví</p>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- pacient si plně neuvědomuje aktuální stav, omezení, a především přidružené onemocnění jako je DM. Dietu mnohdy nedodržoval. Je si vědom, že rakovina nezmizí, ale s ukončení medicínské léčby není srozuměn. Na přání rodiny, pro zhoršení psychického stavu pacienta, tomuto přání bylo vyhověno. Ke střídavému vědomí a rychlejší recidivě Ca, bylo rozhodnuto pro hospicovou a paliativní péči. Přání pacienta zůstat v domácím prostředí bylo vyhověno.</li><li>- TK při příjmu normotenze</li></ul> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> Neuvědomování si svého stavu.</p> <p><b>Priorita:</b> střední</p>
<p><b>2. Výživa</b> Příjem potravy Trávení Vstřebávání Metabolizmus Hydratace</p>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- všeobecně si pacient neuvědomuje nutnost příjmu potravy a tekutin.</li><li>- příjem per os je individuální, záleží na momentálním stavu vědomí, polyká s obtížemi, jídlo mnohdy nepřijímá, dieta kašovitá. Diabetická dieta není nutná, pro terminální stadium nenutíme pacienta k jídlu nebo pití.</li><li>- trávení je pomalé, citlivé zažívání.</li><li>- vstřebávání pomalé,</li><li>- metabolizmus je oslabený ke stavu pacienta</li><li>- hydratace je malá, snížený turgor pokožky, bilance tekutin není možná a ani požadována.</li></ul> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> zhoršení kvality stavu sliznice v DU, bolest při polykání, omezený příjem potravy</p>

	<p><b>Měřicí technika:</b> VAS stupnice s obličejí, kožní turgor</p> <p><b>Priorita:</b> vysoká</p>
<p><b>3. Vylučování</b></p> <p>Funkce močového měchýře</p> <p>Funkce gastrointestinálního systému</p> <p>Funkce kožního systému</p>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma:</b></p> <p>- vzhledem k onemocnění a funkci močového měchýře není příliš dobrá. Doma často chodil na WC s pocitem nucení na močení, avšak neúspěšně. Nyní pacient na plenkových kalhotkách, bez PMK. Barva moči je tmavá a koncentrovaná s příměsí.</p> <p>- vyprazdňování tlustého střeva je nepravidelné, převážně už však i s minimálním množstvím stolice. Vzhledově je stolice vodová někdy s příměsí hlenu světlé barvy. Kůže v pořádku, bez dekubitů.</p> <p>- kůže je suchá a náchylná na poranění, kožní turgor je snížený.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> riziko poškození kůže, pomalé hojení, riziko infekce, inkontinence moči i stolice, stolice nepravidelná</p> <p><b>Měřicí technika:</b> riziko vniku dekubitů dle Nortonové</p> <p><b>Priorita:</b> vysoká</p>
<p><b>4. Aktivita – odpočinek</b></p> <p>Spánek, odpočinek</p> <p>Aktivita, cvičení</p> <p>Sebe péče</p>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma:</b></p> <p>Nemocný uvádí, že je soběstačný a chce něco předvést.</p> <p>- spánek je proměnlivý během dne i noci, obvykle spí po celou noc. Budí se při bolestech nebo pomočení. Během dne spavý. Aktivita omezená, neklidné nohy i ruce. V lůžku se někdy přetočí sám na bok zpět už ne. Nevydrží sed s nohama z lůžka, za zády podpěra.</p> <p>- zcela nesoběstačný, vysoká potřeba dopomoci, imobilní,</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> nesoběstačný ve všech ohledech, imobilita, chronická bolest, spánkový režim</p>

	<p>narušený</p> <p><b>Měřicí technika:</b> VAS stupnice s obličejí, Bartelové test základních činností</p> <p><b>Priorita:</b> vysoká</p>
<p><b>5. Percepce – kognice</b></p> <p>Pozornost</p> <p>Orientace</p> <p>Kognice</p> <p>Komunikace</p>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vnímání je oslabené, dle momentálního stavu pacienta</li> <li>- orientovaný časem není, osobou zřídka pozná manželku a syny, místem ano díky domácímu prostředí</li> <li>- poznání předmětů není zřejmé, má především dlouhodobou paměť.</li> <li>- komunikace je verbální i neverbální. Když má nemocný tzv. svou chvilku kdy je plně při vědomí dokáže komunikovat verbálně, srozumitelně někdy s neverbálními prvky. Po většinu času spavý, někdy i neklidný až agresivní.</li> </ul> <p><b>Ošetřovatelský problém:</b> zmatenost</p> <p><b>Priorita:</b> nízká</p>
<p><b>6. Sebepercepce</b></p>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sám sebe uznává, cítí stud, a to že je nemohoucí a vyžaduje pomoc. Postupně si zvyká na kompletní ošetřovatelskou péči poskytovanou od příbuzných a reaguje na ní lépe.</li> </ul> <p><b>Ošetřovatelský problém:</b> nesmíření s onemocněním a konečnou fází života.</p> <p><b>Priorita:</b> vysoká</p>
<p><b>7. Vztahy mezi rolemi</b></p> <p>Role pečovatelů</p> <p>Rodinné vztahy</p> <p>Plnění rolí</p>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- domácí pečovatelská služba dochází pravidelně každý den, pomáhají především s hygienou a polohováním na lůžku. Pacient se péčí a neznámým lidem nebrání.</li> <li>- rodinné vztahy se vylepšily, usmíření nemocného se</li> </ul>

	<p>syny, rodinná podpora je intenzivní, velmi vstřícná a shovívavá. Jejich přání je, vyplnit pacientovo přání v konečné fázi života, ulehčit a zpříjemnit poslední chvíle strávené s blízkými.</p> <p>- role vnučky jako všeobecné sestry a zároveň ošetřovatelky svého dědečka v terminálním stádiu je náročný pro obě strany, přesto vnučka na péči trvá. Všichni členové mají rozděleny své role v poskytování péče.</p> <p><b>Ošetřovatelský problém: 0</b></p> <p><b>Priorita: 0</b></p>
<p><b>8. Sexualita</b></p> <p>Sexuální funkce</p> <p>Reprodukce</p>	<p>Vzhledem k danému onemocnění a stavu pacienta, není zapotřebí sexualitu více rozebírat. S manželkou má dva dospělé syny.</p> <p><b>Ošetřovatelský problém: 0</b></p> <p><b>Priorita: 0</b></p>
<p><b>9. Zvládání/tolerance zátěže</b></p> <p>Posttraumatické zátěže</p> <p>Reakce na zvládání zátěže</p> <p>Neurobehaviorální stres</p>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma:</b></p> <p>- zátěž vždy zvládal dobře, konfliktům se raději vyhýbal nebo se je snažil racionálně vyřešit. Život bere jako děj, kterým si každý z nás musí projít. Vzhledem k tomu, že v minulosti odmítl chirurgickou léčbu, dnes si je vědom následků. Rodina udává, že věřil na zázračné uzdravení přírodních sil a léky později odmítal. V soukromí velice uzavřený a diskrétní o vážnosti onemocnění. Postupem času přichází uvědomění si, že sil mu ubývá a onemocnění se nezlepší.</p> <p>- blízcí pacienta jsou smíření se smrtí nemocného, zvládání zátěže, viditelný smutek, obavy znatelné, mají velké pochopení.</p> <p><b>Ošetřovatelský problém: riziko smutku, úzkost ze smrti</b></p> <p><b>Priorita: vysoká</b></p>

<p><b>10. Životní principy</b></p> <p>Hodnoty</p> <p>Přesvědčení</p> <p>Soulad hodnot/přesvědčení/ jednání</p>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- životní hodnoty a principy má ujasněné. Jako katolík věří, že každý má někde své místo, hodnoty a je tam, kde má být. Ze smrti obavy nemá. Je vděčný, že může být v domácím prostředí. Zakládá si na úctě, slušnosti i respektu.</li> <li>- usmíření po letech se svým synem, kterého neviděl roky. Nastala potřeba odpuštění a rozloučení se, pro klid v duši. Hodnoty rodiny se snaží zachovávat v jakémkoli stavu, do posledních chvil jeho života.</li> </ul> <p><b>Ošetrovatelský problém: 0</b></p> <p><b>Priorita: 0</b></p>
<p><b>11. Bezpečnost – ochrana</b></p> <p>Infekce</p> <p>Fyzické poškození</p> <p>Násilí</p> <p>Environmentální rizika</p> <p>Obranné procesory</p> <p>Termoregulace</p>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nemocný se vždy snažil dbát na hygienické zásady. Ví, že díky DM se vše hojí pomaleji a hůře a karcinom ničím také nepřispívá. Byl zvyklý si vždy pečlivě drobná poranění vyčistit a ošetřit sám.</li> <li>- nyní převládá inkontinence, nosí plenkové kalhotky.</li> <li>- není násilný, při zmatenosti bývá někdy vulgární ale nenásilný.</li> <li>- trpí na studené končetiny, to trvá i nadále.</li> </ul> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> zvýšené riziko infekce, hojení ran a vzniku dekubitů nebo opruzenin. Snížená termoregulace.</p> <p><b>Měřící technika:</b> Barthelové test základních činností</p> <p><b>Priorita:</b> vysoká</p>
<p><b>12. Komfort</b></p> <p>Tělesný komfort</p> <p>Komfort prostředí</p> <p>Sociální komfort</p>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- výrazné bolesti celého těla, časté mimiky v obličeji, sténání při jakékoli manipulaci s nemocným i přesto sám bolest neudává, když ano, tak jen velice mírnou. Je schopen vyjádřit svůj nesouhlas nebo změnu reakce na léky od bolesti. Po podání léků vždy viditelná</li> </ul>



	<p>úleva.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- v domácím prostředí se nemocný cítí nejlépe. Nepocítuje strach z neznáma nebo nemocničního prostředí. Má to výrazný vliv na psychický stav pacienta, ve větší míře i na jeho blízké.</li> <li>- díky péči od rodiny nemocný zapomíná na své onemocnění. Má rád čtení knih od vnuček, poslech hudby se zpěvem. Preferuje klid.</li> </ul> <p><b>Ošetřovatelský problém:</b> chronická bolest.</p> <p><b>Měřicí technika:</b> Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové, VAS stupnice s obličejí.</p> <p><b>Priorita:</b> vysoká</p>
<p><b>13. Růst a vývoj</b></p> <p>Růst</p> <p>Vývoj</p>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- za poslední 3 měsíce velký úbytek na váze, celoživotně přetrvávala lehká nadváha. Dietu i vzhledem k DM moc nedodržel.</li> </ul> <p><b>Ošetřovatelský problém:</b> špatné stravovací návyky</p> <p><b>Priorita:</b> nízká</p>

## SITUAČNÍ ANALÝZA

Po telefonické konzultaci manželky pacienta s Domácí péčí byla dohodnuta první návštěva u nemocného doma a to dne 11. 11. 2017. Téhož dne byla také zahájena paliativní hospicová péče. Paliativní péči indikoval praktický lékař nemocného. Po společné dohodě se rodina rozhodla k domácímu ošetřování a tím i uspokojila přání pacienta. První den ráno sestra nejprve odebírá anamnézu od rodiny a také vyslechla veškeré požadavky na péči. Poté následoval sběr informací od pacienta. 73letý pacient s dlouhotrvající diagnózou karcinomu prostaty v celé délce trvání zhruba 10. let. Již podstoupil různé druhy léčby. Pacient se o své nemoci nikdy nechtěl více bavit. Manželka sděluje, že poslední možnou pomoc v léčbě odmítl. Jednalo se o chirurgickou kastrovací léčbu. Během posledních 2 let nastala viditelná recidiva onemocnění. Za posledních 6 měsíců nastalo zhoršení celkového stavu, úbytek na váze, zhoršená pohyblivost, snížený příjem potravy a tekutin, inkontinence moče i stolice a viditelné zhoršení bolesti celého těla. Sám bolest neudává, ale neverbální projevy např. při

polohování byly znatelné. Fyziologické funkce při příjmu byly v normě. Krevní tlak 112/55 mmHg, puls 80' dobře hmatatelný na obou horních i dolních končetinách. Dýchání je pomalé a čisté, je schopen si odkašlat. Kyslíkové brýle nebo jiné pomůcky k dýchání nejsou nutné. Dechy 12'. Pacient je bledý v obličeji, rty jsou suché a mírně cyanotické. Dutina ústní bez poškození ale je nutná zvýšená péče, pravidelně zvlhčovat a ošetřovat sliznici. Příjem potravy je individuální. Obtížně se mu polyká, někdy přijme kašovitou stravu. Pitný režim snížený, tekutiny mu dělají větší problém při polykání, hrozí riziko aspirace. V konečné fázi života nenutíme k jídlu ani k pití. Kůže je bez poškození, zarudnutí a známek dekubitů, je náchylnější na otlaky. Kontinuálně studené dolní i horní končetiny. Inkontinence moči na plenkových kalhotkách. Viditelně zvětšená oblast v podbřišku. Bez invazivních vstupů. Tělesná teplota je 36,9 °C. Pohyblivost je velice omezená pro chronické bolesti celého těla. Je snižená motorika a držení těla pasivní. Hygienickou péči zajišťuje rodina. Barthelové test všedních denních činností u pacienta ukazuje na těžký stupeň závislosti. Spánek je narušený. Rodina využívá pomoc odborníků. Ve spolupráci s ambulancí bolesti jsou již od začátku recidivy onemocnění. Je viditelné, že domácí prostředí na nemocného působí velice přívětivě. Eliminována se tak dezorientace, strach z odstrčení nebo úmrtí mimo svůj domov.

### **5.3. Stanovení ošetrovatelských diagnóz**

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA I Taxonomie II dle NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada 2015. ISBN 978-80-247-5412-3.

Na základě identifikovaných ošetrovatelských problémů byly ke dni 11. 11. 2017 stanoveny ošetrovatelské diagnózy. Paliativní péče probíhala v domácím prostředí pacienta. Ošetrovatelské diagnózy zaměřené na aktuální a potenciální problémy pacienta, byly seřazeny dle priorit pacienta. Celkem jich bylo 7.

#### **Ošetrovatelské diagnózy zaměřené na problém**

1. Chronická bolest – 00133
2. Zhoršený komfort – 00214
3. Úzkost ze smrti – 00147

#### **Rizikové diagnózy**

4. Riziko infekce – 00004

5. Riziko pádů – 00155
6. Riziko porušení kožní integrity – 00047
7. Riziko nerovnováhy tělesné teploty – 00005

Ve spolupráci s ošetřující rodinou nemocného, jsme vybrali 2 nejdůležitější diagnózy jako nejzásadnější pro nemocného v konečné fázi života.

## **5.4. Rozpracování ošetřovatelských diagnóz a plán péče**

### **CHRONICKÁ BOLEST 00134**

**Datum:** 11–17. 11. 2017

**Doména:** 2. Výživa, 4. Aktivita a odpočinek, 12. Komfort

**Třída:** 1, 1–5, 1–3

#### **Definice:**

Nepříjemný smyslový a emoční prožitek způsobený skutečným nebo možným poškozením tkání nebo popisovaný v pojmech takového poškození. Nástup je náhlý nebo pomalý, intenzita od mírné po závažnou, lze předvídat odeznění po době kratší než 6 měsíců (ANON, 2019).

#### **Určující znaky:**

- vyslovená nebo zašifrovaná stížnost, zpráva
- strach z opakování obtíží
- neschopnost pokračovat v dřívějších činnostech
- změny spánku
- únava
- nechutenství
- změněná chuť k jídlu
- zaujetí bolestí
- obranné chování pacienta (úlevové polohy, gestikulace), bolestivý výraz v obličeji, grimasy, strnulé či roztřesené pohyby, zúžené vnímání okolí
- změna vnímání času, omezená interakce s lidmi a prostředím
- silně expresivní chování (neklid, pláč, sténání, vzdychání, zívání)
- autonomní reakce organismu (pocení, změny krevního tlaku, pulzu, dýchání, rozšířené zornice)
- autonomní změny svalového napětí (ochablost až ztuhlost)

#### **Související faktory:**

Základní onemocnění CaP s metastázami do skeletu.

**Priorita:** vysoká

**Cíl krátkodobý:**

Pacient přijímá léky na bolest, upozorní na nově vzniklou bolest, která nepřekročí číslo 7 na stupnici bolesti do 30 minut.

**Cíl dlouhodobý:**

Pacient vyjadřuje verbálně i neverbálně úlevu, zmírnění bolesti a dosažení pohody do 7 dnů.

**Očekávané výsledky:**

Pacient přijímá opiáty sublingválním podáním do 7 dnů.

Pacient chápe nutnost podávání léků na bolest do 24 hod.

Pacient se snaží informovat o nástupu nově vzniklé bolesti do 30 minut.

Viditelný výsledek úlevy od zmírnění nebo ustoupení bolesti do 30 min. od podání opiátů.

Pacient umí posoudit bolest na stupnici VAS s obličejí do 1 dne.

Pacient respektuje nutnost polohování od 1 dne poskytované péče.

Pacient zná svou úlevovou polohu do 30 minut

Pacient nerušeně spí od prvního dne zahájení péče.

Pacient mění chování a využívá možnosti léčby do 7 dnů.

Pacient dosahuje co nejlepší kvality života po celou dobu poskytované péče.

Rodina se přizpůsobuje vzniklé situaci do 24 hod.

Rodina spolupracuje při zvládnání bolesti do 7 dnů.

Rodina chápe nutnost sledování bolesti do 30 minut.

**Intervence:**

1. Zajisti klidné prostředí – vždy, sestra.
2. Sleduj verbální a neverbální projevy pacienta – vždy, sestra.
3. Pečuj o pohodlí pacienta – vždy, sestra.
4. Edukuj pacienta o úlevové poloze a proved' záznam o edukaci do ošetrovatelské dokumentace do 30 minut, sestra.
5. Posud' bolest ve spolupráci s pacientem (lokalizace, charakter, nástup, trvání, intenzita na stupnici 0-10), zhoršující faktory, změny bolesti během dne – průběžně, sestra.
6. Zhodnot' intenzitu bolesti vždy po podání opiátů do 30 minut, sestra.

7. Pomoc pacientovi se změnou polohy – každé 3 hod. nebo dle potřeby pacienta i dříve, sestra.
8. Zjistí úlevovou polohu pacienta – vždy, sestra.
9. Pozoruj neverbální projevy bolesti a zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace – vždy, sestra
10. Zhodnot' vliv bolesti na spánek nemocného (3x denně, ráno, v poledne a večer) a v případě potřeby aplikuj předepsané opiáty a proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace – vždy, sestra.
11. Podávej analgetika a opiáty dle ordinace lékaře s přihlédnutím k aktuálnímu stavu pacienta – průběžně, sestra.
12. Posud' ovlivnitelnost bolesti specifickými strategiemi proti bolesti (používání relaxačních technik, používání terapeutického doteku, využití prvků bazální stimulace) – do 2 dnů, sestra.
13. Sleduj vedlejší účinky léků do 30 minut, sestra.
14. Všiměj si chování pacienta a jeho změn, proved' zápis do ošetrovatelské dokumentace – vždy, sestra.
15. Zapisuj údaje do ošetrovatelské dokumentace – vždy, sestra.
16. Dostatečně edukuj blízké pacienta, kteří jsou součástí ošetrovatelského týmu, o možnostech podpory – do 1 hodiny, sestra.
17. Ved' příbuzné k podpoře pacienta – průběžně, sestra.
18. Ověřuj, zda blízcí pacienta jsou v průběhu péče informováni o případných změnách v péči – průběžně, sestra.
19. Ved' pacienta k realizaci nefarmakologického přístupu pro zmírnění bolesti – vždy, sestra.
20. Umožni pacientovi účast a kontrolu léčby na zmírnění bolesti – vždy sestra.
21. Zapisuj vše řádně do ošetrovatelské dokumentace – vždy, sestra.

### **Realizace: 11–17. 11. 2017**

Po dobu 7 dnů jsem pravidelně sledovala veškeré verbální i neverbální projevy bolesti pacienta. Nejprve jsem pečlivě vysvětlila nemocnému, jak posoudit intenzitu a charakter své bolesti. Pro určení bolesti, jsme používali hodnotící škálu VAS s obličejí, která pacientovi vyhovovala nejvíce. Od prvního dne péče jsem ve spolupráci s pacientem, pokud možno každou hodinu prováděla hodnocení bolesti. Dále jsme edukovali ošetřující rodinu, o důležitosti sledování bolesti a následným zápisem do

ošetřovatelské dokumentace. Rodina se zapojila do řádného sledování bolesti s pravidelným zápisem do ošetřovatelské dokumentace vždy, když nebyla přítomna sestra nebo jiný zdravotnický personál během jejich péče. Pomáhala jsem pacientovi s nacházením úlevové polohy. Podávání opiátu bylo individuální dle momentálního stavu pacienta. Pacient pochopil nezbytnost přijímat léky na bolest. Během následujících dvou dnů nenastal problém s přijímáním opiátu sublingvální podáním. Vždy jsem sledovala účinek léků minimálně po dobu 30 minut. Někdy pacient dokázal slovně sdělit, že úleva po užití léků nenastala. Vše jsem řádně zapisovala do ošetřovatelské dokumentace. Spánek je kvalitnější. Šetrnější zacházení a správné techniky při polohování a manipulací s nemocným, se potvrdila jako výrazný krok ke zmírnění bolesti. Spolu s nejbližší rodinou a ošetřovatelským týmem jsem pečovala o co největší pohodlí pacienta a kvalitu života.

#### **Hodnocení: 17. 11. 2017**

Krátkodobý cíl byl splněn částečně. Během 7 dnů se nemocný nebrání přijímat léky na bolest, především sublingválním podání. Po tuto dobu se výrazně sníženy nonverbální projevy bolesti, zejména při polohování, úpravě lůžka nebo hygieně. Bolest jsme se snažili posuzovat každou hodinu pomocí analogové škály VAS, kde je bolest znázorňována pomocí obrázků s obličejí. Kvůli proměnlivému stavu vědomí, nebyl pacient schopen pokaždé zhodnotit svou bolest. Čtvrtý den péče pacient poprvé označil svou bolest, přestože užil léky, nebyl ji však schopen posoudit na škále VAS. Viditelná úleva obvykle nastala v kombinaci se změnou polohy. Po celý týden, alespoň 1 x denně, se pacient dokázal vyjádřit o nově vzniklém diskomfortu.

**Nadále pokračují intervence:** 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 19., 21. U pacienta je nutno monitorovat intenzitu bolesti, nadále podávat opiáty, sledovat efekt a možné vedlejší účinky. Dále pokračovat se specifickými strategiemi a úlevových poloh, které mají na bolest vliv. Sledovat kvalitu a délku spánku., vytvářet vstřícné, klidné a komfortní prostředí. Prohlubovat spolupráci s rodinou.

Dlouhodobý cíl se nám podařilo splnit. Pacient měl od poloviny týdne viditelně kvalitnější a především delší, ničím nenarušený spánek. Nenaříkal ani nesténal ve spánku. Díky častému polohování co 2-3 hodiny nebo podle potřeby pacienta i dříve. S využitím polohovacích pomůcek a zvolením si úlevové polohy, nebyl znatelný žádný diskomfort.

## **RIZIKO PORUŠENÍ KOŽNÍ INTEGRITY - 00047**

**Datum:** 11–17. 11. 2017

**Doména:** 11. Bezpečnost – ochrana/tělesné poškození

**Třída:** 1, 2, 4, 5, 6

### **Definice:**

Stav charakterizovaný zvýšeným rizikem možného porušení kůže nebo nežádoucími změnami na kůži.

### **Určující znaky:**

Sekrety, exkrementy, vlhko, mokro, fyzická imobilizace, vysoký věk, přidružená onemocnění jako DM, hypotermie nebo hypertermie.

### **Související faktory:**

Stav po chemoterapii a medikamentózní léčbě, porucha výživy (obezita, vyhublost), kostní výčnělky, poruchy kožního napětí, edém, psychogenní faktory, imunologická porucha.

**Priorita:** vysoká

### **Cíl krátkodobý:**

U pacienta jsou uplatňovány hygienické zásady a prevence dekubitů do 30 minut.

### **Cíl dlouhodobý:**

Nevznikne žádný dekubit či jiné poškození kůže do 7 dnů.

### **Očekávané výsledky:**

Pacient má dostatečně prokrvenou, vyživenou, hydratovanou tkáň do 7 dnů.

Pacient nepocítuje bolest nebo je na hranici únosnosti při změně polohy v lůžku do 30 minut.

Pacient akceptuje hygienické zásady a péči o kůži do 2 dnů.

Pacient si osvojil chování ve prospěch hojení a prevence komplikací do 30 minut.

Pacient i blízcí se zapojí do preventivních i léčebných opatření do 1 dne.

Blízcí pacienta znají rizikové faktory poranění kůže do 1 hodiny.

### **Intervence:**

1. Pečuj striktně o hygienu kůže, používej jemná mýdla – vždy, sestra.
2. Kůži jemně a důkladně osuš a vetři zvláčňující krém – vždy, sestra.
3. Promasíruj jemně místa kostních výčnělků, kůži netři – průběžně, sestra.
4. Dbej na správnou hygienu o dutiny ústní každou hodinu, sestra.

5. Pečuj o sliznici v ústech – pravidelně, sestra.
6. Udržuj ústa vlhká a kontroluj stav sliznice v dutině ústní – každou hodinu, sestra.
7. Využívej všech terapeutických prostředků, které jsou k dispozici – průběžně, sestra.
8. Oblékej pacienta do volného oděvu, předcházej prochladnutí (vazokonstrikce cév), průběžně, sestra.
9. Udržuj lůžko suché a čisté – vždy, sestra.
10. Při ošetřování používej antidekubitní pomůcky – vždy, sestra.
11. Uplatňuj zásady hygieny od prvního dne péče – vždy, sestra.
12. Kontroluj pravidelně povrch kůže, tlakové body – vždy, sestra.
13. Pátrej po začervenalých nebo bledších místech a ihned zahaj opatření – vždy, sestra.
14. Dbej na bezpečnost pacienta během terapeutických procedur, při kterých hrozí poranění kůže – vždy, sestra, ošetřující personál.
15. Polohuj pacienta podle časového harmonogramu – pravidelně, sestra, ošetřující personál.
16. Pacient má dostatečně prokrvenou, vyživenou, hydratovanou tkáň do 3 dnů, sestra.
17. Povzbuzuj nemocného k aktivní rehabilitaci – průběžně, sestra, ošetřující personál.
18. Povšimni si nevhodných zdravotních návyků, psychických problémů a náboženských praktik – průběžně, sestra.
19. Pátrej po špatných hygienických návycích nemocného – průběžně, sestra.
20. Upozorni pacienta a jeho blízké na význam pravidelné péče o kůži pro prevenci problémů do 30 minut, sestra.
21. Diabetiky pouč o významu péče o kůži, zejména na dolních končetinách, včetně stříhání nehtů do 30 minut, sestra.
22. Všechna poškození kůže zaznamenej do ošetřovatelské dokumentace – vždy, sestra, ošetřující personál.

### **Realizace: 11-17. 11. 2017**

První den péče jsme s pacientem a ošetřující rodinou sestavili rozvrh hygienické péče. S přihlédnutím na pacientovi zvyklosti a jeho aktuálnímu stavu, jsme pacienta nenutili k nadbytečné hygieně. Každý den ráno proběhla hygiena celého těla vždy v lůžku. Po zbytek dne jsme hygienu prováděli jen podle potřeby, nejvíce v oblasti genitálu. Kůži jsem promazávala při každém polohování nebo dle nutnosti i vícekrát.



Každé 2–3 hodiny, někdy i dříve jsme pacienta pravidelně polohovali. Z lůžkovin, dek a peřin jsem zhotovila polohovací pomůcky, které byly každodenní součástí při polohování nebo vertikalizaci. Pomůcky se osvědčily i jako spolehlivá zábrana proti pádu z lůžka, ale také působí jako ochranná bariéra a pocit bezpečí pacienta. Při každé změně polohy jsme kontrolovaly místa, kde hrozilo zapaření, zarudnutí nebo opruzení pokožky. Manipulace s pacientem byla velice šetrná. Zdůraznila jsem význam adekvátní výživy a příjmu tekutin pro udržení celkového zdraví. Byla zvýšena péče o celkovou hygienu, především v dutině ústní. Ústa jsme vytírali glycerinovými štětičkami s příchutí citrónu, které jsme chladili v mrazáku. To často vedlo i ke stimulaci chuťových buněk, osvěžení pacienta a úlevu od suchých sliznic a rtů. Štětičky pacient upřednostňoval ze všeho nejvíce, i díky tomu bylo snazší přijímat opiáty sublingvální cestou. Celé tělo jsme pečlivě promazávali a pokaždé propojili i s masáží, kůže tím byla lépe prokrvena. Denně jsme promazávali i dolní končetiny, které měl pacient často studené. Lůžko jsem převlékala zhruba 1x za dva dny, nebo dle potřeby i častěji. Nemocný byl zvyklý spát v pyžamu s dlouhými rukávy i nohavicemi, což jsme zachovali. Denně jsme oblékali čisté oblečení, které bylo upraveno tak, abychom usnadnili oblékání a nenarušili pohodlí pacienta. Pokaždé jsme volili prodyšný a příjemný materiál ale také dbali na dostatečné prokrvení a zahřátí končetin.

### **Hodnocení: 17. 11. 2017**

Celý ošetrovatelský tým spolupracoval na prevenci dekubitů, opruzenin a důkladném každodenním ošetření kůže. Rodina byla od prvního dne péče velice aktivní a dobře spolupracovala. Zásady o správném polohování a manipulaci s pacientem rodina znala a prováděla velmi dobře. Proto nebylo zapotřebí do jejich zvyklostí více zasahovat. Často jsme využili prvky bazální stimulace, jako jsou např.: masáže zklidňující, osvěžující nebo povzbuzující, různé stimulační techniky, pomůcky i praktiky. Přinášely viditelnou úlevu eventuálně zklidnění nemocného, navození příjemného pocitu blaha nebo snadnější manipulace s pacientem. Krátkodobý cíl byl splněn. **Nadále pokračují intervence:** 1–15, 17, 18, 19, 22.

Dlouhodobý cíl byl také splněn. Během celého týdne nedošlo k žádnému poškození, poranění kůže či zarudnutí nebo k tvorbě dekubitů.

## 5.5. Zhodnocení celkové ošetrovatelské péče

Dne 11. 11. 2017 byla u pacienta již se zavedenou paliativní péčí zajištěna domácí hospicová – paliativní péče. O dopomoci při poskytování individuální péče a zajištění kvalitního života požádala manželka pacienta. Spolu s jejich vnučkou byly velkou součástí ošetrovatelského týmu. Nemocný trval výhradně na domácím prostředí. I díky tomu že vnučka byla všeobecná sestra, měla zkušenosti s ošetřováním i intenzivní péčí, měli možnost toto přání nemocnému vyplnit. Pečovatelská služba docházela po předchozí domluvě s manželkou, obvykle to bylo alespoň 4x týdně.

Krátkodobé cíle, které jsme stanovili u tohoto pacienta, byly splněny částečně. Hlavním úkolem bylo dostatečně informovat, naučit, rozpoznat a předcházet možným situacím, které mohou přejít v různé komplikace. Podrobná znalost možných problémů nemá zastrašit, ale naučit prevenci a pohotovému jednání při poskytování péče doma. Především rodina projevila zájem o nové informace, což je základem úspěchu edukace. Kooperace byla velmi dobrá a na vysoké úrovni. Spolupráce s nemocným často ovlivňoval stav jeho vědomí. Léky na bolest přijímal sublingvální cestou. Celých 7 dní nenastal žádný problém při užívání léků. Pacientova snaha upozornit nebo posoudit nově vzniklou bolest nebyla vždy úspěšná. Přesto byly znatelné neverbální příznaky úlevy od bolesti, pohody a zkvalitnění spánku. Přetrvává neschopnost oznámit nově vzniklé bolesti, popsat je nebo zhodnotit intenzitu na analogové škále bolesti. Dále pokračujeme v intervencích zaměřené na chronickou bolest: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 19., 21. Intervence zaměřené na riziko poškození kůže, ve kterých nadále pokračujeme, jsou: 1–15, 17, 18, 19, 22

Dlouhodobé cíle se podařilo splnit. Díky velkému zájmu rodiny a dobře poskytované péči nedošlo po celou dobu nemoci k žádnému poškození kůže. Podařilo se zamezit vzniku opruzenin, především v oblasti genitálií i na rizikových místech těla jako je např. podpaží. Nevytvořily se žádné dekubity, ani známky zarudnutí kůže. Po psychické stránce pacient docílil smíření se ze smrtí. Také proběhlo usmíření s jedním ze synů po dlouhých letech odmlčení. Spánek byl delší a kvalitnější, především podávané opiáty mu ulevili od celkové bolesti těla a nebránil se ani jejich užívání. Obzvláště rodina stála neustále po jeho boku a byla mu velkou oporou v každé chvíli. Jeho velkým přáním bylo dožití posledních chvil doma, se svými milovanými.

## 6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Následující doporučení vzniklo na základě poznatků z odborné literatury, absolvováním odborné praxe u pacienta s karcinomem prostaty, a především osobní zkušeností s ošetrovatelskou péčí u svého příbuzného v domácím prostředí.

Moderní medicína umí a dokáže mnoho i v prevenci a odhalení závažných diagnóz. Neumíme se však připravit a přiznat si hranice svých možností. Je to velmi těžké, jak uvádí Haškovcová (2010). Na přání nemocného i rodiny byla individuální ošetrovatelská péče realizována doma. Toto rozhodnutí rodina podstoupila při zhoršení zdravotního stavu. Nejbližší rodinní příslušníci se sešli a naplánovali péči o svého blízkého. Součástí ošetrovatelského týmu byla jedna z vnuček – všeobecná sestra. Velkou pomocí byla její zkušenost v realizaci a zvládnutí ošetřování nemocného v základních potřebách: hygiena, polohování, péče o kůži, hydratace, vyprazdňování, v léčbě bolesti – odhad stupně bolesti.

Souhlasíme s Kupkou (2014), že je důležité dosáhnout co nejlepší kvality života umírajících. Pokud je dobře fungující domácí zázemí, je nemocnému zajištěno důstojné umírání v prostředí, které dobře zná a kterému důvěřuje. Roky trvající neshody se synem byly u našeho pacienta vyřešeny, došlo k usmíření, odpuštění a rozloučení. Smířit se se smrtí musíme všichni. Pro umírajícího jsou cenné klid, mír a vědomí krásných vztahů v rodině.

Dobrá spolupráce a komunikace s týmem paliativní péče, který reagoval na potřeby rodiny, dostatečná léčba bolesti, edukace a potřebné rady v ošetrovatelské péči, byly psychickou podporou v náročných chvílích.

Ne každý má možnost rodinného zázemí, aby mohl poslední chvíle svého života strávit v důvěrně známém prostředí, obklopen milujícími lidmi. Velkou zásluhu v této problematice má Marie Svatošová, která se významně podílela na otevření lůžkové hospicové péče, péče o nemocné, kteří nemají možnost vlastního domácího prostředí. Nejen kvůli ekonomické, ale hlavně psychické i fyzické náročnosti při poskytování nepřetržité péče, dokážeme její zásluhy ocenit až nyní.

Nemoc vždy zasáhne životy lidí, zvláště rakovina. Nikdy nejsme dostatečně psychicky připraveni na pomalé umírání blízkého člověka. I přes získanou praxi, zkušenosti a edukaci, může být pro nás těžké mluvit, říkat pravdu nebo se cítit bezmocní. Umírající lidé velmi rychle vycítí, že se něco děje, doprovází ho obavy, strach z bolesti a neznáma nebo také úzkost. Je to nově vzniklá situace, se kterou je

náročné se vyrovnat, jak pro nemocného, tak pro blízké. Proces adaptace popsala Dr. Kübler Rossová. Vyvstanou otázky: zvládnou situaci, budu umět reagovat adekvátně, budu umět zvládnout prožívání jeho nemoci, jak mohu pomoci smířit pacienta s jeho nemocí, hněvem nebo smlouváním?

Důležitým prvkem je komunikace mezi zúčastněnými, v rodině, s paliativním týmem, s umírajícím i s přáteli. Důležitá je také psychická podpora všech stran, nenalhávat si, nelitovat se. Vzniknou-li pochybnosti, zda děláme něco špatně, nebát se a obrátit se na odborníky. Zdravotník v roli pečovatele o svého blízkého, by neměl opomíjet ani svou duševní hygienu. Jakákoliv snaha o zpříjemnění a zlepšení posledních dnů nemocného je ulehčením v těžké životní situaci.

### **Doporučení pro ošetřující/pečující**

Pečovat o nemocného s úctou a vždy zachovávat jeho důstojnost.

Podporovat aktivity nemocného.

Spolupracovat s paliativním týmem.

Nebát se požádat o pomoc.

Naučit se novým ošetrovatelským praktikám.

Zajistit si potřebný materiál a pomůcky k ošetrovatelské péči o nemocného.

Uvědomit si hodnotu rodiny.

Zeptat se sám sebe: “ Co bych chtěla a potřebovala já, být na jeho místě?”

Komunikovat s rodinou, s přáteli.

Být empatický.

Nelitovat sebe ani nikoho jiného.

Uvědomit si, co je v životě nejdůležitější a přehodnotit své priority.

Kvalitní edukace nestačí.

Naslouchat nemocným.

Je nutné získávat informace i z jiných zdrojů – rozhovorem, čtením příslušné literatury. Dr. Kübler Rossová a její knihy nám ukazují návod, jak komunikovat s pacientem a jak se starat o nemocného v terminálním stádiu. Krom literatury existují i filmy s příslušnou tematikou.

Musí nám být ctí starat se o blízkého člověka v posledních chvílích jeho života.

Nezapomínat, že smrtí nemocného péče nekončí a nabídnout pomoc pozůstalým.

## ZÁVĚR

Téma bakalářské práce „Ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem prostaty“ pootevírá problematiku umírání. Je to životní zkouška pro všechny zúčastněné.

Cílem bakalářské práce bylo podat orientační přehled o diagnostických metodách, léčebných možnostech, zvláštnostech léčby. Popsat problémy, se kterými se pacienti potýkají. Nabídnout přehled o rizikových faktorech a úskalích v hospicové ošetrovatelské péči. Přiblížit a rozšířit tak pohled na život pacientů s karcinomem prostaty především v terminálním stádiu a více tak informovat o dostupných možnostech paliativní a hospicové péče. K realizaci ošetrovatelské péče nám byla rodina nemocného velkým přínosem. V terminálním stádiu života je pomoc příbuzných i domácí prostředí velkou výhodou.

Stanovené cíle nám pomohli podat informace o problémech a úskalích nejen ošetrovatelské péče. Přínosem jsou vyplývající doporučení pro praxi. V mezních chvílích života si člověk uvědomí nejen své možnosti, ale přehodnotí i své dosavadní priority.

Zadané cíle bakalářské práce byly splněny.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ANON, 2016. *Manuál pro údržbu chlapa*. Praha: Nadační fond Petra Koukala
- ČAPOUN, O. a T. HANUŠ, 2012. Současná a budoucí léčba karcinomu prostaty. *Lékařské listy č. 4. Onkologie*. 2012, s 22, 24.
- DYLEVSKÝ, I., 2009. *Funkční anatomie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3240-4.
- FERKO, A., T. DĚDEK a Z. ŠUBRT, 2015. *Chirurgie v kostce*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1005-1.
- HANUŠ, T. a P. MACEK, 2015. *Urologie pro mediky*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-247-3008-3.
- HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
- KALVACH, Z. a kol., 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-4-3.
- KAŠÁKOVÁ E., J. HUGO a M. VOKURKA, 2015. *Výkladový slovník pro zdravotní sestry*. Praha Maxdorf. ISBN 978-80-7345-424-1.
- KAWACIUK, I., 2009. *Urologie*. Praha: Galén. ISBN 978 80 726 2626 7.
- KOL. AUTORŮ, 2011. *TNM Klasifikace zhoubných novotvarů*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. ISBN 978-80-904259-6-5.
- KRŠKA, Z., D. HOSKOVEC, L. PETRUŽALKA a kol., 2014. *Chirurgická onkologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4284-7.
- KŘIVÁNKOVÁ, M. a M. HRADOVÁ, 2019. *Somatologie*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2988-6.
- KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4650-0.
- MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3171-1.

NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

NOVOTNÝ, J., P. VÍTEK a Z. KLIBL, 2015. *Onkologie v klinické praxi*. 2. vyd. Praha: Mladá Fronta. ISBN 978-80-204-3944-4.

SLÁMA, O. a kol., 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-726-2849-0.

SLEZÁKOVÁ, L., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3130-8.

TOMÁŠEK, J. a kol., 2015. *Onkologie, minimum pro praxi*. 1. vyd. Praha: Axonite CZ. ISBN 978-80-247-88046-01-1.

VORLÍČEK, J., J. ABRHÁMOVÁ, H. VORLÍČKOVÁ a kol., 2012. *Onkologie pro sestry*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3742-2.

WEISS, P. a kol., 2010. *Sexuologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2492-8.

ZEMAN, M., Z. KRŠKA a kol., 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3770-6.

Internetové zdroje

ANON, 2019 <https://ose.zshk.cz/vyuka/osetrovatelske-diagnozy.aspx?id=133>

ANON, 2019 <https://www.linkos.cz/slovnicek/nador/>

ANON, 2018 <http://www.hospic.cz/historie.html>

ANON, 2015, <http://www.totem.cz/enda1.php?a=329481%202015>

ČAPOUN, O., 2012. Karcinom prostaty. *Česká urologie*. 16(2), 133-134. ISSN 1211-8729. Dostupné také z: <https://www.czechurol.cz/>

## **PŘÍLOHY**

<b>PŘÍLOHA A</b> KLASIFIKACE TNM.....	<b>II</b>
<b>PŘÍLOHA B</b> RIZIKO DEKUBITŮ .....	<b>III</b>
<b>PŘÍLOHA C</b> BARTHELOVÉ TEST VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ.....	<b>IV</b>
<b>PŘÍLOHA D</b> VAS ŠKÁLA BOLESTI .....	<b>V</b>
<b>PŘÍLOHA E</b> ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ .....	<b>VI</b>



## **Příloha A** Klasifikace TNM

používaná pouze u adenokarcinomu

Tx – nelze hodnotit primární nádor

T0 – nejsou známky primárního nádoru

T1 – klinicky není zjištěn nádor

T1a – nádor je zjištěný náhodně histologicky v 5 % a méně resekované tkáně

T1b – nádor je zjištěný náhodně histologicky ve více než 5 %

T1c – nádor je zjištěný při punkční biopsii, prováděné při zvýšení PSA

T2 – nádor je omezen na prostatu, nešíří se přes pouzdro prostaty

T2a – nádor se vyskytuje v polovině jednoho laloku nebo méně

T2b – nádor se vyskytuje ve více než polovině jednoho laloku

T2c – nádor se vyskytuje v obou lalocích

T3 – nádor je rozšířen přes pouzdro prostaty

T3a – šíření extrakapsulární s postižením hrdla močového měchýře

T3b – nádor se šíří do semenných váčků

T4 – postižení okolních struktur (zevní svěrač, rektum, pánevní stěna)

NX – nelze hodnotit regionální uzliny

N0 – nejsou postiženy regionální uzliny

N1 – jsou přítomny metastázy v uzlinách

MX – nelze hodnotit regionální uzliny

M0 – nejsou přítomny vzdálené metastázy

M1 – přítomny vzdálené metastázy

M1a – postižení uzlin, jiných než regionálních uzlinách

M1b – metastázy v kostech

M1c – jiná lokalizace vzdálených metastáz

(Kol. Autorů, 2011, s 196-197).

## Příloha B Riziko dekubitů

Tabulka 6 Stupnice vzniku dekubitů

### Nortonovej škála hodnotenia rizika vzniku dekubitov

**Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice Nortonové**

Schopnost spolupráce		Věk		Stav pokožky		Další nemoci		Tělesný stav		Stav vědomí		Pohyblivost		Inkontinence		Aktivita	
Úplná	4	00-10	4	Normální	4	Žádné	4	Dobry	4	Dobry	4	Úplná	4	Není	4	Chodí	4
Malá	3	11-30	3	Alergie	3	Horečka Diabetes Anemie Karcinom	Podle závažnosti nemoci 3-1	Zhoršený	3	Apatický	3	Částečně omezená	3	Občas	3	Doprovod	3
Částečná	2	31-60	2	Vlhká	2	Kachexie Obezita On.cév A jiné		Špatný	2	Zmatený	2	Velmi omezená	2	Převážně močová	2	Sedačka	2
Žádná	1	nad 60	1	Suchá	1			Velmi špatný	1	Bezvědomí	1	žádná	1	Stolice i moč	1	Upoután na lůžko	1

Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitu je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko)

Zdroj ošetrovatelská dokumentace

Vyhodnocení: 14 bodů – vysoké riziko vzniku dekubitů

**Příloha C Barthelové test všedních činností**

**Barthelův test základních všedních činností  
(ADL – Activities of Daily Living)**

Jméno pacienta: JASOČAV.....

Datum narození pacienta (věk): .....

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	<b>Příjem potravy a tekutin</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	<b>Oblékání</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	<b>Koupání</b>	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	<b>Osobní hygiena</b>	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	<b>Kontinence moči</b>	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	<b>Kontinence stolice</b>	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	<b>Použití WC</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8.	<b>Přesun lůžko – židle</b>	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9.	<b>Chůze po rovině</b>	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10.	<b>Chůze po schodech</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>Celkem</b>			

ADL 4 0 – 40 bodů **vysoce závislý**  
 ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**  
 ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**  
 ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

5

Zdroj: Ošetrovatelská dokumentace

## Příloha D VAS škála bolesti

Analogová škála bolesti

### Vizuální analogová škála

VYBERTE ČÍSLO OD 0 DO 10, KTERÉ NEJLÉPE ODPOVÍDÁ VAŠÍ BOLESTI:



nebo

VYBERTE OBLIČEJ, KTERÝ NEJLÉPE ODPOVÍDÁ VAŠÍ BOLESTI:



Zdroj: <https://www.homolka.cz/pro-pacienty/11610-informace-o-hospitalizaci/11611-nemusite-snaset-bolest>

## **Příloha E Čestné prohlášení**

### **ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u dospělého pacienta s akutní pankreatitidou v rámci odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5 a se souhlasem dotčené osoby.

V Praze dne .....

.....

Jméno a příjmení studenta