

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

**VLIV PASTORAČNÍ PÉČE V NEMOCNIČNÍM ZAŘÍZENÍ
– KAZUISTIKA**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

TEREZA KOHOUTKOVÁ

Praha 2019

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

**VLIV PASTORAČNÍ PÉČE V NEMOCNIČNÍM ZAŘÍZENÍ
– KAZUISTIKA**

Bakalářská práce

TEREZA KOHOUTKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Karolina Moravcová

Praha 2019



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

ŠPANIHELOVÁ Tereza

3CVS

Schválení tématu bakalářské práce

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

Vliv pastorační péče v nemocničním zařízení - kazuistika

Influence of Pastoral Care in Health Facilities - Casuistry

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Karolina Moravcová

V Praze dne 1. listopadu 2017



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 20. března 2019

.....
Tereza Kohoutková

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce PhDr. Karolině Moravcové za cenné rady, ochotu, vstřícnost a trpělivost při vedení bakalářské práce.

ABSTRAKT

KOHOUTKOVÁ, Tereza. *Vliv pastorační péče v nemocničním zařízení – kazuistika*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Karolina Moravcová. Praha. 2019. 89 s.

Bakalářská práce se zabývá stanovením ošetrovatelského procesu u pacienta s onkologickým onemocněním žlučových cest s důrazem na pastorační péči. Teoretická část pojednává o nádorových onemocněních žlučových cest se zaměřením na Klatskinův tumor, popisuje jejich klasifikaci a uvádí možné způsoby léčby. Dále popisuje specifika pastorační péče v nemocničních zařízeních, její historický vývoj a zakotvení v současné legislativě. Hlavní část práce je zaměřena na kazuistiku pacientky s nádorovým onemocněním extrahepatálních žlučových cest a vypracování ošetrovatelského procesu za využití modelu Virginie Henderson. Ošetrovatelské diagnózy jsou stanoveny podle NANDA-I Taxonomie II 2015–2017. Součástí práce je též doporučení pro praxi.

Klíčová slova

Extrahepatální žlučové cesty. Klatskinův tumor. Nemocniční zařízení. Pastorační péče. Spirituální péče.

ABSTRACT

KOHOUTKOVÁ, Tereza. *Influence of Pastoral Care in Health Facilities – Casuistry*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Karolina Moravcová. Prague. 2019. 89 pages.

This Bachelor's thesis deals with formulation of the nursing process for a patient suffering from the cancer of the bile duct emphasizing the clinical pastoral care. The theoretical part describes tumours of the bile duct with focus on the Klatskin tumour, presents the classification and possible means of medical treatment. The theoretical part is supplemented by description of the clinical pastoral care in the health facilities, its historical development and integration into current legislation. The main part of the thesis is focused on a description of the casuistry of a patient with the extrahepatic bile duct tumour and formulation of the nursing process according to Virginia Henderson model. The nursing diagnoses are determined according to NANDA-I Taxonomy II 2015–2017. The thesis also contains recommendations for practice.

Keywords

Extrahepatic bile duct. Health facility. Klatskin tumour. Pastoral care. Spiritual care.

OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM POUŽITÝCH ZNAČEK A ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD	- 15 -
1 NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ ŽLUČOVÝCH CEST	- 18 -
1.1 VÝSKYT	- 18 -
1.2 BENIGNÍ NÁDORY	- 18 -
1.3 MALIGNÍ NÁDORY	- 19 -
1.3.1 EXTRAHEPATÁLNÍ NÁDORY ŽLUČOVÝCH CEST	- 20 -
1.3.1.1 HILÁRNÍ (KLATSKINŮV) CHOLANGIOKARCINOM	- 20 -
1.3.1.2 CHOLANGIOKARCINOM STŘEDNÍ TŘETINY	- 20 -
1.3.1.3 CHOLANGIOKARCINOM DISTÁLNÍ TŘETINY	- 21 -
1.3.2 INTRAHEPATÁLNÍ NÁDORY ŽLUČOVÝCH CEST	- 21 -
1.4 EPIDEMIOLOGIE A RIZIKOVÉ FAKTORY	- 21 -
1.5 KLINICKÝ OBRAZ	- 22 -
1.6 DIAGNOSTIKA	- 22 -
1.6.1 LABORATORNÍ DIAGNOSTIKA	- 22 -
1.6.2 ZOBRAZOVACÍ METODY	- 23 -
1.6.2.1 ULTRASONOGRAFIE	- 23 -
1.6.2.2 POČÍTAČOVÁ TOMOGRAFIE	- 23 -
1.6.2.3 POZITRONOVÁ EMISNÍ TOMOGRAFIE	- 23 -
1.6.2.4 ENDOSKOPICKÁ RETROGRÁDNÍ CHOLANGIOPANKREATOGRAFIE	- 24 -
1.6.2.5 MAGNETICKÁ REZONANCE – CHOLANGIOPANKREATOGRAFIE	- 24 -
1.6.2.6 PERKUTÁNNÍ TRANSHEPATÁLNÍ CHOLANGIOGRAFIE	- 24 -
1.6.2.7 ENDOSKOPICKÁ ULTRASONOGRAFIE	- 24 -
1.7 STAGING A STAGINGOVÉ SYSTÉMY	- 25 -
1.7.1 BISMUTH-CORLETTOVA KLASIFIKACE	- 25 -

1.7.2	TNM KLASIFIKACE NÁDORŮ	- 25 -
1.8	LÉČBA	- 26 -
1.8.1	CHIRURGICKÁ LÉČBA	- 26 -
1.8.2	TRANSPLANTACE JATER	- 26 -
1.8.3	NEOAJUVANTNÍ A ADJUVANTNÍ LÉČBA	- 27 -
1.8.4	PALIATIVNÍ CHIRURGIE	- 27 -
1.8.5	ENDOSKOPIKÁ A TRANSKUTÁNNÍ LÉČBA	- 27 -
1.8.6	RADIOTERAPIE	- 28 -
1.8.7	FOTODYNAMICKÁ LÉČBA	- 28 -
1.8.8	PALIATIVNÍ CHEMOTERAPIE	- 28 -
1.9	KVALITA ŽIVOTA ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH	- 28 -
2	PASTORAČNÍ PÉČE	- 30 -
2.1	DEFINICE PASTORAČNÍ A SPIRITUÁLNÍ PÉČE	- 30 -
2.2	PRÁVNÍ ZAKOTVENÍ PASTORAČNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE ..	- 32 -
2.2.1	ZÁKONY A PRÁVNÍ ÚPRAVY PO ROCE 1949	- 32 -
2.2.2	ZÁKONY A PRÁVNÍ ÚPRAVY PO ROCE 1989	- 33 -
2.2.3	DOHODA O DUCHOVNÍ PÉČI VE ZDRAVOTNICTVÍ	- 34 -
2.2.4	METODICKÝ POKYN O DUCHOVNÍ PÉČI VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH	- 35 -
2.3	POSKYTOVATELÉ PASTORAČNÍ PÉČE	- 36 -
2.3.1	ASOCIACE NEMOCNIČNÍCH KAPLANŮ A KATOLICKÁ ASOCIACE NEMOCNIČNÍCH KAPLANŮ	- 36 -
2.3.1.1	STATISTIKA PŮSOBNOSTI KAPLANŮ	- 36 -
2.3.2	NEMOCNIČNÍ KAPLAN	- 37 -
2.3.3	DOBROVOLNÍK	- 38 -
2.3.4	LAIK	- 38 -
2.3.5	ZDRAVOTNÍK V ROLI DOPROVÁZEJÍCÍHO	- 38 -
2.4	HLAVNÍ NÁSTROJE PASTORAČNÍ PÉČE	- 39 -
2.4.1	PASTORAČNÍ ROZHOVOR	- 39 -
2.4.2	SVÁTOSTI V KATOLICKÝCH CÍRKVÍCH	- 40 -
2.4.2.1	SVÁTOST KŘTU	- 40 -
2.4.2.2	SVÁTOST POKÁNÍ	- 41 -
2.4.2.3	SVÁTOST EUCHARISTIE	- 41 -

2.4.2.4	SVÁTOST POMAZÁNÍ NEMOCNÝCH	- 41 -
3	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM ŽLUČOVÝCH CEST	- 43 -
3.1	IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE	- 45 -
3.2	VITÁLNÍ FUNKCE A ÚDAJE ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU	- 46 -
3.3	OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA.....	- 47 -
3.4	FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ VŠEOBECNOU SESTROU A LÉKAŘEM KE DNI 11. 04. 2018.....	- 49 -
3.5	POSOUZENÍ STAVU PACIENTKY DLE MODELU VIRGINIE HENDERSON KE DNI 11. 04. 2018.....	- 51 -
3.6	MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT	- 57 -
3.7	SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 11. 04. 2018.....	- 61 -
3.8	STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH SEŘAZENÍ DLE PRIORIT	- 62 -
3.8.1	AKTUÁLNÍ A POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY – PŘEHLED	- 62 -
3.8.2	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	- 63 -
3.8.2.1	AKUTNÍ BOLEST (00132)	- 63 -
3.8.2.2	NAUZEJA (00134)	- 68 -
3.8.2.3	SNAHA ZLEPŠIT DUCHOVNÍ WELL-BEING [POHODU] (00068)	- 72 -
3.8.2.4	RIZIKO INFEKCE (00004)	- 75 -
3.9	CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	- 78 -
4	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	- 80 -
	ZÁVĚR.....	- 82 -
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	- 84 -
	SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Počet nemocničních kaplanů (NK), odborníků (OD) a dobrovolníků v pastorační péči Katolické asociace nemocničních kaplanů ke dni 31. 12. 2017	- 37 -
Tabulka 2 Identifikační údaje pacientky.....	- 45 -
Tabulka 3 Hodnoty a údaje zjištěné při příjmu 05. 04. 2018.....	- 46 -
Tabulka 4 Léková anamnéza při příjmu pacientky 05. 04. 2018.....	- 47 -
Tabulka 5 Popis fyzického stavu ke dni 11. 04. 2018	- 49 -
Tabulka 6 Hematologického vyšetření krve	- 58 -
Tabulka 7 Hemokoagulačního vyšetření krve	- 58 -
Tabulka 8 Biochemického vyšetření krve	- 58 -
Tabulka 9 Farmakoterapie ke dni 11. 04. 2018	- 60 -

SEZNAM POUŽITÝCH ZNAČEK A ZKRATEK

AJCC	American Joint Committee on Cancer
ALP	Alkalické fosfatázy
ALT	Alanin (aminotransferáza)
AST	Aspartát (aminotransferáza)
CA 19-9	Nádorový marker
CEA	Karcinoembryonální antigen
CT	Počítačová tomografie
ČBK	Česká biskupská konference (20)
ERC	Ekumenická rada církví v České republice (20)
ERCP	Endoskopická retrogradní cholangiopankreatografie
EUS	Endoskopická ultrasonografie
GIT	Gastrointestinální trakt
GMT	Glutamyltransferáza
LZZ	Zdravotnická zařízení lůžkové péče (37)
MR	Magnetická rezonance
MRCP	MR cholangiopankreatografie (2)
PET	Pozitronová emisní tomografie
PSC	Primární sklerotizující cholangitida (2)
PTC	Perkutánní transhepatální cholangiografie
PTD	Perkutánní transhepatální drenáž
R0, R1, R2	Resekce nádoru – hodnocení míry odstranění: R0 žádné reziduum, R1 mikroskopické reziduum, R2 reziduum makroskopické
TNM	klasifikace zhoubných nádorů hodnotící rozsah primárního nádoru (T), postižení mizních uzlin (N) a přítomnost vzdálených metastáz (M)
UZ	Ultrazvuk
VAS	Vizuální analogová škála
WHO	Světová zdravotnická organizace (17)

Zdroj: Není-li uvedeno jinak, vysvětlení zkratk převzato z (49).

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

- Adenokarcinom** zhoubný nádor ze žláзовého epitelu
- Adenom** nezhoubný nádor ze žláзовého epitelu, v některých případech existuje riziko jeho malignizace
- Adjuvantní** pomocný
- Aminotransferázy** nitrobuněčné enzymy, které se v organismu podílejí na metabolismu dusíku (aminokyselin)
- Ampulom** nádor ampuly terminální části choledochu a Vaterovy papily (52)
- Anastomóza** uměle založená spojka mezi dvěma dutými orgány, např. cévami či orgány zaživacího ústrojí
- Arteria hepatica** lat. jaterní tepna (52)
- Ascites** přítomnost volné tekutiny v dutině břišní
- Benigní** nezhoubný. Užívá se k označení takového onemocnění nebo jeho průběhu, které nevede k těžšímu poškození organismu a které má popř. tendenci k vyléčení.
- Bilirubin** žlučové barvivo oranžově červené barvy
- Clonorchis sinensis** lat. motolice žlučová, původce distomatózy (52)
- Ductus hepaticus** lat. jaterní vývod, součást žlučových cest, resp. žlučových vývodů
- Ductus cysticus** lat. vývod žlučníku
- Ductus choledochus** lat. společný žlučovod, hlavní žlučový vývod ústící do dvanáctníku
- Duodenopankreatektomie** .. chirurgické odstranění dvanáctníku a pankreatu (52)
- Epigastrium** nadbříšek – horní část břicha zhruba v úhlu mezi žeberními oblouky
- Excize** vyříznutí
- Extrahepatální** mimojaterní, nacházející se nebo probíhající mimo játra
- Febrilie** horečnatý stav
- Fosfatáza** enzym uvolňující fosfátovou skupinu z její vazby na jinou sloučeninu

Glutamyltransferázyenzym, který přenáší zbytek glutamové kyseliny z glutathionu na aminokyseliny či peptidy. Vyskytuje se mj. v játrech ve žlučových cestách (52)

Hepatocelulárnítýkající se jaterních buněk (hepatocytů)

Hepatocytjaterní buňka

Hepatomegaliezvětšení jater

Hilus lat. místo, kudy do orgánu vstupují cévy

Cholangiokarcinom nádor z tkání žlučových cest

Cholangitida zánět žlučových cest včetně drobných jaterních žlučodů. Velmi často vzniká po neléčeném uzávěru (obstrukci) žlučových cest kaménkem.

Choledocholitiáza přítomnost žlučových kaménků ve žlučovém vývodu. Může způsobit jeho uzavření a poruchu odtoku žluči se žloutenkou.

Ikterus žloutenka. Žluté zbarvení kůže a sliznic způsobené zvýšeným obsahem žlučového barviva – bilirubinu.

Incidence počet nově vzniklých případů daného onemocnění za jeden rok vztažený na určitý počet obyvatel, nejčastěji na 100 000.

Intrahepatální nitrojaterní, nacházející se nebo probíhající uvnitř jater.

Iradiace vyzařování (včetně iradiace bolesti)

Isoniazid lék užívaný k léčbě a chemoprolaxi tuberkulózy

Junkce spojení

Kongenitální vrozený

Malabsorpce špatné vstřebávání

Maligní zhoubný. Užívá se k označení takového onemocnění nebo jeho průběhu, které mohou vést k vážnému poškození organismu či úmrtí.

Methyldopa látka užívaná k léčbě vysokého krevního tlaku

Morbidita nemocnost

Mortalita úmrtnost

Nauzea nevolnost, pocit na zvracení

Nitrosaminy chemické látky s rakovinotvorným účinkem

Opisthorchis felinus lat. motolice psi, původce opistorchiózy (52)

Papilom	nezhoubný nádor sliznice některých orgánů
Rekurence	návrat, opětovné objevení
Resekce	chirurgické odstranění části orgánů
Skiografie	rentgenové vyšetření, snímkování, při němž se prosvícením části těla získá snímek
Staging	odstupňování pokročilosti maligního nádoru podle patologických kritérií
Stenóza	abnormální zúžení. Chorobné zúžení otvoru, trubicového orgánu či vyústění.
Stent	endoprotéza vkládaná do trubicových orgánů k zajištění jejich průchodnosti
Tapotement	poklep malíkovou hranou ruky na oblast ledvin, součást fyzikálního vyšetření
Ulcerózní kolitida	zánět tlustého střeva provázený tvorbou vředů
Vaterova papila	místo, v němž do dvanáctníku ústí žlučovod a vývod slinivky břišní
Vena portae	lat. portální žíla; silný žilní kmen sbírající krev z nepárových břišních orgánů, vede do jater
Vena jugularis	lat. žíla na krku. Vnitřní žíla je hlavní žíla krku. Je uložena v hloubce a sbírá krev z velké části hlavy a krku včetně mozku a mozkových plen. Zevní žíla probíhá povrchově a je na krku patrna např. při křiku.

Zdroj: Není-li uvedeno jinak, vysvětlení odborných výrazů převzato z (51).

ÚVOD

Předkládaná bakalářská práce se zabývá problematikou nádorových onemocnění žlučových cest. Tyto nádory jsou poměrně vzácné, v České republice svou četností zaujímají spolu s nádory žlučníku z celkového počtu všech hlášených zhoubných novotvarů přibližně jedno procento. Zvláštní kategorií jsou pak nádory perihilární části extrahepatálních žlučových cest nazývané Klatskinovy tumory. Tento typ nádorového onemocnění se vyznačuje vysokou agresivitou, nepříznivou prognózou a velmi omezenými možnostmi léčby. V podstatě jediným způsobem léčby skýtajícím relativně vysokou pravděpodobnost přežití delšího než jeden rok je radikální chirurgická resekce postižené části žlučodů. Pokud k takovému zákroku pacient pro svůj věk či jiné komplikace není indikován, anebo v případě neúspěšného pokusu o úplné odstranění tumoru, je pacient bez naděje na vyléčení odkázán na paliativní péči.

Tváří v tvář blížícímu se konci života se pacienti bez ohledu na své vyznání často ptají po smyslu života a jejich roli zde na zemi, touží po odpuštění a napravení dávných křivd a hlouběji se ponořují do svého spirituálního světa. V rámci holistického přístupu k péči o pacienta je v mnohých nemocničních zařízeních České republiky nabízena služba nemocničního kaplana a dobrovolníků v oblasti pastorační péče, kteří jsou pacientům průvodci závěrečnými fázemi jejich života a mohou dopomoci k dosažení vnitřního usmíření a klidné smrti. Pastorační péče o nemocné, byť na dlouho přerušená a téměř znemožněná předchozím režimem, sahá daleko do historie a v novodobých dějinách naší země nachází stále širší uplatnění.

Motivací pro napsání této bakalářské práce je nedávná zkušenost s fatálním onemocněním blízkého rodinného příslušníka, jemuž byl Klatskinův tumor diagnostikován. Autorka práce měla možnost účastnit se péče o blízkou osobu, navíc hluboce věřící, která pastorační péči nemocničního kaplana často využívala, a mohla pozorovat, jakým zdrojem síly k boji proti postupující rakovině duchovní rozhovor a doprovázení pro daného člověka byl. Tato zkušenost v kombinaci se stále poměrně skromným počtem vysokoškolských prací zaměřených na téma spirituální péče o nemocné a umírající vedly k napsání této kazuistiky zahrnující vliv pastorační péče o nemocného s nádorovým onemocněním.

V úvodu teoretické části se práce zaměřuje na popis nádorového onemocnění žlučových cest, jeho diagnostiku a způsoby klasifikace. Dále představuje některé z nejčastěji uplatňovaných způsobů léčby. Navazující kapitola pak pojednává o poskytování pastorační péče, její historii a právním zakotvení v současné legislativě, uvádí kvalifikační požadavky na jednotlivé poskytovatele pastorační péče a prezentuje některé ze způsobů, jimiž je tato péče zprostředkovávána.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1. Popsat tumorové onemocnění žlučových cest.

Cíl 2. Seznámit s úlohou pastorační péče v nemocničním zařízení.

Praktická část je pak zaměřena na stanovení ošetřovatelského postupu u pacientky ve věku dvaapadesáti let s diagnostikovaným cholangiokarcinomem s důrazem na pastorační péči. Pacientka byla přijata k plánované hospitalizaci ke kontrole zavedeného perkutánního transhepatálního drénu a zahájení prvního cyklu paliativní chemoterapie. V praktické části je detailně popsán ošetřovatelský proces, včetně stanovení ošetřovatelských diagnóz.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1. Vypracovat ošetřovatelský proces u pacientky s cholangiokarcinomem žlučových cest.

Cíl 2. Popsat důležitost přítomnosti pastoračního pracovníka u vybrané onkologické pacientky za použití humanistického modelu dle Virginie Henderson.

Pro tvorbu a konkretizaci tématu bakalářské práce byla použita následující vstupní literatura:

GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3625-9.

KALVACH, Zdeněk, 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4026-3.

NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2018. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 5. vyd. Praha: Vysoká škola zdravotnická. ISBN 978-80-88249-02-3.

OPATRŇÝ, Aleš, 2017. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart. ISBN 978-80-7465-269-1.

SVATOŠOVÁ, Marie, 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4107-9.

Popis rešeršní strategie:

Pro účely rešeršní studie byla jako klíčová slova v českém jazyce stanovena: pastorační péče, duchovní péče, paliativní péče, řeholní řády, zdravotnické zařízení (v anglickém jazyce: pastoral care, spiritual care, palliative care, religious order, medical organization). Vyhledávání odborné literatury proběhlo v období září až prosinec 2018. Časové omezení pro literaturu v českém, slovenském a anglickém jazyce bylo zvoleno od roku 2009 po současnost. Rešerše byla zpracována ve spolupráci s knihovnou Vysoké školy zdravotnické, o.p.s. v Praze. Použity byly elektronické databáze katalog Národní lékařské knihovny, Souborný katalog ČR, informační portál MedLike, databáze vysokoškolských prací Theses a Univerzity Karlovy a Jednotný portál knihoven. Celkem byly nalezeny 4 vysokoškolské kvalifikační práce, 19 monografií a 23 odborných článků a jiných zdrojů.

Z rešerše bylo pro účely práce využito celkem 5 knižních zdrojů.

1 NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ ŽLUČOVÝCH CEST

Tumory žlučových cest patří v České republice mezi poměrně vzácná nádorová onemocnění, tvoří asi 1 % všech karcinomů a nejvíce ohroženou věkovou skupinou jsou muži i ženy od 50 do 80 let (1). Nezhojné nádory se vyskytují ojediněle, v podobě adenomů. Zhoubné tumory jsou velmi závažné, objevují se nejčastěji, a to ve formě cholangiokarcinomů v extrahepatálních žlučovodech (2). V pořadí jsou mnohdy popisovány jako druhé nejobvyklejší malignity žlučových cest a jater, hned po karcinomu žlučníku a hepatocelulárním karcinomu (3). Jako první popsali tumory žlučovodů Durand a Fardel v roce 1840, v roce 1965 pak Klatskin popsal tumor proximální třetiny extrahepatického žlučového stromu (4).

1.1 VÝSKYT

V roce 2016 bylo dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (1) hlášeno celkem 850 případů zhoubných novotvarů žlučníku a žlučových cest (diagnózy C23, C24 dle MKN010), které tak představují 0,97 % z celkového počtu nově hlášených zhoubných novotvarů. Z celkového počtu bylo 519 diagnostikováno u žen, což odpovídá 9,7/100 000 občanů, u mužů 331 případů, tedy 6,4/100 000. Jak u mužů, tak u žen relativní četnost výskytu dlouhodobě klesá.

U mužů je výskyt tumoru extrahepatálních žlučových cest vyšší zhruba o 30 % než u žen. Incidence tohoto onemocnění za rok bez ohledu na pohlaví byla v ČR v roce 2014 3,5/100 000 občanů, z toho úmrtnost činila 3,11/100 000 občanů (5).

Podle Skalického (2) byly nádory žlučových cest nejčastěji hlášeny v Izraeli, Japonsku a u indiánů žijících v Americe, kde incidence činila 7,5/100 000 občanů. U amerických obyvatel bílé pleti vychází 1 případ na 100 000 obyvatel.

1.2 BENIGNÍ NÁDORY

Benigní nádory žlučového traktu se vyskytují velmi zřídka, pacienta neohrožují přímo na životě, ale pouze tím, že svým růstem utlačují okolní struktury. Na rozdíl od maligních nádorů se nešíří dál do organismu a nevytvářejí škodlivé látky (6).

Benigní nádory jsou zastoupeny pouze v 6 % všech nádorů postihujících extrahepatální žlučové cesty. Nejčastějším typem je papilom a adenom. Zpravidla se vyskytují v místě Vaterovy papily a v distální polovině žlučovodu (2).

Nejobvyklejším klinickým projevem je ikterus, bolest počínající v epigastriu a šířící se do zad, nauzea a zvracení. U onemocnění benigním nádorem nebývá výrazný úbytek na váze. Z radiologického hlediska jsou benigní nádory obtížně rozlišitelné od karcinomů. Léčba bývá obvykle řešena chirurgickou cestou v podobě excize až resekce většího rozsahu s ohledem na uložení benigního nádoru (2).

1.3 MALIGNÍ NÁDORY

Maligní nádory žlučových cest se obvykle vyskytují v podobě adenokarcinomů (cholangiokarcinomů). Tento typ zhoubného nádoru je pokládán za vysoce agresivní, s malými možnostmi účinné léčby a špatnou prognózou. Původ onemocnění vychází z epitelálních buněk žlučovodů – hepatocytů. Cholangiokarcinomy dle lokalizace vzniku dělíme na intrahepatální a extrahepatální, přičemž hranici tvoří žlučovody druhého řádu. Extrahepatální nádory se dále rozčleňují na perihepatální (Klatskinův tumor) a distální. Klatskinovy tumory poté rozdělujeme dle míry postižení jednotlivých žlučovodů do čtyř skupin podle klasifikace Bismuth-Corletta (2, 3).

Cholangiokarcinom může vzniknout v jakékoliv části žlučového stromu, který je tvořen nepřetržitou strukturou vedoucí od krajních částí jater až po místo vyústění žlučových cest do ampulopapilárního komplexu. Cholangiokarcinom má zastoupení 3 % všech gastrointestinálních malignit. Z 90 % se z histologického hlediska jedná o extrahepatální cholangiokarcinom, který z 60–70 % vyrůstá z místa bifurkace *ductus hepaticus dexter et sinister*. Přibližně 20–30 % zjištěných malignit tohoto typu bylo prokázáno v oblasti supraduodenální a retropankreatické části *ductus choledochus*. Intrahepatální cholangiokarcinomy jsou méně obvyklé, vyskytují se pouze v 5–10 % (viz Příloha A) (4, 7).

1.3.1 EXTRAHEPATÁLNÍ NÁDORY ŽLUČOVÝCH CEST

Extrahepatální nádory žlučvodů nejčastěji pronikají do okolních struktur, rostou pomalu a metastazují v pozdějším stádiu (2). Podle místa vzniku se dělí na jednotlivé hilární cholangiokarcinomy, cholangiokarcinomy střední třetiny a cholangiokarcinomy distální třetiny.

1.3.1.1 HILÁRNÍ (KLATSKINŮV) CHOLANGIOKARCINOM

Klatskinův tumor postihuje výhradně proximální extrahepatální žlučové cesty. Konkrétně vyrůstá v místě bifurkace *ductus hepaticus dexter et sinister* a patří k nejčastějším tumorům biliárního stromu (4).

Klatskinův tumor řadíme mezi obtížně diagnostikovatelné a léčitelné tumory. Chirurgická resekce je prozatím jedinou možnou léčebnou metodou. I přesto je k tomuto radikálnímu chirurgickému výkonu indikováno pouze malé množství nemocných. Ani transplantace jater doposud nepatří k běžným léčebným postupům. Převážná část pacientů končí v rukou paliativních specialistů (4).

Cílem paliativní léčby u inoperabilních pacientů je zajistit dlouhodobou biliární drenáž, zmírnit bolest a pruritus a celkově zkvalitnit život nemocných. Pro komplexní léčbu je též důležitá adjuvantní chemoterapie a radioterapie, pro ty však není blíže určen standardní postup (4).

Potenciální zlepšení výsledků léčby a prognózy pacientů postižených Klatskinovým tumorem je podmíněno včasnou diagnostikou, zvýšením resekability onemocnění, bližším určením role transplantace jater v léčbě hilového cholangiokarcinomu a zavedením nových (neo)adjuvantních lékařských postupů do praxe (8).

1.3.1.2 CHOLANGIOKARCINOM STŘEDNÍ TŘETINY

Cholangiokarcinom střední třetiny může také postihnout extrahepatální žlučové cesty. U tohoto nádoru je důležité klást důraz na přesnou diferenciální diagnostiku, jelikož původ tumoru může vycházet ze žlučníku. Bývá tomu tak, že tumor žlučníku

prorůstá extrahepatálními žlučovými cestami střední třetiny a vytváří zde zhoubná zúžení. V takovém případě je také natolik rozšířen, že už není možný chirurgický zákrok (4).

1.3.1.3 CHOLANGIOKARCINOM DISTÁLNÍ TŘETINY

Tento typ karcinomu je léčen podobným způsobem jako nádory hlavy pankreatu nebo maligní ampulomy. Má poměrně pozitivní prognózu a vysoké procento možnosti chirurgického odstranění. Nevýhodou však je vysoká pravděpodobnost peroperační morbidity i mortality (4).

1.3.2 INTRAHEPATÁLNÍ NÁDORY ŽLUČOVÝCH CEST

Intrahepatální tumory žlučvodů se řadí k vzácným primárním malignitám. Mají obvykle špatnou prognózu z hlediska prudkého růstu, nízké pravděpodobnosti indikace k chirurgické resekci a rychlé progresi metastáz do lymfatických regionálních i vzdálených uzlin (2).

1.4 EPIDEMIOLOGIE A RIZIKOVÉ FAKTORY

Podle Büchlera (5) jsou za rizikové faktory pro vznik tumorů žlučových cest považovány zejména sklerotizující cholangitidy, choledocholitiázy, anatomické odchylky ve žlučových cestách, ulcerózní kolitida a vzniklé cysty v hlavním žlučovodu.

Skalický (2) uvádí, že častými příčinami nádorů žlučových cest jsou:

1. Kongenitální onemocnění žlučových cest – z nich je konkrétně uvedena kongenitální jaterní fibróza, Caroliho syndrom, cysty choledochu, defekty pankreatobiliární junkce a polycystóza jater.
2. Parazitární onemocnění – *Clonorchis sinensis* a *Opisthorchis felinus* jsou dva cizopasnici označovaní za příčinu vzniku rakoviny žlučových cest. *Clonorchis sinensis* se vyskytuje hlavně v Číně, Hong-Kongu, Korei a Japonsku. *Opisthorchis felinus* má největší rozšíření v zemích jako Thajsko, Laos a západní Malajsie.

3. Nespecifické záněty – při probíhajícím onemocnění ulcerózní kolitidou a primární sklerotizující cholangitidou byla u odstraňovaných jater z důvodu transplantace potvrzena přítomnost cholangiokarcinomu z 10–30 %. U pacienta s PSC se zvýšenými onkomarkery CEA a CA 19-9 předpokládáme výskyt cholangiokarcinomu 100 %.
4. Toxické látky – do této kategorie řadíme thorotrast, radionuklidy, bifenyly, arsen, dioxiny a nitrosaminy.
5. Léky – především hormonální antikoncepce, methyldopa a isoniazid využívaný při léčbě TBC.

1.5 KLINICKÝ OBRAZ

Prvním projevem onemocnění cholangiokarcinomem bývá pozvolná bolest v nadbřišku doprovázená nechutenstvím a dyskomfortem (7, 8). Dalším specifickým projevem bývá obstrukční ikterus s přidruženým pruritem, který je udáván až u 90–98 % všech diagnostikovaných tumorů (2). Pruritus je dále doprovázený vylučováním světlé stolice a tmavé moče. Při déle trvající neprůchodnosti žlučových cest vzniká hepatomegalie. Pokud střevo dlouhodobě trpí nedostatkem přísunu žluče, nastává v něm porucha emulze tuků s následnou tukovou malabsorpcí. Týká se také vitamínů (A, D, E, K), které se rozpouští v tucích (4). U 30 % postižených lze pozorovat průjem, febrílie, nechutenství s velkou ztrátou hmotnosti a ascites. Tyto symptomy jsou však známkou již velmi pokročilého stádia onemocnění, jež nelze radikálně operovat (2, 7).

1.6 DIAGNOSTIKA

Včasná diagnostika cholangiokarcinomů bývá zpravidla obtížná z hlediska pozdního projevu symptomů a podobnosti klinických příznaků jiných onemocnění, jako je např. zánětlivé zúžení žlučových cest, primární sklerotizující cholangitida a další (4, 8).

1.6.1 LABORATORNÍ DIAGNOSTIKA

U tumoru žlučových cest lze sledovat zvýšenou hladinu bilirubinu v séru, glutamyltransferázy (GMT), alkalické fosfatázy (ALP) a aminotransferázy (ALT

a AST), které svědčí o postižení jater (2). Při podezření na tumor žlučových cest je sledován tumor marker 19-9 v séru, který je řazen mezi nejsenzitivnější a nejspecifičtější v této oblasti. Tumor marker 19-9 však bývá zvýšený i u benigních nádorů žlučových cest, které znemožňují odtok žluči. Pokud je po drenáži hladina stále zvýšená, ale došlo k poklesu bilirubinu a obstrukčních enzymů, podezření na tumor stále trvá (4).

1.6.2 ZOBRAZOVACÍ METODY

Pro diagnostiku cholangiokarcinomů se nabízí více zobrazovacích metod. Jednotlivé nejčastěji uplatňované metody jsou stručně popsány v následujících pododdílech.

1.6.2.1 ULTRASONOGRAFIE

Pokud se u pacienta projeví klinické příznaky evokující onemocnění karcinomu žlučových cest, je mezi předními vyšetřeními indikována ultrasonografie břicha. Zde lze při pozitivním nálezů vidět rozšíření žlučových cest extrahepatálních i intrahepatálních a určit přibližnou lokalizaci tumoru (5).

1.6.2.2 POČÍTAČOVÁ TOMOGRAFIE

Při podezření na onemocnění tumorem žlučových cest je také využíváno CT vyšetření, které dokáže upřesnit primární a sekundární nádorové postižení v oblasti parenchymových orgánů břišní dutiny, ale také lymfatických uzlin. Použití kontrastní látky umožní lepší zobrazení a doplnění vztahu tumoru žlučových cest k hilovým strukturám, především k *vena portae* a hepatické arterii, kam Klatskinův tumor nejčastěji infiltruje (9).

1.6.2.3 POZITRONOVÁ EMISNÍ TOMOGRAFIE

Při nejasné identifikaci benigního nebo maligního nádoru lze využít možnosti vyšetření PET. Ta dále vyloučí 50–70 % vzdálených metastáz, kdy 30 % nejde určit jinou vyšetřovací metodou než PET (4).

1.6.2.4 ENDOSKOPICKÁ RETROGRÁDNÍ CHOLANGIOPANKREATOGRAFIE

Další nepostradatelnou vyšetřovací metodou při diagnostice tumorů žlučových cest je ERCP. Jedná se o endoskopicko-radiologickou vyšetřovací metodu umožňující zobrazení žlučového stromu, stenóz a úplných uzávěrů ve žlučovodech. V průběhu ERCP lze zavést stent pro rozšíření lokálních zúženin a získat bioptický vzorek pro cytologický rozbor (2).

1.6.2.5 MAGNETICKÁ REZONANCE – CHOLANGIOPANKREATOGRAFIE

Novější diagnostický postup, který dokáže nahradit ERCP, představuje MRCP. Podstatou této vyšetřovací metody je cholangiopankreatografie provedená na magnetické rezonanci. Díky MRCP dochází k přesnému zobrazení intrahepatálních i extrahepatálních žlučových cest umožňující určit nejen rozsah a velikost nádoru, ale také odhalit uzlinové metastázy i přítomnost vzdálených metastáz (2).

1.6.2.6 PERKUTÁNNÍ TRANSHEPATÁLNÍ CHOLANGIOGRAFIE

PTC patří k radiologickým zobrazovacím metodám žlučových cest. Podstatou tohoto vyšetření je vpravení kontrastní látky do nitrojaterního žlučovodu. K aplikaci kontrastní látky je používána tenká jehla vedená přes podkoží mezižeberního prostoru skrz hrudní stěnu a parenchym jater do cíleného nitrojaterního žlučovodu. Pokud jsou žlučové cesty dilatované, umožňují vyšší úspěšnost zobrazení. PTC nenabízí pouze diagnostické využití, ale slouží i k řadě terapeutických účelů. Jedním z často praktikovaných výkonů je zavedení krátkodobých, dlouhodobých i expandibilních drénů transhepatálně do žlučových cest (9).

1.6.2.7 ENDOSKOPICKÁ ULTRASONOGRAFIE

EUS umožňuje poskytnutí jedinečných dat, která obvykle nelze získat CT vyšetřením ani magnetickou rezonancí. Tato metoda je známá již několik desítek let v oblasti gastroenterologie, zejména při diagnostice lézí v oblasti žlučových cest, pankreatu a jater. EUS využívá flexibilního endoskopu s umístěnou ultrazvukovou sondou na jeho konci k zobrazení všech vrstev stěny zažívacího traktu, ale také lézí vzniklých zevně. Dále lze v průběhu výkonu provést cílený odběr bioptických vzorků ze stěny GIT, sousedních orgánů a vzniklých útvarů (10).

1.7 STAGING A STAGINGOVÉ SYSTÉMY

Celý vyšetřovací proces si klade za cíl určit diagnózu, lokalizovat tumor a zjistit rozsah onemocnění. Zejména staging nádoru hraje klíčovou roli v dalším léčebném postupu. V praxi je k dispozici několik klasifikačních systémů pro staging cholangiokarcinomu. Nejčastěji je aplikována Bismuth-Corlettova klasifikace a TNM klasifikace nádorů (8).

1.7.1 BISMUTH-CORLETTOVA KLASIFIKACE

Jedna z předních klasifikací užívaných pro Klatskinův tumor byla zavedena v roce 1975 H. Bismuthem a M. B. Corlettem. Tento systém popisuje čtyři typy tumoru žlučovodu dle jeho závažnosti a lokalizace místa vzniku (viz Příloha B). V praxi je Bismuth-Corlettova klasifikace obvykle aplikována pro svoji jednoduchost, díky které lze podle stupně postižení zvolit chirurgický zákrok (8). Negativní stránkou tohoto systému je rozdělení do konkrétních anatomických skupin, které dále neumí zohlednit anatomické odlišnosti, na něž je v praxi nutné brát ohled (4).

1.7.2 TNM KLASIFIKACE NÁDORŮ

Pro přesnější staging je místo Bismuth-Corlettovy klasifikace používána TNM klasifikace nádorů. Základní kámen TNM klasifikace byl položen v letech 1943–1952 Pierrem Denoixem. V minulosti vzniklo mnoho pokusů o jednotnou synchronizaci stagingu, ale v této době je platný a celosvětově přijatý AJCC Cancer staging manual (7).

Unie pro mezinárodní boj proti rakovině vydala novou publikaci AJCC v roce 2017 (česká verze 2018) v 8. vydání. TNM klasifikace zhoubných novotvarů tohoto vydání však uvádí pouze drobné změny v oblasti extrahepatálních žlučových cest (11).

K popisu anatomického rozsahu nádorů TNM systém využívá tři základní složky: (T) znázorňuje rozsah primárního nádoru, (N) představuje nepřítomnost nebo přítomnost a rozsah metastáz v mízních či regionálních uzlinách a (M) určuje přítomnost nebo nepřítomnost vzdálených metastáz. Za tyto tři složky jsou přiřazovány jednotlivé číslice, které stanovují rozsah onemocnění (viz Příloha C) (2, 12).

Po stanovení kategorie TNM, jsou tumory dále rozděleny do jednotlivých stádií. U tumorů žlučových cest rozlišujeme čtyři stádia (viz Příloha D) (2).

1.8 LÉČBA

Léčba cholangiokarcinomů je komplexní a multidisciplinární, odvíjí se od velikosti, místa a rozsahu postižení nádoru. Při rozhodování o postupu léčby hraje zásadní roli věk, klinický stav a přání nemocného z důvodu náročnosti a možných rizik s léčbou spojených. V léčbě spolupracují chirurgové, onkologové, radiologové, hematologové a anesteziologové s ohledem na individuálnost každého případu (4). Chirurgická léčba není indikována pacientům v celkově špatném zdravotním stavu nebo při značné rozsáhlosti nádoru. V takových případech se přistupuje k paliativním léčebným postupům v podobě drenáží, stentů, anastomóz a chemoterapie. Pokud je stav pacienta příznivý, obstrukce žlučových cest trvá krátce a jaterní funkce jsou zachovány, volí se radikální chirurgický zákrok (7).

1.8.1 CHIRURGICKÁ LÉČBA

Chirurgická léčba je doposud jedinou možnou variantou pro úspěch dlouhodobého přežití, a to v podobě chirurgické R0 resekce. Pokud je pacient indikován k tomuto zákroku, předpokládaná průměrná doba přežití je od jednoho roku do čtyř let. Nemocní, u nichž R0 resekce není možná, zpravidla přežívají mezi pěti až devíti měsíci od propuknutí klinických příznaků. U pacientů s postižením proximálních žlučovodů se R0 resekce zdaří pouze ve 20–40 % a u distálních žlučovodů v 50 % případů. U nálezu intrahepatálního nádoru ve žlučových cestách bývá provedena resekce jater a v distální části extrahepatálních žlučovodů duodenopankreatektomie. U perihilárního Klatskinova tumoru je indikována resekce postiženého žlučovodu (odvíjí se od stádia poškození hodnoceného dle Bismuth-Corlettovy klasifikace), obvykle s částí jater. Kontraindikací chirurgického zákroku je pokročilost stádia tumoru, prorůstání tumoru do sousedních struktur, infiltrace *arteria hepatica* a *vena portae* a vzdálené lymfatické metastázy (3).

1.8.2 TRANSPLANTACE JATER

Transplantaci jater podstupují pouze onkologičtí pacienti s perihilárním Klatskinovým tumorem, kteří jsou neresekabilní s velikostí tumoru menší než 3 cm, bez

přítomnosti metastáz, s lokalizací proximálně od junkce s *ductus cysticus* a mohou mít probíhající primární sklerotizující cholangitidu. Transplantace jater tohoto typu je umožněna velmi malému počtu pacientů ve vysoce specializovaných světových centrech zejména v Americe a Španělsku. Transplantaci zpravidla nepodstupují nemocní s pozitivním nálezem intrahepatálního karcinomu, u něhož je předpoklad vysokého procenta rekurence (3).

1.8.3 NEOADJUVANTNÍ A ADJUVANTNÍ LÉČBA

Neoadjuvantní (před chir. R0 resekcí) a adjuvantní (po chir. R0 resekci) léčba v podobě chemoterapie, radioterapie a chemoradioterapie cholangiokarcinomů nebyla v současné době prokázána v žádné z podstoupených studií jako výrazně účinná (3, 4).

1.8.4 PALIATIVNÍ CHIRURGIE

Chirurgické zákroky cholangiokarcinomů v souvislosti s paliativní léčbou nejsou prokázány jako více prosperující. Průměrná doba přežití nemocných 9–15 měsíců je podobná jako u provedených endoskopických paliativních postupů (4).

1.8.5 ENDOSKOPICKÁ A TRANSKUTÁNNÍ LÉČBA

Základem nechirurgických léčebných postupů cholangiokarcinomů jsou zákroky endoskopické (nejčastěji cestou ERCP, která je méně invazivní) a transkutánní (nejčastěji cestou PTC, pokud není možná varianta ERCP). Snaha o endoskopický výkon v podobě dilatace nádorem zúženého místa zavedením kovového nebo plastového stentu se provádí v každém případě. Pokud je tumor natolik velký, že brání průchodnosti endoskopu žlučovými cestami a znemožňuje aplikaci stentu do potřebného místa, je pro tento účel zvolen transhepatální přístup pod skiagrafickou kontrolou. Při úplné neprůchodnosti žlučových cest tumorem je pak jedinou možnou léčbou transparietální zavedení drénu nad nádorem (4, 7).

Obecně jsou drenáže žlučových cest rozděleny na předoperační a paliativní a podle místa tumorem vzniklé obstrukce na proximální a distální. Jestliže je to technicky možné, pacientovi je drenáž žlučových cest nejčastěji poskytnuta cestou ERCP. Je zde více indikací, buď z důvodu zajištění odtoku žluči a poklesu hladiny

bilirubinu před operační resekcí, při plánované chemoterapii (u které je pokles bilirubinu taktéž zásadní), nebo u neoperovatelných nemocných k trvalé paliativní léčbě. Zavedením stentu nebo drénu je eliminován ikterus, pruritus, útlak žlučovýchodů a riziko vzniku cholangitidy (3, 4).

1.8.6 RADIOTERAPIE

Radioterapii onkologové indikují u nemocných s cholangiokarcinomem v případě neodstraněných zbytků nádoru (R1 resekce) a po opětovném návratu nemoci po resekci, nebo jako součást paliativní léčby. Obvykle jsou využívány metody radioterapie v podobě externí iradiace či intraluminální brachyterapie (3).

1.8.7 FOTODYNAMICKÁ LÉČBA

Fotodynamická léčba patří mezi poměrně novodobé klinicky testované paliativní léčebné postupy v oblasti nádorů žlučových cest. Je založena na intravenózním nebo perorálním podání systémové fotosenzibilizující látky do těla pacienta s následným místním ozářením nádoru laserovým difuzérem cestou ERCP či PTC. Podle některých studií může fotodynamická léčba v budoucnu výrazně zlepšit kvalitu života a dobu přežití pacientů (4, 13).

1.8.8 PALIATIVNÍ CHEMOTERAPIE

Paliativní chemoterapie může být poskytována pacientům v celkově příznivém stavu s neoperabilním lokálně rozšířeným, nebo dál do organismu pokročilým cholangiokarcinomem. Za účinnou paliativní chemoterapii je uváděno použití 5-fluorouracilu, kombinace gemcitabinu s cisplatinou nebo gemcitabinu s oxaliplatinou (3).

1.9 KVALITA ŽIVOTA ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH

Jak bylo popsáno v kapitole 1.8, pacienti, u nichž nebyla provedena R0 resekce, jsou zpravidla odkázáni na paliativní léčbu. Dle definice WHO se paliativní léčbou rozumí:

„Aktivní komplexní péče o pacienty, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin“ (14, s. 16).

Z uvedené definice vyplývá snaha o maximalizaci kvality života pacienta. Sama definice kvality života je však nejednotná a obtížně uchopitelná pro svoji subjektivitu, multidimenzionalitu, dynamičnost a kulturní podmíněnost (15). Bužgová (14) uvádí jako jednu z možných definic kvality života vnímání osobní pohody („well-being“), v níž je zahrnuta dimenze fyzická, psychická, sociální a spirituální.

U pacientů v terminálním stádiu života je důstojné umírání jednou z nejvyšších priorit. Zahrnuje respektování vlastní hodnoty jeho okolí, důraz na empatii a úctu v poskytování péče, zajištění možnosti rozhodovat o průběhu vlastního umírání, minimalizaci fyzického a emocionálního utrpení, ochranu soukromí, zachování sociálních kontaktů a duchovní podporu. Jednotlivé aspekty důstojného umírání je možné rozdělit do pěti kategorií (16):

- *Smrt bez utrpení* – neboli tlumení symptomů fyzického a duševního utrpení (bolest, horečka, žízeň, křeče, úzkost, strach) na minimální možnou úroveň,
- *smrt s redukcí lékařských zákroků* – tedy omezení zátěže pacienta zbytečnými invazivními vyšetřeními, která zhoršují kvalitu pacientova života a uměle jej prodlužují,
- *smrt s pocitem bezpečí* – smrt v prostředí, kde se pacient cítí bezpečně a nepřipadá si osamocen,
- *smrt s ohledem na autonomii* – poskytování ohleduplné péče s respektem k pacientu jako jedinečné lidské bytosti,
- *smrt se smířením* – znamená takovou smrt, kdy měl pacient čas smířit se se smrtí a rozloučit se se svými blízkými.

Zajištění kvalitní péče v závěru života klade značné nároky na sestry a ošetřující personál, který tak kromě fyzických potřeb musí vnímat i psychické, sociální a spirituální potřeby pacientů a napomáhat k jejich uspokojování (16).

2 PASTORAČNÍ PÉČE

Podle Světové zdravotnické organizace je „zdraví člověka“ definováno jako stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, a nikoli jako pouhá absence nemoci nebo slabosti (17). V současné době se k těmto potřebám často přiřazuje ještě čtvrtá, duchovní rovina a hovoří se tak o bio-psycho-sociálně-spirituálních potřebách. Bez ohledu na náboženské vyznání každý člověk tyto potřeby má a je v zájmu jak pacienta, tak ošetřujícího personálu, rodiny a přátel snažit se všechny tyto potřeby naplňovat (18). Podle evropského statistického úřadu je až v devadesáti procentech případů příčinou smrti dlouhotrvající chronické onemocnění (viz Příloha E), které před nemocné klade otázky po smyslu vlastní existence i smyslu světa a palčivou touhu po odpuštění, usmíření a potvrzení vlastní hodnoty a užitečnosti.

Samotní pacienti nejsou jediní, kdo tváří v tvář nenadálým závažným životním situacím s nejistotou a obavami hledí do budoucnosti a hledají způsob, jak se vyrovnat s novou situací, podobnému tlaku bývají vystaveni i jejich příbuzní a v neposlední řadě i zdravotnický personál. Jistou útěchu a pomoc může poskytnout pastorační péče, která je v současné době ve většině nemocnic standardně poskytována.

Cílem této kapitoly je seznámit čtenáře s pojmem pastorační péče, nastínit její původ a smysl. Krom vymezení pojmů je v kapitole uvedeno současné ukotvení pastorační péče v české jurisdikci. Dále je rozpracována úloha a poslání poskytovatelů pastorační péče a nastíněny metody, které tito v rámci pastorační péče používají.

2.1 DEFINICE PASTORAČNÍ A SPIRITUÁLNÍ PÉČE

Hned v úvodu je potřeba zdůraznit, že ačkoli má pastorační péče svůj původ v křesťanství, péče o duchovní potřeby pacientů nijak nesouvisí s jejich členstvím v církvi či mírou sympatie či antipatie k jakémukoli náboženství. Tato představa je bohužel stále mezi veřejností hojně rozšířená a často brání rozšíření pastorační péče tam, kde by byla nejvíce potřebná (18).

Ve vztahu k duchovní stránce člověka se v dnešní době často užívá výrazů pastorační péče a spirituální péče, které jsou chápány jako vzájemně zaměnitelná

synonyma. Přestože se oba termíny vztahují k duchovní stránce člověka, lze mezi nimi nalézt drobné významové rozdíly (19).

Výraz „spirituální“ pochází z křesťanství a odvozuje se od slova „spiritus“, neboli duch. V původním chápání slovo spirituální popisovalo život obohacený a nesený Duchem Svatým. V současnosti se výraz spirituální rozšířil daleko za hranice křesťanství a s čistě teologickým chápáním křesťanského Ducha Svatého nemusí mít nic společného. V nejobecnějším pojetí je spiritualita chápána jako vyjádření vnitřního světa člověka, jeho nejnaternějších a nejdůležitějších vztahů jak se světem okolo, tak s případným tajemstvím, které v náboženském světě obecně chápeme jako božstvo nebo boha. Spirituální péče je pak reakcí na spirituální potřeby každého člověka, nikoli pouze takového, který se hlásí k nějaké konkrétní víře (19).

Naproti tomu pastorační péči se rozumí spíše starost církve o své věřící. Odvozuje se od latinského slova „pastor“, což v překladu znamená pastýř a odkazuje na odvěkou roli kněží coby pastýřů stáda božího lidu. Ještě v poměrně nedávné minulosti byla za pastorační považována výlučně činnost duchovního teologa – biskupa, kněze, faráře, jáhna. Až druhý vatikánský koncil zavádí čtyři konstituce církve – diakonii (službu potřebným), koinonii (péči o společenství), martyrii (svědectví, hlásání) a liturgii (bohoslužbu) – a chápání pastorační od tradičního pojetí odklání směrem k tzv. všeobecnému kněžství, tedy každodennímu působení křesťana na své okolí (19).

Jako jednu z možných definic pro pastorační péči je možno uvést definici z Dohody o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice, která ji charakterizuje jako:

„Takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu s úctou k důstojnosti lidské osoby z pozice věřících křesťanů, věnujeme pozornost jeho sociálnímu okolí, doprovázíme ho v jeho obtížích, nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry s perspektivou jejího možného rozvoje“ (20, s. 3).

2.2 PRÁVNÍ ZAKOTVENÍ PASTORAČNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE

V následujících podkapitolách je stručně rozebrána současná legislativa týkající se duchovní péče v nemocničních zařízeních včetně jejího historického vývoje v českých zemích od konce druhé světové války.

2.2.1 ZÁKONY A PRÁVNÍ ÚPRAVY PO ROCE 1949

Úloha církví a rozsah jejich pravomocí prodělaly od konce druhé světové války poměrně bouřlivý vývoj. Záhy po komunistickém převratu byl 14. října 1949 přijat zákon č. 217/1949 Sb. (21), kterým byl zřízen Státní úřad pro věci církevní, jenž z pravomoci svěřené mu shora uvedeným zákonem převzal odpovědnost za vývoj náboženského života a umožnil kontrolu státu nad činností církví. Rozsah působnosti Státního úřadu pro věci církevní byl dále rozšířen a specifikován zákonem č. 218/1949 Sb. (22) a zejména vládními nařízeními č. 219/1949 Sb. (23) a č. 228/1949 Sb. (24), která mimo jiné stanovila výši státního platu pro duchovní a zavedla nutnost státního souhlasu pro vykonávání jakékoli duchovní činnosti. Souhlas byl podmíněn složením slibu věrnosti Československé republice:

"Slibuji na svou čest a svědomí, že budu věren Československé republice a jejímu lidově demokratickému zřízení a že nepodniknu nic, co by bylo proti jejím zájmům, bezpečnosti a celistvosti. Budu jako občan lidově demokratického státu plnit svědomitě povinnosti, jež vyplývají z mého postavení, a vynasnažím se podle svých sil podporovat budovatelské úsilí směřující k blahu lidu" (23, s. 645).

Církev se tak fakticky staly naprosto závislými na státní moci, pod kterou přešla veškerá odpovědnost za hospodaření, organizaci uvnitř církví, vzdělávání, publikaci náboženského tisku, správu památek, i rozvoj mezinárodních styků. Přijetím těchto legislativních opatření pak započaly rozsáhlé represivní aktivity s cílem ochromit až úplně znemožnit práci duchovních v zemi. Zákon o hospodářském zabezpečení církví a náboženských společností platil v novelizované podobě až do roku 2012, kdy byl zrušen přijetím Zákona o majetkovém vyrovnání s církvemi a náboženskými společnostmi (25).

Vedle úprav v legislativě probíhala rozsáhlá propagandistická kampaň s cílem zdiskreditovat církev a jejich nejvyšší představitele, která vyvrcholila počátkem roku 1950 prvním monstrprocesem proti katolické církvi, během něhož bylo za údajnou protistátní špionážní činnost odsouzeno 10 předních představitelů řeholních řádů. Během „Akce K“, která následovala v dubnu téhož roku, bylo zrušeno a vystěhováno přes dvě stě řeholních domů a přes dva tisíce řeholníků internováno v tzv. „centralizačních klášterech“. Podobný osud stihl ženské řeholní řády, jejichž likvidace nesla krycí název „Akce Ř“. Na rozdíl od Akce K nebylo možno ženské kláštery zavřít tak náhle a v krátkém čase, neboť řeholnice tvořily podstatnou část odborného zdravotnického personálu v tehdejších nemocnicích, sociálních ústavech a charitativních zařízeních, který nebylo jak nahradit. Celá akce tak proběhla během tří měsíců od srpna do října 1950, kdy bylo postupně zlikvidováno kolem sedmi set dvaceti klášterů a internováno na deset tisíc řeholnic (26).

2.2.2 ZÁKONY A PRÁVNÍ ÚPRAVY PO ROCE 1989

K významným legislativním změnám došlo až po pádu komunismu v roce 1989. Hned zkraje následujícího roku byl zákon č. 218/1949 Sb. z velké části zrušen zákonem č. 16/1990 Sb. (27) a přijetím dalších zákonů řádům navrácena část zkonfiskovaného nemovitého majetku. Následujícího roku byla ústavním zákonem č. 23/1991 Sb. vyhlášena Listina základních práv a svobod (28), která zaručila svobodu vyznání a církvím přiznala nezávislost na státních orgánech ve věci ustanovování svých orgánů a církevních a jiných institucí.

Plné vnitřní autonomie církví bylo dosaženo přijetím zákona č. 308/1991 Sb. (29), který zrušil zákon č. 217/1949 Sb. i vládní nařízení č. 228/1949 Sb. Od jeho uvedení v platnost si registrované církve mohou své vnitřní záležitosti řídit zcela nezávisle. Krom jiného je v § 6 uvedeno oprávnění církví a náboženských společností „zřizovat a provozovat vlastní zdravotnická zařízení a zařízení sociálních služeb a účastnit se na poskytování těchto služeb i ve státních zařízeních v souladu s obecně závaznými právními předpisy“ (29, s. 1339) a v § 9 právo pověřených osob vykonávajících duchovenskou činnost ke „vstupu do veřejných zařízení sociální péče a zdravotnických zařízení a dětských domovů, dále mají právo vstupu do ubytovacích objektů vojenských útvarů, do míst, kde se vykonává vazba, trest odnětí svobody, ochranné léčení

a ochranná výchova“ (29, s. 1339). V daných zařízeních má také každý právo, zejména je-li v ohrožení života či zdraví, na poskytnutí duchovní služby dle vlastní volby.

Výše uvedený zákon byl nahrazen aktuálně platným zákonem č. 3/2001 Sb. (30), který však žádnou zmínku o působení církví v necírkevních zařízeních neobsahuje. Zároveň ale neuvádí působení v necírkevních zařízeních ve výčtu činností, k nimž je nutno získání zvláštního oprávnění, lze tedy vyvodit, že tímto zákonem působnost registrované církve a náboženské společnosti v necírkevních zařízeních nijak omezena není.

Další právní normou, v níž je nasnadě definici pravomocí nemocničního kaplana hledat, je zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (31). Z definice zdravotní služby v něm uvedené: „Zdravotními službami se rozumí a) poskytování zdravotní péče podle tohoto zákona zdravotnickými pracovníky, a dále činnosti vykonávané jinými odbornými pracovníky, jsou-li tyto činnosti vykonávány v přímé souvislosti s poskytováním zdravotní péče“ (31, s. 4730) vyplývá logické zařazení nemocničního kaplana mezi jiné odborné pracovníky. Zákon č. 201/2017 Sb. o nelékařských zdravotnických povolání (32), který postavení nelékařského zdravotnického personálu detailně určuje, však nemocniční kaplany vůbec neuvádí. Jediným platným dokumentem, který oblast duchovní péče ve zdravotnictví zmiňuje, tak zůstává Metodické doporučení pro zavedení dobrovolnického programu v nemocnicích v souladu s procesy řízení rizik a bezpečnosti pacientů (33), v němž je ve výčtu specifických dobrovolnických aktivit uvedena též dobrovolnická činnost v podobě „výpomoci dobrovolníků při poskytování duchovní péče, psycho-spirituální podpory a při akcích souvisejících s touto tematikou“ (33, s. 105). Podle této metodiky má být práce dobrovolníků ošetřena individuálními smlouvami mezi daným nemocničním zařízením a poskytovatelem duchovní péče, přičemž odpovědnost za dobrovolnický program a koordinaci dobrovolníků náleží nemocničnímu zařízení.

2.2.3 DOHODA O DUCHOVNÍ PÉČI VE ZDRAVOTNICTVÍ

Z absence jakékoli kodifikace pastorační péče ve zdravotnických zařízeních a potřeby legislativně ošetřit status nemocničních kaplanů vzešly snahy o řešení otázky nemocničních kaplanů na ekumenické rovině, které vyvrcholily v roce 2006 podpisem

Dohody o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice (20). V dokumentu se uvádí, že vysílající církve z řad ČBK, resp. ERC uzavře s daným zdravotnickým zařízením vlastní dohodu, která dále upravuje činnost vyslaného spirituálního pracovníka. Zároveň specifikuje kvalifikační předpoklady nemocničního kaplana a dobrovolníka, které krom teologického vzdělání zahrnují též požadavky na absolvování pastoračního kurzu, kurzu krizové intervence, kurzu komunikace, znalost práva aj. Dohoda však v praxi nefungovala, až do roku 2011 podle ní nebyl vyslán jediný kaplan či dobrovolník (34).

V důsledku toho byla dohoda rozšířena o dodatek č. 1 (35), který vešel v platnost 1. ledna 2012. V jeho znění byly přeformulovány a zmírněny cílové požadavky kladené na nemocničního kaplana, resp. dobrovolníka. Navíc bylo stanoveno sedmileté přechodné období, pro něž jsou požadavky ještě více zjednodušeny a navíc je během tohoto období zavedena třetí kategorie tzv. „pastoračních asistentů“, tj. budoucích nemocničních kaplanů, kteří ještě neukončili magisterské studium teologického oboru. Další přechodné období, tentokrát dvouleté, pak bylo stanoveno jako lhůta, během níž musí být všechna doposud udělená pověření ke službě uvedena do souladu s dohodou a dotčeným dodatkem. Podstatnou součástí dodatku je též článek, který deklaruje analogické uplatnění ustanovení dohody též na sociální a obdobná zařízení (34).

Dosud poslední úpravou výše zmíněné dohody je podepsání dodatku č. 2 (36), který dále upravuje kvalifikační předpoklady nemocničního kaplana a prodlužuje lhůtu pro splnění kvalifikačních předpokladů nemocničních kaplanů a dobrovolníků o tři roky k 1. 1. 2022.

2.2.4 METODICKÝ POKYN O DUCHOVNÍ PÉČI VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH

Svůj legislativní protipól získala dohoda až v roce 2017, kdy Ministerstvo zdravotnictví vydalo ve svém dubnovém věstníku Metodický pokyn o duchovní péči ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče poskytovatelů zdravotních služeb (37). Text dokumentu přejímá některé body z Dohody ohledně názvosloví a cílů duchovní péče, navíc doporučuje upravit vnitřní a organizační řády zdravotnických zařízení lůžkové péče ohledně působení kaplanů, zřídit v prostorách LZZ kancelář kaplana a kapli aj. Podstatnou součástí metodického pokynu je též zřízení Rady pro duchovní péči ve

zdravotnictví složené ze zástupců ČBK, ERC, Ministerstva zdravotnictví ČR a zástupců poskytovatelů zdravotních služeb (Asociace českých a moravských nemocnic a Asociace nemocnic ČR). Posláním Rady je řešit podstatné otázky duchovní péče v LZZ, vznášet v této věci připomínky a předkládat Ministerstvu zdravotnictví ČR návrhy koncepčních řešení.

2.3 POSKYTOVATELÉ PASTORAČNÍ PÉČE

Klinická pastorační péče je poskytována nemocničními kaplany a dobrovolníky. Tito jsou sdruženi v Asociaci nemocničních kaplanů, resp. v Katolické asociaci nemocničních kaplanů. O vzniku asociací a o kvalifikačních podmínkách kladených na poskytovatele pastorační péče bude blíže pojednáno v následujících podkapitolách.

2.3.1 ASOCIACE NEMOCNIČNÍCH KAPLANŮ A KATOLICKÁ ASOCIACE NEMOCNIČNÍCH KAPLANŮ

V období probíhajících prací na Dodatku č. 1 k Dohodě o duchovní péči ve zdravotnictví (35) vzešel od ERC směrem k ČBK návrh k založení společné ekumenické asociace, která by sdružovala všechny osoby pracující v oblasti pastorační péče v nemocničních zařízeních. Po jednáních mezi ERC a ČBK bylo od návrhu upuštěno, když ČBK shledala míru zapracování svých připomínek k chystaným stanovám ze strany ERC jako nedostatečnou a od založení jedné ekumenické asociace odstoupila. V důsledku toho vznikla nejprve v roce 2011 Asociace nemocničních kaplanů na platformě ERC, Katolická asociace nemocničních kaplanů v České republice založená na platformě ČBK pak následovala o rok později (34).

2.3.1.1 STATISTIKA PŮSOBNOSTI KAPLANŮ

Jednotná a aktualizovaná statistika působnosti kaplanů jednotlivých asociací není dohledatelná a ani dotazem na kontaktní osoby obou asociací nebyly žádné nové informace zjištěny. Vycházet lze pouze z výroční zprávy za rok 2017 uvedené na stránkách Katolické asociace nemocničních kaplanů (38), podle níž měla Katolická asociace nemocničních kaplanů ke dni 31. 12. 2017 celkem 111 členů, z toho 81 nemocničních kaplanů, 11 dobrovolníků v pastorační péči a 19 odborníků. Jejich rozdělení v jednotlivých diecézích je uvedeno v Tabulce 1.

Asociace nemocničních kaplanů výroční zprávy nezveřejňuje. Jednotlivá zařízení, v nichž je pastorační péče poskytována, jsou uvedena na stránkách každé z asociací (39), resp. (40).

Tabulka 1 Počet nemocničních kaplanů (NK), odborníků (OD) a dobrovolníků v pastorační péči Katolické asociace nemocničních kaplanů ke dni 31. 12. 2017

Diecéze	NK	OD	D	Celkem
Apoštolský exarchát	3	0	0	3
Arcidiecéze olomoucká	37	4	6	47
Arcidiecéze pražská	10	3	2	15
Diecéze brněnská	11	2	3	16
Diecéze českobudějovická	4	0	1	5
Diecéze královéhradecká	2	2	3	7
Diecéze litoměřická	3	0	1	4
Diecéze ostravsko-opavská	8	0	0	8
Diecéze plzeňská	4	0	3	7
Celkem	81	11	19	111

Zdroj: Výroční zpráva o činnosti a hospodaření Katolické asociace nemocničních kaplanů v České republice za rok 2017 (38, s. 7)

2.3.2 NEMOCNIČNÍ KAPLAN

Označení „nemocniční kaplan“ (v angličtině „healthcare chaplain“) je mezinárodně uznávaný termín pro osobu, jež poskytuje klinickou pastorační péči (34). Dodatek č. 1 k Dohodě o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví nemocničního kaplana definuje jako osobu, která „poskytuje duchovní péči ve zdravotnickém zařízení na základě pověření daného svou církví a smlouvy s nemocnicí jako člen multidisciplinárního zdravotnického týmu“ (35, s. 1).

Kvalifikační předpoklady nemocničního kaplana podle téhož dokumentu (35) a jeho druhého dodatku (36) jsou uvedeny v Příloze F.

2.3.3 DOBROVOLNÍK

Podle Dodatku č. 1 k Dohodě o duchovní péči ve zdravotnictví se dobrovolníkem v oblasti duchovní péče rozumí „osoba, která se ve svém volném čase a pod vedením nemocničního kaplana podílí na duchovní péči ve zdravotnickém zařízení na základě pověření daného svou církví“ (35, s. 2). Požadavky, které dobrovolník musí navíc splňovat, jsou uvedeny v Příloze G.

2.3.4 LAIK

Schopnost poskytnout útěchu v tíživých životních situacích není omezena pouze na odborníky, duchovní a psychology. Jak uvádí Kalvach (18), základní pomoc ve spirituální oblasti může poskytnout každý zralý člověk. Jedná se zejména o chápavý rozhovor, ve kterém nejde o to nemocnému poskytnout nějaké nové informace či ho jinak vědomě obohatit, ale umožnit mu vyjádřit své obavy, utřídit si myšlenky a ujasnit své otázky.

2.3.5 ZDRAVOTNÍK V ROLI DOPROVÁZEJÍCÍHO

Ve zvláštní roli z hlediska spirituální péče a doprovázejících osob se nachází zdravotnický personál. Ačkoli se s pacienty v období jejich velkých životních změn setkávají v podstatě každodenně, jsou pro ně zdravotníci de facto cizinci nezatížení rodinnými nebo přátelskými vazbami. Tato kombinace častého kontaktu bez předchozích osobních vazeb často způsobí, že se s nimi pacient cítí bezpečněji než se svojí rodinou a mnohdy je pro něj jednodušší o dosud nevyřčených obavách hovořit právě s nimi. Na zdravotnický personál však tato blízkost klade další nároky, zejména na obezřetnost a vnímavost k pacientovým duchovním potřebám. Dle Svatošové (41) je důležitým předpokladem k tomu, aby zdravotník pacientovy bolesti dokázal rozpoznat, schopnost uvědomovat si vlastní duchovní potřeby a znovu si vybavovat prožité bolesti z vlastního života. Skrze osobní zkušenost prožitého utrpení, byť jeho původ může být zcela rozdílný, se doprovázející dokáže vcítit do prožitků pacienta a dobře mu porozumět. Vybudování vztahu vzájemné důvěry je též důležité pro odhalení stavů, kdy pacient potřebuje péči odborníka, případně kontakt s rodinou, a pro možnost tuto péči nabídnout nebo zajistit.

2.4 HLAVNÍ NÁSTROJE PASTORAČNÍ PÉČE

Forma pastorační péče se může v různých případech lišit. Může jít o jednorázovou návštěvu duchovního, může se ale též jednat o dlouhodobé doprovázení. Jedním z nejdůležitějších a nejčastěji uplatňovaných prostředků pastorační péče je pastorační rozhovor, který bývá v závislosti na spiritualitě a náboženské příslušnosti pacienta mnohdy doplněný o udílení svátostí (19).

2.4.1 PASTORAČNÍ ROZHOVOR

Základní úlohou pastoračního rozhovoru je pomoci pacientovi důstojně obstát v situaci, kterou on pokládá za složitou, a poskytnout mu jistotu, že před ní nestojí osamocen. Zásadní pomoc v těžkých zdravotních situacích pacientovi poskytuje jeho víra v Boží lásku a milosrdenství, která však tváří v tvář vážné nemoci a blížící se smrti ochabuje. Úkolem doprovázejícího je tuto víru posilovat, pacienta vnímat, chápat a za všech okolností respektovat. Smyslem pastoračního rozhovoru není vyřešit problém, se kterým se pacient potýká, ani ho nějak školit nebo poučovat. Není to rozhovor, který by měl být nějak významně nábožensky orientovaný, na druhou stranu se ale nejedná ani o rozhovor, v němž by měla být otázka náboženství a víry zcela potlačována. Důležitým předpokladem k úspěšnému a obohacujícímu pastoračnímu rozhovoru je vybudování důvěrného vztahu mezi doprovázejícím a pacientem, neboť bez ohledu na pacientovu spiritualitu se témata rozhovoru zpravidla dotýkají samotné podstaty života a pacientova vnitřního světa, o nichž není pacient ochoten hovořit s kdekým (19).

Jednou z neoddělitelných součástí pastoračního rozhovoru je psychologická složka. Ačkoli je tato v rozhovoru obsažena prakticky vždy, neměla by přerůst v záměrný pokus o psychoterapii. Jednak proto, že doprovázející člověk nemusí být k psychoterapii dostatečně vzdělán, zároveň je však dimenze víry, která k pastoračnímu rozhovoru neoddělitelně patří, z hlediska psychologie nežádoucí, ba přímo zakázaný prvek (42).

Otázky, které je během rozhovoru někdy potřeba položit, by měly být dostatečně široké, aby nevynucovaly konkrétní odpověď a aby na ně pacient případně nemusel odpovídat vůbec a přitom neměl obavu, že bude potrestán nebo opuštěn. Zároveň není ani nutné odpovídat na všechny otázky pacienta, které jsou mnohdy úpěnlivým voláním

o pomoc a o projevení zájmu. Odpovědi by měly být přiměřené co do obsahu i rozsahu, v žádném případě by neměly pacientovu situaci bagatelizovat, a jednalo-li se o otázku spíš řečnickou, měla by být odpověď projevem soucitu a pochopení (42).

Rozhovor by měl být veden na úrovni víry pacientovi přiměřené a neměl by být žádnou agitací využívající slabosti pacienta ke vnucování něčeho, čemu by se za normálních okolností bránil. Stejně nevhodné je obhajovat pacientovo utrpení náboženskými motivy (42).

2.4.2 SVÁTOSTI V KATOLICKÝCH CÍRKVÍCH

Vzhledem k tomu, že vyznáním pacientky vybrané pro zpracování praktické části této práce je vyznání římskokatolické, které je i nejčastějším vyznáním, s nímž je možno se v nemocničních zařízeních u pacientů setkat, budou v této kapitole zmíněny svátosti římskokatolické církve.

V životě křesťana hrají důležitou roli svátosti. Jedná se o obřady ustanovené Ježíšem Kristem, při nichž se podle křesťanského chápání skrze viditelné symboly (mazání olejem, vkládání rukou aj.) realizuje působení neviditelné Boží milosti. Celkem je jich sedm, z nichž se spirituality vážně nemocných věřících nejvíce dotýkají zejména čtyři: svátost křtu, svátost pokání, svátost eucharistie a svátost pomazání nemocných. Svátosti zpravidla uděluje pouze duchovní, role kněží má proto v doprovázení a pastorači nemocných značný význam (19).

2.4.2.1 SVÁTOST KŘTU

Svátost křtu je pro křesťana uvedením do života církve a pevným spojením s Bohem. Pokřtěn může být každý, kdo upřímně a zcela svobodně vyznal víru v Krista, a nachází-li se dotyčný v bezprostředním ohrožení smrti, může být pokřtěn neprodleně a kýmkoli, není-li v dosahu žádný řádný poskytovatel křtu (kněz, biskup nebo jáhen). Svátost se uděluje litím vody na hlavu křtěného doprovázeným slovy: „Já tě křtím ve jménu Otce i Syna i Ducha Svatého“ (43, s. 147).

2.4.2.2 SVÁTOST POKÁNÍ

Svátost pokání, nebo též svátost smíření, je prostředkem k odpuštění hříchů a „smíření“ s Bohem. Nutnou podmínkou k udělení svátosti je důvěra v odpouštějícího Krista a lítost nad hříchů. Udělení svátosti předchází vyznání hříchů, činnost velmi osobní a intimní, která vyžaduje též důvěru ve zprostředkovatele svátosti, jíž pacient nemusí být schopen, případně nemusí být možné zajistit dostatečné soukromí. Pro dosažení vnitřního klidu a schopnosti čelit strachům představuje svátost pokání jednu z nejvýraznějších pomoci (19, 43).

2.4.2.3 SVÁTOST EUCHARISTIE

Touto svátostí se katolíkům slouží nejčastěji. Buďto je možné přímo u lůžka nemocného sloužit mši, častěji bývá svátost přinesena ať už knězem samotným, nebo pověřeným laikem. Svátost je určena všem pokřtěným, kteří setrvávají v církvi a žijí smíření s Bohem a s lidmi (nežijí v těžkém hříchu ani ve stavu aktivního nepřátelství) (19).

2.4.2.4 SVÁTOST POMAZÁNÍ NEMOCNÝCH

Jednou ze svátostí je též svátost pomazání nemocných. Před druhým vatikánským koncilem byla tato svátost nazývána „poslední pomazání“ a byla určena pro věřící, kteří se ocitli v krajním ohrožení života. Konstituce papeže Pavla IV. (44) vydaná po druhém vatikánském koncilu v roce 1963 rozšiřuje svátost na všechny, kteří začínají být v nebezpečí smrti ať už pro nemoc, nebo pro stáří, a v souvislosti s tím též upravuje název na „svátost pomazání nemocných“.

Dalších změn doznal obřad pomazání nemocných s vydáním apoštolské konstituce z roku 1972 (45), která upravila svátostnou formuli a počet částí těla určených k pomazání posvátným olejem. Nově obřad probíhá dle následujících pokynů:

„Svátost pomazání nemocných se uděluje těm, kdo nebezpečně onemocněli. Jsou mazáni na čele a na ruku olivovým olejem nebo, pokud je to vhodné, jiným rostlinným olejem, požehnaným podle předepsaného obřadu. A říkají se přitom, pouze jednou, tato slova:

Skrze toto svaté pomazání ať ti Pán pro své milosrdenství pomůže milostí Ducha Svatého. Ať tě vysvobodí z hříchů, ať tě zachrání a posilní“ (45, s. 3).

Nemocný může tuto svátost přijmout vícekrát, pokud se například jeho stav zhorší. Přijetí svátosti pomazání nemocných vedlo u mnoha nemocných k tělesnému uzdravení, případně se jich zmocnil hluboký vnitřní klid, s nímž pak dokázali nemoci lépe čelit (46).

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM ŽLUČOVÝCH CEST

Praktická část bakalářské práce obsahuje vypracovaný ošetrovatelský proces u věřící pacientky s cholangiokarcinomem ve věku 52 let se zaměřením na důležitost role pastoračního pracovníka v nemocničním prostředí.

Pacientka byla přijata k plánované hospitalizaci dne 5. dubna 2018 a propuštěna do domácího prostředí dne 19. dubna 2018. Důvodem příjmu byla kontrola zavedeného perkutánního transhepatálního drénu a zahájení 1. cyklu paliativní chemoterapie. Realizace ošetrovatelského procesu včetně stanovení ošetrovatelských diagnóz probíhala na oddělení komplexní onkologické klinické péče od 11. dubna 2018 do 12. dubna 2018, tedy v období 7.–8. dne hospitalizace pacientky.

Po příchodu do nemocničního zařízení pacientka podepsala souhlas s hospitalizací, s realizací lékařských vyšetření a výkonů, s přítomností studentů a souhlasila s označením lůžka svým jménem. Všeobecná sestra dotyčnou seznámila s vnitřním řádem i s právy a povinnostmi hospitalizovaných pacientů. Současně se pacientka zavázala k tomu, že v době hospitalizace nebude sama užívat žádná léčiva bez vědomí zdravotnického personálu. Pacientka byla posléze uložena na lůžko a byl jí aplikován identifikační náramek na levou horní končetinu. Pacientka byla dále lékařem poučena o následném léčebném postupu a při příjmu podepsala informovaný souhlas týkající se působení podané chemoterapie a s ní spojených nežádoucích účinků.

Ke sběru informací byla využita metoda pozorování s následným fyzikálním vyšetřením všeobecnou sestrou, práce se zdravotnickou a ošetrovatelskou dokumentací a samotný rozhovor s pacientkou, rodinnými příslušníky a zdravotnickým personálem.

K posouzení zdravotního stavu a potřeb pacientky byl využit humanistický model dle Virginie Avenel Henderson. Ten se zabývá potřebami člověka a vychází z předpokladu, že je pacientka bytostí s biologickými, psychologickými, sociálními a spirituálními potřebami. Model čerpá z hierarchického uspořádání Maslowovy teorie

lidských potřeb, s převahou potřeb fyziologických a potřeb bezpečí a jistoty. Hlavním východiskem modelu Virginie Henderson je čtrnáct základních lidských potřeb s převahou potřeb biologických. Zásadním úkolem sestry je jedinci pomáhat, asistovat nebo vykonávat plnění základních potřeb, pokud toho sám není schopen. Výsledkem ošetrovatelské činnosti by měla být nezávislost pacienta v uspokojování svých základních potřeb, zvýšení nezávislosti nebo klidná smrt (47).

Plán ošetrovatelské péče byl vypracován na základě analýzy zjištěných ošetrovatelských problémů s následným stanovením aktuálních a potenciálních diagnóz dle NANDA-I Taxonomie II 2015–2017 (48).

Nutno podotknout, že vybraná pacientka byla na oddělení komplexní onkologické péče hospitalizována již dříve, a to v období od 22. března 2018 do 29. března 2018, kde jí byl z histologie diagnostikován cholangiokarcinom. Pro obstrukční ikterus s hodnotou celkového bilirubinu 111 $\mu\text{mol/l}$ podstoupila zavedení zevního perkutánního transhepatálního drénu za účelem poklesu hladiny bilirubinu. Pacientka a rodinní příslušníci byli edukováni v oblasti péče o zavedený drén a pacientka byla následně propuštěna do domácího prostředí. Další hospitalizace byla naplánována na 5. dubna 2018.

Během obou hospitalizací pacientka využívala pastoračních služeb nemocnice v různých podobách, které pro ni byly velmi důležité. O nevléčitelném onemocnění byla průběžně plně informována. Protože byla autorka práce s dotyčnou v rodinném vztahu, byl jí dán ústní souhlas ke sběru dat a k přístupu k veškerým informacím potřebným k vypracování bakalářské práce. Zároveň byla uvedena v souhlasu s hospitalizací podepsaném pacientkou jako kontaktní osoba pro podávání informací o jejím zdravotním stavu.

3.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Časová data a identifikační údaje pacientky byly změněny z důvodu dodržení dikce platné národní a evropské legislativy vztahující se k ochraně osobních údajů.

Tabulka 2 Identifikační údaje pacientky

Iniciály pacienta: X. Y.	Pohlaví: žena
Rok narození: XXXX	Věk: 52
Rodné číslo: XXXXXXXXXXX	Bydliště: XX
Národnost: Česká	Státní občanství: ČR
Adresa příbuzných: XX	Pojišťovna: 211
Stav: vdaná	Ošetřující lékař: XX
Zaměstnání: administrativní práce	Vzdělání: středoškolské – odborné
Typ přijetí: plánované	Datum přijetí: 05. 04. 2018
Čas přijetí: 08:40 hodin	Oddělení: klinika komplexní onkologické péče
Přijal: X. Y.	Ošetřující lékař: X. Y.

Zdroj: Zdravotnická dokumentace pacientky, 2018

Důvod přijetí udávaný pacientkou:

„Přijela jsem na kontrolu, posledně říkali, že když budu mít dobré odběry, tak mi snad dají chemoterapii.“

Hlavní medicínské diagnózy:

- C 24.0 – Zhoubné nádory extrahepatálních žlučových cest – disseminovaný Klatskinův tumor, histologicky nekrotizující adenokarcinom
- C 78.8 – Sekundární zhoubný novotvar jiných a neurčených trávicích orgánů – metastázy jater

Vedlejší medicínské diagnózy:

- D 509 – Anemie z nedostatku železa

3.2 VITÁLNÍ FUNKCE A ÚDAJE ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU

Tabulka 3 Hodnoty a údaje zjištěné při příjmu 05. 04. 2018

TK: 118/90 torrů	Výška: 160 cm
P: 99/min	Hmotnost: 57 kg
D: 18/min	BMI: 22,3 (optimum)
TT: 36,7 °C	Pohyblivost: částečně soběstačná
Stav vědomí: při vědomí	Krevní skupina: nezjištěna
Orientace místem, časem, osobou: plně orientována	Řeč, jazyk: řeč srozumitelná, jazyk český

Zdroj: Zdravotnická dokumentace pacientky, 2018

Z výše uvedených vitálních funkcí při příjmu pacientky lze zjistit vyšší tepovou frekvenci, ostatní naměřené hodnoty a parametry jsou zcela v normě.

Nynější onemocnění:

Pacientka z histologie potvrzeným nekrotizujícím cholangiokarcinomem G2 žlučových cest a rozsáhlými metastatickými ložisky v játrech, byla přijata plánovaně ke kontrole se zavedeným zevním PTD od 28. března 2018, pro možnost výměny na zevně-vnitřní systém a k zahájení 1. cyklu chemoterapie. Dne 5. dubna 2018 byla provedena extrakce zevní drenáže pro její dislokaci. Další drenáž nebyla indikována na základě nízké hladiny bilirubinu a pro potvrzení nerozšířených žlučových cest při ultrazvukové kontrole. Dne 10. dubna 2018 je u pacientky zahájeno podání vysoce paliativní chemoterapie v režimu GEMOX pro pokus o zpomalení rychle progredujícího onemocnění.

Informační zdroje:

Anamnéza byla odebrána 1. den hospitalizace pacientky 5. dubna 2018. Fyzikální vyšetření sestrou a posouzení stavu dle modelu Virginie Henderson bylo provedeno 7. den hospitalizace pacientky 11. dubna 2018, tedy 1. den po podané chemoterapii, kvůli lepším podmínkám pro stanovení ošetřovatelských diagnóz. Informační zdroje byly získány od rodinných příslušníků a zdravotnického personálu formou rozhovoru. K dispozici byla také lékařská a ošetřovatelská dokumentace pacientky.

3.3 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Otec: Zemřel ve věku 41 let na CMP, léčil se s CHOPN.

Matka: Sledována pro srdeční arytmiie, po CMP, doposud žijící, věk 89 let.

Sourozenci: Čtyři starší sestry, všechny bez obtíží.

Děti: Dvě – jedna dcera, jeden syn – oba bez obtíží.

Onkologická zátěž v rodině: Bratr matky zemřel na karcinom žaludku.

Osobní anamnéza:

Překonaná a chronická onemocnění: V dětství prodělány neštovice, příušnice a zánět středního ucha. Od 20 let sledována pro anemii z nedostatku železa.

Předchozí hospitalizace: 03/2018 – ERCP, endosonografie, biopsie jater pod CT kontrolou, 03/2018 – hospitalizace na oddělení komplexní onkologické péče – zavedení zevního PTD.

Úrazy: 0

Transfúze: 0

Očkování: Veškeré běžné profylaxe.

Farmakologická anamnéza:

Tabulka 4 Léková anamnéza při příjmu pacientky 05. 04. 2018

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Léková skupina
Degan	Tbl., p. o.	10 mg	1 – 1 – 1	Antiemetika
Paralen	Tbl., p. o.	500 mg	2 – 2 – 2 – 2	Analgetika, Antipyretika
Zaldiar	Tbl., p. o.	37,5 mg/325 mg	1 – 1 – 1 – 1	Analgetika, Anodyna

Zdroj: Zdravotnická dokumentace pacientky, 2018

Alergologická anamnéza:

Léky: Algifen, acylpyrin, brufen, ambrobene.

Kožní: Neguje.

Jiné alergie: Seno, prach, sezónní pyly, heřmánek, roztoči, včelí bodnutí.

Abúzus:

Alkohol: Pouze příležitostně.

Kouření: Nikdy.

Káva: Černá káva dvakrát za den.

Léky: Neguje.

Drogy a jiné látky: Neguje.

Psychologická anamnéza:

Vývojové období: Střední věk, osobnostně sangvinik a introvert, emočně stabilní.

Gynekologická anamnéza:

Menarché: Od 12 let, poté cyklus pravidelný à 28–30 dní.

Menopauza: Od 50 let.

Porody: 2x

Potraty: Neguje.

Hormonální léčba a antikoncepce: Nikdy nežívala.

Gynekologické prohlídky: Na pravidelné gynekologické prohlídky chodí 1x za dva roky. Poslední v roce 2017.

Samovyšetření prsou: Samovyšetření prsou pacientka praktikuje nepravidelně 1x za půl roku.

Gynekologická onemocnění a operace: Neguje.

Sociální anamnéza:

Stav: Vdaná, má dvě nezletilé děti – dcera 9 let, syn 12 let.

Bytové podmínky: Bydlí s manželem, dětmi a svojí matkou v rodinném domě.

Vztahy, role a interakce v rodině: Pacientka udává příznivé rodinné vztahy, hlavně se svými čtyřmi sestrami a jejich rodinami. Společně všichni pečují o matku, která žije u pacientky.

Vztahy, role a interakce mimo rodinu: Mimo rodinu se dotyčná stýká s několika spolužačkami ze střední školy, se kterými udržuje přátelské vztahy již několik let.

Volný čas a zájmy: Vzhledem k tomu, že má dvě menší děti, spoustu času tráví s nimi a manželem na výletech po okolí. Nedaleko svého bydliště mají

ustájeného vlastního koně, o kterého se také často starají. Patientce zabere hodně času vzdělávání potřebné k její dosavadní práci.

Ekonomické podmínky: Dobré.

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: Středoškolské – odborné.

Zaměstnání: Administrativní práce, která pacientku velmi baví a je ochotna se v této oblasti dál vzdělávat.

Spirituální anamnéza:

Pacientka je vyznáním křesťan-katolík. Víra je v jejím životě zásadní, na mši chodí s manželem i dětmi každou neděli. Ráda by v nemocničním prostředí navštěvovala kapli a využila nabídky návštěv nemocničního kaplana. Zároveň pacientka byla seznámena se všemi způsoby pastorační péče, které nemocniční zařízení nabízí.

3.4 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ VŠEOBECNOU SESTROU A LÉKAŘEM KE DNI 11. 04. 2018

Tabulka 5 Popis fyzického stavu ke dni 11. 04. 2018

SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	„Hlava ani krk mě teď nebolí, ale občas trpím na migrény. Mám v krku zavedenou tu kanylu, ale nijak mi to nevadí.“	Hlava je normocefalická, známky palpační a pokleповé bolesti nejsou, bez viditelných známek traumatu. Uši, oči, nos bez sekrece. Bulvy ve středním postavení, zornice jsou izokorické reagující na osvit, spojivky růžové a skléry mírně ikterické. Dutina ústní: zápach z úst není, chrup vlastní, jazyk plazí středem, nepovleklý, sliznice růžové a hrdlo klidné. Krk pohyblivý, bez zvýšené náplně jugulárních žil, štítná žláza a lymfatické uzliny nezvětšeny. Pulzace karotid symetrická, hmatná. Pacientka má 2. den zavedenou centrální žilní kanylu do <i>vena jugularis interna dextra</i> , průchodná, bez známek zánětu.

Dýchací systém a hrudník	„Dýchá se mi dobře, bolest na hrudi nemám.“	Hrudník symetrický, bez deformit a patologií. Prsy symetrické, bez patologických projevů. Dýchání alveolární, oboustranně symetrické, pravidelné, vedlejší dýchací fenomény nejsou zaznamenány. Dechová frekvence 18/min.
Srdečně cévní systém	„Se srdcem se neléčím.“	Srdeční akce pravidelná, puls je 89/min, dobře hmatný. Srdeční ozvy jsou ohraničené, bez šelestů, naměřený tlak 125/82 torrů. Dolní končetiny bez viditelných otoků, deformit, hluboké žilní trombózy a zánětlivých změn. Prokrvení do periferie. Pulzace hmatná.
Břicho a gastro-intestinální trakt	„Břicho mě dost bolí, hlavně když se trochu víc pohnu. Bolí to i v místě, kde jsem předtím měla zavedený ten drén. Po té včerejší chemoterapii se to hodně zhoršilo. Nemám chuť k jídlu, je mi tak divně a cítím se celkově nadmutá, na velké jsem byla před dvěma dny.“	Břicho v nivéu, palpačně citlivé, bolestivé v oblasti pravého žeberního oblouku, měkké, prohmatné, bez peritoneálního dráždění, peristaltika přítomna. Poklep diferenciální, bubínkový. Hepatomegalie po pupek, slezina a pankreas nezvětšené. Nyní zaznamenána nauzea, bez zvracení, chuť k jídlu a pití snižená, jako nežádoucí reakce na včerejší podanou chemoterapii. Úbytek na váze za poslední 3 měsíce 5 kg, od přijetí 2 kg.
Kostní a svalový systém	„Kosti mě nijak nebolí, ale sotva se posadím v posteli, chůzi raději ani nezkouším, v noci musím spát na zádech, ne na boku, kvůli té bolesti břicha.“	Páteř a klouby bez patologických změn a deformit. Dolní končetiny bez otoků a známek TEN, s varixy, bez zánětu, prokrvení do periferie. Sed v lůžku provede s obtížemi, při kterém zaujímá úlevovou antalgickou polohu v předklonu, pro bolest v pravém podžebří.
Nervový systém a smysly	„Brýle používám na čtení a se sluchem potíže nemám, o ničem jiném nevím.“	Pacientka je spolupracující, při vědomí. Orientovaná osobou, místem, časem i prostorem. Čich a sluch bez patologie, se zrakem mírné obtíže, nosí brýle na čtení. Smyslová citlivost v normě. Všechny reflexy zachovány.
Endokrinní systém	„Nemám žádné potíže.“	Bez potíží endokrinního charakteru. Štítná žláza v normě.
Kůže a její adnexa	„Kůže mně už nežloutne, ani mě nesvědí jako předtím.“	Kůže je subikterická, bez pruritu, cyanózy, turgor v normě, bez přítomnosti dekubitů, otoků a jiných defektů. Ochlupení adekvátní ženskému pohlaví.

Močový a pohlavní systém	„Barva moče se mi zdá světlejší, než byla předtím.“	Genitál ženský. Tapottement bilaterální negativní. Dnes 1. den zaveden permanentní močový katétr, vede hnědou moč, bez zápachu a viditelných příměsí. Močení bez známek pálení a řezání.
Imunologický systém	„Jsem alergická na nějaké léky, prach, pyl a roztoče. Nebývám často nemocná, jen občas chřipka.“	Lymfatické uzliny nezvětšené. Občasná sezónní onemocnění. Lékové alergie: algifen, acylpyrin, brufen, ambrobene. Jiné alergie: seno, prach, sezónní pyly, heřmánek, roztoči, včelí bodnutí. TT: 36,9 °C.

Zdroj: vlastní zpracování autora, 2018

3.5 POSOUZENÍ STAVU PACIENTKY DLE MODELU VIRGINIE HENDERSON KE DNI 11. 04. 2018

K posouzení stavu a zpracování anamnestických údajů 7. den hospitalizace pacientky, tedy 1. den po aplikaci paliativní chemoterapie v režimu GEMOX, byl využit model dle Virginie Henderson. Volba tohoto modelu je u vybrané onkologické pacientky nejvhodnější, a to z důvodu značně pokročilého stádia nádorového onemocnění, bez šance na vyléčení.

1. Fyziologické dýchání

Subjektivně: „S dýcháním problém nemám, na hrudi mě nebolí.“

Objektivně: Pacientka hodnotí své dýchání jako dobré, je nekuřačka a neprodělala žádné vážnější onemocnění dýchacích cest. Momentálně nemá dýchací obtíže, dech má klidný, pravidelný, alveolární s dechovou frekvencí 18/min.

Ošetřovatelský problém: 0

Použitá měřicí technika: aspekce

2. Dostatečný příjem jídla a tekutin

Subjektivně: „Nemám teď moc chuť k jídlu ani pití, spíš vůbec. Po chemoterapii, co jsem dostala, je mně i trošku na zvracení a mám bolesti v břiše. Mám dojem, že jsem od přijetí něco zhubla.“

Objektivně: Pacientka trpí nauzeou a nechutenstvím k jídlu a pití. Od přijetí byl u pacientky zaznamenán úbytek hmotnosti o 2 kg, celkově za poslední tři měsíce zhubla o 5 kg. V rámci hospitalizace měla dietu číslo 4 (s omezením tuku), nyní obvykle sní pouze 1/2 z každé porce. Nutriční stav doplněn džusovým sippingem 2x denně. Denní příjem tekutin je 0,5–1 litr za den, pacientka není dostatečně hydratována a musí se ke konzumaci tekutin pobízet. Pacientka sama přijímá stravu i tekutiny. Kožní turgor je snížený a sliznice bledé.

Ošetrovatelský problém: dehydratace, nechutenství, nauzea, riziko malnutrice

Použitá měřicí technika: BMI index – 20,3 = optimální váha, monitorace příjmu tekutin = příjem 650 ml za 24 hodin, screeningový nástroj pro určení nutričního skóre – 4 body = nutriční riziko pacienta

3. Vylučování

Subjektivně: „Na močení mi museli zavést katétr a na velkou budu muset jít nejspíš do mísy, nebyla jsem po té chemoterapii vůbec schopná chodit. Teď jsem na velké nebyla asi tři dny, nevím přesně.“

Objektivně: Pacientce byl 1. den zaveden permanentní močový katétr, funkční, odvádí hnědou moč bez příměsí. Stolice je nyní nepravidelná s tendencí k zácpě z důvodu užívání opiátů a analgetik, poslední stolice 9. dubna 2018. Defekaci pacientce stěžují rozsáhlé metastázy v játrech a bolest pro stahování břišních svalů při vyprazdňování, laxativa jsou podávána pravidelně bez významného účinku. Pocení v normě.

Ošetrovatelský problém: riziko vzniku infekce z důvodu zavedeného permanentního močového katétru, deficit sebepěče při vyprazdňování, riziko zácpy

Použitá měřicí technika: sledování výdeje tekutin = výdej 750 ml za 24 hodin, sledování frekvence vyprazdňování

4. Pohyb a udržování vhodné polohy

Subjektivně: „Jsem teď hodně unavená a slabá, sotva vydržím sedět, v noci musím spát na zádech, při otáčení mám velké bolesti celého břicha.“

Objektivně: U pacientky je zaznamenáno snížení fyzické aktivity z důvodu značných bolestí způsobených akutním stavem onkologického onemocnění, zvládne sed v lůžku, jinak nutná dopomoc při provozování denních všedních činností. Hledání úlevové polohy.

Ošetrovatelský problém: snížená pohyblivost, snížená soběstačnost v oblasti hygieny, riziko pádu, akutní bolest

Použitá měřicí technika: test dle Barthelové – 60 bodů, tj. závislost středního stupně, zhodnocení rizika pádu dle screeningového nástroje – vyhodnoceno 6 body, tj. u pacientky hrozí riziko pádu

5. Spánek a odpočinek

Subjektivně: „Nemůžu tady někdy spát kvůli té bolesti břicha. Asi proto mi nalepili proto, ale když nemůžu opravdu vydržet, řeknu si sestřičkám o prášek. Ten po nějaké době většinou zabere.“

Objektivně: Pacientka má nekvalitní spánek z důvodu akutní tlakové bolesti způsobené tumorem a metastázami v oblasti jater. Dle ordinace lékaře je podáván Stilnox 10 mg 1 tableta p. o. za noc s mírným účinkem. Tlaková bodavá bolest nejčastěji přichází náhle při pohybu v lůžku, projevuje se velmi intenzivně a má vzestupný charakter, vyhledávanou úlevovou polohou je leh na zádech. Pacientce ke zmírnění bolesti aplikována transdermální náplast Fentanyl-ratiopharm s navýšením z 25 µg/h na 50 µg/h v oblasti pravého ramene, měněná à 72 hodin. Bolest monitorována pravidelně 3x během dne a také před a po užití analgetik à 2 hodiny.

Ošetrovatelský problém: narušený vzorec spánku, akutní bolest

Použitá měřicí technika: vizuální analogová škála bolesti – pacientka udává bolest č. 7

6. Vhodné oblečení, oblékání a svlékání

Subjektivně: „Sama si zvládnou obléct halenku a svetr, ostatní ne, v předklonu to bolí.“

Objektivně: Pacientka se sama neoblékne, potřebuje při této činnosti dopomoc.

Ošetrovatelský problém: deficit sebepéče při oblékání

Použitá měřicí technika: Barthelové test (ADL) – 60 bodů = střední závislost

7. Udržování fyziologické hodnoty tělesné teploty

Subjektivně: „Mám odjakživa studené nohy i ruce, tady mi bývá chladněji v noci, přes den je tu akorát.“

Objektivně: U pacientky nejsou zaznamenány změny tělesné teploty, hodnoty se pohybují v rozmezí od 36,6–36,9 °C, jsou tedy fyziologické.

Ošetrovatelský problém: 0

Použitá měřicí technika: 0

8. Udržování upravenosti a čistoty těla

Subjektivně: „Každý den mně chodí s hygienou pomáhat starší sestra nebo občas neteře. Obličej, ruce a horní část těla si zvládnou umýt sama, spodek a nohy mi nejdou. Jednou mě holky vzaly na sedačce do koupelny, celou mě umyly i s vlasy, to bylo moc fajn.“

Objektivně: Pacientka je čistá, udržovaná, každý den jí chodí umývat a převlékat její pečující sestra.

Ošetrovatelský problém: deficit sebepěče při vykonávání osobní hygieny

Použitá měřicí techniky: Barthelové test (ADL) – 60 bodů = střední závislost

9. Odstraňování rizik životního prostředí, zabránění vzniku poškození sebe a druhých

Subjektivně: „Nemocniční prostředí mi nevádí, jen mám trochu obavy z toho, co bude, až se vrátím domů, jak se o sebe doma budeme starat.“

Objektivně: Pacientka je lucidní, orientovaná místem časem i osobou. Nikdy nekouřila ani neužívala návykové látky. Suicidální myšlenky nikdy neměla. Pacientka udržuje dobré vztahy s rodinou i ostatními lidmi. Udává strach z budoucnosti v souvislosti s péčí o rodinu a z deficitu soběstačnosti sebe samé.

Ošetrovatelský problém: riziko pádu

Použitá měřicí technika: zhodnocení rizika pádu dle screeningového nástroje – 6 bodů = u pacientky hrozí riziko pádu

10. Komunikace s lidmi, vyjadřování emocí, potřeb, obav a názorů

Subjektivně: „Mám čtyři starší sestry, které jsou mi na blízku, ať už doma nebo tady v nemocnici, často si voláme a máme v širokém kruhu rodiny dobré vztahy. Mám pár kamarádek, se kterými se ráda scházím, jen obvykle není tolik času a vidíme se málo.“

Objektivně: Komunikace během rozhovoru s pacientkou bez obtíží, spolupracující, plně orientovaná. Navazuje dobré vztahy a největší oporu má ve své rodině.

Ošetřovatelský problém: 0

Použitá měřicí technika: 0

11. Vyznávání vlastní víry

Subjektivně: „Pocházím z věřící rodiny, maminka je katolička a tatínek byl evangelík. Rodiče měli dohodu, že když se narodí holka, bude katolička po mamince, a když kluk, tak bude vychován jako evangelík po tatínkovi, nakonec se nás narodilo pět holek a jsme tedy všechny katolického vyznání. Do kostela s manželem a dětmi chodíme každou neděli, ve svátky a někdy i během týdne na večerní bohoslužby. Chodím do kostela pomáhat s úklidem a připravuji květiny na oltáře před nedělní mší. Jsem pokřtěná, absolvovala jsem první svaté přijímání, svátost biřmování a svátost manželství. Jako rodina se snažíme zapojovat do dění a aktivit v naší farnosti. Manžel již několik let patří do komunity Sekulárního františkánského řádu, ve kterém se pravidelně angažuje. Děti máme obě pokřtěné, Honzík už byl u prvního svatého přijímání, ale Klárku to čeká teď v červnu. Víra v Boha je v mém životě důležitá, vždycky jsme v celé široké rodině touto cestou řešili veškerá životní utrpení, a že jich nebylo málo. Život bez víry je pro mě těžko představitelný, proto tady využívám možnosti návštěv zdejšího pana kaplana. Byl za mnou již několikrát, už když jsem zde byla poprvé. To jsem ale ještě zvládla dojít i do místí kaple na mši po svých. Teďka mě navštěvuje pravidelně, byla jsem u něho jednou u svaté zpovědi a bavíme se o různých věcech, byl mi jednou podávat svaté přijímání sem na pokoj, i paní ležící na vedlejší posteli. Snažím se tady modlit ráno, večer, někdy i během dne. Chtěla bych místního pana kaplana

požádat o možnost k vykonání své životní svaté zpovědi, ale jsem teď pořád unavená a těžko nacházím myšlenky, nejde mi dlouho přemýšlet.“

Objektivně: Pacientka je vyznáním křesťan-katolík, praktikující. Víru vnímá jako nezbytnou součást svého života, bez kterého si prožívání onkologického onemocnění nedokáže představit. Dotyčná byla seznámena o možnosti návštěv místních kaplí a času bohoslužeb v nich konaných. Stejně tak ví o příležitosti setkání se zdejší pastorační asistentkou a nemocničním kaplanem, kteří jsou pověřeni pastorační službou v daném nemocničním zařízení a způsobech pastore s nimi spojených. Pacientka pravidelně využívá duchovních služeb nemocnice v podobě modlitby, rozhovoru, čtení z Bible, svatého přijímání a svaté zpovědi zprostředkované nejmenovaným pověřeným nemocničním kaplanem.

Ošetrovatelský problém: ochota ke zlepšení duchovní pohody

Použitá měřicí technika: rozhovor s pacientkou

12. Smysluplná práce

Subjektivně: „Spousty let jsem pracovala ve spořitelně. Poté jsem začala pracovat u švagra v jeho soukromé firmě, kde si mě zaučili jako účetní, tam pracuji doteď a moc mě to baví. Mezitím jsem porodila dvě děti a zdravotně se nám zhoršila maminka, takže bydlí u nás a staráme se o ni. Teď, co jsem nemocná, musela jít k jiné sestře.“

Objektivně: Pacientka pracuje v administrativní sféře již několik let, od února 2018 je v pracovní neschopnosti z důvodu nynějšího onemocnění.

Ošetrovatelský problém: 0

Použitá měřicí technika: 0

13. Hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace

Subjektivně: „Ve volném čase s manželem a dětmi podnikáme různé výlety, společně pečujeme o našeho koně a nedávno jsme si pořídili psa. Často nemám čas odpočívat, přitom moc ráda spím, to je můj nejoblíbenější způsob relaxace.“

Objektivně: Pacientka s rodinou preferují aktivní odpočinek, sportují, podnikají výlety nejrůznějšího druhu a starají se o svá zvířata.

Ošetřovatelský problém: 0

Použitá měřicí technika: 0

14. Učení, objevování nového nebo zvědavost, která vede k normálnímu vývoji zdraví a k využití vhodných zdravotnických prostředků

Subjektivní: „Vystudovala jsem střední elektrotechnickou školu s maturitou, pak jsem dva roky zkusila vysokou, ale tu jsem nedokončila. Ráda se učím nové věci, hlavně po administrativní stránce, kterou se teď živím. Každý den užívám chlorellu a ječmen, mám pocit, že mi to pomáhá a nejsem tak unavená, ale teď jsem vlastně vyřízená pořád. Co se týče mého aktuálního zdravotního stavu, jsem ochotna podstoupit jakoukoli léčbu, kterou lékaři uznají za vhodnou.“

Objektivní: Pacientka je učenlivá, dodržuje léčebný režim a kladně přistupuje ke všem léčebným metodám při hospitalizaci.

Ošetřovatelský problém: 0

Použití měřicí technika: 0

3.6 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Medicínský management zaznamenává výčet naordinovaných vyšetření a terapií ošetřujícím lékařem v období od 5. dubna 2018 do 11. dubna 2018.

Ordinovaná vyšetření a výkony

05. 04. 2018

- Odběr krve (krevní obraz, koagulace, biochemie)
- Nástřík PTD drénu (40 ml Ultravist) – na nástříku zevního PTD drénu je jeho patrné vyjetí do kapsuly, v játrech pouze špička pigtailu, vodičem se žlučové cesty nedaří znovu nasondovat, drenáž zrušena, kontrolní UZ 09. 04. 2018 k posouzení dilatace žlučových cest

09. 04. 2018

- Kontrolní odběry (krevní obraz, koagulace, biochemie)

- UZ jater k posouzení dilatace žlučových cest – bilirubin 58 $\mu\text{mol/l}$, žlučové cesty bez dilatace – není k PTD, výrazné metastatické postižení obou laloků

Tabulka 6 Hematologického vyšetření krve

Hematologické vyšetření	Hodnoty pacientky		Referenční hodnota
	05. 04. 2018	09. 04. 2018	
Erytrocyty	4,6 x 10 ¹² /l	4,64 x 10 ¹² /l	3,9–5,9 x 10 ¹² /l
Leukocyty	11,3 x 10 ⁹ /l	11,42 x 10 ⁹ /l	3,9–10 x 10 ⁹ /l
Trombocyty	409 x 10 ⁹ /l	409 x 10 ⁹ /l	150–400 x 10 ⁹ /l
Hemoglobin	131 g/l	131 g/l	120–160 g/l
Hematokrit	0,39 abr. j.	0,40 abr. j.	0,35–0,47
Hemoglobin v ery.	28,2 abr. j.	28,32 abr. j.	0,28–0,33

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky, 2018

Tabulka 7 Hemokoagulačního vyšetření krve

Hemokoagulační vyšetření	Hodnoty pacientky		Referenční hodnota
	05. 04. 2018	09. 04. 2018	
aPTT	25,9 s	26,3 s	25–35 s
INR	1,08 s	1,15 s	0,80–1,20 s

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky, 2018

Tabulka 8 Biochemického vyšetření krve

Biochemické vyšetření	Hodnoty pacientky		Referenční hodnoty
	05. 04. 2018	09. 04. 2018	
Sodík	137 mmol/l	138 mmol/l	136–145 mmol/l
Draslík	5,0 mmol/l	5,2 mmol/l	3,8–5,4 mmol/l
Chloridy	99 mmol/l	101 mmol/l	98–107 mmol/l
Vápník	2,43 mmol/l	2,45 mmol/l	2,05–2,40 mmol/l
Bilirubin celkový	51 $\mu\text{mol/l}$	58 $\mu\text{mol/l}$	3,4–17,1 $\mu\text{mol/l}$
AST	0,67 $\mu\text{kat/l}$	0,69 $\mu\text{kat/l}$	0,12–0,67 $\mu\text{kat/l}$
ALT	0,48 $\mu\text{kat/l}$	0,52 $\mu\text{kat/l}$	0,10–0,80 $\mu\text{kat/l}$
GMT	0,50 $\mu\text{kat/l}$	0,55 $\mu\text{kat/l}$	0,14–0,63 $\mu\text{kat/l}$
Alkalická fosfatáza	1,83 $\mu\text{kat/l}$	1,85 $\mu\text{kat/l}$	0,60–2,5 $\mu\text{kat/l}$

Urea	3,3 mmol/l	3,3 mmol/l	2–6,8 mmol/l
Kreatinin	81 µmol/l	83 µmol/l	55–98 µmol/l
Glukóza	6,7 mmol/l	6,9 mmol/l	4–5,9 mmol/l
CRP	95 mg/l	99 mg/l	0–5 mg/l
Celková bílkovina	69 g/l	69 g/l	68–85 g/l

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky, 2018

10. 04. 2018

- Zavedení centrálního venózního katétru do *vena jugularis interna dextra* (informovaný souhlas pacientkou podepsán)
- RTG hrudníku po zavedení CVK – CVK míří správně do úrovně pravého hilu – pneumothorax nepřítomen
- Zahájení paliativní chemoterapie v režimu GEMOX (pacientka poučena o účincích a případných rizicích spojených s podáním chemoterapie, podepsala informovaný souhlas)
- Ondasetron 8 mg p. o.
- Dexamethason 8 mg 1 amp. i. v. do 100 ml F1/1 na 10 min.
- Gemcitabin (1000 mg/m^2 , 1162.5 mg) i. v. do 250 ml F1/1 na 30 min.
- Oxaliplatin (130 mg/m^2 , 151.2 mg) i. v. do G 5 % 500 ml na 60 min.
- Ondasetron 8 mg p. o.

Konzervativní terapie ke dni 11. 04. 2018

Dieta: č. 4 (s omezením tuků), dne 12. 04. 2018 konzultace s nutričním terapeutem – sipping džus 2x denně

Výživa a hydratace: per os

Pohybový režim: pohyb omezený, nutná dopomoc k pohybu, vydrží sedět

Rehabilitace: 1x denně, dle aktuálního stavu pacientky

Farmakoterapie ke dni 11. 04. 2018

Tabulka 9 Farmakoterapie ke dni 11. 04. 2018

Název	Forma podání	Gramáž	Čas ordinace	Indikační skupina
Degan	Tbl., p. o.	10 mg	1 – 1 – 1 (30 minut před jídlem)	Antiemetika
Verospiron	Tbl., p. o.	50 mg	1 – 0 – 0	Diuretika
Espumisan	Cps., p. o.	40 mg	2 – 2 – 2	Digestiva, Adsorbentia, Acida
Paralen	Tbl., p. o.	500 mg	2 – 2 – 2	Analgetika, Antipyretika
Zaldiar	Tbl., p. o.	37,5 mg/325 mg	1 – 1 – 1 – 1	Analgetika, Anodyna
Fraxiparine	Inj., s. c.	0,3 ml	0 – 0 – 18 h	Anticoagulantia
Fentanyl-ratiopharm	Tdr., empl.	50 µg/h	á 72 h	Analgetika, Anodyna
Plasmalyte	Inf., i. v.	500 ml	rychlostí 60 ml/h	Infundibilia
Dle potřeby				
Sevredol	Tbl., p. o.	20 mg	max. po 4–6 h	Analgetika, Anodyna
Stilnox	Tbl., p. o.	10 mg	1/N (při nespavosti)	Antipsychotika
Morphin Biotika	Inj., s. c.	1 % 1ml/ 10 mg	max. po 6 hod (při silné bolesti)	Analgetika, Anodyna
Ondasetron	Inj., i. v.	8 mg	1 – 1 – 1 (při nevolnosti)	Antiemetika, Antivertiginosa

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky, 2018

Ostatní ordinace ke dni 11. 04. 2018

TK/P, TT: monitorace R – P – V

Váha: každý den 06:30

Bilance tekutin: příjem + výdej za 24 hodiny

Monitorace stravy za 24 hodin

3.7 SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 11. 04. 2018

Pacientka X. Y. ve věku 52 let s metastatickým cholangiokarcinomem, plánovaně přijata 5. dubna 2018 na oddělení komplexní onkologické péče ke kontrole PTD drénu a k zahájení paliativní chemoterapie. Tentýž den byl proveden nástřík PTD s následnou extrakcí pro jeho nefunkčnost, 9. dubna 2018 byl proveden UZ žlučových cest s kontrolními odběry kvůli hodnotám hladiny bilirubinu, 10. dubna 2018 byl zaveden CVK s RTG kontrolou a byla podána paliativní chemoterapie.

Stanovení ošetrovatelských problémů **ke dni 11. dubna 2018**: Pacientka je 1. den po aplikaci paliativní chemoterapie v režimu GEMOX, při vědomí, orientovaná místem, časem i osobou, spolupracující. U pacientky jsou 3x denně monitorovány fyziologické funkce (měřeno v 07:30 – TK: 125/85 torrů – normotenze, P: 75' – normokardie a TT: 36,8 °C – normotermie). Dotyčná udává intenzivní **bolest** v oblasti jater a celého břicha, kterou na analogové škále označuje č. 7, intenzita bolesti je u pacientky monitorována všeobecnou sestrou pravidelně 3x během dne a půl hodiny před a po podání analgetik. K jejímu zmírnění je dle ordinace lékaře navýšena síla transdermální náplasti Fentanyl-ratiopharm z 25 µg/h na 50 µg/h do oblasti pravého ramene s výměnou à 72 hodin. V souvislosti s bolestí pacientka také udává celkovou **únavu** a problémy se **spánkem** v nemocničním prostředí. Pro **nízký příjem tekutin** a pro **opakované pobízení pacientky k pitnému režimu** se začíná sledovat bilance tekutin. Na základě screeningového nástroje pro určení nutričního skóre s výsledkem 4 bodů = **nutriční riziko pacienta** je nutné začít sledovat i příjem stravy a co nejdříve kontaktovat nutričního terapeuta. Dnes je u pacientky po jednom dni po podané chemoterapii zaznamenána **nauzea**, pro nevolnost je všeobecnou sestrou podán 3x denně Degan 10 mg p. o. 30 minut před každým jídlem. Pacientka má 2. den zavedenou **centrální žilní kanylu** do *vena jugularis interna dextra*, u které všeobecná sestra provedla sterilní převaz bez komplikací a do níž dostává infuzní terapii. Pro sledování výdeje moče a **omezení hybnosti** byl pacientce 1. den zaveden permanentní močový katétr, který vede hnědou moč, bez příměsí. Z důvodu užívání analgetik je u pacientky zaznamenáno zvýšené **riziko zácpy**, kdy poslední defekace proběhla 9. dubna ráno. V důsledku toho je pacientce všeobecnou sestrou podáván sirup Lactulosa 5 ml p. o. 3x denně. Na základě hodnotícího testu dle Barthelové – základních všedních činností je pacientka vyhodnocena 60 body, tedy střední

závislostí. Pro uspokojení základních potřeb pacientky je uskutečňována **dopomoc při hygieně** na lůžku, při pohybu, při pokusu o **vyprázdnění** a **oblékání s úpravou zevnějšku** prováděná ošetrovatelským personálem a vlastní sestrou pacientky. V hodnocení **rizika pádu** dle screeningového nástroje pacientka vychází s celkovým počtem šesti bodů, tedy je tímto rizikem ohrožena a je u ní nutný dohled zdravotnického pracovníka nebo jiné osoby. V odpoledních hodinách u dotyčné došlo k **duchovnímu rozhovoru** a **čtení z Bible** zprostředkovaným nemocničním kaplanem. Byly stanoveny aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy.

3.8 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH SEŘAZENÍ DLE PRIORIT

Na podkladě získaných údajů a vytyčení ošetrovatelských problémů bylo stanoveno 12 aktuálních a 4 potenciální ošetrovatelské diagnózy. Stanovení proběhlo 7. den hospitalizace pacientky ke dni 11. dubna 2018, tedy 1. den po podání paliativní chemoterapie. Diagnózy byly stanoveny dle NANDA-I Taxonomie II 2015–2017 (48).

3.8.1 AKTUÁLNÍ A POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY – PŘEHLED

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

1. Akutní bolest (00132)
2. Nauzea (00134)
3. Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)
4. Únava (00093)
5. Snaha zlepšit duchovní well-being [pohodu] (00068)
6. Snaha zlepšit religiozitu (00171)
7. Ochota ke zlepšení bilance tekutin (00160)
8. Deficit sebeděče při koupání a hygieně (00108)
9. Deficit sebeděče při oblékání a úpravě zevnějšku (00109)
10. Deficit sebeděče při vyprazdňování (00110)
11. Snaha zlepšit výživu (00163)
12. Nedostatek spánku (00096)

Potenciální ošetrovatelské diagnózy:

1. Riziko infekce (00004)
2. Riziko deficitu tělesných tekutin (00028)
3. Riziko pádu (00155)
4. Riziko zácpy (00015)

3.8.2 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

S ohledem na množství stanovených ošetrovatelských diagnóz jsou v této práci detailněji rozpracovány tři aktuální a jedna potenciální ošetrovatelská diagnóza, které byly u pacientky zhodnoceny jako nejdůležitější.

3.8.2.1 AKUTNÍ BOLEST (00132)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice:

„Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně či popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem“ (48, s. 404).

Určující znaky:

- změny v chuti k jídlu
- nesoustředěné chování
- výraz bolesti v obličeji (zbitý pohled, grimasa)
- vyhledávání antalgické polohy
- omezená hybnost
- nespavost
- vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti (vizuální analogová škála bolesti – ohodnoceno pacientkou stupněm 7)

Související faktory:

- poškozující příčiny onemocnění (fyzikální – nádor)

Priorita: střední

Cíl krátkodobý:

Pacientčina bolest klesá po podání analgetické léčby do 30–60 minut dle hodnocení VAS alespoň ze stupně 7 na stupeň 5.

Cíl dlouhodobý:

Pacientka při propouštění do domácího prostředí udává pocíťovanou bolest dle hodnocení VAS nižší než stupeň 2.

Očekávané výsledky:

- Pacientka chápe příčiny vzniku bolesti do 2 hodin.
- Pacientka je schopná o bolesti a jejích projevech hovořit do 2 hodin.
- Pacientka umí využívat vizuální analogovou škálu bolesti do 30 minut.
- Pacientka udává zmírnění bolesti do 1 hodiny od podání analgetik.
- Pacientka zná a využívá úlevovou polohu do 2 hodin.
- Pacientka spí nerušeným spánkem do 2 dnů.

Ošetrovatelské intervence:

1. Zajisti pacientce dostatečnou vzdálenost signalizačního zařízení k jeho případnému využití, všeobecná sestra, ihned.
2. Sleduj neverbální projevy a všímej si chování pacientky a jejích změn v souvislosti s bolestí, všeobecná sestra, vždy.
3. Pravidelně posuzuj bolest ve spolupráci s pacientkou (lokalizaci, charakter, nástup, trvání, častost), zhoršující faktory, všeobecná sestra, ihned.
4. Nauč pacientku využívat vizuální analogovou škálu bolesti (o intenzitě 0–10), všeobecná sestra, do 1 hodiny.

5. Ber v potaz předchozí zkušenosti pacientky s bolestí a jejím překonáváním, všeobecná sestra, vždy.
6. V případě zvýšené intenzity bolesti informuj lékaře a změny zaznamenej do ošetrovatelské dokumentace, všeobecná sestra, průběžně během dne – max. po dvou hodinách.
7. Sleduj působení analgetik, všeobecná sestra, do 30–60 minut.
8. Sleduj účinnost a případné vedlejší účinky podaných léků, informuj lékaře a průběh zaznamenej do lékařské dokumentace, všeobecná sestra, do 30–60 minut.
9. Pomoz pacientce ve vyhledávání a zaujímání úlevové polohy, všeobecná sestra, do 1 hodiny.
10. Zajisti klidné prostředí a pečuj o pohodlí pacienta, všeobecná sestra, vždy.
11. Sleduj vliv bolesti na kvalitu spánku pacientky, všeobecná sestra, vždy večer před spaním.
12. Při udávání zvýšení intenzity bolesti pacientky kontroluj fyziologické funkce, všeobecná sestra, do 10 minut.

Realizace:

11. 04. 2018

- 08:30** – Pacientka edukována o principu a důležitosti využívání vizuální analogové škály bolesti a o možnosti podání analgetik, všeobecná sestra u lůžka.
- 09:30** – Pacientka udává bolesti břicha a oblasti jater o intenzitě na vizuální analogové škále stupněm 7.
- 09:37** – Lékař ihned informován o výši stupně a lokalizaci bolesti pacientky, všeobecná sestra.
- 09:38** – Kontrola fyziologických funkcí pacientky (TK: 125/82 torrů, P: 89/min., TT: 36,9°C), všeobecná sestra u lůžka.
- 09:40** – Záznam stupně bolesti a fyziologických funkcí do ošetrovatelské dokumentace pacientky, všeobecná sestra.
- 09:43** – Kontrola pacientky ošetřujícím lékařem.
- 09:45** – Podán Morphin Biotika 1 % 1ml/10mg injekční roztok 1 ampule s. c., dle ordinace lékaře, všeobecná sestra.

- 09:50** – Proveden záznam o podání léčiva do ošetrovatelské dokumentace a opiátové knihy, všeobecná sestra a ošetřující lékař.
- 09:55** – Pacientka edukována o principu zaujímání úlevové polohy, všeobecná sestra u lůžka.
- 09:57** – Pacientka zaujímá úlevovou polohu na zádech se skrčenými koleny, s dohledem a pomocí všeobecné sestry.
- 10:30** – Kontrola intenzity bolesti dle analogové škály (všeobecná sestra u lůžka), pacientka udává zmírnění bolesti na stupeň 4.
- 12:30** – Kontrola intenzity bolesti po dvou uplynulých hodinách (všeobecná sestra u lůžka), pacientka udává stále stejnou hodnotu bolesti dle VAS se stupněm 4, poté kontrola bolesti každé dvě hodiny, všeobecná sestra.
- 18:30** – Pacientka udává intenzivní vzestupnou tlakovou bolest dle VAS stupněm 7 v podjaterní oblasti.
- 18:32** – Monitorace fyziologických funkcí pacientky (TK: 123/89 torrů, P: 113/min., TT: 36,9 °C), všeobecnou sestrou.
- 18:35** – Sloužící lékař informován o charakteru a intenzitě bolesti pacientky, všeobecná sestra.
- 18:40** – Záznam stupně bolesti a fyziologických funkcí do ošetrovatelské dokumentace pacientky, všeobecná sestra.
- 18:45** – Dle ordinace lékaře pacientce navýšení síly transdermální náplasti Fentanyl-ratiopharm z 25 µg/h na 50 µg/h s výměnou po 72 hodinách, všeobecná sestra u lůžka.
- 18:47** – Proveden záznam o podání léčiva do ošetrovatelské dokumentace a opiátové knihy, všeobecná sestra a sloužící lékař.
- 19:30** – Kontrola intenzity bolesti dle analogové škály (všeobecná sestra u lůžka), pacientka udává zmírnění bolesti na stupeň 4.
- 21:00** – Měřeny fyziologické funkce (TK: 138/85 torrů, P: 91/min., TT: 36,7 °C).
- 22:00** – Dle ordinace lékaře pacientce na noc podán Zaldiar 37,5 mg/325 mg tbl., p. o. a Stilnox 10 mg p. o. pro lepší kvalitu spánku dle potřeby, všeobecná sestra.
- 24:00** – Kontrola celkového stavu pacientky, klidný spánek, všeobecná sestra u lůžka.

12. 04. 2018

- 07:00** – Pacientka spala celou noc, bolestí se nebudila, kontrola všeobecnou sestrou po dvou hodinách.
- 07:30** – Pacientka si osvojila sledování a hodnocení bolesti dle vizuální analogové škály (0–10) pravidelně po dvou hodinách, nárůst intenzity bolesti je schopna rozeznat a hlásit ošetřujícímu personálu do 30 minut.
- 10:00** – V průběhu dopoledne pacientka využívá naučené úlevové polohy.
- 16:00** – Pacientce bylo zajištěno soukromí pro rozhovor s nemocničním kaplanem.
- 17:00** – U pacientky v pravidelných intervalech po dvou hodinách v průběhu celého dne sledována intenzita bolesti dle vizuální analogové škály všeobecnou sestrou.
- 17:45** – Protože u pacientky není za celý den zaznamenán výrazný vzestup bolesti, není potřeba pacientce podávat jinou analgetickou léčbu, než která byla naordinována ošetřujícím lékařem jako součást pravidelně užívané medikace.
- 21:30** – Všeobecná sestra pravidelně podává analgetika společně s ostatními léky dle ordinace lékaře 4x denně, u kterých nebyl zaznamenán projev vedlejších účinků.
- 22:00** – Pro lepší kvalitu spánku pacientce podán všeobecnou sestrou Stilnox 10 mg p. o. dle potřeby.

Hodnocení 12. 04. 2018:

Efekt: částečný

Cíl krátkodobý byl u pacientky splněn. Po podání analgetické léčby u pacientky vždy dochází do 30–60 minut k poklesu intenzity bolesti dle vizuální analogové škály minimálně ze stupně 7 na stupeň 5. Pacientka si osvojila sledování a hodnocení bolesti dle této škály a veškeré změny byla schopna hlásit ošetřujícímu personálu do 30 minut.

Cíl dlouhodobý nyní nelze zhodnotit, protože v době sledování pacientka není propuštěna do domácího prostředí. Pro splnění dlouhodobého cíle je nutné dále setrvat v plnění vybraných intervencí.

Pokračující intervence:

2., 3., 5., 6., 7., 8., 9., 10., 11., 12.

U pacientky je nadále důležité monitorovat bolest a v případě zvýšení její intenzity ihned informovat lékaře, podávat medikamenty dle jeho ordinace a vše pečlivě zaznamenávat do ošetřovatelské a lékařské dokumentace. Je také nutné pravidelně zajišťovat klidné prostředí, pečovat o pohodlí pacientky a sledovat vliv bolesti na kvalitu jejího spánku.

3.8.2.2 NAUZEJA (00134)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice:

„Subjektivní nepříjemný a vlnovitý pocit v zadní části hrdla a žaludku, který může nebo nemusí mít za následek zvracení“ (48, s. 403).

Určující znaky:

- nauzea
- zvýšená salivace
- zvýšené polykání
- dávivý pocit
- kyselá chuť v ústech

Související faktory:

- lokalizované nádory (metastázy do jater)
- léčba (podání paliativní chemoterapie)

Priorita: střední

Cíl krátkodobý:

Pacientka zaznamená zlepšení pocitu nauzey po podání antiemetik do 30 minut po jeho podání.

Cíl dlouhodobý:

Pacientka bude při propuštění do domácího prostředí přijímat potravu a tekutiny s nežádoucími projevy a komplikacemi v únosné míře.

Očekávané výsledky:

- Pacientka nepocítuje nevolnost a nepříjemné nutkání na zvracení po podání antiemetik do 30 minut.
- Pacientka je dostatečně hydratována po celou dobu hospitalizace.
- Pacientka si drží stabilní tělesnou hmotnost po celou dobu hospitalizace.

Ošetřovatelské intervence:

1. Podávej pacientce léky zamezující nevolnosti dle ordinace lékaře, všeobecná sestra, v průběhu dne.
2. Vysvětli pacientce význam užívání antiemetik, všeobecná sestra, ihned.
3. Sleduj účinky podaných antiemetik dle ordinace lékaře, změny pravidelně zaznamenávej do dokumentace, všeobecná sestra, v průběhu celého dne.
4. Zajisti pacientce pro stolování komfortní prostředí bez vůní a zápachů, všeobecná sestra, vždy.
5. Spolupracuj s dietní sestrou, konzultuj s ní pacientovy problémy spojené s nauzeou, od prvního dne po podání chemoterapie projevu příznaků pacientky, všeobecná sestra.
6. Kontroluj u pacientky pravidelný a dostačující příjem tekutin, všeobecná sestra, v průběhu celého dne.
7. Odved' pacientčinu pozornost rozhovorem, poslechem hudby, četbou, všeobecná sestra, každý den.

Realizace:

11. 04. 2018

06:58 – Pacientka udává nepříjemný pocit v ústech s nevolností.

07:00 – Pacientce podána antiemetika dle ordinace lékaře, všeobecná sestra.

07:10 – Pacientka je poučena o důležitosti pravidelného přísunu tekutin během celého dne, tekutiny zajištěny do dostatečné vzdálenosti, všeobecná sestra u lůžka.

- 07:30** – Patientka udává mírný pokles příznaků nevolnosti po podání antiemetik.
- 07:32** – Záznam do ošetrovatelské a lékařské dokumentace, všeobecná sestra.
- 07:35** – Patientce podána snídaně.
- 08:10** – Kontrola pacientčina stavu po konzumaci 1/4 porce snídaně, pacientka udává pocit plnosti a nepříjemného diskomfortu zažívacího traktu.
- 08:15** – Patientce podána injekční antiemetika po konzultaci s ošetřujícím lékařem, všeobecná sestra.
- 08:17** – Záznam do ošetrovatelské a lékařské dokumentace, všeobecná sestra.
- 08:45** – Patientka hlásí stav bez pocitu nevolnosti.
- 11:30** – Kontrola pacientčina stavu, kdy dotyčná neudává pocit nauzey, všeobecná sestra podává dle ordinace lékaře antiemetika v podobě tablety 30 minut před obědem jako prevenci opětovnému stavu nauzey.
- 12:30** – Patientka udává mírné obtíže v souvislosti s nauzeou, dle ordinace lékaře podány injekční antiemetika, všeobecná sestra.
- 13:00** – Kontrola pacientky, která je bez nepříjemných pocitů zažívacího traktu.
- 14:30** – Patientce bylo zajištěno soukromí pro rozhovor s pastoračním pracovníkem nemocnice.

V průběhu celého dne pacientka kontrolována před každým jídlem i po každé konzumaci potravin. Dle ordinace lékaře podávána antiemetika 30 minut před každým jídlem ve formě tablet a ve formě injekčního roztoku 3x/den, všeobecná sestra vše pečlivě zaznamenávala do ošetrovatelské a lékařské dokumentace pacientky. Patientce s její konzultací zajištěn vyhovující komfort při přijímání potravy a tekutin během celého dne.

12. 04. 2018

- 07:00, 11:00, 16:00** – Podána antiemetická léčba v per orální podobě dle ordinace lékaře 30 minut před každým jídlem, všeobecná sestra u lůžka.
- 08:35, 12:45 a 17:40** – Patientce opět podávána antiemetika v infuzní formě dle ordinace lékaře pro zhoršení nauzey po jídle, do 30 minut dochází ke zmírnění těchto příznaků, všeobecná sestra vše pečlivě zaznamenává do zdravotnické dokumentace pacientky.

- 10:15** – Pacientce zajištěna konzultace s nutriční terapeutkou, na základě jejího doporučení strava pacientky doplněna o vychlazený džusový sipping 2x/den.
- 18:10** – V průběhu celého dne nad pacientkou zajištěn dohled v příjmu tekutin a pozvolné konzumaci džusového sippingu, všeobecná sestra a rodinní příslušníci pacientky.
- 18:30** – Pacientka během dne udává pocity dyskomfortu zažívacího traktu, nedochází však ke zvracení a míra nevolnosti se pohybuje v mezích snesitelnosti.

Hodnocení 12. 04. 2018:

Efekt: částečný

Cíl krátkodobý se podařilo splnit. U pacientky došlo ke zlepšení pocitu nauzey po podání antiemetik do 30 minut po jeho podání.

Cíl dlouhodobý nyní nelze zhodnotit, protože v době sledování pacientka nebyla propuštěna do domácího prostředí. Pro splnění dlouhodobého cíle je nutné dále setrvat v plnění vybraných intervencí.

Pokračující intervence:

1., 3., 4., 5., 6.

U pacientky je nadále nutné striktně dodržovat podávání antiemetik dle ordinace lékaře a bedlivě sledovat jejich účinnost. V případě jakýchkoliv negativních změn ihned informovat ošetřujícího lékaře a vše pečlivě zaznamenat do zdravotnické dokumentace. Nadále nad pacientkou držet dohled v přijímání dostatečného množství tekutin, alespoň 1,5 litru za den. Při nedostatečném příjmu stravy pacientky zajistit okamžitou konzultaci s nutričním terapeutem.

3.8.2.3 SNAHA ZLEPŠIT DUCHOVNÍ WELL-BEING [POHODU] (00068)

Doména 10: Životní principy

Třída 2: Přesvědčení

Definice:

„Vzorec prožívání a integrace významu a smyslu v životě prostřednictvím propojenosti se sebou samým, s druhými, uměním, hudbou, literaturou, přírodou a/nebo se silou větší než je vlastní, který lze posílit“ (48, s. 329).

Určující znaky:

Spojení se sebou samým

- vyjadřuje touhu po lepším zvládnání zátěže
- vyjadřuje touhu po zvýšení odvahy
- vyjadřuje touhu po zvýšení naděje
- vyjadřuje touhu zlepšit meditaci
- vyjadřuje touhu zlepšit odpuštění sobě samému
- vyjadřuje touhu po větším vnitřním klidu
- vyjadřuje touhu po větším odevzdání se

Spojení s druhými

- vyjadřuje touhu zlepšit interakci s důležitými blízkými osobami
- vyjadřuje touhu zlepšit interakci s duchovními vůdci

Spojení s uměním, hudbou, literaturou a přírodou

- vyjadřuje touhu zlepšit četbu duchovní literatury

Spojení se silou větší než je vlastní

- vyjadřuje touhu zlepšit svou účast v náboženských aktivitách
- vyjadřuje touhu zlepšit zbožnost
- vyjadřuje touhu zlepšit úctu

Priorita: střední

Cíl krátkodobý:

Pacientčiny individuální duchovní potřeby zprostředkované nemocničním kaplanem jsou splňovány do 24 hodin od jejich vyjádření.

Cíl dlouhodobý:

Pacientka v průběhu celé hospitalizace nejeví známky duchovního strádání v souvislosti se zažitými individuálními náboženskými zvyklostmi a potřebami v různých podobách.

Očekávané výsledky:

- Pacientka dosahuje naděje a míru v souvislosti s Bohem.
- Pacientčiny duchovní potřeby jsou uspokojeny v dostačující míře.
- Pacientka umí vyjádřit své pocity a v případě potřeby se nebojí požádat o rozhovor s nemocničním poskytovatelem duchovní služby.

Ošetrovatelské intervence:

1. Zjistí náboženskou a duchovní minulost pacientky, všeobecná sestra, do jednoho dne.
2. Zjistí význam pacientových rituálů v každodenním životě, všeobecná sestra, do jednoho dne.
3. Pomoz pacientce objevovat její vlastní vnitřní síly, všeobecná sestra, v průběhu hospitalizace.
4. Hovoř s pacientkou o individuálních duchovních potřebách a rituálech k utužování duševního klidu, všeobecná sestra, vždy.
5. Dostatečně pacientku informuj o veškerých pastoračních službách nemocničního zařízení, všeobecná sestra, průběžně.
6. Umožni pacientce klidné a nerušené prostředí pro rozhovor s nemocničním duchovním, všeobecná sestra, vždy.
7. Respektuj a pobízej pacientku k účasti na praktikách, které utuží osobní přesvědčení a posílí její vnitřní pohodu, všeobecná sestra, vždy.
8. Připomínej pacientce důležitost udělat si čas na dosažení vnitřního klidu a osobní harmonie, všeobecná sestra, v průběhu dne.

Realizace:

11. 04. 2018

08:50 – Pacientce jsou podány informace o možnostech a formách využití duchovní služby nemocnice, všeobecná sestra u lůžka.

10:30 – Pacientka vyjadřuje přání osobního rozhovoru s nemocničním duchovním pracovníkem.

16:00 – Pacientce zajištěno soukromí pro rozhovor s nemocničním kaplanem, všeobecná sestra.

12. 04. 2018

10:30 – Pacientka informována o konání mše svaté v místní kapli v odpoledních hodinách, všeobecná sestra.

13:30 – Zajištěno vhodné prostředí pro vykonání modlitby pacientky a přítomné návštěvy, všeobecná sestra.

16.45 – Pacientce poskytnuta svátost eucharistie nemocničním kaplanem.

Hodnocení 12. 04. 2018

Efekt: částečný

Cíl krátkodobý se podařilo splnit. Pacientce je vždy do 24 hodin zajištěna návštěva nemocničního kaplana dle potřeby a vyjádření pacientky.

Cíl dlouhodobý se podařilo splnit částečně. Pacientka v průběhu dvou dnů sledování nejeví známky duchovního strádání v souvislosti s vykonáváním svých individuálních duchovních zvyklostí a potřeb. K naplnění dlouhodobého cíle nutno pravidelně pokračovat ve vybraných intervencích.

Pokračující intervence:

3., 4., 5., 6., 7., 8.

Pro splnění stanoveného dlouhodobého cíle a vnitřní vyrovnanosti pacientky je nadále důležité dotyčnou informovat o možnostech duchovních aktivit nemocnice, pravidelně pacientce naslouchat a sledovat její duševní rozpoložení. Neméně potřebné je najít dostatek času a zajistit klidné prostředí k samotnému rozhovoru s pacientkou pro zjištění jejích individuálních přání.

3.8.2.4 RIZIKO INFEKCE (00004)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice:

„Náchylnost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví“ (48, s. 345).

Rizikové faktory:

- invazivní postupy (CVK, PMK)
- vliv farmak (cytostatika)
- nedostatečné znalosti o zamezení vlivu patogenů

Priorita: střední

Cíl krátkodobý:

Pacientka je dostatečně informována o možných rizicích vzniku infekce v oblasti zavedeného centrálního žilního katétru a permanentního močového katétru do 24 hodin od jejich zavedení.

Cíl dlouhodobý:

Pacientka je bez známek infekce (místní, celkové) v důsledku zavedených CVK a PMK po celou dobu jejich zavedení v průběhu hospitalizace.

Očekávané výsledky:

- Pacientka je bez známek infekce (místní, celkové) po celou dobu zavedení CVK a PMK při hospitalizaci v nemocničním prostředí.
- Pacientka akceptuje všechny postupy vykonávané k zabránění vzniku infekce a rozumí jim do 24 hodin.
- Pacientka zná způsoby, jak předcházet infekci z důvodu zavedeného CVK a PMK, nebo snížit riziko jejího vzniku, do 24 hodin od jejich zavedení.

- Pacientka dokáže identifikovat počínající známky infekce v místě zavedených vstupů do 24 hodin.
- Pacientka při podezření na počínající infekci kolem CVK a PMK ihned přivolá všeobecnou sestru.

Ošetrovatelské intervence:

1. Dodržuj zásady asepsy při zavádění PMK, všeobecná sestra, vždy.
2. Dodržuj zásady sterility při převazu CVK a pátrej po možných známkách infekce, všeobecná sestra, každý den.
3. Sleduj průchodnost a funkčnost CVK a PMK, všeobecná sestra, každý den.
4. Sleduj rizikové faktory vzniku infekce v souvislosti se zavedenými vstupy pacientky, všeobecná sestra, vždy.
5. Edukuj pacientku a rodinné příslušníky o způsobech předcházení vzniku infekce v oblasti zavedených vstupů v souvislosti se správnými postupy při provádění hygieny pacientky, všeobecná sestra, průběžně.
6. Edukuj pacientku o známkách počínajícího zánětu v oblasti CVK a PMK, všeobecná sestra, do 1 hodiny po zavedení.
7. Informuj pacientku o důležitosti přivolání všeobecné sestry při podezření na počínající místní infekci oblasti vstupů, všeobecná sestra, ihned.

Realizace:

11. 04. 2018

- 07:15** – Sterilně proveden převaz centrálního žilního katétru, který pacientka měla zavedený 2. den kvůli aplikaci chemoterapie a infuzní terapii, okolí klidné bez známek vzniklé nebo počínající infekce, katétr průchodný, všeobecná sestra.
- 08:10** – Pacientce byl zaveden permanentní močový katétr za přísného dodržení aseptických podmínek z důvodu zhoršení mobility pacientky, všeobecné sestry ve službě.
- 08:15** – Pacientka byla poučena o nežádoucích projevech zánětu v místě zavedených vstupů a byly jí blíže popsány pocity, které jsou s tímto

stavem spojeny, pacientka byla dále poučena o nutnosti okamžitého přivolání sestry v případě jejich rozeznání, všeobecná sestra.

14:00 – Kontrola průchodnosti CVK a kontrola jeho krytí, krytí nepoškozeno, neznečištěno a bez prosáknutí, všeobecná sestra ve službě.

14:02 – Kontrola funkčnosti zavedeného PMK, funkční, odváděl hnědou moč, bez známek řezání a pálení, všeobecná sestra.

17:00 – Sestra pacientky a samotná pacientka poučena o důležitosti správně provedených postupů hygieny v oblasti zavedeného PMK a CVK, všeobecná sestra.

12. 04. 2018

07:20 – Proveden převaz CVK za použití dezinfekčního roztoku a výměny sterilního krytí, kontrola funkčnosti, sterilní podání infuzního roztoku, všeobecná sestra.

14:00 – Kontrola případných známek infekce v okolí CVK i PMK, bez jejich přítomnosti a komplikací, všeobecná sestra u lůžka.

14:03 – Připomenutí pacientce, aby ihned kontaktovala všeobecnou sestru při jakémkoliv podezření na pocity pálení, řezání, pocitu plnosti močového měchýře nebo horkosti v oblasti PMK a CVK, všeobecná sestra.

17:30 – U pacientky v průběhu celého dne nebyly zpozorovány známky počínající infekce ani komplikace se zavedenými vstupy, všeobecná sestra konající službu.

Hodnocení 12. 04. 2018:

Efekt: částečný

Cíl krátkodobý byl splněn. Pacientka byla dostatečně informována o možných rizicích infekce v souvislosti se zavedenými vstupy a rozuměla jim do 24 hodin od jejich zavedení.

Cíl dlouhodobý zatím nelze vyhodnotit, protože v době sledování pacientka nebyla propuštěna do domácího prostředí. Pro splnění dlouhodobého cíle je nutné dále setrvat v plnění vybraných intervencí.

Pokračující intervence:

2., 3., 6., 7.

U pacientky je nadále nutné každý den monitorovat průchodnost a funkčnost CVK a PMK, dodržovat zásady aseptického přístupu při aplikaci infuzní terapie do CVK i při jejím každodenním převazu. Dále je nutné pacientce připomínat sledování projevů infekce v oblasti CVK i PMK s důležitostí přivolání sestry při jejím rozeznání.

3.9 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Pacientka X. Y. byla přijata plánovaně dne 5. dubna 2018 na oddělení komplexní onkologické péče s diagnostikovaným Klatskinovým cholangiokarcinomem žlučových cest pro výměnu PTD drénu a k zahájení paliativní chemoterapie v režimu GEMOX. Podání paliativní chemoterapie proběhlo 6. hospitalizační den pacientky 10. dubna 2018. K vytyčení ošetřovatelských diagnóz, cílů, očekávaných výsledků a ošetřovatelských intervencí došlo 1. den po aplikaci paliativní chemoterapie. Tentýž den byl vypracován plán ošetřovatelské péče, který byl poté realizován v období od 11. dubna 2018 do 12. dubna 2018. Bylo stanoveno 11 aktuálních a 4 potenciální ošetřovatelské diagnózy. V praktické části bakalářské práce byly pro detailnější rozpracování vybrány 3 aktuální a 1 potenciální ošetřovatelská diagnóza.

Ze stanovených ošetřovatelských diagnóz je u pacientky jako nejzávažnější vyhodnocena akutní bolest. Pacientka na podanou chemoterapii zareagovala silnými bolestmi se vzestupnou tendencí v oblasti jater a žlučovodů, proto bylo nutné navýšení síly opiátové náplasti a dle potřeby podat analgetika naordinovaná lékařem. Na pacientku má tato analgetická léčba kladný efekt již první den, zvláště po navýšení síly transdermální náplasti. Pro další průběh onemocnění je u pacientky nezbytné stále sledovat intenzitu bolesti a při jakékoliv změně ihned informovat lékaře. Dalším řešeným aktuálním problémem pacientky byla nauzea doprovázená nechutenstvím, kdy pravidelné podávání antiemetik zmírnilo tyto nežádoucí účinky podané chemoterapie. Vzhledem k závažnosti stavu pacientky a předpokládané rychlé progresi onemocnění je nadále nezbytné monitorovat pravidelný příjem stravy a tekutin a neustále pacientku k těmto úkonům pobízet. Rodinní příslušníci i samotná pacientka jsou v této oblasti informováni. Při jakýchkoliv změnách příjmu stravy pacientky je třeba zajistit konzultaci s nutričním terapeutem.

V průběhu realizace ošetrovatelského plánu je pacientka ohrožena rizikem infekce z důvodu zavedení centrálního žilního katétru a permanentního močového katétru. Pacientka je poučena o těchto rizicích a dokáže na ně zavčas upozornit.

Ačkoliv je pacientka zesláblá a celkově se její zdravotní stav nelepší, neupadá do beznaděje a netrpí úzkostnými stavy nebo myšlenkami o smrti v negativním smyslu. Pravidelně využívá duchovních služeb nemocnice v podobě návštěv nemocničního kaplana a vše překonává s vírou v dobrý konec, v Boha.

K těmto vypracovaným ošetrovatelským diagnózám byly stanoveny krátkodobé a dlouhodobé cíle. Z krátkodobých cílů byly splněny všechny, u dlouhodobých zatím nebyl znát výsledek, jelikož v průběhu sledování pacientka nebyla propuštěna do domácího prostředí a je nutné k jejich naplnění pokračovat ve výše popsanych intervencích.

V průběhu hospitalizace je pacientka informována o rychlém postupu závažného onemocnění, u kterého lékaři zhodnotili paliativní chemoterapii v režimu GEMOX jako dále neprosperující s ohledem na její celkový stav. Pacientka je dále odkázána k prosté paliativní péči a k dimisi se zajištěním domácí hospicové péče s přáním samotné pacientky, manžela i rodinných příslušníků.

4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Jak již bylo dříve zmíněno, onemocnění karcinomem žlučových cest patří k poměrně vzácným v naší populaci a je doprovázeno velmi špatnou prognózou u mužů i žen. Péče o tyto onkologické pacienty obecně zahrnuje úzkou spolupráci multidisciplinárního týmu a je nutné zachovávat individuální přístup ke každému nemocnému. Ošetrovatelský personál by měl na každého onkologicky nemocného pohlížet z bio-psycho-sociálního a spirituálního hlediska, tedy nezabývat se pouze tělesnou schránkou, ale zohlednit také duši pacienta a jeho potřeb v této oblasti. S tím souvisí pečlivá informovanost pacienta ze strany ošetrovatelského týmu o možnostech konkrétního zařízení v poskytování pastorační péče, jejích podob a možnostech využití.

Níže v textu jsou uvedena některá doporučení pro nelékařský zdravotnický personál, samotné pacienty i jejich rodinné příslušníky. Doporučení vycházejí ze získaných poznatků při psaní bakalářské práce. Byly využity literární zdroje a osobní zkušenosti s péčí o rodinného příslušníka s diagnostikovaným tumorem žlučových cest, u něhož byl duševní stav kladně ovlivněn pastoračním pracovníkem nemocnice.

Doporučení pro zdravotnický personál pracující v zařízeních pečující o onkologické pacienty:

- Průběžně se vzdělávat v odborných ošetrovatelských postupech a získané dovednosti aplikovat v praxi.
- Striktně dodržovat postup při aplikaci cytostatik dle předepsaných standardů.
- Dostatečně edukovat pacienty a rodinné příslušníky v oblasti celkové hygienické i komplexní péče o pacienta, i v souvislosti s podanými cytostatiky.
- Zajistit dostatek informací pacientovi i rodinným příslušníkům o správné výživě a postupech při nedostatečném příjmu potravy a tekutin pacienta.
- Neustále k pacientům přistupovat komplexně z bio-psycho-sociálního a duchovního hlediska.
- Dostatečně pacienty informovat o možnostech a způsobech využití pastorační péče v průběhu hospitalizace.

- Snažit se respektovat individuální duchovní potřeby a rituály každého nemocného.
- Za každých okolností být empatický a naslouchající.

Doporučení pro pacienty:

- Získat dostatek informací o svém onemocnění a snažit se porozumět jeho podstatě a léčení.
- Hledat nejkvalitnější odborné lékařské možnosti pomoci ve svém dosahu.
- Aktivně se účastnit na léčebném procesu.
- Nebát se vyjádřit své potřeby, přání a pocity v průběhu hospitalizace, vše se dá řešit.
- Při nejasnostech v souvislosti s léčebným postupem kontaktovat ošetřujícího lékaře.
- V případě jakýchkoliv negativních změn ihned kontaktovat všeobecnou sestru.

Doporučení pro rodinné příslušníky:

- Vykonávat pravidelné návštěvy pacienta během hospitalizace.
- Projevovat zájem o vyslechnutí pacientových problémů spojených s nemocí.
- Pomáhat vyhledávat a vykonávat úlevovou polohu pacienta při bolestech.
- Informovat se o zásadách výživy onkologicky nemocného v domácím prostředí.
- V případě jakýchkoliv nejasností s onkologickou a paliativní léčbou kontaktovat ošetřujícího lékaře.
- Zajistit pokračující návštěvy duchovního pracovníka v místě bydliště nemocného do domácího prostředí.

ZÁVĚR

Nádory žlučníku a žlučových cest patří mezi relativně vzácná onemocnění, v České republice tvoří přibližně jedno procento nově hlášených zhoubných novotvarů. Bez ohledu na svoji nízkou četnost se však jedná o velmi vážné onemocnění s obecně špatnou prognózou, kdy v současnosti jedinou možnou léčbou s kurativním potenciálem je chirurgická resekce napadené tkáně, k níž je však pro pozdní diagnostiku nádoru indikováno jen malé množství pacientů. Většina je tak odkázána na paliativní způsoby léčby, pět let přežívá jen asi 10 % pacientů.

Součástí holistického přístupu v péči o pacienta je též saturace jeho spirituálních potřeb. Tyto se dostávají do popředí pacientovy pozornosti s vědomím blížícího se konce života. Projeví-li o to pacient zájem, je možno k dialogu o nezodpovězených spirituálních otázkách a k doprovázení v závěrečné fázi života přizvat odborníka v podobě nemocničního kaplana nebo dobrovolníka v oblasti pastorační péče. Tuto službu v současné době poskytuje většina nemocničních zařízení.

Tématem této bakalářské práce bylo zhodnotit vliv pastorační péče na léčbu konkrétního pacienta s diagnostikovaným tumorem žlučových cest v terminálním stádiu. Jedním ze stanovených cílů teoretické části práce proto bylo toto nádorové onemocnění popsat. Popis je proveden v první kapitole, kde jsou kromě klasifikace, epidemiologie a popisu diagnostických metod rozpracovány též možnosti léčby Klatskinova tumoru. Druhý cíl teoretické části, tedy seznámit s úlohou pastorace v nemocničních zařízeních, je zpracován v následující kapitole. V ní je nejprve vysvětlena úloha pastorace v péči o pacienta, stručně shrnut historický vývoj pastorace a jeho zakotvení v právním systému České republiky, dále jsou uvedeny klasifikační předpoklady pro práci v oblasti pastorace v nemocničním zařízení a představeny některé metody uplatňované v doprovázení pacientů na sklonku života.

Praktická část se zabývá stanovením ošetrovatelského procesu u pacientky s cholangiokarcinomem žlučových cest indikované k výměně PTD drénu a k zahájení paliativní chemoterapie. Ošetrovatelský proces byl zpracován pro období po podání první dávky chemoterapie v 7. den hospitalizace pacientky. Ošetrovatelské diagnózy

byly stanoveny podle NANDA-I Taxonomie II 2015–2017 a posouzení stavu pacientky bylo vzhledem k povaze onemocnění vypracováno na základě modelu dle Virginie Henderson, jehož součástí je též posouzení spirituálního stavu pacientky. Praktická část je doplněna vypracováním ošetrovatelských diagnóz a doporučením pro praxi. Tímto jsou splněny všechny stanovené cíle.

Pacientka během své léčby často využívala služeb nemocničního kaplana k soukromým rozhovorům a přijímání svátostí. Dle subjektivního posouzení a vlastních rozhovorů s pacientkou dotyčná ve své víře nacházela značnou úlevu a posilu v boji s nevléčitelnou nemocí. Předkládaná práce může být prospěšná všem, kteří se do blízkosti či přímo role ošetřujícího o nevléčitelně nemocného člověka dostanou, klade si za cíl upozornit na důležitost spirituálních potřeb nemocných a poskytnout základní informace, jaké možnosti se v této oblasti pacientům i doprovázejícím osobám nabízejí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- (1) *Zdravotnická ročenka České republiky*. 2017. [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 1957– . [cit. 2019-02-13]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-1961-az-2013>
- (2) SKALICKÝ, Tomáš a kol., 2011. *Hepato-pankreato-biliární chirurgie*. 1. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-269-8.
- (3) ŠPIČÁK, Julius a kol., 2017. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0318-8.
- (4) KALA, Zdeněk a kol., 2009. *Nádory podjaterní oblasti*. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-2867.
- (5) BÜCHLER, Tomáš a kol., 2017. *Speciální onkologie*. 1. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-539-2.
- (6) *Zhoubné nádory žlučníku a žlučových cest*. [online]. Česká onkologická společnost. [vid. 2019-02-04]. ISSN 2570-8791. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/onkologicke-diagnozy/nadory-jater-a-zlucniku-c22-24/zhoubne-nadory-zlucniku-a-zlucovych-cest/>
- (7) KRŠKA, Zdeněk a kol., 2014. *Chirurgická onkologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4284-7.
- (8) BĚLINA, František, 2013. Hilový cholangiokarcinom (Klatskinův tumor) – současné možnosti léčby. *Rozhledy v chirurgii*. 92(1), 4-15. ISSN 1805-4579.
- (9) LATA, Jan a kol., 2010. *Gastroenterologie*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-692-2.
- (10) *Endosonografická drenáž žlučových cest*. [online]. Medical Tribune CZ. [vid. 2019-02-23]. ISSN 1214-8911. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/30036-endosonograficka-drenaz-zlucovych-cest>
- (11) *Prezentace změn mezi 7. a 8. vydáním TNM*. [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [vid. 2019-02-23]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/system/files/TNM_8_Prezentace_Klasifikace_zhoubnych_novotvaru.pdf.

- (12) *TNM klasifikace zhoubných nádorů*. 2011. Praha: ÚZIS. ISBN 978-80-904259-6-5.
- (13) ČEŠKA, Richard a kol., 2016. *Interna*. 3. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-895-5.
- (14) BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5402-4.
- (15) GURKOVÁ, Elen, 2011. *Hodnocení kvality života*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3625-9.
- (16) KISVETROVÁ, Helena, 2018. *Péče v závěru života*. 1. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-496-8.
- (17) *Constitution of WHO: Principles* [online]. World Health Organization. [vid. 2019-02-03]. ISSN 0049-8114. Dostupné z: <https://www.who.int/about/mission/en/>
- (18) KALVACH, Zdeněk a kol., 2011. *Křehký pacient*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4026-3.
- (19) OPATRŇY, Aleš, 2017. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. 1. Vyd. Červený Kostelec: Pavel Mervart. ISBN 978-80-7465-269-1.
- (20) *Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi ČBK a ERC v ČR*. [online]. Ekumenická rada církví v České republice. [vid. 2018-12-30]. Dostupné z: http://www.ekumenickarada.cz/in/2654/dohoda_o_duchovni_peci_ve_zdravotnictvi_mezi_cbk_a_erc
- (21) ČESKOSLOVENSKO, 1949. Zákon č. 217/1949 Sb., kterým se zřizuje Státní úřad pro věci církevní. In: *Sbírka zákonů republiky Československé*. **67**, 639. ISSN 1804-0721. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=457>
- (22) ČESKOSLOVENSKO, 1949. Zákon č. 218/1949 Sb. o hospodářském zabezpečení církví a náboženských společností státem. In: *Sbírka zákonů republiky Československé*. **67**, 640-641. ISSN 1804-0721. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=457>
- (23) ČESKOSLOVENSKO, 1949. Vládní nařízení č. 219/1949 o hospodářském zabezpečení církve římskokatolické státem. In: *Sbírka zákonů republiky Československé*. **68**, 643-647. ISSN 1804-0721. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=458>

- (24) ČESKOSLOVENSKO, 1949. Vládní nařízení č. 228/1949 o působnosti a organizaci Státního úřadu pro věci církevní. In: *Sbírka zákonů republiky Československé*. **71**, 672. ISSN 1804-0721. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=461>
- (25) ČESKO, 2012. Zákon č. 428/2012 Sb. ze dne 8. listopadu 2012 o majetkovém vyrovnání s církvemi a náboženskými společnostmi a o změně některých zákonů (zákon o majetkovém vyrovnání s církvemi a náboženskými společnostmi). In: *Sbírka zákonů České republiky*. **155**, 5474-5486. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=25281>
- (26) *Dějiny protikomunistické rezistence*. [online]. Ústav pro studium totalitních režimů. [vid. 2018-02-05]. Dostupné z: <https://www.ustrcr.cz/uvod/skupina-vyzkumu/>
- (27) ČESKOSLOVENSKO, 1990. Zákon č. 16/1990 Sb. ze dne 23. ledna 1990, kterým se mění zákon č. 218/1949 Sb., o hospodářském zabezpečení církví a náboženských společností státem. In: *Sbírka zákonů Československá socialistická republika*. **4**, 40. ISSN 0322-8037. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=2315>
- (28) ČESKO, 1993. Usnesení předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb. o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky. In: *Sbírka zákonů České republiky*. **1**, 17-23. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=22426>
- (29) ČESKO A SLOVENSKO, 1991. Zákon č. 308/1991 Sb. o svobodě náboženské víry a postavení církví a náboženských společností. In: *Sbírka zákonů České a Slovenské federativní republiky*. **57**, 1338-1342. ISSN 1210-0005. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=2469>
- (30) ČESKO, 2002. Zákon č. 3/2002 Sb. o svobodě náboženského vyznání a postavení církví a náboženských společností a o změně některých zákonů (zákon o církvích a náboženských společnostech). In: *Sbírka zákonů České republiky*. **2**, 83-95. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=>
- (31) ČESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky*. **131**, 4730-4801. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=23497>
- (32) ČESKO, 2017. Zákon č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských

- zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů České republiky*. **72**, 2065-2084. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=>
- (33) ČESKO, 2009. Metodické doporučení pro zavedení dobrovolnického programu v nemocnicích v souladu s procesy řízení rizik a bezpečnosti pacientů. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. **6**, 102-114. ISSN 1211-0868. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/1155-vestnik-062009.html>
- (34) NĚMEC, Damián, 2015. Právní zakotvení pastorační péče v necírkevních zdravotnických zařízeních v České republice. *Revue církevního práva*. [online]. 2015, roč. 21, č. 1., 53-92 [cit. 2018-05-20]. ISSN 2336-5609. Dostupné z: http://spcp.prf.cuni.cz/42-56/60_revue_cela.pdf
- (35) *Dodatek č. 1 k Dohodě o duchovní péči ve zdravotnictví mezi ČBK a ERC v ČR*. [online]. Ekumenická rada církví v České republice. [vid. 2018-12-30]. Dostupné z: http://www.ekumenickarada.cz/in/2654/dohoda_o_duchovni_peci_ve_zdravotnictvi_mezi_cbk_a_erc
- (36) *Dodatek č. 2 k Dohodě o duchovní péči ve zdravotnictví mezi ČBK a ERC v ČR*. [online]. Katolická asociace nemocničních kaplanů v České republice. [vid. 2019-03-09]. Dostupné z: <http://kaplan-nemocnice.cz/souvisejici-dokumenty-a-odkazy/>
- (37) ČESKO, 2017. Metodický pokyn o duchovní péči ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče poskytovatelů zdravotních služeb. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. **4**, 2-8. ISSN 1211-0868. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c-4-/2017_13683_3699_11.html
- (38) *Výroční zpráva o činnosti a hospodaření Katolické asociace nemocničních kaplanů v České republice za rok 2017*. [online]. Katolická asociace nemocničních kaplanů v České republice. [vid. 2019-02-09]. Dostupné z: <http://kaplan-nemocnice.cz/zakladni-informace/>
- (39) *Kontakty na nemocniční kaplany*. [online]. Katolická asociace nemocničních kaplanů v České republice. [vid. 2019-02-09]. Dostupné z: <http://kaplan-nemocnice.cz/kontakty-na-nemocnicni-kaplany/>
- (40) *Nemocnice se službou nemocničních kaplanů*. [online]. Asociace nemocničních kaplanů. [vid. 2019-02-09]. Dostupné z: <https://www.nemocnicnikaplan.cz/mapa>

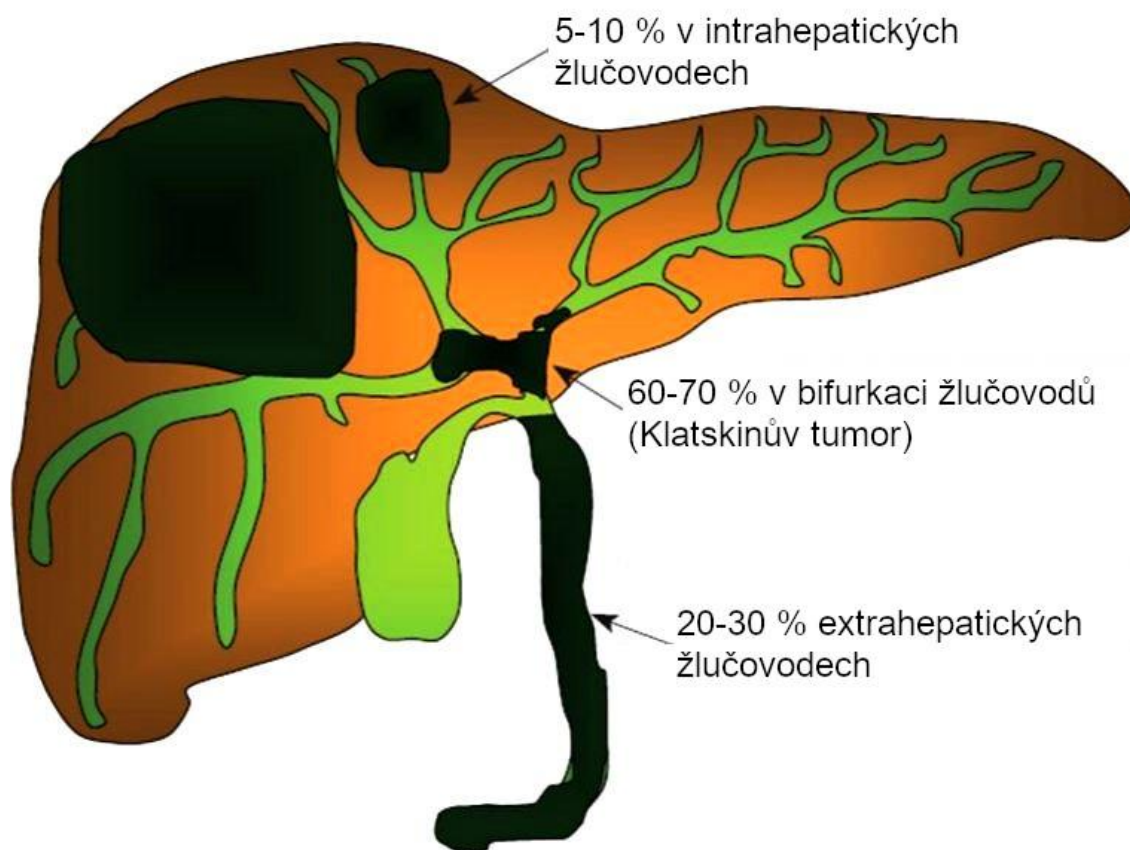
- (41) SVATOŠOVÁ, Marie, 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4107-9.
- (42) *Pastorační péče v méně obvyklých situacích* [online]. Pastorage. [vid. 2019-02-16]. Dostupné z: <https://www.pastorage.cz/tematicke-texty/pastoracni-pece-v-mene-obvyklych-situacich-cast-i-p-ing-ales-opatrnly>
- (43) OPATRŇY, Aleš, 2016. *Pastorální teologie pro laiky*. 1. vyd. Červený Kostelec: Pavel Mervart. ISBN 978-80-7465-237-0.
- (44) PAVEL VI, 1963. *Konstituce o posvátné liturgii Sacrosanctum Concilium* [online]. Vatican.va. [vid. 2019-02-24]. Dostupné z: http://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vat-ii_const_19631204_sacrosanctum-concilium_cs.html
- (45) PAVEL VI, 1972. *Apoštolská konstituce o svátosti pomazání nemocných* [online]. Pastorační středisko Arcibiskupství pražského. [vid. 2019-02-24]. Dostupné z: http://www.liturgie.cz/shared/clanky/102/1972_or-do-unctionis-infir-morum_cz_konstituce.pdf
- (46) VELLA, Elias, 2011. *Uzdrav mě, Pane*. 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-521-4.
- (47) HULKOVÁ, Viera, 2017. *Aplikácia vybraných konceptuálnych modelov v ošetrovateľskej praxi I*. 1. vyd. Příbram: Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna. ISBN 978-80-88206-06-4.
- (48) NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetrovateľské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5412-3.
- (49) *Causes of Death Statistics* [online]. Statistics Explained. [vid. 2019-02-03]. ISSN 2443-8219. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Causes_of_death_statistics
- (50) VOKURKA, Martin a kol., 2016. *Slovník lékařských zkratk*. 1. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-519-4.
- (51) VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2015. *Praktický slovník medicíny*. 11. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-464-7.
- (52) *Velký lékařský slovník*. [online]. Maxdorf. [vid. 2019-03-10]. Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz>

- (53) NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2018. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 5. vyd. Praha: Vysoká škola zdravotnická. ISBN 978-80-88249-02-3.

SEZNAM PŘÍLOH

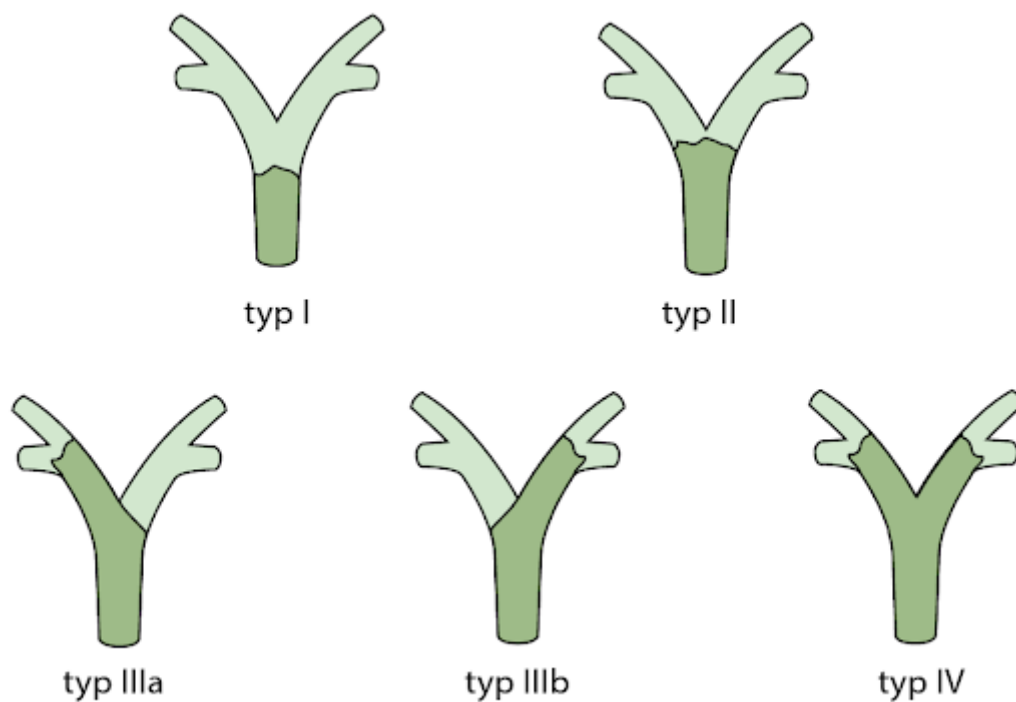
PŘÍLOHA A	LOKALIZACE CHOLANGIOKARCINOMU	I
PŘÍLOHA B	TYPY KLATSKINOVA TUMORU DLE BISMUTHA- CORLETTA	II
PŘÍLOHA C	TNM KLASIFIKACE TUMORU.....	III
PŘÍLOHA D	STADIA KLATSKINOVA NÁDORU.....	IV
PŘÍLOHA E	PŘÍČINY ÚMRTÍ – STANDARDIZOVANÁ MÍRA ÚMRTNOSTI.....	V
PŘÍLOHA F	KVALIFIKAČNÍ PŘEDPOKLADY NEMOCNIČNÍHO KAPLANA	VI
PŘÍLOHA G	KVALIFIKAČNÍ PŘEDPOKLADY DOBROVOLNÍKA V OBLASTI DUCHOVNÍ PÉČE	VIII
PŘÍLOHA H	PRŮVODNÍ LIST K REŠERŠI	IX
PŘÍLOHA I	ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ STUDENTA K ZÍSKÁNÍ PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE.....	X

PŘÍLOHA A LOKALIZACE CHOLANGIOKARCINOMU



Zdroj: (7, s. 463)

PŘÍLOHA B TYPY KLATSKINOVA TUMORU DLE BISMUTHA-CORLETTA



Zdroj: (7, s. 463)

I	Tumor zaujímá společný <i>ductus hepaticus</i>
II	Tumor zaujímá bifurkaci bez postižení levého či pravého hepaticu
IIIa	Postižení bifurkace a pravého hepaticu
IIIb	Postižení bifurkace a levého hepaticu
IV	Tumor postihuje oba hepaticy

Zdroj: (2, s. 289)

PŘÍLOHA C TNM KLASIFIKACE TUMORU

T1	ohraničení na mukózu
T1a	šíření do subepitelové vrstvy
T1b	šíření do fibromuskulární vrstvy
T2	infiltrace do periduktálních struktur
T3	infiltrace okolních struktur
N0	nejsou uzlinové metastázy
N1	přítomnost metastáz v regionálních lymfatických uzlinách (hepatoduodenální ligamentum)
N2	přítomnost metastáz ve vzdálených uzlinách
M0	nepřítomnost vzdálených metastáz
M1	přítomnost vzdálených metastáz

Zdroj: (7, s. 464)

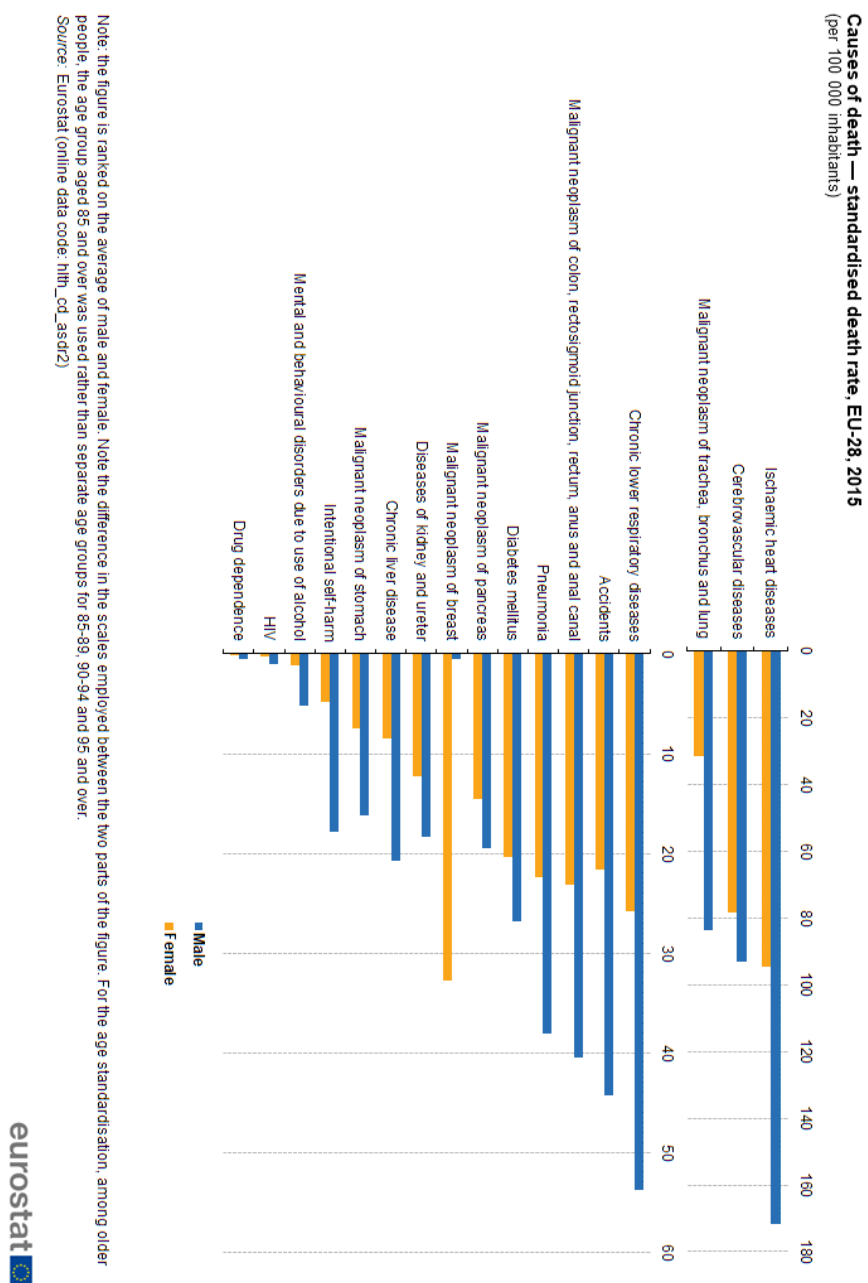
PŘÍLOHA D STADIA KLATSKINOVA NÁDORU

Stadium I	T1, N0, M0
Stadium II	T2, N0, M0
Stadium III	T1-2, N1, M0
Stadium IVa	T3, N0-1, M0
Stadium IVb	T1-3, N0-1, M1

Zdroj: (7, s. 464)

PŘÍLOHA E PŘÍČINY ÚMRTÍ – STANDARDIZOVANÁ MÍRA ÚMRTNOSTI

Příčiny smrti – standardizovaná míra úmrtnosti, EU-28, 2015 (na 100 000 obyvatel)



Zdroj: (49)

PŘÍLOHA F KVALIFIKAČNÍ PŘEDPOKLADY NEMOCNIČNÍHO KAPLANA

1. Pověření vlastní církvi
2. Ukončené vysokoškolské vzdělání dle specifikace v příloze k nařízení vlády č. 275/2016 Sb., o oblastech vzdělávání ve vysokém školství:
 - a) prioritně na magisterském stupni v teologickém studijním programu spadajícím pod oblast vzdělávání filozofie, religionistika a teologie,
 - b) nebo na bakalářském stupni v teologickém studijním programu a zároveň na magisterském stupni ve filozofickém nebo religionistickém studijním programu spadajícím pod oblast vzdělávání filozofie, religionistika a teologie,
 - c) nebo na bakalářském stupni v teologickém studijním programu a zároveň na magisterském stupni v studijním programu spadajícím alespoň pod jednu z těchto oblastí vzdělávání:
 - farmacie,
 - neučitelská pedagogika,
 - psychologie,
 - sociální práce,
 - učitelství,
 - veterinářství lékařství, veterinární hygiena
 - všeobecné lékařství a zubní lékařství,
 - zdravotnické obory.
3. Minimálně tři roky působení v obecné pastorační péči u osob uvedených v odstavci 1 písm. a) nebo minimálně pět let působení v obecné pastorační péči u osob uvedených v odstavci 1 písm. b) a c).
4. Specializovaný kurz nemocničního kaplanství nebo odpovídající vzdělání zahrnující:
 - a) znalosti obecných zásad a základů organizace pastorační péče v katolické církvi a jednotlivých členských církvích ERC (včetně přesného názvosloví);

- b) základní znalosti o církvích a náboženských společnostech registrovaných; v ČR, světových náboženstvích, nových náboženských hnutích a sektách působících v ČR;
- c) znalosti bioetiky, zejména lékařské a zdravotnické etiky;
- d) znalosti organizace práce ve zdravotnictví;
- e) znalosti právního minima v oblastech sociální péče a zdravotnictví;
- f) kurz komunikace, zejména v obtížných situacích;
- g) minimálně jednoměsíční praxi, nejlépe však tříměsíční.

Zdroj: (35, s. 2, 36, s. 1–2).

PŘÍLOHA G KVALIFIKAČNÍ PŘEDPOKLADY DOBROVOLNÍKA V OBLASTI DUCHOVNÍ PÉČE

1. Pověření vlastní církví a ověření způsobilosti nemocničním kaplanem.
2. Teologické minimum (je v kompetenci jednotlivých církví) a znalost obecných zásad a základů organizace pastorační péče v katolické církvi a v jednotlivých členských církvích ERC.
3. Základní znalosti o církvích a náboženských společnostech registrovaných v ČR, světových náboženstvích, nových náboženských hnutích a sektách působících v ČR.
4. Základní znalost organizace zdravotnictví a nemocnice.
5. Schopnost komunikace, zejména v obtížných situacích.
6. Základní znalosti z bioetiky, lékařské a zdravotnické etiky.

Zdroj: (35, s. 2, 36, s. 1–2).

PŘÍLOHA H PRŮVODNÍ LIST K REŠERŠI



Vliv pastorační péče v nemocničním zařízení

Klíčová slova:

pastorační péče, duchovní péče, paliativní péče, řeholní řády, zdravotnické zařízení
pastoral care, spiritual care, palliative care, religious order, medical organization

Rešerše č. 49/2017

Bibliografický soupis

Počet záznamů:	celkem 46 záznamů (vysokoškolské práce – 4, knihy – 19, ostatní – 23)
Časové omezení:	od 2009
Jazykové vymezení:	čeština, slovenština, angličtina
Druh literatury:	vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku
Datum:	18. 12. 2018

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- Souborný katalog ČR (www.caslin.cz)
- Informační portál MedLike (www.medvik.cz/medlike)
- Databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz, www.cuni.cz)
- Jednotný portál knihoven (www.knihovny.cz)

PŘÍLOHA I ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ STUDENTA K ZÍSKÁNÍ PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem „Vliv pastorační péče v nemocničním zařízení – kazuistika“ v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 20. března 2019

.....
Jméno a příjmení studenta