

Univerzita Karlova v Praze

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Jana Reptová

Ošetrovatelská péče o pacienta s tumorem spodiny dutiny ústní

Nursing care of a patient with a tumor the base of the oral cavity

Bakalářská práce

Praha 2017

Autor práce: Jana Reptová

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Hana Svobodová, PhD.

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetrovatelství

Konzultant: MUDr. Pavel Prodělal

Pracoviště konzultanta: Diakonie ČCE – hospic CITADELA

Předpokládaný termín obhajoby: červen 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK jsou totožné.

V Praze dne 29. 5. 2017

.....
Podpis autora práce

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Haně Svobodové, PhD. a odbornému konzultantovi MUDr. Pavlu Prodělalovi za cenné rady, věcné připomínky a vstřícnost při zpracování bakalářské práce. Rovněž patří můj dík rodině za neutuchající trpělivost a podporu, kterou mi poskytovala po celou dobu mého studia.

Obsah

1	Úvod.....	8
2	Klinická část.....	10
2.1	Anatomie	10
2.1.1	Kosti	10
2.1.1.1	Mozková část lebky	10
2.1.1.2	Obličejová část lebky.....	10
2.1.2	Svaly hlavy.....	10
2.1.2.1	Svaly žvýkací.....	10
2.1.2.2	Svaly mimické	11
2.1.3	Cévy	11
2.1.4	Nervový systém.....	12
2.1.5	Mízní systém	13
2.2	Fyziologické poznámky	14
2.2.1	Zpracování potravy v dutině ústní	14
2.2.2	Poruchy polykání	14
2.2.2.1	Odynofagie.....	14
2.2.2.2	Dysfagie	15
2.2.3	Horní dýchací cesty.....	15
2.3	Charakteristika onemocnění	16
2.3.1	Onkologické onemocnění dutiny ústní	16
2.3.2	Rizikové faktory nádorových onemocnění orofaciální oblasti	16
2.3.3	Příznaky.....	17
2.3.4	Diagnostika	19
2.3.4.1	Stanovení klinického stádia	20
2.3.5	Léčebné možnosti nádorů hlavy a krku	21
2.3.5.1	Chirurgická léčba.....	21
2.3.5.2	Radioterapie	22
2.3.5.3	Chemoterapie	22
2.3.6	Prevence	22
2.3.6.1	Primární prevence	23
2.3.6.2	Sekundární prevence.....	23

2.3.6.3	Terciární prevence	24
2.3.6.4	Evropský kodex proti rakovině.....	24
2.4	Paliativní péče	26
2.4.1	Obecná a specializovaná paliativní péče.....	27
2.4.1.1	Obecná paliativní péče.....	27
2.4.1.2	Specializovaná paliativní péče.....	27
2.5	Hospic, hospicová péče	30
2.5.1	Myšlenka a filozofie hospice	30
2.5.2	Hospicová péče	30
2.5.2.1	Formy hospicové péče	30
2.5.3	Historie hospiců	31
2.5.3.1	Historie hospiců ve světě	32
2.5.3.2	Historie hospiců v České Republice	32
3	Případová studie	34
3.1	Základní údaje	34
3.2	Lékařská anamnéza	35
3.3	Fyzikální vyšetření	37
3.4	Ošetřovatelská anamnéza	39
3.5	Posouzení stavu dle modelu každodenních činností	40
3.6	Průběh hospitalizace – pobyt v hospici	46
3.7	Ošetřovatelské problémy a rizika	52
3.7.1	Riziko vzniku infekce	52
3.7.2	Oblast stravování a rizika s ním spojené.....	56
3.7.3	Riziko vzniku a rozvoje krvácení.....	57
3.7.4	Problematika vyprazdňování.....	58
3.7.5	Riziko pádu	58
3.7.6	Riziko ztráty soběstačnosti.....	59
3.8	Psychosociální problematika a bolest.....	61
4	Prognóza.....	67
5	Diskuze.....	68
6	Závěr	72
7	Seznam použitých zkratk.....	74

8	Seznam použité literatury.....	77
9	Seznam tabulek	83
10	Seznam příloh.....	83

1 Úvod

Téma bakalářské práce jsem si vybrala na základě své osobní zkušenosti s paliativní a hospicovou péčí. Vše začalo tím, když jsme si museli vybrat zařízení pro prázdninovou praxi a mně se nabídla možnost tuto praxi absolvovat v hospici. Hned při příchodu na oddělení jsem zjistila, že trpím nedostatkem informací. Avšak tento deficit jsem pocítovala i později v praxi, jak u všeobecných sester, tak i dalšího ošetrovatelského personálu, a proto jsem se rozhodla napsat bakalářskou práci právě na téma „Ošetrovatelská péče o pacienta s tumorem spodiny dutiny ústní“.

Ošetrovatelská péče o umírajícího pacienta je náročná nejen po fyzické stránce, ale především i psychické. Všeobecné sestry se dennodenně potýkají s umírajícím člověkem, či smrtí, ale jsou na tyto situace správně připravené? V teoretické části nás vyučující připravují na smrt jakožto patologický, nezvratný stav organismu. Chceme – li k člověku přistupovat jako k celku, tedy holistickým přístupem, musíme smrt vstřebávat především v rovině lidské a přijmout ji a smířit se s ní.

Rakovina je pořád považována za nemoc s nejhorší pověstí, ale vzhledem k rostoucí tendenci, považuji tuto problematiku za neméně důležitou. Myslím si, že je třeba se již pozastavit nad tím, proč o paliativní péči nejeví studenti takový zájem, jako například o péči akutní? Jsou snad tyto lidé méně důležití? Věnujme umírání stejnou péči jako narození. Věnujme těmto lidem vše, co na sklonku svého života potřebují. Já osobně zde spatřuji největší možnou formu naplnění bio – psycho – sociálního modelu. Zcela chápu, že práce s těmito lidmi je velmi psychicky náročná a člověk k ní musí přistupovat s jakousi pokorou a úctou k lidskému životu a jeho pomíjivosti.

Cílem práce je snaha o propojení nemoci s paliativní péčí a hospicovou myšlenkou. Ráda bych tímto poukázala na užitečnost paliativní péče, etickou problematiku, kterou nepřímo sděluji, ale pevně věřím, že práce na ni klade důraz.

V teoretické části částečně nastíním anatomii a fyziologii orofaciální oblasti, budu se snažit objasnit charakteristiku onemocnění, rizikové faktory, prevenci, příznaky, diagnostiku a léčebné možnosti. Pro teoretickou část jsou

stěžejní informace o paliativní a hospicové péči. Chtěla bych zde stručně popsat jejich historii, filozofii a možné formy.

V praktické části se zabývám samotnou případovou studií pacienta s tumorem spodiny dutiny ústní. Snažím se zde popsat jeho hospitalizaci v hospicovém zařízení. Počínaje základními údaji, ošetrovatelskou a lékařskou anamnézou, konče pak ošetrovatelskými problémy, včetně psychosociální problematiky.

Celá bakalářská práce je završena diskuzí a závěrem. Dále můžeme v přílohách nalézt dokumenty, na které odkazuji v textu.

2 Klinická část

2.1 Anatomie

Začátek práce bych chtěla uvést krátkou anatomií a fyziologií týkající se oblasti hlavy a částečně krku.

2.1.1 Kostí

Lebku můžeme rozdělit na část mozkovou (*neurocranium*) a část obličejovou (*splanchnocranium*).

2.1.1.1 Mozková část lebky

Mozkovou část lebky tvoří kosti baze lební (*basis cranii*) a klenby lební (*calva*), ty se skládají z kostí: kosti týlní – *os occipitale*, kosti klínové – *os sphenoidale*, kosti čichové – *os ethmoidale*, kosti spánkové – *os temporale*, kosti čelní – *os frontale*, kosti temenní – *os parietale*, kosti slzní – *os lacrimale*, kosti nosní – *os nasale*, kosti radličné – *vomer*.

2.1.1.2 Obličejová část lebky

Obličejová část lebky se skládá z: horní čelisti – *maxilla*, kosti patrové – *os palatinum*, kosti licní – *os zygomaticum*, dolní čelisti – *mandibula*, jazylky – *os hyoideum* a sluchových kůstek – *ossicula auditus*. (6)

Literatura se často neshoduje v kostech, které řadí do mozkové části, nebo do části obličejové. Pro lepší názornost příkládám obrázky, které jsou k nalezení v přílohách této práce.

2.1.2 Svaly hlavy

Svaly hlavy a krku dělíme na svaly žvýkací (*musculi masticatorii*) a svaly mimické (*musculi faciei*).

2.1.2.1 Svaly žvýkací

- Žvýkací sval (*musculus masseter*) – jeho hlavní funkce je elevace dolní čelisti, uplatňuje se při sání u novorozence a kojence.

- Spánkový sval (*musculus temporalis*) – přitahuje dolní čelist k horní a posouvá ji dozadu.
- Vnitřní křídlový sval (*musculus pterygoideus medialis*) - přitahuje dolní čelist a posouvá ji mediolaterálně
- Zevní křídlový sval (*musculus pterygoideus lateralis*) – je hlavním depresorem (otevíračem) úst, umožňuje žvýkání.

2.1.2.2 Svaly mimické

Svaly mimické začínají většinou na kostěných částech obličeje, leží poměrně povrchově a upínají se do kůže. Obstarávají tak výraz obličeje. Inervace mimických svalů je zajištěna z lícního nervu. Podklad tváře nám tvoří sval tvářový (*musculus buccinator*), který tlačí tváře k zubům a posouvá potravu. Je známý jako „trubačský sval“, nafukuje tváře. Mimické svaly vytváří funkční celky svalů kolem štěrbiny ústní, očních víček, svaly na nose, svaly na klenbě lebeční a svaly boltce ušního.

K mimickým svalům se řadí i platysma, táhne se přes mandibulu a ve své konečné části končí v kůži obličeje. (6, 20)

V příloze také najdeme vyobrazení některých svalů orofaciální oblasti.

2.1.3 Cévy

Z aortálního oblouku (*arcus aortae*) vede směrem k hlavě a krku hlavopažní kmen (*truncus brachiocephalicus*), levou společnou krkavici (*arteria carotis communis sinistra*) a levou podklíčkovou tepnu (*arteria subclavia sinistra*). Hlavním zdrojem tepenného zásobení mozku zajišťují *arteria vertebralis* a *arteria carotis interna*. Vytvářejí Willisův okruh (*circulus arteriosus Willisii*).

Krev z hlavy a krku odvádí vnější a vnitřní hrdelní žíla (*vena cava externa et interna*), ústí do podklíčkové žíly (*vena subclavia*), společně tvoří hlavopažní svazek (*vena brachiocephalica*) a pokračuje do horní duté žíly (*vena cava superior*). (20)

2.1.4 Nervový systém

Na místě by bylo uvést i nervovou soustavu hlavy a krku. Pro rozsáhlý obsah, zde záměrně zmiňuji jen hlavové nervy. Podstatným se jeví být centrální nervová soustava, za zmínku by stála inervace všech útvarů topograficky příslušící k hlavě, zcela jistě bychom museli přiblížit i hlavových nervy a jejich větvení. Vhodnou literaturou k prostudování tohoto tématu nám nabízí Radovan Hudák a kol. s knihou *Memorix anatomie*, nebo nezastupitelná *Anatomie 3*, jejímž autorem je Radomír Čihák.

Hlavové nervy lze považovat za jednu z nejpodstatnějších složek vzhledem k orofaciální oblasti. Zahrnují 12 párů, které vystupují z baze lebni, kromě I. a II. nervu, jenž náleží k centrálnímu nervovému systému. *I. nervus olfactorius* – nerv čichový, vede čichové podněty. *II. nervus opticus* – nerv zrakový, vede zrakové podněty. *III. nervus oculomotorius* – nerv okoohybný, inervuje okoohybné svaly, svaly zužující zornici a umožňuje akomodaci čočky na blízko. *IV. nervus trochlearis* – nerv kladkový a *VI. nervus abducens* – nerv odtahovací, okoohybné svaly. *V. nervus trigeminus* – nerv trojklanný, je nejmohutnější hlavový nerv, dále se dělí. Převládá senzitivní schopnost (čítí v obličeji, zubech a přední části jazyka), ale má i složku motorickou, která inervuje žvýkací svaly. Udává se, že neuralgie trigeminu je jednou z nejhorších bolestí, jaké člověk může zažít. *VII. nervus facialis* – nerv lícní, inervuje mimické svalstvo, slinné žlázy, zprostředkovává chuť. *VIII. nervus vestibulocochlearis* – nerv sluchovým, též statoakustický; receptory vnitřního ucha – sluch a rovnováha. *IX. nervus glossopharyngeus* – nerv jazykolhтанový, čítí zadní části jazyka, horní části hltanu, chuť, polykání, inervace svalů elevující hrtan a hltan. *X. nervus vagus* – nerv bloudivý, chuť z kořene jazyka, inervace svalů hltanu a hrtanu, sestupuje do dutiny hrudní a břišní. *XI. nervus accessorius* – nerv přídatný, inervace a receptory zdvihače hlavy a trapézového svalu. *XII. nervus hypoglossus* – nerv podjazykový, inervuje svaly jazyka, tvorba řeči. (20, 57)

2.1.5 Mízní systém

Seskupení uzlin na hlavě a krku se vyskytují v několika lokalitách: před uchem a za uchem – *nodi preauriculares et retroauriculares*, v týlní oblasti – *nodi occipitales*, v krajině pod dolní čelistí – *nodi submandibulares* a za pharyngem – *nodi retropharyngei*. Ze všech skupin je lymfa drénována do hlavních lymfatických kmenů – *ductus lymphaticus dexter et ductus thoracicus*.

2.2 Fyziologické poznámky

Z fyziologické oblasti jsem se rozhodla vybrat jen pár částí, které se převážně týkají dutiny ústní a nosohltanu. Funkce mozku a dalších částí k němuž náleží, zde záměrně opomím.

2.2.1 Zpracování potravy v dutině ústní

V dutině ústní se děje hned několik procesů, které fyzikálně a chemicky připravují potravu pro další části gastrointestinálního traktu. Důležitou funkci zde zastávají chuťové buňky, které jsou nezbytné jako obrana před pozřením zkažené potravy a zároveň i pro tvorbu šťáv. (16) Slinné žlázy neustále produkují sliny a tím čistí a udržují vlhké prostředí v dutině ústní. Sekreci slin ovlivňují podmíněné i nepodmíněné reflexy. Podmíněná sekrece je řízená z prodloužené míchy a účastní se jí velké slinné žlázy: příušní žláza – *glandula parotis*, která přivádí serózní sekret, seromucinózní sekret zajišťuje podčelistní žláza – *glandula submandibularis* a mucinózní sekret podjazyková žláza – *glandula sublingualis*. Za den se vytvoří přibližně 1 – 2 litry slin. V dutině ústní se taktéž odehrává první fáze polykání – ústní. Sousto se posouvá k patrovým obloukům a tvrdému patru, pomocí jazyka. Zároveň se uzavírá vstup do dutiny nosní, měkké patro se tudíž zvedne. Polykací reflex je vyvolán podrážděním patrových oblouků.

Dutina ústní nám umožňuje i vstřebávat některé látky, účastní se tvorby hlásek a zajišťuje nespecifickou ochranu organismus, neboť lysozym, který je ve slinách, má baktericidní účinky. Tvoří se zde sekreční protilátka – imunoglobulin A. (28)

2.2.2 Poruchy polykání

K poruchám polykání řadíme *odynofagii* – bolest při polykání a *dysfagii* – obtíže při polykání.

2.2.2.1 Odynofagie

Tyto bolesti bývají způsobené zánětem v dané topice, refluxem kyselého žaludečního šťávy a nádory. (21)

2.2.2.2 *Dysfagie*

Různé obtíže při polykání, které vnímá sám člověk. Příčiny mohou vznikat již při přesunu z úst do jícnu, kdy nervosvalové onemocnění vede k poruše koordinace kontrakcí svalů. Dále ji způsobují poruchy peristaltiky v jícnu, nebo při přesunu z jícnu do žaludku. Klíčovou roli zde hraje tzv. **orofaryngová dysfagie**, tedy dysfagie horního typu. Problém je zaznamenán při přesunu sousta z dutiny ústní do jícnu. Vzniká v důsledku cévní mozkové příhody, nádoru hlavy a krku, neurologických degenerativních onemocnění, psychické poruchy, myasthenia gravis a dalších onemocnění svalů. Důsledkem může být dehydratace, časté záněty průdušek a plic, regurgitace, sepse. (21, 63)

2.2.3 **Horní dýchací cesty**

V obličejové části lebky se nachází útvary, které řadíme k horním dýchacím cestám. Jedná se o dutinu nosní, částí nosohltanu a vedlejší nosní dutiny. Na stropě horního nosního průduchu se nachází čichový epitel, kde receptory čichu zaznamenávají plyny rozpuštěné v sekretu nosní sliznice. Oční slzovody ústí do dolního průduchu nosního. Do nosohltanu ústí Eustachova trubice, která vyrovnává tlaky na bubínkách, je v kontaktu se středoušní dutinou. Dolní část hltanu je od jícnu oddělena svěračem.

Kýchací reflex a smrkání jsou částečnou obranou před škodlivinami ze vzduchu. Škodliviny dále mohou být i fagocytovány buňkami imunitního systému nacházející se na sliznicích. (16)

2.3 Charakteristika onemocnění

Nádory spodiny dutiny ústní řadíme topograficky do nádorů hlavy a krku, přestože jsou velmi různorodé. Histologicky jsou nádory ORL oblasti velmi obdobné (90 – 95 % dlaždicobuněčné karcinomy). Taktéž většina z nich pak má sklony k lokálnímu šíření a brzké infiltraci lokoregionálních uzlin (až u 50 – 80% postižených již v čase zjištěné diagnózy). Druhotná ložiska jsou však ojedinělá a vyskytují se především v plicích. (12)

2.3.1 Onkologické onemocnění dutiny ústní

Karcinom dutiny ústní (C 01 – 06) se převážně vyskytuje po 40. roce věku a to častěji u mužů, v poměru 3:1. Typickým histologickým nálezem je dlaždicobuněčný karcinom. Nádory se mohou vyskytovat v místech, jako je volná část jazyka, tvářové sliznice, dásňový výběžek, spodina ústní, tvrdé patro, retromolární oblasti a bukoalveolární rýha. (12)

2.3.2 Rizikové faktory nádorových onemocnění orofaciální oblasti

Obecně bychom rizikové faktory mohli rozdělit do několika skupin, ale vzhledem ke konkrétní problematice, kterou jsou nádory orofaciální oblasti, dělení neuvádím.

Rizikové faktory mohou být podmíněné zevními vlivy, životním stylem, či vlivy genetickými. Ty, které budou uvedeny, tvoří dle Adama a kol. hlavní příčinu vzniku a rozvoje nádorů hlavy a krku.

- Alkohol
- Nikotin v jakékoli formě
- Nízká úroveň hygienických návyků
- Kouření marihuany
- Virus HPV 16 a 18, virus herpes simplex 1
- EB virus
- Nadměrná konzumace slaných ryb
- Ionizační záření (1)

2.3.3 Příznaky

Určitý typ nádorů je dle příznaků těžko rozlišitelný, přesnou diagnostiku nám až následně potvrdí zobrazovací metody.

Nádory obličejové části

K nádorům obličejové části řadíme nádory rtů a tváře, nádory dutiny ústní a jazyka. Ve valné většině se jedná histologicky o karcinomy.

1) *Karcinom rtu*

- Nehojící se zduření (často krvácí)
- Zvětšení regionálních mízních uzlin

2) *Karcinom dutiny ústní*

- Asymptomatické
- Bolest
- Polykací obtíže
- Obtížná mluva

3) *Nádory dutiny nosní a paranazálních sinů*

Nádory této topiky jsou poněkud vzácné, převažují u mužského pohlaví.

- Příznaky připomínající sinusitidy
- Bolest
- Huhňavost
- Zduření
- Bolesti zubů v horní čelisti
- Zhoršená nosní průchodnost
- Porucha čichu
- Příměs krve v nosním sekretu
- Zápach z nosu
- Porucha sluchu
- Zhoršení zraku
- Dvojitě vidění
- Parestezie

4) *Nádory faryngu*

Příznaky u nádorů faryngu se mohou lišit podle rozsahu postiženého místa, ale často se překrývají a doprovázejí. Tyto příznaky zmiňujeme u jednotlivých částí na základě anatomického dělení. Často jsou si svou charakteristikou podobné.

Karcinomy orofaryngu

- Zpočátku necharakteristické
- Bolest v krku
- Škrábání v krku
- Pocit cizího tělesa v krku
- Zduření na krku
- Zápach z úst

Karcinomy nazofaryngu

- Ztížené dýchání přes nos
- Vleklá rýma
- Hemoragická sekrece
- Metastatické postižení krčních uzlin

Karcinomy hypofaryngu

- Odynofagie
- Dysfagie
- Otagie
- Chrapot

5) *Nádory laryngu*

Příznaky u postižení laryngu mohou být rozdílné vzhledem k primární lokalizaci a pokročilosti onemocnění.

- Chrapot
- Odynofagie
- Dysfagie
- Dyspnoe
- Kašel
- Hemoptyza

- Exulcerace zevně na krku
- Váhový úbytek

6) *Nádory slinných žláz*

Mezi tyto nádory řadíme jen nádory velkých slinných žláz. Ty, které vychází z malých slinných žláz, jsou řazeny podle anatomické lokalizace svého původu. Příušní žláza je z většiny výchozí žlázou pro vznik nádoru.

- Zpočátku nebolestivé zduření
- Bolestivost
- Urychlení růstu
- Obrna lícního nervu a parestézie

(12, 35, 54, 62)

2.3.4 Diagnostika

Podrobná anamnéza a detailní fyzikální vyšetření hraje klíčovou roli v procesu stanovení diagnózy. Základní diagnostikou u nádorů hlavy a krku je vyšetření na otorinolaryngologii, ale vzhledem k různorodosti nádorů je třeba i dalších odborníků. Taktéž přímé i nepřímé endoskopické metody přispívají k určení diagnózy. Hlavní náplní je vyšetření horních dýchacích a polykacích cest. Kromě tohoto je důležité zhodnocení celkových příznaků, např. poruchy chuti k jídlu, váhový úbytek, dále i zjištění sociálních zvyklostí a rizikových faktorů. Ústřední je odběr vzorku k histologickému vyšetření. Ten určí histologický typ nádoru, stupeň diferenciacce (grading) a stupeň vaskularizace, což jsou současně prognostické faktory.

Ze zobrazovacích metod nám slouží rentgenový snímek, počítačová tomografie (CT), nebo magnetická rezonance (MR). Tyto metody přináší informace o hloubce a rozsahu nádoru, postižení chrupavky, kostí, perivaskulárním šíření. Současně nesou zprávu o spádových mizních uzlinách. V rámci diagnózy se dále provádí sonografie krku a krčních uzlin, karotická angiografie a pro zjištění vzdálených metastáz používáme RTG, či CT hrudníku, sonografii břicha, eventuálně scintigrafii skeletu. (1, 12, 60)

2.3.4.1 Stanovení klinického stádia

Pro určení prognózy a následující léčby je důležitá klasifikace TNM, která je však do jisté míry subjektivní. TNM klasifikace je podrobná pro každou lokalitu hlavy a krku a tyto klasifikace můžeme najít ve vydání UICC.

Staging (určení anatomického rozsahu nádoru) se určuje podle klasifikace TNM a ta nám určuje nám stádium nádorů. (1, 12, 64)

Agresivitu tumoru a jeho biologické vlastnosti nám z velké části určuje grading. Grading vyjadřuje stupeň diferenciaci. K této analýze opět používáme obecně schválených schémat. Většina z nich je třístupňová. Histopatologický stupeň diferenciaci: G X = nelze hodnotit, G 1 = dobře, G 2 = středně, G 3 = nízké diferencovaný a G 4 = nediferencovaný. Nediferencovaný stupeň nám poukazuje až na nemožnost zařazení na histologickém podkladě, protože odlišnost od potencionální výchozí buňky je natolik pokročilá, že ji nejsme schopni určit.

V oblasti hlavy a krku platí tato kategorie G pro všechny lokalizace kromě štítné žlázy a maligního melanomu sliznice. (2, 64)

Klasifikace TNM

Tab. č. 1 Klasifikace TNM

(podle Pazdery, Základy ústní a čelistní chirurgie, 2011)

TIS	Carcinoma in situ
T 0	Primární tumor nenalezen
T 1	Primární tumor o průměru do 2cm
T 2	Primární tumor o průměru 2 – 4 cm
T 3	Primární tumor větší než 4 cm
T 4	Primární tumor s invazivním růstem do okolních struktur
N 0	Regionální uzlinové metastázy nezjištěny
N 1	Solitární metastáza na téže straně jako tumor do 3 cm v průměru
N 2a	Solitární metastáza na stejné straně (3 – 6 cm v průměru)
N 2b	Mnohočetné stejnostranné metastázy do 6 cm v průměru
N 2c	Oboustranné kolaterální metastázy do 6 cm v průměru
M 0	Vzdálené metastázy nezjištěny
M 1	Vzdálené metastázy přítomny

Rozdělení do stádií u nádorů ORL oblasti

Tab. č. 2 Rozdělení do stádií u nádorů ORL oblasti

(Zdroj: <http://www.uzis.cz/publikace/tnm-klasifikace-zhoubnych-novotvaru-7-vydani-original-2011>)

Stádium I	T, N0, M0
Stádium II	T2, N0, M0
Stádium III	T3, N0, M0 T1, N1, M0 T2, N1, M0 T3, N1, M0
Stádium IVA	T4a, N0, M0 T4a, N1, M0 jakékoliv T, N2, M0
Stádium IVB	jakékoliv T, N3, M0 T4b, jakékoliv N, M0
Stádium IVC	jakékoliv T, jakékoliv N, M1

2.3.5 Léčebné možnosti nádorů hlavy a krku

Léčebných možností nádorů hlavy a krku je hned několik a navzájem se většinou kombinují. Při výběru konkrétní léčby vždy přihlížíme k nám již známým prognostickým faktorům. V první řadě k pokročilosti nádorů, kterou nám udává TNM klasifikace. Jeden z hlavních problémů je pozdní diagnostika a pokročilé stádium nemoci. Dále nás zajímá lokalizace, histologický typ a neméně důležitý pak věk pacienta a jeho celkový stav.

Nemocnému je nutné poskytnout možnosti, srozumitelně jej seznámit se situací tak, aby ji pochopil a následná léčba by měla být v souladu s jeho přáním. (1) Za hlavní léčebné šance považujeme chirurgickou léčbu, radioterapii a chemoterapii.

2.3.5.1 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba má pro počáteční stádia ústřední roli a je první možností řešení. U nádorů malých rozměrů lze provést exstirpaci primárního ložiska nebo excizi. U větších a pokročilejších je nutná široká excize do zdravé tkáně nebo

subtotální resekce. (12) Tyto resekce většinou znamenají nepříjemné následky, jako jsou problémy s mluvením, problémy s příjmem potravy, ale i problémy estetické.

Snaha je o co nejmenší operační výkon, často dochází ke kombinaci s další léčbou, aby bylo dosaženo kýženého efektu. (35)

2.3.5.2 Radioterapie

Radioterapie se považuje za velmi účinnou metodu. V některých případech může dosáhnout podobných výsledků jako chirurgická léčba, bez zásahu do estetických a funkčních složek. Taktéž pro inoperabilní nádory v určitých lokalizacích může být radioterapie jedinou aplikovatelnou metodou. Úspěšnost zevního ozáření závisí na celkové dávce a plánování této léčby. Dávku a délku léčby nám určuje hodnota T z TNM klasifikace. Nevýhodou jsou nežádoucí účinky jako stomatitidy, xerostomie a ztráta chuti.

Radioterapii lze užít i v kombinaci s brachyradioterapií, chemoterapií nebo jako adjuvantní radioterapii.

2.3.5.3 Chemoterapie

Chemoterapie u nádorů v této oblasti má poněkud omezený účinek, který vyplývá z malé citlivosti karcinomů. Odpověď málokdy přesáhne 30%, to i u nejúčinnějších látek, za něž jsou považovány methotrecát, cisplatina, karboplatina, bleomycin a z novějších prostředků zde řadíme taxany.

Nejčastější použití chemoterapie je ve formě neoadjuvantní (ve většině případů v kombinaci s následnou radioterapií). Studie ukázaly, že tato léčba může značně prodloužit bezpříznakové období a ovlivnit i prodloužení celkové doby přežití. Konkomitantní chemoradioterapie taktéž přispívá ke zlepšení prognózy, díky antiproliferačnímu vlivu a zvýšení citlivosti nádorových buněk k ozáření, ale nese s sebou množství nežádoucích účinků. (12)

2.3.6 Prevence

Prevenci u nádorů orofaciální oblasti můžeme klasicky rozdělit na primární, sekundární a terciární. I přesto, že determinanty nám často určují přibližné možné místo nádorového bujení, mohou být společné nejen pro výše

uvedenou oblast, ale celkově pro prevenci nádorových onemocnění týkající se jakékoli topiky. Následující text tedy nebude zaměřen pouze na prevenci nádorů hlavy a krku, ale bude zde především zmíněna prevence onkologických onemocnění. V hojně míře se taktéž jedná o determinanty, které ovlivňují kvalitu života, především kvalitu zdraví.

Kapitola zabývající se rizikovými faktory, nám zpětně nabízí podklady k možné prevenci. Pro ucelení této kapitoly, uvádím v závěru i Evropský kodex proti rakovině.

2.3.6.1 Primární prevence

Jak už je zvykem, primární prevence má za úkol snížit incidenci nádorových onemocnění. Můžeme konstatovat, že v dnešní pokročilé době se vyskytuje mnoho rizikových faktorů, které je třeba eliminovat. Do značné míry jsou tyto faktory rizikové i pro další spoustu onemocnění, např. nemoci srdce a cév, metabolická onemocnění. Přirozeně se tedy jedná o podporu zdraví a zdravého způsobu života. (2, 54)

Do základních ovlivnitelných rizikových faktorů, které může člověk eliminovat, řadíme následující:

- Kouření
- Žvýkání tabáku
- Spotřeba alkoholu
- Důkladná orální a dentální hygiena (45)

Zejména jsou to faktory přispívající k maligním nádorům rakovinového bujení v orofaciální oblasti. Kromě těchto specifických faktorů, bychom mohli mít nesčetně dlouhý výčet i obecných faktorů, ale to už není cílem této kapitoly.

2.3.6.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence pojednává o snížení mortality a to díky včasnému rozpoznání prvních příznaků choroby. Doba, kdy se nádorové onemocnění rozpozná, může hrát významnou roli v následující léčbě a prognóze. Za nejlepší považujeme tu, která je ve stádiu, kdy je ještě možno dosáhnout návratu ke zdraví.

Jedny z nejefektivnějších forem sekundární prevence jsou preventivní prohlídky. Dalším ověřeným nástrojem mohou být také screeningové programy,

kteří začínají být známé jako screeningové akce zaměřené na konkrétní problematiku.

Společným cílem onkologického screeningu ale i individuálních preventivních kontrol je rozpoznání a léčba nezhoubných ložisek, odstranění a lokalizované formy zhoubné nemoci, tedy zamezení šíření. (2, 54)

2.3.6.3 Terciární prevence

Terciární prevence probíhá u nemocných, kteří již podstoupili primární léčbu, a klade si za cíl snížit mortalitu u onkologicky nemocných lidí. Pokládá si za významné vést kvalitní dispenzarizaci. (2, 29)

Pro doplnění můžeme zmínit i kvartérní prevenci, která se snaží předcházet důsledkům postupujícího a nevléčitelného rakovinového onemocnění. Zasažený člověk trpí sníženou kvalitou života a tomu je třeba se vyhnout, nebo alespoň dosáhnout co nejvyšší možné takovéto kvality. Je zapotřebí jednat preventivně jak v psychické, somatické, tak i sociální oblasti. (29)

2.3.6.4 Evropský kodex proti rakovině

1. *„Nekuřte. Neužívejte žádnou formu tabáku.*
2. *Udržujte doma nekuřácké prostředí. Podporujte nekuřáckou politiku na svém pracovišti.*
3. *Udržujte si zdravou tělesnou hmotnost.*
4. *Buďte v každodenním životě fyzicky aktivní.*
5. *Stravujte se zdravě:*
 - *Jezte hodně celozrnných potravin, luštěnin, zeleniny a ovoce.*
 - *Omezte vysoce kalorické potraviny (potraviny s vysokým obsahem cukrů nebo tuků) a vyhýbejte se slazeným nápojům.*
 - *Vyhýbejte se zpracovaným masným výrobkům, omezte červené maso a potraviny s vysokým obsahem soli.*
6. *Pokud pijete alkohol, ať již jakéhokoli druhu, omezte jeho spotřebu. V zájmu rakoviny je lepší alkohol nepít.*
7. *Vyhýbejte se přílišnému slunění, zejména v případě dětí. Používejte ochranu proti slunci. Nepoužívejte solária.*

8. *Na pracovišti se dodržováním pravidel bezpečnosti práce chraňte před látkami způsobujícími rakovinu.*
9. *Zjistěte, zda nejste ve vašem domově vystaveni záření pocházejícímu z přirozeně vysokých úrovní radonu. Snažte se vysoké úrovně radonu snížit.*
10. *Pro ženy:*
 - *Kojení snižuje riziko výskytu rakoviny u matky. Je – li to možné, kojte své dítě.*
 - *Hormonální substituční terapie zvyšuje riziko některých typů rakoviny. Omezte používání hormonální substituční terapie.*
11. *Zajistěte, aby se vaše děti účastnily očkovacích programů proti:*
 - *Hepatitidě B (pro novorozence)*
 - *Lidskému papilomaviru (HPV) (pro dívky).*
12. *Účastněte se organizovaných screeningových programů zaměřených na:*
 - *Rakovinu tlustého střeva a konečníku (muži a ženy)*
 - *Rakovinu prsu (ženy)*
 - *Rakovinu děložního čípku (ženy).“ (48)*

2.4 Paliativní péče

V současné době je výuka lékařů a všeobecných sester zaměřována na moderní, technologicky pojatou medicínu, jejichž orientace má především jediný cíl – uzdravení nemocného. Péče o chronicky nemocné a o nemocné v terminální fázi života nebývá v popředí zájmu. Právě tito lidé potřebují lékařskou a ošetrovatelskou péči nejvíce. (36)

Paliativní péče a medicína jsou ruku v ruce jdoucí disciplíny, které si kladou společný důraz na kvalitu života specifické skupině pacientů, přijímající tuto péči. Definic paliativní péče se nám nabízí hned několik, uvádím tedy alespoň následující:

Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin. (67)

Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života. (36, 40)

„Paliativní medicína znamená aktivní a komplexní lékařskou a ošetrovatelskou péči a doprovázení pacientů od chvíle, kdy jejich choroba již nereaguje na terapeutické zásahy. Pak převládá význam léčby bolesti a zvládnání dalších doprovodných symptomů a zmirňování psychických, sociálních a duchovních problémů. Hlavním cílem paliativní medicíny a paliativní péče je tedy realizace co možná nejlepší kvality života pro pacienta i jeho blízké.

... Chce pacienta podporovat, aby mu umožnila pokud možno autonomní život až do smrti, a stát po boku jeho blízkých, aby se mohli lépe vyrovnat s nemocí a smutkem.“ (34)

Paliativní péče:

- poskytuje úlevu od bolesti a jiných úzkostných příznaků
- pohlíží na umírání jako na přirozený proces
- neusiluje ani o urychlení nebo oddálení smrti
- integruje psychologické a duchovní aspekty péče o pacienta

- poskytuje podpůrný systém pomáhající pacientům žít co nejaktivněji až do smrti
- poskytuje podpůrný systém pomáhající rodinám během pacientovy nemoci a v jejich vlastním zármutku
- využívá týmový přístup k řešení potřeb pacientů a jejich rodin (66)

Paliativní přístup je forma chování, základních znalostí a dovedností, pomocí kterého se zdravotničtí pracovníci starají o pacienty v terminálním stádiu onemocnění. Je to především schopnost sester, které by měly rozeznat a umět řešit potřeby umírajícího pacienta včetně jeho rodiny. (22)

2.4.1 Obecná a specializovaná paliativní péče

Paliativní péči je nutno ještě dále dělit. Často se setkáváme s názorem, že paliativní péče je poskytována pouze v hospicích, nebo dokonce je paliativní péče ztotožňována s hospicovou péčí. Paliativní péče by se tedy měla vyskytovat všude tam, kde jsou umírající lidé a kde jsou jim poskytnuty podmínky pro jejich ošetření. Nakonec tyto informace můžeme vyčíst i v „**Chartě práv umírajících**“, tedy Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“ (7, 17)

Rozlišujeme tedy dvě úrovně paliativní péče a to obecnou a specializovanou.

2.4.1.1 Obecná paliativní péče

Obecná paliativní péče je taková péče, kterou by mělo poskytnout každé zdravotnické zařízení i v rámci své odbornosti.

Důležité je rozpoznání, sledování a ovlivňování toho, co je v danou chvíli pro pacienta a jeho kvalitu života důležité (může se jednat o léčbu symptomů, empatický přístup, respekt k autonomii, důstojné jednání, nabídka pomoci formou domácí ošetrovatelské péče). (56)

2.4.1.2 Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče bývá poskytována v zařízeních, která mají paliativní péči jako své hlavní odborné zaměření. (17). Interdisciplinární tým

(lékaři, sestry, sociální pracovníci, fyzioterapeut, kněz, farář nebo jiný pastorační pracovník, psycholog a další) poskytují specializovanou paliativní péči, která je i hlavní pracovní náplní tohoto týmu. (56)

Mezi zařízení specializované paliativní péče můžeme zařadit:

- Hospic
 - Samostatná budova poskytující výše zmiňovanou péči pro pacienty v preterminální a terminální fázi onemocnění
 - Důraz je zde kladen především na individuální přání a potřeby nemocného
 - Zařízení se snaží o zajištění domácí atmosféry a maximálního soukromí
 - Funguje zde volný režim pro návštěvy a tak pacient může zůstat v intenzivním vztahu s blízkými až do konce života

- Oddělení paliativní péče
 - Jedná se o oddělení, která jsou v rámci jiných zdravotnických zařízení

- Domácí paliativní péče
 - Tzv. „mobilní“ či „domácí“ hospic
 - Poskytuje specializovanou paliativní péči v sociálním prostředí pacienta
 - Je uskutečňován formou návštěv zdravotnických pracovníků, dalších odborníků a dobrovolníků
 - Charakteristická je trvalá dostupnost péče

- Konziliární týmy paliativní péče
 - Zajišťuje a posiluje kontinuitu paliativní péče
 - Jsou odpovědní za edukaci personálu na odděleních

- Denní hospicový stacionář
 - Pomáhá řešit zdravotní problémy pacienta

- Nabízí možnosti aktivit, dle aktuálních potřeb a možností pacienta
 - Ambulance paliativní péče
 - Zajišťuje ambulantní péči pro pacienty, kteří jsou v domácím prostředí
 - Často působí při lůžkových zařízeních
 - Zvláštní zařízení specializované paliativní péče
 - Příkladem mohou být půjčovny pomůcek, odborné porady aj.
- (56)

2.5 Hospic, hospicová péče

2.5.1 Myšlenka a filozofie hospice

„Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné neopakovatelné bytosti.

Hospic nemocnému garantuje, že:

- 1) nebude trpět nesnesitelnou bolestí,*
- 2) v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost,*
- 3) v posledních chvílích života nezůstane osamocen.“ (31)*

Další možnou charakteristiku spatřujeme u Cecily Saundersové: *„Je to místo setkání těla a duše, bytí a nebytí, dávání, přijímání. Všechno musí být viděno dohromady. Umírající potřebují podporu společnosti. Společnost potřebuje umírající, aby přemýšlela o základních otázkách života a učila se naslouchat. Stojíme v blízkosti těch, od kterých se můžeme tolik naučit a kterým můžeme věnovat naši plnou pozornost a respekt.“ (9)*

V hospici jde o doprovázení člověka a jeho blízkých v těžkých chvílích života. Klade důraz na kvalitu života a nasycení potřeb, nejde o prodloužení života. *„Jde o to naplnit dny životem, nikoliv život naplnit dny.“ (31)*

2.5.2 Hospicová péče

V některých publikacích se autoři shodují, že hospicová a paliativní péče je téměř totožná, jiní se však v tomto názoru rozcházejí. Můžeme uvést hned dva protichůdné příklady od významných osob českého zdravotnictví. Munzárová zastává názor, že hospicová péče je poskytována a určena výhradně pro lidi v konečném stavu nemoci, zatímco paliativní péče je pojata v širším významu. (19) Naproti tomu, Svatošová vidí slova paliativní a hospicová péče jako synonyma, o čemž už jsme se zmiňovali výše.

2.5.2.1 Formy hospicové péče

Dle mého názoru se tedy hospicová péče velmi prolíná s paliativní péčí. Následující formy bývají uváděny jako nejčastější:

1) Domácí hospicová péče

Umožňuje lidem s nevyléčitelným onemocněním prožít důstojně svůj život doma s rodinou. Zdravotnický personál dochází za pacientem domů. Důležitou roli zde hraje rodina, která je zapojená do péče. (42) Tato péče však není vždy dostačující. Často je omezená vyčerpáním rodinných příslušníků nebo i prostorovými možnostmi. Velmi omezujícím faktorem bývá i zajištění odbornosti a dostupnosti této péče. (31)

2) Lůžková hospicová péče

Zdravotnické zařízení, které poskytuje paliativní péči je pro člověka další možností, kdy uzná za vhodné, že situace se již doma nedá zvládnout. Důvodem může být i vzdálenost nebo nedostatek odborné péče, která by mohla být poskytována doma.

3) Stacionární hospicová péče

Je vhodná pro pacienty, kteří nemají dalekou dojezdovou vzdálenost, tedy jsou z blízkého okolí, nebo se dokonce tato služba vyskytuje v místě jejich bydliště. Vždy přicházejí a odcházejí dle domluvy. (31)

2.5.3 Historie hospiců

Samotné slovo hospic můžeme překládat z latinské verze *hospitium* jako útulek. Tento termín byl užíván již dávno ve středověku. Jednalo se o přístřešky, či domy, kde si mohli poutníci odpočinout. Většinou zde nabrali další síly, ošetřili drobná poranění, rádně se vyspali a najedli. (8)

Názory historiků o vzniku hospiců jsou velmi rozdílné. Náznaky existence hospice v původním slova smyslu můžeme spatřovat již v Biblickém příběhu. Podobenství o milosrdném Samařanu, zapsané v evangeliu podle Lukáše, zde zmiňuje hostinec jako místo, kde byl polomrtvý člověk přepraven díky Samařanovi, který jej našel na cestě. (3)

Tyto formy hospice však přirozeně zanikly, později začaly vznikat nové, které daly základ hospicům, jak je známe dnes.

2.5.3.1 *Historie hospiců ve světě*

Za důležitou zmínku stojí určitě nemocnice pro umírající, která byla nazvána Hospic. Její vznik se datuje do poloviny 18. století v Dublinu. Myšlenka na hospic ožila především díky Mary Aikdenheadové. (8) Počátky rozvoje institucionalizované péče jsou tedy úzce spjaty s řádem Irských milosrdných sester a jejich tehdejších matkou představenou Mary Augustinou (vlastním jménem pak Mary Aikdenheadová). (5)

Rozkvět specificky zaměřených zařízení pro umírající lidi nastal až ve 20. století. Počátek tohoto století dal vzniku St. Joseph's Hospice v Hackey (situován ve východní části Londýna). Za přelomové období lze považovat konec druhé světové války. Okolnosti vývoje hospiců spojujeme i s velkým rozvojem medicíny, která však nebyla schopna uspokojit potřeby umírajících.

Za další a neméně důležitou protagonistku hospicového hnutí můžeme považovat Cicely Saundersovou. Než získala lékařský titul, pracovala Cicely Saundersová jako zdravotní sestra a sociální pracovnice. Ve své profesi se věnovala především umírajícím nemocným. (8) Důležitým momentem bylo setkání a spřátelení se s Davidem Tasmou, který byl hospitalizován v St. Joseph's Hospice. Tento čtyřicetiletý muž byl polský žid, který stěží unikl holocaustu z varšavského ghetta. Osud mu ale nepřál, neboť jej zasáhla rakovina a to byl hlavní důvod, kvůli kterému se ocitl na oddělení, kde působila Cicely. Díky tomuto přátelství vznikaly nové ideje na „lepší místo“, kde by bylo možné zajistit potřeby umírajícím. Kde by i život na sklonku života byl pokojný a důstojný. (4) David Tasman věnoval Cicely Saundersové 500 liber a přál si, aby byly použity na výstavbu další nemocnice zaměřené na pacienty, kteří jsou nevléčitelně nemocní.

V roce 1967 Cicely Saundersová vítězně otvírá první hospic moderního typu St. Christopher's Hospice v Londýně. Otevření podnítilo výstavbu hospiců po celém světě. St. Christopher's Hospice je považován za jakýsi „mateřský domov“ celého hospicového hnutí. (8)

2.5.3.2 *Historie hospiců v České Republice*

Zájmu a větší informovanosti o paliativní medicínu se u nás dostalo až po roce 1989. Přispěly k tomu odborné stáže v zahraničí, kterých se účastnili jak naši lékaři, tak i sestry. Měli možnost pobývat na pracovištích zabývajících se

paliativní medicínou, kde získali nové teoretické i praktické poznatky. Dřívější dosavadní péče nebyla pro umírající lidi dostačující. Ve většině případů se jednalo o léčebny pro dlouhodobě nemocné, jejichž péče nebyla na dobré úrovni. (36)

Za zakladatelku hospiců a hospicového hnutí v České Republice je považována MUDr. Marie Svatošová. (50) Historie hospiců v České republice je poměrně krátká, datována od roku 1993. V tomto roce doktorka Marie Svatošová založila občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí, které neslo název Ecce homo. To společně s Diecézní charitou v Hradci Králové zřídilo v roce 1995 první hospic v České republice, Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Hospic byl vystavěn v rekordní krátké době 3 měsíců. 8. prosince 1995 se konalo jeho slavnostní otevření a v lednu 1996 byli přijati první pacienti. (8) Jeho vzorem se stal hospic St. Christopher ve Velké Británii a on samotný pak byl vzorem a inspirací pro vznik nových hospiců v České republice. (49)

Pro úplnost je třeba dodat, že první oddělení paliativní péče bylo otevřeno již v roce 1992 a to v rámci nemocnice TRN v Babicích nad Svitavou u Brna. S tímto oddělením jsou úzce spjata jména dvou primářek. Primářky Jana Skříčkové a Ilony Binkové. Taktéž i ony důsledně rozvíjely formy paliativní péče a staraly se o výše zmíněné oddělení, které čítalo 20 lůžek. (8)

3 Případová studie

„Život měříme příliš jednostranně; podle jeho délky a ne podle jeho velikosti. Myslíme víc na to, jak život prodloužit, než na to, jak ho opravdu naplnit. Mnoho lidí se bojí smrti, ale nedělají si nic z toho, že sami a mnoho jiných žijí jen položivotem, bez obsahu, bez lásky, bez radosti.“ (Tomáš Garrigue Masaryk)

3.1 Základní údaje

Pacient J. B. byl přijat pro zhoubný nádor spodiny dutiny ústní dne 14. 10. 2016. Další onkologická léčba nebyla indikována, a proto byl pan přijat k odborné symptomatické a ošetrovatelské péči v hospici Citadela ve Valašském Meziříčí.

Iniciály: **J. B.**

Pohlaví: **muž**

Rok narození: **1938**

Věk: **80 let**

3.2 Lékařská anamnéza

Údaje týkající se lékařské anamnézy jsem získala z pacientovy příjmové dokumentace, jedná se tedy o lékařskou anamnézu zaznamenanou při příjmu do zařízení.

NO:

Zhoubný nádor – léze přesahující jiné a neurčené části úst

RA:

Otec diabetik, matka se léčila s vysokým TK; zřejmě oba po smrti, pacient s nimi nebyl v kontaktu

Děti nemá

OA:

Běžná dětská onemocnění

Hypertenze II. stupně dle WHO

Diabetes mellitus II. typu

Chronická ischemická choroba srdeční

Dysfunkce levé komory srdeční s ejekční frakcí (EF) 45%

Stp. Non Q Infarktu myokardu 10/2013

PTCA + stent na RIA

Hypacusis

Stp. Plastice meatusacusticusexternussinistra 8/2010

Hyperlipidémie smíšeného typu

Stp.cirkumcisi pro fimózu 5/2015

SA:

Žije sám

Nyní přijat na lůžko hospicového typu

PA:

V současnosti starobní důchod

Dříve pracoval jako profesor umění

FA:

Pro lepší přehlednost zde příkládám tabulku, do které jsem zapracovala léky, jež pacient užíval v době příjmu.

Tab. č. 3 Léky užívané pacientem v době příjmu

Zdroj: vlastní zpracování

Lék + výživa	Dávka	Forma	Indikační skupina
Euthyrox 75 µg	½ – 0 – 0	tbl.	Hormony štítné žlázy
Concor 5 mg	½ – 0 – 0	tbl.	Beta – blokátory
Chlorprothixen 15 mg	0 – 0 – 0 - 1	tbl.	Neuroleptikum se sedativním účinkem
Kalnormin	0 – 1 – 0	tbl.	Minerál, draselná sůl s acidifikačním účinkem
AlgifenNeo	30 – 30 - 30	gtt.	Analgetikum, spasmolytikum
Ambrobene 15 mg	3 x 3ml	sir.	Expektorancia, mukolytika
Hylak forte	3 x 2ml	gtt.	Digestiva
Diason	1500ml/den	výživa via PEG	-
Ophthalmo – septonex	1 – 0 – 1	gtt.	Oftalmologikum, antiinfektiva

AA:

Neudává

TA:

Kouřil cigarety před třiceti lety, asi 20/den; nyní nekouří

Alkohol – 1 pivo/den

Dříve chodil do restaurace – denně v zakouřeném prostředí

Status praesens:

Při vědomí, ve slovním kontaktu, odpovědi přiléhavé, horší artikulace, orientován, výzvě vyhoví, mírně nedoslýchavý, psychomotorické tempo přiměřené věku. Klidný, spolupracuje, subdepresivní, dýchání volné, bez stridoru, afebrilní.

3.3 Fyzikální vyšetření

Některé parametry k fyzikálnímu vyšetření lze nalézt v pacientově dokumentaci, ale většinu z nich jsem zpracovala sama, společně s odebráním ošetřovatelské anamnézy. Při fyzikálním vyšetření jsem vycházela z poznatků absolvované zkoušky z klinické propedeutiky a následně tato zjištění konzultovala s přítomným lékařem. Fyzikální vyšetření jsem provedla 16. 10. 2016.

TK: 120/70 mmHg

TF: 75/min

Počet dechů: 18/min

SpO₂: 94%

TT: 36, 7 °C

Váha: 81 kg

Výška: 183 cm

BMI: 24, 2

Hlava:

Normocefalická, pokleповě nebolestivá. Bulby ve středním postavení, volně pohyblivé. Spojivky bledé, povrch vlhký. Bělmo slabě nažloutlé, zornice izokorické, reagující na osvit. Otok tváře, spodních víček, rtu. Jazyk nelze vypláznout, na špičce jazyka drobná venektázie. Mírné zduření dásní, leukoplakie při pravé straně kořene jazyka. Foetor ex ore přítomen.

Krk:

Objemné krční lymfatické uzliny, palpačně nebolestivé. Okolí otvoru tracheostomie klidné, bez začervenání, či jiné známky infekce. Náplň krčních žil nezvýšena. Štítná žláza špatně hmatná.

Hrudník:

Hrudník klenutý, symetrický, bez deformit. Akce srdeční klidná, pravidelná. Ozvy ohraničené, bez šelestů. Dýchání čisté sklípkové, bez vedlejších fenoménů.

Břicho:

V niveau. Volně prohmatné, palpační rezistence v oblasti pravého hypogastria. Měkké, nebolestivé. Peristaltika přítomná. Okolí vyústění PEG klidné, bez známek zánětu.

DKK:

Bez otoků, zánětů, varixů. Bez defektů. Lýtka volná, nebolestivá. Pulsace v periférii hmatné.

3.4 Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelskou anamnézu a informace o pacientovi jsem získala především při rozhovoru s pacientem. Pro doplňující informace mi posloužila vedená zdravotní dokumentace a pro ucelení nejen zdravotního stavu pacienta mě zpravoval i ošetřující personál.

Ošetřovatelskou anamnézu a k ní náležející vhodné testy jsem odebrala 16. 10. 2016.

Tuto příležitost jsem využila i k tomu, abych se s panem J. B. více poznala, především jej o všem informovala. Domluvila jsem se, že následující dny jej budu pozorovat a své poznatky zaznamenávat. Zároveň pan J. B., podepsal informovaný souhlas s použitím informací pro účely bakalářské práce.

3.5 Posouzení stavu dle modelu každodenních činností

Ke zhodnocení stavu jsem využila model každodenních činností, též nazýván „modelem životních aktivit“, který zformulovaly N. Roper, W. Logan a A. Tirney. Inspirací jim byl A. Maslow s jeho prací o lidských potřebách a V. Henderson s předlohou základní ošetrovatelské péče. Jedná se o model, který se zabývá jednotlivcem vykonávající každodenní činnosti a faktory, které je ovlivňují. Poukazuje na jedinečnost každého člověka. Tento model nachází své využití především ve Velké Británii, ale získává si i své stoupence na mezinárodní úrovni. (23, 58)

Za každodenní činnosti, tzv. Activities of daily living (ADL) jsou považovány následující:

1. Udržování bezpečného prostředí
2. Komunikace
3. Dýchání
4. Příjem potravy a tekutin
5. Vylučování
6. Osobní hygiena a oblékání
7. Regulace tělesné teploty
8. Práce a hra
9. Pohyb
10. Spánek
11. Sexualita
12. Umírání

1. Udržování bezpečného prostředí

Pan J . B. si je vědom své závažné situace a uvědomuje si i celkovou slabost, která se zhoršuje s infaustní diagnózou. Avšak už není objektivně schopný vyhodnotit problémy, jež by mohly nastat vinou nedostatečné prevence udržování bezpečného prostředí. Vzhledem k vysokému věku pacienta bylo vhodné provést edukaci o riziku pádu.

2. Komunikace

Komunikace s touto diagnózou je obtížná sama o sobě, natož když pacient trpí nedoslýchavostí. Pan navíc prodělal operaci levého ušního bubínku, po které nebyl jeho sluch zcela obnoven. Nejlepším prostředkem komunikace se nám osvědčila metoda psaného textu. Na jednoduché dotazy, či výzvy je pacient schopen odpovědět mluvenou řečí, ale při delším zapředení rozhovoru, musí využít právě formu psaní.

S rodinou pan J. B. v kontaktu není, důvody jsme se nedozvěděli a považovala jsem za nedůstojné opakovaně připomínat toto téma. Pomocí dopisů a další korespondence je ve spojení s přáteli a známými, kteří momentálně pobývají v Německu. Pravidelně, téměř každý den, píše a posílá dopisy a to celé v německém jazyce, který velmi dobře ovládá.

Myslím, že metoda psaného textu, pacientovi vyhovuje nejvíce. Vypadá uvolněně, bez obav z neschopnosti vyjádřit se. Taky se mu předkládá výborná možnost seberealizace v učení se nových poznatků cizího jazyka.

3. Dýchání

Dýchání pro pacienta nikdy nebylo zcela optimální, zpětně to přisuzuje kouření cigaret a častý pobyt v zakouřených prostorech. Se zhoubným onemocněním spodiny dutiny ústní, pro umožnění ventilace byla pacientovi zavedena tracheostomie. Pacient dýchá pomocí tracheostomie spontánně, ale ani to není zcela ideální. Necítí, že by se dokázal zcela dostatečně nadechnout a výdech je pro něj zase ztížený kvůli přítomnosti hlenů. Pro snadnější dýchání probíhá odsávání pomocí cévky a čištění vnitřního pláště kanyly, dle potřeby pacienta.

Pan J. B. sám aktivně vyhledává čerstvý vzduch, nechává si otevřené okno v pokoji, chodí na menší procházky do zahrady. Pacient tráví čas většinou v mírné Fowlerově poloze, většinou když sleduje TV a u stolu pak zaujímá polohu vsedě. Pan J. B. nevyžaduje oxygenoterapii.

4. Příjem potravy a tekutin

Pan J. B. váží 81 kg a měří 183 cm. Jeho BMI je 24, 2. Během života neměl žádné omezení ve stravování. Jídlo mu nečinilo jakýkoli problém. Později využíval zubní protézu, ale ani ta jej nijak zvlášť neomezovala. Tekutiny přijímal dle chuti, má rád vodu, čaj, pivo.

Příjem potravy a tekutin se rapidně změnil s rostoucím nádorem. Denní příjem je zajištěn pomocí perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG) do které je podávána výživa v předpřipravených vacích Diason. Přípravek zajišťuje nutričně kompletní výživu, kterou lze podávat u lidí s diabetem. Tekutiny (převařená voda, čaj) jsou podávány taky cestou PEG a celkový příjem za den činí asi 2000 – 2500 ml. Pan J. B. si většinou sám řekne, kolik chce tekutin. Podávání nutriční do PEG zajišťuje ošetrovatelský personál, pacientovi byla v nemocnici nabízena možnost, aby si PEG obstarával sám, ale tehdy o to nestál. Měl plnou hlavu nových informací a nemožnost příjmu stravy per os, přijímal jako další negativní projev nemoci.

Nyní si již zvykl, že sestřičky chodí v pravidelných intervalech a stravu podávají samy. Pacient změnil přístup k této formě výživy a minimálně se snaží alespoň asistovat při výkonu – vždy PEG nachystá k použití, povoluje a uzavírá jezdce, je sám schopen si vydezinfikovat okolí vstupu a vyměnit krytí.

Nauzea, zvracení ani pálení žáhy se u pacienta nevyskytují. Kůže je suchá, bez defektu s mírným začervenáním kolem výstupu PEG. Kožní turgor v normě, bez známek dehydratace.

5. Vylučování

Pacient je schopen si sám dojít na toaletu. Při vylučování moče neudává problémy. Netrápí jej pálení, řezání, či jiné možné patologie, ale trpí na inkontinenci. Z tohoto důvodu používá inkontinenční pomůcky ve formě natahovacích plenkových kalhot.

Udává, že někdy během noci se asi 1x probudí a cítí nucení na močení. Stolicí má nepravidelnou, opakovaně trpí na střídání průjmů se zácpou, s vyprazdňováním stolice je plně kontinentní.

Nadměrné pocení neguje.

6. Osobní hygiena a oblékání

Pacient v době, kdy byl ještě zdrav, neměl vyhraněný styl oblékání. Pokud to vyžadovalo jeho postavení ve společnosti, chodil v obleku a nikterak mu to nevadilo. Když byl doma, dával přednost především pohodlnému a volnějším oblečením.

V oblasti osobní hygieny a oblékání potřebuje pacient pomoc hlavně při sprchování. Ranní úpravu zvládá sám, personál mu akorát donese oblečení. Rád chodí v triku s větším výstřihem v oblasti krku, kvůli tracheostomii. Na triko většinou oblékne košili. Pro pohodlnost a pocit domácího prostředí pobývá během dne v teplácích.

Nemocného je třeba občasně nabádat do převlékání osobního prádla, protože už není schopen objektivně zhodnotit stav své vizuální stránky.

7. Regulace tělesné teploty

Tělesná teplota a její regulace je prozatím udržována ve fyziologických normách. Pan J. B. je schopen výběru vhodné oblečení a jeho volba je adekvátní k ročnímu období a pokojové teplotě. I přes působení různých, hlavně psychických faktorů, jako je stres a úzkost, zůstává tělesná teplota u pacienta ve fyziologickém rozhraní.

8. Práce a hra

Práce a hra se ukázaly být aktuální a těžkou otázkou v životě pana J. B. Dříve pro něj byla hra a relaxací právě práce, která se stala jeho koníčkem. Dokázal se u ní odreagovat, neboť dělal umění, které jej bavilo, a věnoval se mu celý život.

Nyní na práci po většinu času nemá náladu, nebo je unavený a nedokáže se přimět k nějaké činnosti. Uvědomuje si, že mu velmi prospívá, když navštíví i recepci v zařízení, účastní se doprovodného programu, nebo přijme návštěvu canisterapeutického psa s canisterapeutkou, ale není pro něj jednoduché se k nějaké činnosti odhodlat. Snaží se alespoň občas vyjít do zahrady, kterou má přístupnou přímo z pokoje hospicového zařízení. Říká, že dříve do přírody

nechodil, ale nyní se v zahradě, pod korunami stromu dokáže uklidnit a když na něj přichází chmurné myšlenky, zde je na chvíli zažene a odpoutá se od nich. Odreagování je pro něj i psaní dopisů, protože se ponoří do problematiky cizího jazyka a nemusí myslet na nic dalšího.

9. Pohyb

Pacient není v pohybu téměř omezen, jeho tempo je přiměřené věku. Pan J. B. je schopen samostatné chůze, bez kompenzačních pomůcek. Delší vzdálenosti už nechodí a myslí si, že by je nezvládl. Je částečně schopen provést každodenní činnosti. Pomoc vyžaduje při celkové sprše, či koupeli. Tuto pomoc mu nyní zajišťuje ošetrovatelský personál.

Nemocný si vybavuje z nemocničního prostředí 2 pády. Myslí si, že hlavní příčinou byla a je celková slabost.

10. Spánek

Pan J. B. říká, že nikdy neměl pravidelný režim, kdy by usínal a probouzel se ve stejnou hodinu. Dříve zůstával dlouho do noci vzhůru, a jak sám říká, když jej „políbila múza“, mohl jít spát nad ránem a necítil se unavený. Často pracoval v noci a spával přes den.

S příchodem nemoci se jeho návyky změnily. Cítí, že je nejen večer, ale často i během dne unavený, což má za následek nepravidelný spánkový režim. Aby mohl v klidu usnout, začal užívat Chlorprothixen 15 mg, po němž necítí takovou tenzi a úzkost, ale ne vždy se mu podaří usnout brzy.

Během noci jej probudí nucení na močení, což je maximálně 1x za noc. Na druhou stranu, ráno si zase rád přispí a vstává kolem 9 h. Je velmi rád, že systém v hospicovém zařízení mu umožňuje si déle přispát a nemusí být buzen hned ráno, jak tomu mnohdy bývalo v nemocnici.

11. Sexualita

Při pobytu v hospicovém zařízení jsem neměla mnoho příležitostí na toto téma mluvit. Pacient celkově moc nehovořil o své rodině, potažmo rodičích. Nikdy se nevyjadřoval k manželství. Při rozmluvách o životě, pan J. B. vzpomíná

na své mládí, jako na tzv. „bohémský způsob života“, ale z jeho vyprávění lze vypozorovat jakýsi smutek, či nostalgii.

Pacient nikdy neměl děti, ani nevstoupil do svazku manželského. Nevyjádřil se, že by mu potomci scházeli, ale ani neřekl, že by je mít nechtěl.

Vzhledem k závažnosti situace mi nepřípadalo vhodné vést hlubší rozhovory na toto téma.

12. Umírání

Téma umírání a smrt bylo věčným tématem v souvislosti s deteriorací stavu. Pacient má období, kdy se tomuto tématu chce věnovat, zajímá se o něj, je otevřený komunikaci a jindy potřebuje být sám, vyžaduje minimální kontakt. Nikdy nevyznával žádnou víru a nenavštěvoval nedělní bohoslužby.

Nabídce návštěvy kněze, faráře, nebo řádové sestřičky je prozatím uzavřený. V otázce smrti nemá pacient jasno. Není se svou situací smířený. Říká, že si nikdy neuvědomoval hodnotu života jako nyní, když se jeho čas naplnil. Vždycky věděl, že to přijde, ale neuvažoval, že zrovna takhle, že jej postihne nevyléčitelná nemoc a bude odkázán na pomoc ostatních. Snaží se s tímto stavem smířit, ale je to pro něho velmi těžké.

3.6 Průběh hospitalizace – pobyt v hospici

Pacienta jsem si záměrně vybrala v zařízení hospicového typu. Jeho průběh hospitalizace, či pobytu je proto zcela odlišný od tradičních nemocničních zařízení. Po společné domluvě s panem J. B. jsem se rozhodla popsat následujících 5 dní, počínaje dnem 17. 10. 2016, kdy jsem pacienta bedlivě sledovala a snažila se pozorně zaznamenávat případné změny.

Stavy popisované na nočních směnách jsem se mohla dozvědět při předávání hlášení a zpětně si je vyhledat v pacientově dokumentaci. Nejen dokumentace, ale i ošetrovatelský personál mě informoval o průběhu adaptace pana J. B.

Den předchozí, tj. 16. 10. 2016, jsem využila k odebrání ošetrovatelské anamnézy a fyzikálnímu vyšetření. Snažila jsem se hlavně pacienta více poznat, zjistit, zda mu opravdu tato případová studie nebude přítěží a zda je to vzhledem k situaci etické. Tento den tedy zvláště nepopisuji.

1. den (17. 10. 2016)

Pacient při ranní kontrole ještě spí, proto personál opět přichází až v 8h, kdy se pan J. B. probouzí. Sestra mu podává výživu Diason do PEGu, ale pacient odmítá celou dávku. Přeje si jen 60 ml nutrice + 180 ml čaje. Jeho přání je samozřejmě vyhověno a v této souvislosti se dozvídáme, že pacient měl v noci opakovaně průjem, který ale ještě včera nebyl. Společně s čajem jsou pacientovi podány i ranní léky ($\frac{1}{2}$ Euthyrox 75 mg, 1 tbl. Asentra 50 mg, $\frac{1}{2}$ Bisocard 5 mg, 30 gtt. AlgifenNeo, 4 ml Ambrobene 15 mg/5 ml, $\frac{1}{2}$ Frontin 0, 5 mg). Po chvíli přichází na vizitu i lékař a hned ordinuje navíc Smectu 1 sáček z důvodů silných nočních průjmů. Na vykapání očí je medikován Ophthalmo – Septonex, který je aplikován do obou očí. Medikace se od příjmu (14. 10. 2016) změnila, hlavně kvůli přetrvávající úzkosti.

Dopoledne pacient ospává, cítí se unavený. Po dohodě je u něj kolem 10 h dopolední provedena hygiena, odmítá celkovou sprchu v koupelně, a proto je mu nabídnuto přinesení lavoru s vodou k lůžku, s čímž souhlasí. Jde vidět, že je za tuto nabídku rád a taktéž je spokojený, že se mohl umýt až později. U ranní hygieny pacient poprosí i o vyčistění trachestomie, sestřička nabízí i odsávání

z dutiny ústní, které pacient neodmítne. Taktéž je ošetřeno okolí vstupu PEG, které je klidné, bez začervenání. Na ošetření je použita dezinfekce v rozprašovači DebriEcaSan sprej a poté opět překryto sterilním krytím a fixováno náplastí. V tento den je provedena i rotace PEG, dle standardu oddělení.

Opět v 11 h přichází sestra a podává pacientovi výživu a tekutiny do PEGu. Domluví se na dávce 120 ml nutrice a 120 ml čaje. Pacient bolesti břicha neudává a nestěžuje si ani na průjmy. Říká, že v noci to bylo nejhorší, pak usnul a ráno měl jen trochu vodnaté stolice, ale poté už na stolici nebyl. Zhruba do 13 h pacient sleduje televizi a poté jsou mu cestou PEG podány polední léky, dle ordinace lékaře ($\frac{1}{2}$ Asentra 50 mg, 30 gtt. AlgifenNeo, 4 ml Ambrobene 15 mg/5 ml, $\frac{1}{2}$ Frontin 0, 5 mg), v rozpuštěném čaji je mu navíc podána i Smecta 1 sáček. Ve 14 h a v 17 h toleruje pacient nutrici v dávkách 120 ml a 180 ml čaje. Odpoledne ještě vyžaduje odsávání z tracheostomie a dutiny ústní, bez nutnosti oxygenoterapie.

Během odpoledne je pacientovi nabídnut společenský kontakt v recepci, který ale odmítá. Chce si raději odpočinout, a proto tráví čas převážně v pokoji na lůžku sledováním televize, pospáváním. Dnes téměř pacient ani nevychází z pokoje, nevyhledává jiné podněty pro zabavení. Večerní léky jsou podány opět cestou PEG, dle ordinace lékaře, která je následující: 1 tbl. Omeprazol Actavis 20 mg, 30 gtt. AlgiefenNeo, 1 tbl. Chlorprothixen 15 mg, 4 ml Ambrobene 15 mg/5 ml, 1tbl. Frontin 0, 5 mg. Obě oči jsou vykapány Ophtalmo – septonexem. Pan J. B. večer udával mírnější bolesti v oblasti krku, ale další analgetika odmítl. Večer zvládl hygienu sám u umyvadla v koupelně, poté brzy usnul a během noci chodil častěji na wc.

2. den (18. 10. 2016)

Další den pana J. B. začíná brzy ráno. Vzbudil se dříve, než je sám zvyklý, ale cítí se dnes lépe, je vyspaný. Hygienu chce zvládnout sám, opět v koupelně u umyvadla, proto ošetrovatelský personál jen nachystá vhodné pomůcky a oblečení k lůžku a do koupelny. Pacient je znovu informován o využití signalizačního zařízení v případě možných komplikací, zdá se, že chápe a je bez známek úzkosti. Tekutiny a nutrice jsou dnes podávány ve zvyklých časových

intervalech: 5 h, 8 h, 11 h, 14 h, 17 h, 20 h. Množství nutriční činnosti činilo vždy 240 ml a tekutiny (čaj) také 240 ml. Převoz PEG provedla během dopoledne všeobecná sestra, okolí bylo klidné, bez projevů možné infekce. Odsávání z tracheostomie i dutiny ústní probíhá dle potřeby pacienta.

Na dotaz pacient udává, že dnes stolici neměl. Lékař přidává k ranním lékům i Fortecortin 4 mg pro výrazný otok obličeje. Rozpis léků na dnešní den uvádím v tabulce č. 4.

Tab. č. 4 Rozpis léků

Zdroj: vlastní zpracování

Lék	Dávka
Euthyrox 75 mg	½ - 0 - 0
Asentra 50 mg	1 - ½ - 0
Bisocard 5 mg	½ - 0 - 0
OmeprazolActavis 20 mg	0 - 0 - 1
AlgifenNeo	30 - 30 - 30
Chlorprothixen 15 mg	0 - 0 - 1
Ambrobene 15 mg/5 ml	4 - 4 - 4 ml
Ophthalmo – septonex	1 - 0 - 1
Frontin 0, 5 mg	½ - ½ - 1
Smecta	Při průjmu, dlp. 1 sáček, max. 3xdenně
Fortecortin 4 mg	1 - 1 - 0

Během dne pacient pospává, nebo píše dopisy. Dnes se nechce o svém stavu bavit, chtěl by být sám, aby mohl nad tím uvažovat. Říká, že úzkost nepocítuje, ale není dnes v takové kondici, aby vyjádřil své myšlenky a obavy nahlas. Chce se z toho, jak on říká, vypsát a srovnat si to v hlavě. Jeho přání je splněno, ošetrovatelský personál se snaží vyjít co nejvíc vstříc. Svůj stav odmítá konzultovat i s lékařem. Pacient usnul kolem 22 h večer.

3. den (19. 10. 2016)

Třetí den, tedy šestý den hospitalizace začíná pro pacienta kolem 9 h ranní, kdy se probouzí. Poté svolí k celkové sprše v koupelně, při které mu ochotně pomáhá ošetřovatelský personál. Později se dovídám, že pacient měl obavy, aby sprchu zvládl, ale jakmile zjistil, že při jakémkoli problému jsou tady pro něj sestry i pečovatelky, odvážil se k tomu. Uznává, že jeho obavy byly zcela zbytečné. Vše proběhlo hladce a bez problému. Dopolední hlavní činností byla tedy hygiena, při které se i vyměnilo sterilní krytí u vyústění PEG, vyčistila tracheostomická kanyla. Okolní kůže byla mírně zmacerovaná, proto se na podrážděnou kůži nanesl Menalind professional. Po hygieně pacient pospával, chtěl si odpočinout, neboť činnost pro něj byla náročná.

Pan J. B. byl během dne třikrát odsáván, bez výrazného zahlenění, či dušnosti. Léky, které se podávaly ráno, v poledne i večer jsou totožné s předchozím dnem. Otok obličejové části zůstává stacionární. V příložené tabulce č. 5 je zapsáno množství nutriční a tekutin, které dnes bylo podáno cestou PEG. Pro komfort pacienta jsou časy odlišné, než tomu bylo v předešlém dni.

Tab. č. 5 Množství nutriční a tekutin podáno cestou PEG

Zdroj: vlastní zpracování

Hodina	Nutriční	Tekutiny (čaj)
5	180 ml	240 ml
9	240 ml	240 ml
12	240 ml	240 ml
14	240 ml	240 ml
17	180 ml	180 ml
20	240 ml	180 ml

Odpoledne je pacientovi nabídnuta účast na bohoslužbě konané ve zdejší kapli. Pan J. B. s díky odmítá, ale hlavní důvod je takový, že se necítí na to, aby šel do společnosti, nikterak, že je ateista, či by tuto možnost striktně odmítal. Je mu alespoň nabídnuta návštěva faráře na pokoji, kterou posléze taktéž odmítá.

Říká však, že bude rád, když se jej příště opět zeptáme a možná přítomnost faráře, či kněze přijme. Nejdříve si chce situaci promyslet.

Pan J. B si dnes na úzkosti nestěžuje, opět chce psát dopisy a číst knížky. Večerní hygienu zvládl sám a snažil se usnout, což bylo pro bolesti nemožné. Po příchodu sestřičky udával silné bolesti v oblasti krku, zhruba na škále 5 bodů s tím, že 0 je žádná bolest a 10 nesnesitelná. Sestra mu po vyhodnocení bolesti a dle ordinace lékaře aplikovala subkutánně 1 ampuli Tramalu 100 mg/2 ml. Podání anodyna se zdálo být vhodnou intervencí, lék začal působit s dobrým efektem a pacient poté usnul ve 23 h.

4. den (20. 10. 2016)

Jak se dovídám z předávky hlášení z noční směny, pacient měl nejen bolesti, které ustaly s podáním injekce, ale ve 3 h ráno opět nemohl spát, byl úzkostný, neklidný a vyjadřoval obavy z dalšího, tedy dnešního, dne. Společně se sestřičkou se dohodli, že bude lepší, když se ještě pořádně vyspí a situaci i případné úzkosti bude řešit během rána a dopoledne. Panu J. B. byl ve 3 h ráno podán 1 tbl. Frontin 0, 5 mg. Pacient se poté zklidnil a ještě usnul.

Dopoledne se skládá převážně z hygieny a dalších potřebných ošetrovatelských úkonů. Pacient se cítí slabý, na bolesti ani jiné problémy si nestěžuje. Dušný také není. Výživa do PEG je podávána zvykle a pravidelně jsou aplikovány i léky, jejichž dávkování zůstalo stejné. Při ranní hygieně se pacient domlouvá se sestrou, že by rád mluvil s lékařem. Je mu nabídnut i rozhovor, který odmítá a přeje si o svém stavu promluvit s lékařem hlavně kvůli zdravotnímu stavu.

Jak bylo smluveno, odpoledne přichází lékař a vede delší rozhovor o perspektivách, možnosti zlepšení, prognóze. Pacient je informován šetrně, ale pravdivě. Reaguje slovy: „Myslel jsem si to. Jen jsem to potřeboval slyšet a s někým si popovídat. Chtěl jsem si nejdříve uspořádat myšlenky a až poté mluvit“.

Pan J. B. byl po rozhovoru zdrženlivý, potřeboval situaci vstřebat a pociťoval chlad. Což byl i možný projev úzkosti, proto mu byla navíc dána

přikrývka a taktéž jej sestra vyrozuměla, že chlad může nastat po stresové situaci a nemá se toho obávat. Léky na úzkost odmítl.

Po zbytek dne pacient polehával v posteli, občasně spal. Večer odmítl dopomoc s hygienou, že se na ni necítí a chtěl jít brzy spát. Pacient usnul sice brzy, ale ve 23h měl silné bolesti opět v oblasti krku a tracheostomie, proto sestra pomocí odsávačky odsála menší množství hlenů a pacientovi aplikovala 1 ampuli Tramalu 100 mg/2 ml, subkutánně. Potom pacient usnul a spal do rána.

5. den (21. 10. 2016)

Pan J. B. se ráno probouzí kolem 8 h, říká, že po aplikaci injekce už bolesti neměl a klidně usnul. Akorát během noci měl několikrát nutkání na močení, proto se necítí být zcela vyspaný. Dopoledne pospává, ale na oslovení reaguje. Jeví se být mírně dezorientovaný, ujišťuje se, kdo je sestra, lékař, přestože spolu vícekrát jednali.

Pacient bolesti neguje, dušný zjevně není a stravu taktéž toleruje dobře. Problém má akorát se stolicí, kterou měl naposledy 17. 10. 2016. Dřív než se stihne medikací tuto situace řešit (dle nálezu v rectu – glycerínové čípky, nebo Guttalax), pacient se spontánně dostatečně vyprázdnil.

Intervence v rámci ošetření PEG, tracheostomie, provedení hygieny, atd. jsou provedeny zvykle. Medikace léků taktéž zůstává stejná. Výrazný otok v obličejí přetrvává. Nutná je šetrná konverzace a hledání i nevyřčených podnětů pana J. B. Pacient je v této fázi velmi citlivý a jeho stav je pro něj náročný.

Odpoledne za ním přichází kamarádi, pan J. B. byl s návštěvou spokojený, nejevil známky úzkosti či stresu. Byl rád, že měl možnost s nimi mluvit, i přesto, že v předchozích dnech odmítal chodit do společnosti dalších lidí. Návštěva pana J. B. odešla v pozdních odpoledních hodinách, pacient se potom cítil unavený, ale spokojený. Brzy z večera ulehl do postele, sledoval televizi. Usnul kolem 21 h a spal celou noc.

3.7 Ošetrovatelské problémy a rizika

V další části bakalářské práce se budu zabývat ošetrovatelskými problémy a riziky s nimi spojenými. U pacienta lze sledovat hned několik problémů a snažila jsem se vybrat ty, které považuji za důležité. S vyšším věkem a polymorbiditou pana J. B. se přidružuje například i riziko pádu, či další nám známé problémy.

Psychosociální problematiku zde záměrně uvádím jako samostatnou část, neboť mi přijde neméně důležitá. Spíše ji považuji za jednu ze stěžejních problémů. I přes fyziologické opodstatnění bolesti a poruchy spánku, nezmiňuji tyto oblasti v samotných problémech, protože si myslím, že velmi úzce souvisí s psychosociální problematikou.

3.7.1 Riziko vzniku infekce

Riziko vzniku infekce se jeví být jako potenciální problém, který může nastat hned z několika důvodů. Prvním z nich může být výstup PEG, zavedená tracheostomie, přenos nozokomiálních infekcí, samotný nádor a v neposlední řadě samotné celkové oslabení organismu z důvodu onkologického onemocnění.

Infekce, která vznikla v důsledku pobytu osob ve zdravotnickém zařízení je nazývána nozokomiální infekcí. Považuje se za ni každá infekce, která nebyla u člověka sledována před příchodem do zařízení a taky ta, která se projevila v době po odchodu ze zdravotnického zařízení z důvodu delší inkubační doby. (37)

Dle Klenera a kol. lze považovat za nejvýznamnější rizikové faktory poškození mechanických bariér, leukopenie a imunodeficience. Jak píše v knize Podpůrná léčba v onkologii, u 40 – 60 % onkologicky nemocných bývá infekce příčinou smrti. Tito pacienti mají výrazně sníženou obranyschopnost a jejich organismus je tak více přístupnou bránou pro infekce. (30)

Prevencí infekčního onemocnění považuji důležitou v oblasti pravidelného ošetřování výstupu perkutánní endoskopické gastrostomie, tracheostomie a dodržování hygienických standardů.

PEG

Převazy perkutánní endoskopické gastrostomie probíhaly minimálně 1x denně, což vždy obstarávala všeobecná sestřička za spolupráce pacienta. Hlavní náplň spočívala ve výměně sterilního krytí. Nejdříve sestra odstranila staré krytí, na okolí výstupu PEG použila dezinfekci roztoku DebriEcaSan sprej, opět překryla sterilním krytím a zafixovala pomocí náplasti z porézní fólie.

Při pravidelném převazu docházelo i ke kontrole, zda okolí vstupu nejeví známky infekce, je přítomen sekret, správné zanoření kanyly, či jiné možné patologie. Pro zvýšené riziko infekce a občasné přítomnosti sekretu nebyl PEG ponechán volně. K pravidelným proplachům fyziologickým roztokem nedocházelo, neboť PEG byl zcela využíván pro přísun stravy a aplikaci léků. Po tomto použití se vždy propláchl převařenou vodou, nebo neslazeným čajem, dle zvyklosti oddělení. Léky byly aplikovány v drcené podobě a rozmíchány v menším množství vody.

Pokud krytí prosáklo sekretem, nebo okolí vstupu bylo začervenalé, pan J. B. byl sám schopen říct, že je třeba jej vyměnit. Začervenání se vyskytlo zřídka, ale při tomto projevu bylo okolí ošetřeno roztokem Betadine, který se nanesl na vatové tampónky a vstup byl opět převázán. Tato intervence se jevila jako vhodná, začervenání vymizelo.

Tracheostomie

Tracheostomie je forma stomie, která zajišťuje průchodnost dýchacích cest a ventilaci. V našem případě se k této možnosti přistoupilo kvůli rostoucímu malignímu nádoru v oblasti spodiny dutiny ústní. Tímto zavedení se zruší funkce, které zajišťují horní dýchací cesty, jakožto funkce čistící, ohřívací, zvlhčovací a čichová. Následkem je zahuštění hlenu a jeho stagnace, tvorba krust a zvýšené riziko vzniku a rozvoje infekce dolních dýchacích cest. (38, 61)

Panu J. B. byla zavedena tracheostomie na předchozím oddělení, pro zhoršení stavu a krvácení z tumoru. Nyní její hlavní obsluha spočívá v čištění vnitřního pláště, podložení sterilním mulovým čtvercem a fixací pomocí tkaniny. Pacient je sám schopen si o odsávání požádat, stejně jako o čištění vnitřní kanyly pomocí kartáčku. K dezinfekci okolí tracheostomie je používána Skinsept mucoza

a na mírně macerovanou kůži Menalind Professional ung. Sestry tento výkon opět provádějí minimálně 1x denně a dle potřeby (při zvýšené sekreci) i častěji. Dle ordinace lékaře nebylo u pacienta nutné provádět lavážování.

Zároveň okolí kanyly hodnotí, zda někde nejsou krusty, červená místa, nebo macerovaná kůže. Kapounová doporučuje ošetření peristomální kůže 2x denně a dále vždy dle potřeby. (11) Sestra sleduje krvácení z okolí tracheostomie ale i její průchodnost.

Edukaci pacienta jsem považovala za důležitou především v souvislosti se vznikem komplikací. Po rozhovoru s panem J. B. jsem zjistila, že pacient zná příznaky komplikací, zná i symptomy, kdy je vhodné si přivolat ošetřující personál a je si vědom i toho, proč má tracheostomii. Jako ošetřovatelský problém sledávám poruchu verbální komunikace a s tím spojenou i úzkost a sociální izolaci zapříčiněnou zavedenou tracheostomií.

Součástí ošetřovatelské péče je hygiena dutiny ústní. Pacient je schopen si dutinu ústní ošetřit sám, ale někdy je jeho psychická pohoda natolik podlomená, že nejeví aktivní zájem. Dutina ústní je pacientovi čištěna pomocí vatových tyčinek Pagavit, nebo štětiček namáčených v borglycerinu. Rozpraskané rty potíráme vazelínou. Dle potřeby všeobecná sestra provede i odsátí hlenů a slin z dutiny ústní.

S tracheostomií a posléze i riziku vzniku infekce se nám pojí i problematika samotného dýchání. Jak již bylo zmíněno v ošetřovatelské anamnéze a části, která se věnovala dýchání, pacient udává, že nikdy nebylo optimální. Nyní se musel učit dechové rehabilitaci s tracheostomií a je sám schopen rozpoznat, kdy je třeba odsát hleny, či vyčistit tracheostomii. Tím aktivně předchází infekci dýchacích cest. Pacient si je vědom, že by měl dechovou gymnastiku provádět několikrát denně, ale vždy tomu tak není. Možnost fyzioterapie pro tuto oblast pacient odmítl a přání bylo samozřejmě respektováno. Projevem těchto obtíží je dušnost a kašel, kterým se snažíme předejít mimo jiné pomocí slovního zklidnění, dechové rehabilitace, přísun čerstvého vzduchu, relaxování.

Potřebné pomůcky pro čištění tracheostomické kanyly:

- odsávací systém, buničina, nůžky, nová kanyla, Mesocain gel, tkanice (možno i fixační páska), mulový čtverec, dezinfekční roztok, štětičky, tampóny, ochranná mast, špachtle
- kartáček pro čištění použité kanyly, dezinfekční roztok k naložení kanyly
- rukavice, ústenku, dle potřeby štít, či empír

Potřebné pomůcky pro odsávání z tracheostomie a dutiny ústní:

- odsávačka, spojovací hadice, sterilní odsávací katétr, sterilní pinzeta, fyziologický roztok, buničinu (tampóny, nastřížené longety), nádobka s dezinfekčním roztokem k dekontaminaci
- rukavice, ústenku, případně další ochranné pomůcky

Potřebné pomůcky k toaletě dutiny ústní:

- pomůcky pro odsávání, pomůcky pro samotné vytírání dutiny ústní – Pagavit tyčinky, štětičky, borglycerín, roztok heřmánku, vazelína
- rukavice, ústenka

Obr. č. 1 Kovová tracheostomická kanyla



(Zdroj: <http://ose.zshk.cz/vyuka/lekarske-diagnozy.aspx?id=93>)

3.7.2 Oblast stravování a rizika s ním spojené

Oblast stravování u tohoto pacienta je velmi důležitým tématem, neboť nádor nepostihuje jen místo svého výskytu, ale celý organismus a představuje pro něj nepřirozenou a nadměrnou zátěž.

Nádorová kachexie je častým společným znakem onkologicky nemocných lidí a vyskytuje se zhruba u 50% již při stanovení diagnózy. Zahrnuje ztrátu hmotnosti, anorexii, astenii, svalovou atrofii a anémii. Příčiny stavu jsou jednoznačně multifaktoriální, ale konkrétně nejsou dodnes zcela známy. Anorexie se jeví jako primární příčina, ke které vede například snížený energetický příjem, opožděné vyprazdňování žaludku, stres, bolest a vliv protinádorové terapie. Možné příčiny mohou být i poškození kognitivních funkcí, deprese, potřeba asistence při jídle, poruchy polykání. (10, 13)

Další faktory, které vedou ke kachexii, jsou změny v energetickém metabolismu a jejich abnormality. Zejména metabolické abnormality sacharidů, proteinů a lipidů. (13)

Z důvodu rozsáhlého tumoru v oblasti spodiny dutiny ústní a především jeho progresu, byla dne 24. 11. 2015 pacientovi zajištěna perkutánní endoskopická gastrostomie. Perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG) je forma enterální sondy vhodná pro dlouhodobou výživu. Miniinvazivní výkon je prováděn v analgosedaci, výjimečně v celkové anestézii.

Indikací k založení PEG jsou především malnutriční stavy. Možnými komplikacemi mohou být: aspirace žaludečního obsahu, ucpávání kanyly, únik kolem zavedení stomie, granulace, absces, Burried – bumper syndrom. (38)

Obecná doporučení v rámci onkologicky nemocných jsou podávání častých a menších porcí, které jsou při nízkém objemu kaloricky bohaté, měly by co nejméně zatěžovat gastrointestinální trakt. Vhodnou intervencí je zde i tzv. sipping, který ale v našem případě nemůžeme využít. (59)

Aktuálně pacient dostává stravu pouze cestou PEG a její dodání zajišťuje ošetrovatelský personál. Pacientovi je podávána nutriční výživa Diason, která by měla být šetrná i vzhledem k jeho diagnóze diabetu. Časové intervaly byly po domluvě s panem J. B. stanoveny takto: 5 h, 8 h, 11 h, 14 h, 17 h, 20 h. V tyto časy vždy přicházely sestřičky, aby podaly bolusově výživu a tekutiny do PEGu.

Poté se ukázalo, že přizpůsobení se přání pacienta, aby dostal poslední dávku později a ranní mohla být vynechána, bude prospěšnější. Pacient nechtěl být ráno buzen a naproti tomu usínal později, než po 8 hodině večerní. Podrobnější rozpis přesných dávek je k nalezení v části, kde popisují průběh hospitalizace.

Pan J. B. nejevil zájem o samotnou aplikaci enterální výživy do sondy, ale aktivně spolupracoval se sestřičkou. Později se snažil i sám rozpoznat, kdy je okolí zarudlé a je třeba provádět převazy v oblasti vstupu přes břišní stěnu. Tyto byť malé aktivity vedly pacienta k větší samostatnosti v péči a soužití se situací. Velká podpora a povzbuzování ošetřovatelského týmu přispívalo k méně častým negativistickým projevům a téměř vymizení nezájmu o stravování. Pro bolest a celkový diskomfort v oblasti dutiny ústní byl příjem per os v době relapsu onemocnění nulový.

3.7.3 Riziko vzniku a rozvoje krvácení

Riziko vzniku a rozvoje krvácení může nastat z několika důvodů. Ohrožením je samotný nádor, který má tendenci růst a perforovat okolní tkáň. Svým růstem může nahlodat cévu. V dalším případě můžeme hovořit o poruchách krevní srážlivosti a jejich projevů, které patří k častým a závažným komplikacím. Pokud bychom porovnali osoby bez diagnostikovaného nádorového onemocnění se trombózy, popřípadě krvácení vyskytují 3 – 6 krát častěji u osob s nádorovým onemocněním. „Trombohemoragický syndrom“ lze pozorovat jako další možnou modalitu příznaků. (2)

V paliativní péči těmto rizikům nelze zcela zabránit. Sledujeme možné projevy krvácivých projevů, informujeme pacienta, aby jakoukoli komplikaci kdykoli oznámil. Při výskytu krvácení neprodleně informujeme ošetřujícího lékaře a dále postupujeme dle jeho pokynů. Krvácení ze samotného nádoru se u tohoto pacienta vyskytlo hned následující noc po hospitalizaci. Jednalo se o krvácení z dutiny ústní a lékař ordinoval 1 ampuli Dicynone 250 mg/2 ml, kterou sestra aplikovala intramuskulárně. Krvácení se za dobu hospitalizace opakovalo ještě dvakrát.

3.7.4 Problematika vyprazdňování

Do této části můžeme zahrnout riziko vzniku zácpy nebo naopak průjmů. Intolerance výživy se může projevit průjmem, ale na pana J. B. působí i další faktory jakožto opioidní analgetika a stres, proto je nutné zmínit i riziko obstipace.

Před příchodem z nemocnice pan J. B. trpěl střídáním průjmu a zácpy. V předchozím zařízení mu byl podáván Hylak forte, který se prozatím vysadil a pro snížení žaludeční kyselosti byl lékařem indikován Omeprazol Actavis 20 mg v dávkování 0 – 0 – 1.

Za mého sledování se u pacienta vyskytl průjem. Po podání Smecty v práškové formě, vždy průjem ustal, ale následovaly většinou dva dny bez stolice. A poté se situace opakovala. Nepodařilo se zcela vyladit vzniklou situaci. Nadále ošetřující personál pacienta sledoval, na případnou četnost a formu stolice se bylo nutné doptat. Pacient by potenciálně mohl být ohrožen dehydratací a celkovou zchváceností.

3.7.5 Riziko pádu

Jako další možné riziko uvádím riziko pádu. I přes jeho stálost a trvalé zakotvení v ošetřovatelských problémech, jej považuji za důležité. Ke zhodnocení rizika pádu jsem využila stupnici dle Conleyové upraveno Juráskovou, které doporučuje i ČAS. Riziko pádu jsem vyhodnotila spolu s odebráním ošetřovatelské anamnézy a po celkovém součtu pacient obdržel 13 bodů, které odpovídají horní hranici střednímu riziku pádu.

U pana J. B. považuji za důležité faktory vyšší věk, pád v anamnéze, zrakový i sluchový problém, užívání rizikových léčiv, zhoršenou míru soběstačnosti a částečnou spolupráci. Navíc trpí občasnou závratí, v noci se budí a taktéž má nucení na močení. Tabulka vyhodnocení rizika pádu je součástí přílohy ošetřovatelské anamnézy 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy.

Mezi rizikové faktory patří:

- Věk 65 let a více
- Pád v anamnéze
- Dezorientace, deprese, demence
- Zrakové a sluchové problémy

- Užívání některých léků, např. diuretika, narkotika, sedativa, antidepressiva, hypnotika, psychotropní látky
- Závratě, slabost, mdloba, ortostatická hypotenze
- Nespavost
- Snížená soběstačnost
- Neupravenost prostředí, špatné osvětlení

Z uvedených rizik vyplývá, že u pana J. B. jich bylo shledáno hned několik, a proto je nutné tomuto riziku předejít a zahájit včasnou prevenci. Za prevenci pádu považujeme vytvoření bezpečného prostředí, které nám zajišťuje i samotná stavba místnosti, či zařízení. Jednolůžkový pokoj pacienta je vybaven řádným osvětlením, které lze rozsvítit i z lůžka. Dále se v koupelně nachází madla, protiskluzové podložky a možnost přivolání ošetřovatelského personálu, jak z prostoru u umyvadla, sprchy, nebo toalety.

Pacient prozatím odmítl využívat kompenzační pomůcky. Panu J. B. byla doporučena vhodná obuv. Po domluvě, byla v lůžku ponechána jedna postranice nahoře a v této souvislosti provedena i edukace, především upozornění na včasné využití signalizačního zařízení.

Bezpečnost pacienta se snažíme v co nejvyšší možné míře zajistit i v noci a to pravidelnými kontrolami pacienta. Před uložením do lůžka se vždy ujistíme, zda má v blízkosti postele „zvoneček“, postranici v lůžku nahoře, lůžko ve vhodné poloze a zabrzděný noční stolek. (26)

3.7.6 Riziko ztráty soběstačnosti

Aktivity denního života jsou běžné činnosti, které jedinec vykonává každý den. Typická je jejich pravidelnost, rituálnost a zautomatizování. Tyto činnosti si jedinec osvojuje během procesu sociálního učení a vytváří si tak své vlastní návyky. V obdobích ontogenetického vývoje se mění závislost na druhé osobě, která často musí vykonávat aktivity, které jedinec není schopen zvládat sám, ale přispívají k jeho uspokojení každodenních potřeb. (33)

Podle aktivit denního života, můžeme hodnotit míru soběstačnosti. Riziko ztráty soběstačnosti je velké nejen z důvodu samotného onemocnění, ale hlavním

důvodem je i stáří, které provází snížená síla, poruchy mobility a stability, snížena duševní výkonnost, což můžeme definovat pojmem „frailty“ – stařecká křehkost.

Klasifikace z hlediska soběstačnosti existuje hned několik a k nim i vhodné náleží techniky. Za zmínku stojí diferenciací stupňů závislosti dle WHO, upraveno Pacovským. Nebo klasifikace funkčních úrovní sebeděče dle Marjory Gordon, pěti stupňová kategorie soběstačnosti Pichauda – Thareaové. (25)

Osobně jsem k vyhodnocení použila test Barthelové, který je také součástí ošetrovatelské anamnézy 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Pacient obdržel 60 bodů, což odpovídá dolní hranici středního stupně závislosti.

U pacienta se ošetrovatelský personál snaží o udržení možné nejvyšší míry soběstačnosti. Zapojují jej do každodenních činností, týkající se hygieny a péči o sebe sama. Pacienta podporují v soběstačnosti, ale někdy má „špatné dny“ a tehdy mu veškerou péči zajišťuje ošetrovatelský personál. Vzhledem k typu zařízení, hraje zde velkou roli přání pacienta, a jestliže odmítl návštěvy fyzioterapeuta, jeho přání musí být tolerováno.

Myslím si, že ve velkém procentu dosaženou míru soběstačnosti ovlivňují pacientovy aktivity během dne, a to jak už bylo zmíněno – canisterapie, pobyt na recepci, psaní dopisů.

3.8 Psychosociální problematika a bolest

„V bolesti není nic bolestnějšího než to, potlačuje – li se její projev. Slzy, jež polykáme, jsou mnohem trpčí těch, které proléváme.“ (Cicero)

Psychosociální dopad byl pro pana J. B. obrovský, a proto bych v této části chtěla ještě stručně nastínit další problémy, které by se daly zahrnout do psychosociální problematiky, počínaje komunikací, kvalitou života, zvládnání bolesti a stresu, konče holistickým a především důstojným přístupem. Mým cílem není popsat danou oblast teoreticky, ale pokusit se o praktický, konkrétní příklad u této případové studie.

Když jsem si položila otázku, co všechno do psychosociální problematiky zahrnout, dospěla jsem k názoru, že se vlastně jedná o saturování potřeb pacienta v této rovině. Každý člověk má určité potřeby, které odráží jeho osobnostní rysy, životní hodnoty, touhy. Jejich hierarchie se v průběhu života vyvíjí a v důsledku blížící se smrti dochází k jejich přehodnocování a změny preferencí.

Potřeby dělíme na biologické, psychické, sociální a spirituální. Biologické potřeby byly v rámci zařízení naplněny a popsány již výše. Kdežto psychické potřeby, jakožto psychické strádání, kde převládá strach a obavy ze smrti jsou často novými potřebami v životě člověka. Značnou roli hraje důstojnost, úcta a empatie, které vedou k uspokojování psychických potřeb.

Sociální potřeby ve fázi umírání jsou neméně důležité, neboť člověk zůstává až do konce svého života společenským tvorem. Člověk nechce být osamocen a bojí se pocitu opuštění. (32)

Sociální vztahy pana J. B. byly poměrně záhadné a nikomu se zcela nepodařilo zjistit, jak to měl během života. Za pacientem docházeli kamarádi a známí, ale poslední týden svého žití odmítl jakýkoli kontakt zvenčí. Toleroval pouze ošetrovatelský personál, ke kterému byl shovívavý. Pacient nám nakonec sdělil jen to, že se s kamarády rozloučil, ať už osobně, nebo formou dopisů, ale nepřeje si, aby jej viděli v takovém stavu, kdy ani on sám nebude o sobě vědět. Chtěl, aby si zachovali vzpomínky především z dob, kdy byl ještě zdravý.

Další ze základních potřeb jsou potřeby spirituální, tedy potřeby „něčemu věřit“. Pacient se považoval za člověka nevěřícího, do kostela nechodil. I přesto se postupem času začínal více zajímat a to hlavně o svou existenci, smysl a podstatu.

Nejdříve zcela odmítal návštěvy kněze, řádové sestry, nebo svou účast na bohoslužbách, ale to se v průběhu hospitalizace změnilo. Pacient byl později otevřený rozhovoru s duchovními a témata umírání, smrti a existence sám otevíral.

Velkým tématem je bolest a proto považuji za důležité alespoň málo popsat intervence v souvislosti se vzniklou bolestí. Bolest je jeden z nejčastějších symptomů, který provází nádorové onemocnění. Příčiny mohou být různé, může se jednat o bolest akutní, chronickou, či průlomovou. Typů bolestí je taktéž několik, přes somatické, viscerální, neurogenní, až k psychogenním. Vždy je důležité bolest adekvátně posoudit a zhodnotit a podle toho volit další kroky. Bolest se samozřejmě vyskytovala často na fyziologickém podkladě, ale nejvíc ovlivňovala pacientovu psychiku, proto ji uvádím až na tomto místě. (13)

Farmakologická léčba bolesti záleží na lékaři a vychází z rozdělení bolesti na mírnou (1 – 4), středně silnou (5 – 6) a silnou (7 – 10). Léčebné postupy a doporučení jsou většinou popsány na základě tohoto dělení. (27)

Při výskytu bolesti, které pacient udával hlavně v oblasti hlavy a krku, sestra vyhodnotila charakteristiku a stupeň, poté postupovala dle ordinace lékaře, případně lékaře informovala a společně se domluvili na dalším postupu. Prvotně byly pacientovi podávány kapky AlgifenNeo, které řadíme do analgetik a spasmolytik. Dalším krokem při bolesti vyšší než VAS 5 byla injekční aplikace Tramalu 100 mg, který se aplikoval subkutánně. Řadíme jej do indikační skupiny zahrnující analgetika – anodyna. Poslední volbou byl pak Morphin biotika 10 mg, opioidní analgetikum. Přistoupilo se k bolusové aplikaci a v závěru pacientova života, byl naveden lineární dávkovač, který zajišťoval kontinuální přísun dávky Morphinu, dle ordinace lékaře, aby pacient netrpěl nesnesitelnou bolestí. Pravidelná výměna stříkačky s Morphinem ředěným fyziologickým roztokem, probíhala jedenkrát za 24 hodin a výměna subkutánního křídélka jedenkrát za 3 dny. Intervencí sestry, ale i dalšího ošetrovatelského personálu bylo sledování účinků opioidu, provádění záznamu a případných změn. Myslím si, že po této stránce byl hlavní cíl splněn. Kromě farmakologické léčby bylo pacientovi nabízeno množství podnětů, které kladně působily na jeho psychický stav. Jak již

bylo zmíněno, jednalo se o canisterapii, společenský kontakt, procházky v zahradě, ale i čas na odpočinek a relaxaci.

V knize Vše o léčbě bolesti jsou i stručně a jednoduše popsány další alternativní možnosti, které lze využít jako doplňkové při nádorové bolesti. Například psychoterapie, biofeedback, akupunktura, relaxace, hypnóza, terapie chladem, hypnóza. (14)

V návaznosti se nám integruje i úzkost a deprese. Dle mého názoru je nedostatkem nepřítomnost psychologa a psychiatra na oddělení. Pan J. B. byl v nepředstavitelné životní situaci a rozhodně by zde tato možnost byla přínosem. Často chtěl mluvit o svých problémech a stráších. Nebo naopak byl úzkostný, unavený a uzavíral se do sebe. Avšak ne všichni lékaři a sestry na tomto oddělení jsou na tyto situace řádně proškolení. I přestože mohou poskytnout nejvyšší možnou podporu a paliativní péči, které jsou schopni, nikdy by nebyla na škodu i péče psychologa.

Sestry musí umět zvládat pacientovu úzkost a tíseň, tyto projevy jsou často obtížnější, než symptomy fyziologické. Nejčastěji byly s panem J. B. vedeny rozhovory o pokračování nemoci, bolesti, umírání a smrti. Pacient se postupně smiřoval s nemocí a umíráním, ale bylo to pro něj velmi obtížné. Nebyl vyrovnaný a obával se bolesti. Obavy z bolesti se postupně vytrácely, protože zjistil, že medikace je účinná a pomáhá mu. Těžší pro něj bylo zvládat úzkosti a deprese. Věděl, že taktéž může dostat léky, ale po nich se cítil utlumený a řečeno jeho slovy: „Nemohl jsem si danou situaci prožít, věděl jsem, že se něco děje, ale nejsem schopen prožívání a cítění emocí“.

Pacientovi byl nejdříve ordinován Neurool 0, 25 mg (anxiolytikum) v dávkování 1 – 0 – 0 společně s Asentrou 50mg 1 – 0 – 0 (antidepressivum), která byla po vysazení Neuroolu navýšena na dávku 1 – 1 – 0. později i Frontin 0, 5 mg, dle potřeby při úzkosti, či neklidu. Frontin se prvotně podával s ranními i odpoledními léky, ale právě na žádost pacienta, jej lékař naordinoval dle potřeby. To se ukázalo jako nejlepší varianta. Pan J. B. byl takto schopen prožívat různé emoce, ale když sám uznal za vhodné, vyžádal si medikaci.

V této kapitole bych chtěla probrat i pohled na našeho pacienta z hlediska stádií umírání dle Elisabeth Kübler – Ross.

1) První stádium – popírání a izolace

K popírání se uchylují téměř všichni pacienti a v dalších fázích nemoci se k tomu nemálo vrací. Lidé se musí zabývat myšlenkou vlastní smrti, ale taktéž musí ještě žít a prožívat svůj dosavadní život. Jedná se o jakýsi obranný mechanismus, po kterém přichází alespoň částečné smíření s realitou. Jak dlouho trvá tato fáze, závisí na různých faktorech – způsob, jak se pacient dozvěděl o své nemoci, jak je připraven čelit složitým situacím, kolik má času na uvědomění.

2) Druhé stádium – zlost

V druhém stádiu se pacientův hněv obrací na všechny ostatní a pro blízké okolí nemocného je právě tato fáze těžce zvladatelná. Svůj hněv a zlost obrací proti lidem, kteří pacienta iritují hlavně tím, že můžou žít „normální život“.

3) Třetí stádium – smlouvání

Smlouváním se pacienti snaží dosáhnout pokusu o odklad. Stanovují si různé časové úseky, kterých by se chtěli dožít a bezprostředně si sami sobě kladou naději. Požadují více času, aby mohli odložit umírání a smrt. V rámci nějaké smlouvy se obracejí často i k Bohu, nebo nějaké jiné vyšší moci.

4) Čtvrté stádium – deprese

Čtvrté stádium, stádium deprese nastává tehdy, když už nelze příznaky nemoci popírat a pacient znatelně slábne. Spolu s nemocí se pojí i další hospitalizace, které se nemocný už nemůže vyhnout. Člověk se musí smířit s neskutečnými ztrátami – sociálních kontaktů, své role ve společnosti, financí, často i zázemím. Jde o důležité období, které musí proběhnout, aby nemocný došel do stavu smíření.

5) Páté stádium – akceptace

V tomto stádiu člověk dosáhne smíření a určitého vnitřního pokoje. Jde o fázi, kdy člověk své prosby vyjadřuje mnohdy neverbálně, nepřeje si být rušen zbytečnými záležitostmi a pouhá blízkost druhého člověka pro něj může znamenat, že nezůstal sám. Pochopil, že jeho dny se naplnily. (15, 46)

Ad 1) první stádium jsem u pacienta nemohla zaznamenat. Proběhlo již v dřívější době, zřejmě při sdělování diagnózy tumoru spodiny dutiny ústní. Na toto téma, jak to probíhalo, jsme se společně nikdy nebavili.

Ad 2) dle mého názoru pacient tuto fázi taktéž prožil ještě před hospitalizací v hospicovém zařízení. Společně mi jen řekl, že byl „naštvaný na celý svět“. Přišlo mu to strašně neférové, a kladl si otázky typu: „Proč právě já“?

Ad 3) v období třetího stádia patrně probíhalo přijetí do hospicového zařízení. Pacient mnohdy vedl rozhovory, zda se to nedá léčit, když by přestal úplně kouřit cigarety. Opakovaně se ptal, jak nemoc rychle postupuje, jaká je prognóza. Sám vždy navrhoval možnosti, kdy by ještě potřeboval být v pořádku a jak už se potom s touto situací smíří. Pan J. B. často k těmto rozhovorům vyhledával lékaře, aby mu diagnózu vysvětlil po odborné stránce. V tomto pozdějším období se jeho náhled změnil i k přístupu ohledně víry a náboženství. Byl ochoten přijmout návštěvu řádové sestry, aby velmi pragmaticky řešil, jak mu Bůh může pomoci a co je ochoten udělat.

Ad 4) v období deprese si pacient musel prožít různé pocity. Jednalo se o zármutek, uvědomění si, že se blíží smrt. Nikdy neuvažoval, kdy a jak umře a nyní byl s těmito myšlenkami konfrontován. Vyjadřoval, že se cítí prázdně, prožil si tolik různých emocí, že už spíše nabyl pocitu prázdnoty. Upadal do deprese a bylo třeba s pacientem o jeho úzkostech mluvit. Někdy byly tak nezvladatelné, že si vyžádal vhodnou medikaci. V těchto dnech byl pacient málo komunikativní, své požadavky mnohdy vyjadřoval nonverbální komunikací. Mohli jsme se spolu dívat z okna, beze slov a přece v tom momentě byla slova zbytečná. Snažil se své pocity vyjádřit i pomocí psaného textu, kdy tvrdil, že píše dopisy známým, ale myslím, že tyto nikdy neodeslal.

Ad 5) myslím si, že k dospění do této fáze vyžadovalo pro pana J. B. mnoho úsilí. Už věděl, že je na sklonku svého života. Některých věcí pořádku litoval, ale smířil se tím, že nyní je již nezmění. Vypadal smířeněji a tomu i odpovídalo jeho mírné chování. Nejevil se vyloženě pasivně, ale klidně.

Myslím si, že pacient si prošel všemi fázemi a mnohokrát se i prolínaly. Nejednou se nalézal v několika stádiích současně, nebo se vracel do předchozích. Příčiny mohly být různé, nám neznámé. Mohli bychom polemizovat o nepřítomnosti rodiny, vlastních dětech, či příbuzných, kteří nebydleli v blízkém

okolí. Nedokonalosti se můžou ukázat i v systému zdravotní péče a nedostatku prostoru při prožívání.

4 Prognóza

Pacient již do zařízení přicházel s infaustní prognózou. V našem směru byla důležitá léčba symptomatická a největší důraz byl kladen na kvalitu života a tlumení projevů onemocnění, tak aby byla zachována důstojnost pana J. B.

Každým dnem pacient slábl a docházelo ke zhoršování zdravotního stavu. V posledních dnech byl zcela imobilní, stal se ležícím, nesoběstačným člověkem a to po dobu 12 dní, poté pan J. B. své nemoci zcela podléhá a umírá k 23. 11. 2016. Celková délka hospitalizace činila 40 dní.

5 Diskuze

V diskuzní části bych se ještě chtěla věnovat tomu, co mě při vytváření bakalářské práce limitovalo, kde jsem viděla nedostatky a chtěla bych zmínit i věci, které pokládám za důležité a přesto v dnešní pokročilé době pořád něco schází a nedostává se potřebného zájmu.

Umírání a smrt je vždy složitá nejen pro člověka samotného, ale i pro rodinu, blízké přátele a v neposlední řadě pro všechny zdravotníky kooperující s touto situací. V dnešní době již existují zařízení, kde lze poskytovat paliativní péči na úrovni, ale nabízí se nám otázky, jak moc ta úroveň péče je vysoká a především dostupná.

Dle mého názoru jsou ošetrovatelské problémy, jakožto rizika (infekce, pád, stravování, krvácení,...) po odborné stránce velmi dobře zvládnutá. Systematické vzdělávání a nemalé zastoupení těchto odborných činností sledujeme v rámci studia pregraduálního i postgraduálního.

Ve srovnání s umíráním v nemocnicích, považuji hospicové zařízení za obrovský pokrok a mnohem „lepší cestu“, ale myslím si, že tato péče má pořád značné mezery a to především ve vzdělávání pracovníků. V praxi se nám tyto nedostatky projevují nedostatečnou připraveností poskytovat adekvátní psychosociální podporu, chybí schopnost empatie a pečování o člověka jako celkem, o lidskou bytost se svou osobitou důstojností.

V České republice najdeme právní ukotvení pouze v Zákoně č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v § 5 Druhy zdravotní péče, kde se jednou větou zmiňuje o paliativní péči, jako o *druhu péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí*. V témže zákoně najdeme paliativní péči i v § 10, kde je vedena jako jedna z druhů zdravotní péče, poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta. (39)

Podobně tomu je i v zastoupení učiva a dotací předmětů v pregraduálním vzdělávání všeobecných sester. V metodickém pokynu k vyhlášce č. 39/2005 Sb. pro studijní obor všeobecná sestra se stanovují minimální požadavky k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. Paliativní péči zde sledujeme v povinných odborných předmětech s minimální dotací 10

hodin. V anotaci předmětu se dovídáme, že je součástí komplexu klinického ošetřovatelství a je koncipován jako praktický celek. (18)

Z vlastní zkušenosti mohu říct, že paliativní péče se prolíná i předměty etiky, psychologie, filozofie, okrajové zastoupení má i v ošetřovatelských postupech, nebo jej můžeme nalézt na různých fakultách jako povinně volitelný, či volitelný předmět. Náplň a rozsah předmětu je různorodý.

V současné době nabízí Centrum paliativní péče Praha vzdělávací kurz ELNEC (End of live nursing Education Consortium), což je mezinárodní projekt s licencí pro zdravotní sestry, garantovaný Českou asociací sester. Skládá se dohromady z 8 modulů: 1. Úvod do paliativní péče, 2. Léčba bolesti, 3. Léčba příznaků, 4. Etické záležitosti v paliativní péči, 5. Kulturní a duchovní aspekty péče, 6. Komunikace, 7. Ztráta, zármutek, žal, 8. Poslední hodiny. (47) Rozvoj akreditovaného specializačního vzdělávání si klade za úkol i Národní program paliativní péče. Ten se ve svých cílech vyjadřuje i k pregraduálnímu vzdělávání na zdravotnických školách a lékařských fakultách, kde by chtěl umožnit získat dostatečné znalosti a dovednosti v oblasti obecné paliativní péče. (55)

Pracovní skupina Evropská asociace pro paliativní péči vydala v roce 2004 řadu pokynů týkající se výchovy a přípravy na působení sestry v paliativní péči. O deset let později, projevila asociace snahu zhodnotit a zrevidovat tento dokument. V souvislosti s těmito návrhy, nebyly nikdy zaevidovány systematické důkazy o jejich účinnosti a dopadu či rozptýlení v Evropské Unii. Současný projekt si klade za cíl sladit dokument z roku 2004 tak, aby byl v souladu se současným pokrokovým vývojem v ošetřovatelství v paliativní péči. Mezinárodní poradní skupina by se měla objektivně vyjádřit k ošetřovatelské praxi a vzdělávání. Následně tyto informace pomohou vyjasnit odbornou přípravu sester a tím pomůžou členským asociacím podniknout další kroky. (41)

V této souvislosti, studie ukázala, že rozvoj paliativní péče má např. v Nizozemsku narůstající charakter. Vládní politika, vychází z myšlenky, že paliativní péče je všeobecná péče, a proto by měla být kdykoli poskytována v jakémkoli zařízení a každým zdravotnickým pracovníkem. Nepovažuje se za zvláštní lékařskou specializaci, jako je tomu v mnoha dalších zemích. Počátkem tohoto století jsou v Nizozemsku navíc týmy paliativní péče dostupné po celé

zemi. Díky dalším studiím bylo prokázáno, že týmy paliativní péče v nemocnicích mají pozitivní vliv na kvalitu života a spokojenost s péčí. (43, 44, 68)

Ve srovnání s touto zemí nám vyplývá, že nejen pregraduální, ale i postgraduální vzdělávání v oblasti paliativní péče má obrovský vliv na její rozvoj. Důležité pro tyto země, jako např. Nizozemsko, jsou již národní směrnice pro paliativní péči a jasné cíle pro každou nemocnici, či zdravotnické zařízení.

Pokud bychom šli napříč i dalšími kontinenty, Americká studie taktéž poukazuje na nedostatek paliativní péče a to především v oblasti vzdělávání. Jejich cílem je rozšířit podvědomí o problematice nejen mezi zdravotnický personál, ale i širokou veřejnost. Jsou si vědomi toho, že dosáhnout takového ambiciózního cíle se může podařit jen tehdy, bude – li dobře vyškolen personál působící v této oblasti a minimální základy budou integrovány do základního stupně vzdělávání. Současný systém vzdělávání považují za špatný a nedostačující. (65)

Teoretickou část jsem rozdělila na dva celky. První z nich se zabývá samotným onemocněním, po stránce anatomické, fyziologické a patologické. Taktéž zařazuji prevenci, diagnostiku a léčbu. Další celek pojednává o paliativní péči a nastiňuje i hospicovou problematiku. Při zpracování této části, jsem si uvědomila značný nepoměr v pramenech, které nám poskytují informace. Mnohem více zdrojů jsem nacházela právě k charakteristice onemocnění. Avšak k hospicům a paliativní péči už se zdroje, či autoři značně opakují, prolínají. Myslím si, že je to důsledek nedostatečného zájmu a menšího rozvoje v kontrastu s biomedicínou. Postrádám ucelené díla, která by pojednávala o propojení lékařské péče, právě s holistickým přístupem k člověku. Pokud bychom diskutovali v rovině biomedicínského modelu, zcela opomíjí touhy a přání pacienta s onkologickou diagnózou, jeho strasti a prožitky, které tato nemoc s sebou přináší.

V práci téměř nezmiňuji etické aspekty, i přesto, že se nám prolínají celým tématem; chtěla bych ještě vyzdvihnout důležitost komunikace s umírajícím

pacientem a metody psychoterapeutických intervencí. Volker Tschuschke ve své knize psychoonkologie, kterou z německého originálu přeložila Lucie Simonová, a byla lektorována doc. MUDr. Lubošem Petruželkou, uvádí hned několik výzkumů, které proběhly v rámci psychosociálního intervencí. Autor se zaměřuje na formy psychologicko – psychoterapeutické podpory u lidí s onkologickými nemocí. V rámci těchto forem byly zkoumány metody behaviorální, skupinová a individuální terapie a další. Interpretuje zde výsledky, které ukázaly, že všechny formy těchto intervencí jsou pro pacienty s nádorovým onemocněním užitečné i přesto, že byly shledány nemalé rozdíly.

6 Závěr

„Smrt je nezávažnější téma, jakým se kdy lidská mysl zabývala, svrchovaná otázka všech dob a národů. Je to nevyhnutelná hranice, ke které všichni směřujeme; součást zákona našeho bytí - tak jako zrození.“ (Camille Flammarion)

Problematika umírání a smrti lidí s nádorovým onemocněním je v současné době velmi aktuální téma a v této souvislosti jsem chtěla poukázat na nezastupitelnost zařízení hospicového typu. Taktéž jsem chtěla zdůraznit důležitost intervencí, které vykonávají nejen všeobecné sestry a tím velkou mírou přispívají k tomu, aby člověk mohl své dny s nemocí prožít důstojně, lidsky, bez nesnesitelné bolesti.

Jako téma bakalářské práce jsem si zvolila „Ošetrovatelská péče o pacienta s tumorem spodiny dutiny ústní“. Největší důraz jsem kladla na ošetrovatelskou péči v hospicovém zařízení. Zároveň jsem zvolila tumor spodiny dutiny ústní, jako názorný příklad, kde shledáváme mnoho problémů, ale ne všechny jsou správně řešeny. Setkáváme se zde s problémy na biologické úrovni člověka, ale i na celkové podstatě bytí jedince. Schopnost se v této fázi dorozumívat, komunikovat s okolním světem, zachovat si důstojnost.

V teoretické části jsem uvedla anatomicko – fyziologický základ, charakteristiku samotného onemocnění, rizikové faktory, příznaky, diagnostiku, léčbu, prevenci. V druhé části byla zmíněna hospicová a paliativní péče. Rozdíl těchto dvou celků uvádím výše v diskuzi.

V praktické části se zabývám případovou studií konkrétního pacienta s tumorem spodiny dutiny ústní. V počáteční anamnéze a fyzikálním vyšetření se dovídáme základní informace a následuje popis výsledků sledování během jeho hospitalizace. Jednotlivě jsou rozepsány dny, kdy jsem se zaměřila na veškerou činnost v souvislosti s tímto pacientem. Byla mi poskytnuta možnost dalšího sledování, které pak popisuji v navazujícím soustavném textu. V této kapitole jsou uvedené i ošetrovatelské problémy a rizika, které nastaly, popřípadě by nastat mohly. Pacienta jsem pozorovala od jeho příjmu do zařízení, až po nevyhnutelnou smrt. To považuji za důležité, neboť jsem si mohla vytvořit ucelený obraz.

Díky vzniklé práci jsem si mohla více uvědomit jedinečnost a důležitost každého člověka, jako individua se svými potřebami, přáními a touhami. Jednalo

se o geriatrického člověka, tudíž se automaticky přidružovala další rizika, či opatření. Nedovolím si znevažovat péči o geriatrické pacienty s onkologickým onemocněním, ba právě naopak. Problém shledávám v obsáhlosti tématu. V počáteční fázi jsem si neuvědomila, jak by mohla být tato kazuistika obsahově náročná, neboť situace zabředává téměř do všech sfér života, a proto bylo nutné text ohraničit, některé oblasti zcela vypustit, například etickou stránku věci, další jen nastínit.

Vzhledem k závažnosti onkologické diagnózy, je třeba si i uvědomit důležitou a nezastupitelnou psychologickou pomoc. Na oddělení nedochází psycholog, tudíž je nutné tuto intervenci pokrýt z řad lékařů, všeobecných sester a dalších pracovníků. Chtěla bych poukázat na důležitost kooperace týmu - lékař-všeobecná sestra - pečovatel – duchovní - pacient. Tuto spolupráci považuji za více než výbornou, což jsem mohla sama při týmové práci s pacienty pocítit.

Uvědomila jsem si, že paliativní péče je nezastupitelnou složkou ve zdravotnictví a důležitá při různých formách onemocnění, nebo stádiích života. Myslím si, že je třeba se v tomto oboru neustále vzdělávat a zdokonalovat, ale nezměrnou roli hrají i lidské faktory, jakožto komunikace, empatie, laskavost a trpělivost.

7 Seznam použitých zkratek

AA	alergická anamnéza
ADL	Activities of daily living = aktivity denního života
aj.	a jiné
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
BMI	body mass index = index tělesné hmotnosti
C	zkratka pro novotvary
cm	centimetr
CT	Computed Tomography = výpočetní tomografie
č.	číslo
dlp.	dle potřeby
EBV	Ebstein – Barrové virus
EF	ejekční frakce
FA	farmakologická anamnéza
G	grading = růst
gtt.	guttae = kapky
h	hodina
HPV	human papilloma virus = lidský papilomavirus
kg	kilogram
kol.	kolektiv
M	metastasis = metastáze
mg	miligram
min.	minuta
ml	mililitr
mmHg	milimetr rtuti
MR	magnetická rezonance
MUDr.	medicinae universae doctor = doktor
N	nodus = uzlina
např.	například
NO	nynější onemocnění
OA	osobní anamnéza

ORL	otorhinolaryngologie = ušní, nosní, krční
P	pulz
PA	pracovní anamnéza
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
per os	perorální aplikace = užití ústy
PTCA	perkutánní transluminální angioplastika
RA	rodinná anamnéza
RIA	ramus interventricularis anterior
RTG	rentgenové záření
SA	sociální anamnéza
Sb.	sbírky
St.	Saint = svatý
Stp.	stav po
SpO ₂	saturace krve kyslíkem
T	tumor = nádor
Tab.	tabulka
tbl.	tablety
TF	tepová frekvence
TIS	Therapeutic Intervention Scorin Systém = skórovací systém
tj.	to je
TK	tlak krve
TNM	tumor nodus metastasis
TRN	transpirační a respirační nemoci = oddělení tuberkulózy a respiračních nemocí
TT	tělesná teplota
tzv.	takzvaný
UICC	Union for International Cancer Control = Unie pro mezinárodní kontrolu rakoviny
ung.	unguentum = mast
VAS	visual analog scale = vizuální analogová škála
Via c	esta
WHO	World Health Organization = Světová zdravotnická organizace

X	neznámá
μ	mikro
/den	za den
°C	stupeň Celsia
%	procento

8 Seznam použité literatury

1. ADAM, Zdeněk a kol. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0896-5.
2. ADAM, Zdeněk a kol. *Obecná onkologie a podpůrná léčba*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0677-6.
3. BIBLE, *Písmo svaté Starého a Nového zákona*. Český ekumenický překlad. 8. přeprac. vyd. Praha. Česká bibilická společnost, 1995. ISBN 80-85810-07-7.
4. BUCKINGHAM, Robert W.: *Hospiz – Sterbende menschlich begleiten*. Freiburg im Breisgau: Herder, 1993. ISBN 3-451-23116-6
5. CLARK, David. *Palliative care history: ritual process*. *European Journal of Palliative Care*, 2000, 7(2). ISSN 1352-2779.
6. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie*. 2., upr. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-7169-970-5.
7. Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících.“
8. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
9. IVANOVÁ, Kateřina, TUCKEROVÁ, Veronika. *Kapitoly z lékařské etiky*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1998. ISBN 80-7067-836-4.
10. KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta, 2017. ISBN 978-80-204-4225-3.
11. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.
12. KLENER, Pavel a kol. *Klinická onkologie*. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-151-3.
13. KLENER, Pavel a kol. *Podpůrná léčba v onkologii*. Praha: Galén, 1998. ISBN 80-902501-2-2.
14. Kolektiv autorů. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1720-4.

15. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.
16. MAREŠ, Jan a kol. *Úvod do preklinické medicíny: Normální fyziologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, 2013. ISBN 978-80-87878-02-6.
17. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
18. Metodický pokyn k vyhlášce č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání
19. MUNZAROVÁ, Marta. *Proč ne eutanazii, aneb, Být, či nebýt?*. Vyd. v KNA 2. V Kostelním Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-304-3.
20. NAŇKA, Ondřej, ELIŠKOVÁ Miloslava a Oldřich ELIŠKA. *Přehled anatomie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-612-0.
21. NOHEJLOVÁ, Kateryna a kol. *Úvod do preklinické medicíny: Patologická fyziologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, 3. lékařská fakulta, 2013. ISBN 978-80-87878-04-0.
22. O'CONNOR, Margaret a kol. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1295-4.
23. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetřovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1211-3.
24. PAZDERA, Jindřich. *Základy ústní a čelistní chirurgie*. 2., rozš. a dopl. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2660-0.
25. POKORNÁ, Andrea a kol. *Ošetřovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4316-5.
26. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1715-9.

27. ROKYTA, Richard, KRŠIAK Miloslav a Jiří KOZÁK. *Bolest: monografie algeziologie*. Praha: Tigris, 2006. ISBN 80-903750-0-6.
28. ROKYTA, Richard. *Fyziologie*. 3., přeprac. vyd. (první vydání v nakladatelství Galén). Praha: Galén, 2016. ISBN 978-80-7492-238-1.
29. SKÁLA, Bohumil, ODRÁŽKA Karel a Lumír KOMÁREK. *Obecné preventivní a vyhledávací postupy u nádorových onemocnění v primární péči: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2005. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 80-86998-02-9.
30. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství: Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi. Ediční řada - Praktické příručky pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-323-6.
31. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 5. dopl. vyd. Praha: Ecce homo, 2003. ISBN 80-902049-4-5.
32. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-138-4.
33. TRACHTOVÁ, Eva, TREJTNAROVÁ Gabriela a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.
34. VIRT, Günter. *Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanazie*. Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-330-2.
35. VORLÍČEK, Jiří a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1716-6.
36. VORLÍČEK, Jiří a kol. *Paliativní medicína*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-437-1.
37. VYTEJČKOVÁ, Renata a kol. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3419-4.
38. VYTEJČKOVÁ, Renata a kol. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-3420-0.

39. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů
40. *American Academy of Hospice and Palliative Medicine* [online]. [cit. 2017-05-09]. Dostupné z: <http://aahpm.org/about/about>
41. *An EAPC Taskforce on preparation for practice in Palliative Care Nursing across the EU.* [online]. [cit. 2017-05-28]. Dostupné z: <http://www.eapcnet.eu/Themes/Education/Nursing.aspx>.
42. *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče: Formy hospicové péče* [online]. [cit. 2017-05-09]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/formy-hospicove-pece/>
43. BAKITAS, M., LYONS, K. D., HEGEL, M. T. et al. *Effects of a Palliative Care Intervention on Clinical Outcomes in Patients With Advanced Cancer.* JAMA [online]. [cit. 2017-05-28]. 2009, 302(7). Dostupné z: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2009.1198>.
44. BRINKMAN-STOPPELENBURG, A., BODDAERT, M., DOUMA, J. a VAN DER HEIDE, A. *Palliative care in Dutch hospitals: a rapid increase in the number of expert teams, a limited number of referrals.* BMC Health Services Research [online]. [cit. 2017-05-28]. 2016, 16(1). Dostupné z: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1770-2>.
45. *Doporučené preventivní postupy v primární péči* [online]. [cit. 2017-05-15]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/manual/Manual%20souhrn-6.pdf>.
46. *Elisabeth kübler-ross - five stages of grief* [online]. [cit. 2017-05-15]. Dostupné z: http://www.businessballs.com/elisabeth_kubler_ross_five_stages_of_grief.htm.
47. *ELNEC: Unikátní vzdělávací kurz s mezinárodní licencí pro zdravotní sestry* [online]. [cit. 2017-05-28]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/cs/elnec>.

48. *Evropský kodex proti rakovině* [online]. [cit. 2017-05-09]. Dostupné z: <http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/cs/>
49. *Historie hospice Anežky České* [online]. [cit. 2017-05-09]. Dostupné z: <http://www.hospic.cz/historie.html>
50. *Hospic knížete Václava: Historie hospicového hnutí a situace v ČR* [online]. [cit. 2017-05-09]. Dostupné z: <http://www.hospicknizetevaclava.cz/poslani-hospice/historie-hospicoveho-hnuti-a-situace-v-c-r>
51. *Lékařské diagnózy: Karcinom hrtanu* [online]. [cit. 2017-05-28]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/lekarske-diagnozy.aspx?id=93>.
52. *Lidské tělo - fotoalbum: Kosterní soustava* [online]. [cit. 2017-05-19]. Dostupné z: <http://www.latinsky.estranky.cz/fotoalbum/kosterni-soustava/kosterni-soustava/>
53. MLČOCH, Z. *Nádory, rakovina hlavy a krku - příznaky, projevy, symptomy v přehledu* [online]. [cit. 2017-05-08]. Dostupné z: <http://www.priznaky-projevy.cz/orl/nadory-rakovina-hlavy-a-krku-priznaky-projevy-symptomy-v-prehledu>
54. MOŮ - *Prevence nádorových onemocnění - Masarykův onkologický ústav* [online]. [cit. 2017-05-09]. Dostupné z: <https://www.mou.cz/prevence-nadorovych-onemocneni/t3017>
55. *Národní program paliativní péče: cesta k dosažení dostupné kvalitní paliativní péče pro pacienty* [online]. [cit. 2017-05-28]. Dostupné z: <https://www.nppp.cz/>.
56. *Naše služby* [online]. [cit. 2017-05-17]. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/sluzby>
57. *Nervy mozkomíšní (cerebrospinální)* [online]. [cit. 2017-05-20]. Dostupné z: http://skolajecna.cz/biologie/Sources/Textbook_Textbook.php?intSectionId=91500
58. *Nursing Theory: Roper - Logan - Tierney Model for Nursing Based on a Model of Living* [online]. [cit. 2017-05-09]. Dostupné z:

- <http://www.nursing-theory.org/theories-and-models/roper-model-for-nursing-based-on-a-model-of-living.php>
59. PODBĚHLÁ, Lucie. *Výživa onkologicky nemocných* [online]. [cit. 2017-05-15]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/vyziva-onkologicky-nemocnych-458223>.
60. *Rakovina hlavy a krku: Diagnostika* [online]. [cit. 2017-05-09]. Dostupné z: <http://www.rakovinahlavyakrku.cz/diagnostika.php>
61. *Rakovina hlavy a krku: Tracheostomie* [online]. [cit. 2017-05-09]. Dostupné z: <http://www.rakovinahlavyakrku.cz/tracheostomie.php>
62. *Rakovina ústní dutiny* [online]. [cit. 2017-05-08]. Dostupné z: <http://nemoci.vitalion.cz/rakovina-ustni-dutiny/>
63. ROUBÍČKOVÁ, Jaroslava. *Dysfagie – poruchy polykání* [online]. [cit. 2017-05-20]. Dostupné z: <http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost--co-je-to--dysfagie>
64. *TNM klasifikace zhoubných novotvarů, 7. vydání (originál 2011)|ÚZIS ČR* [online]. [cit. 2017-05-09]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/tnm-klasifikace-zhoubnych-novotvaru-7-vydani-original-2011>
65. WEBB, J. A. a CASARETT, D. *A Prescription for Population-Based Palliative Care Education. Generations* [online]. [cit. 2017-05-25]. 2017, 41(1), s. 68-73.
66. *WHO|Palliative care* [online]. [cit. 2017-05-09]. Dostupné z: <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>
67. *WHO|WHO Definition of Palliative Care* [online]. [cit. 2017-05-09]. Dostupné z: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
68. ZIMMERMANN, C., SWAMI, N., KRZYZANOWSKA, M. et al. *Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial*. *The Lancet* [online]. [cit. 2017-05-28]. 2014, 383(9930), s. 1721-1730 Dostupné z: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62416-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62416-2/fulltext)

9 Seznam tabulek

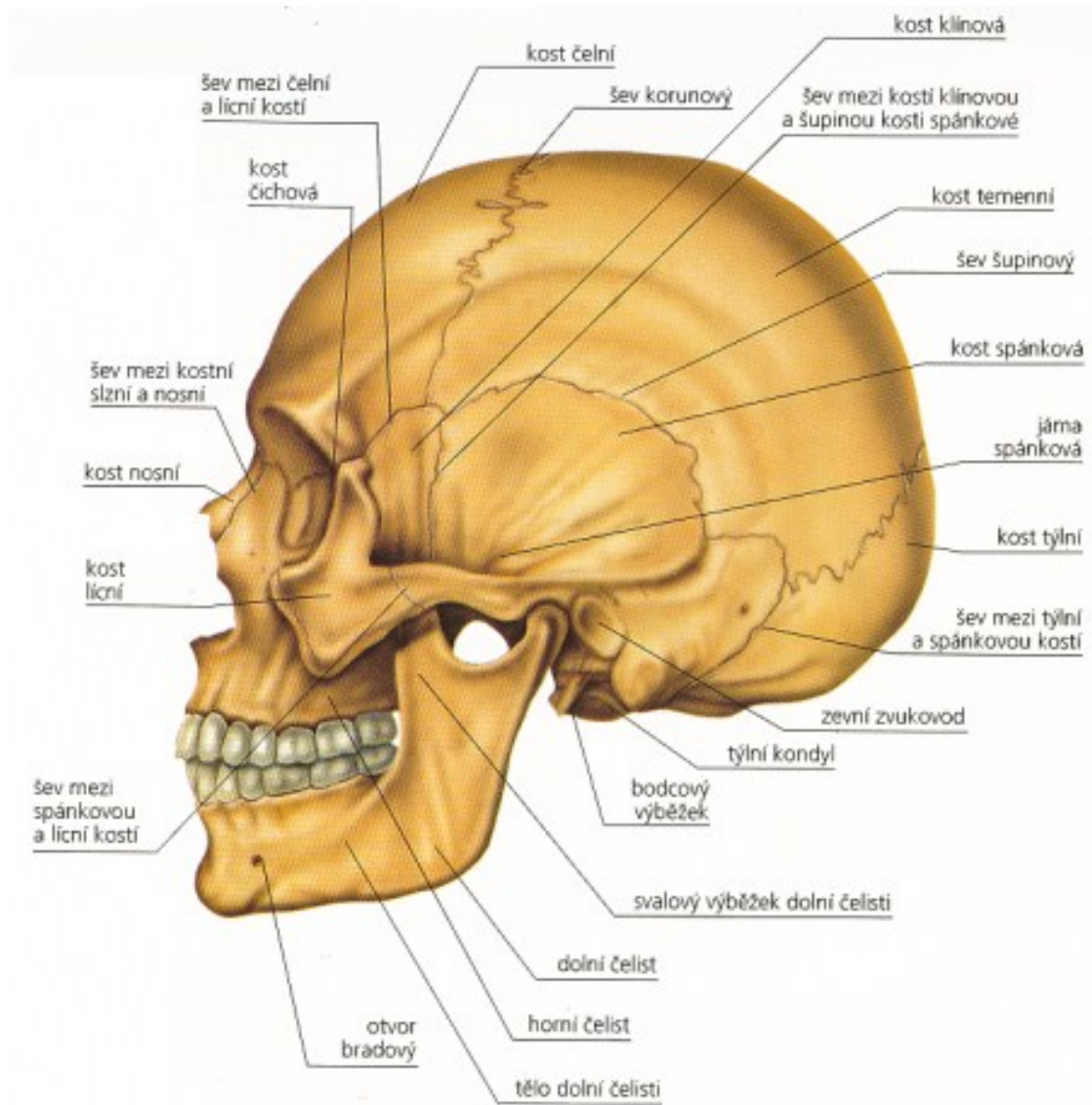
Tab. č. 1 Klasifikace TNM.....	20
Tab. č. 2 Rozdělení do stádií u nádorů ORL oblasti	21
Tab. č. 3 Léky užívané pacientem v době příjmu	36
Tab. č. 4 Rozpis léků.....	48
Tab. č. 5 Množství nutriční a tekutin podáno cestou PEG	49

10 Seznam příloh

Příloha č. 1	Kosti a spojení na hlavě
Příloha č. 2	Svaly hlavy a krku
Příloha č. 3	Ošetrovatelská anamnéza

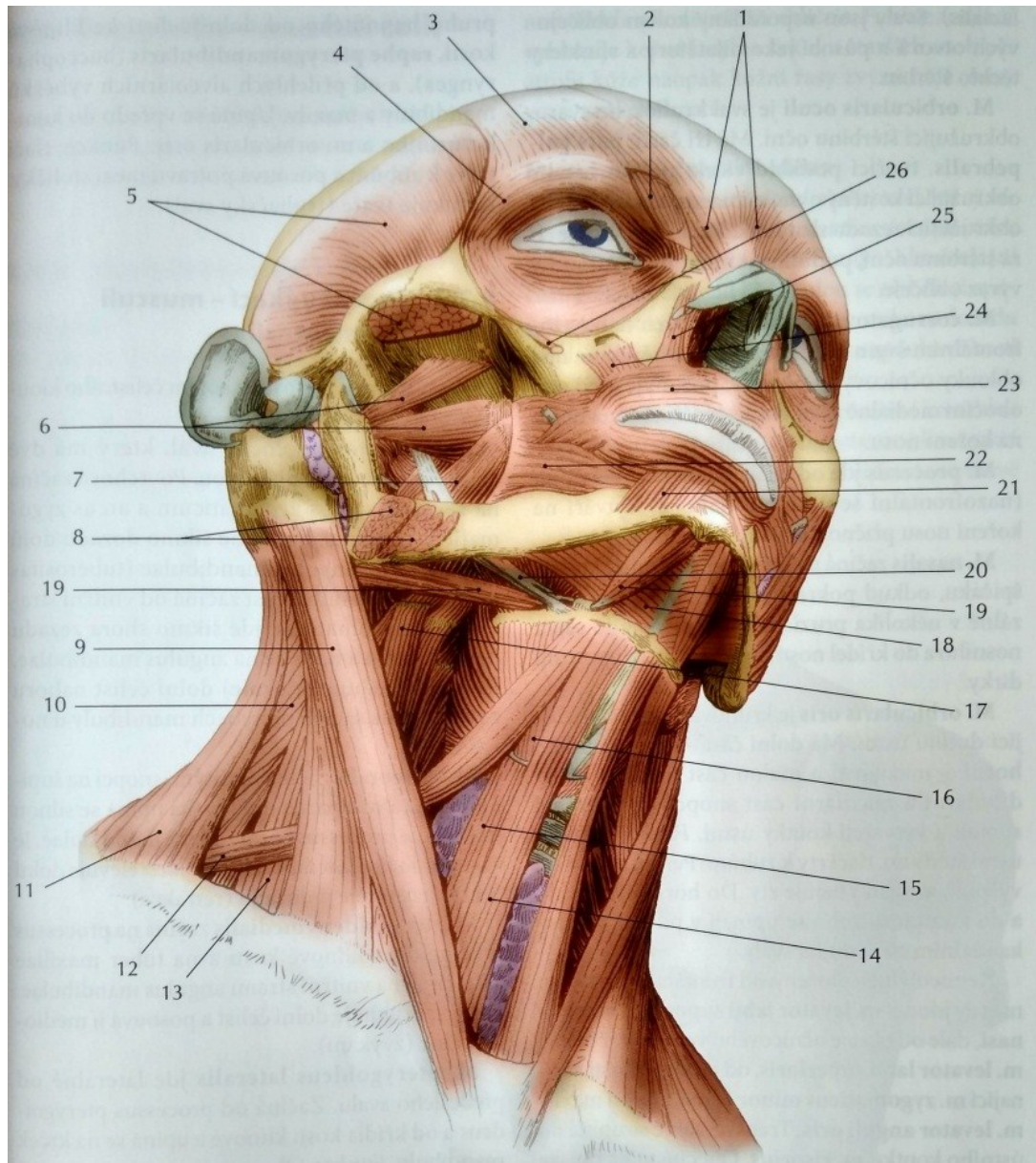
Příloha č. 1 Lebka, pohled ze strany

(Zdroj: <http://www.latinsky.estranky.cz/fotoalbum/kosterni-soustava/kosterni-soustava/>)



Příloha č. 2 Svaly hlavy a krku

(Zdroj: Naňka, Elišková, Eliška. Přehled anatomie)



Obr. 4.4. Svaly hlavy a krku

- | | |
|--|--|
| 1 – m. procerus | 13 – m. scalenus medius |
| 2 – m. corrugator supercilii | 14 – m. sternohyoideus |
| 3 – m. frontalis | 15 – m. sternothyroideus |
| 4 – m. orbicularis oculi | 16 – m. thyrohyoideus |
| 5 – m. temporalis – pod pons zygomaticus je sval přetnut před svým úponem na dolní čelist | 17 – m. scalenus anterior (začíná na krční páteři) |
| 6 – m. pterygoideus lateralis – 2 hlavy | 18 – m. mylohyoideus |
| 7 – m. pterygoideus medialis – 2 hlavy | 19 – m. digastricus (zadní a přední bříško) |
| 8 – m. masseter - převážná část z něho je odstraněna, zanechán jen úpon na dolní čelisti na pravé straně | 20 – m. stylohyoideus |
| 9 – m. sternocleidomastoideus | 21 – m. depressor labii inferioris |
| 10 – m. levator scapulae | 22 – m. buccinator |
| 11 – m. trapezius | 23 – m. orbicularis oris |
| 12 – m. omohyoideus | 24 – m. levator labii superioris |
| | 25 – m. levator labii superioris alaeque nasi |
| | 26 – m. zygomaticus minor a major |

Příloha č. 6 Ošetřovatelská anamnéza

Ošetrovateľská anamnéza

(Ústav ošetrovateľství, 3. LF UK – pro studijní účely)

Oddělení : HOSPIC

Datum a čas odběru anamnézy : 16. 10. 2016

Jméno (iniciály) : J. B. Pohlaví: MUŽ Věk : 80 LET

Datum přijetí : 14. 10. 2016

Stav: SVOBODNÝ Povolání: PROFESOR UMĚTÍ, 17TU STAROBRNÍ DĚČMO

Rodina informována o hospitalizaci : ano ne

Diagnóza při přijetí (základní): TUMOR SPLODITÝ, DUTIVÝ, ÚSTVÍ

Chronická onemocnění : HYPERTENZE II. STUPNĚ
DIABETES MELLITUS II. TYPU
ICHA, DYSF. L. BRZEČÍ, KOPORŮ
HYPERLIPIDEMIE, HYPACUTIS

Infekční onemocnění: NE ANO

Režimová opatření: /

Léčba:

Operační výkon: / Pooperační den: /

Farmakoterapie: EUTHIKOK 75mg 1/0-0-0 tbl. ATIBIOTICE 10mg 3x 4ml

PROCTITOL 20mg 1-0-0 tbl. OPATHALMO-DETONEX 1-0-1 gtt.

NEURAL 0,25mg 1-0-0 tbl.

BIDOLARD 5mg 1/0-0-0 tbl.

OPETRADEL 20mg 0-0-1 tbl.

ALBIFEN 1750 30-30-30 gtt.

CHLORPROTHIXEN 15mg 0-0-1 tbl.

Jiné léčebné metody: DIABOX VIA ŽE

Má nemocný informace o nemoci : ano ne částečně

Alergie : ano ne jaké: /

Fyziologické funkce : P : 75' TK : 120/70 D : 14/min SpO2 : 94% TT : 36,7°C

1) Vědomí

stav vědomí : při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC : 15b

Orientovaný Dezorientovaný

Ústav ošetrovateľství, 3. LF UK ©

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba).....

GERIATRICKÝ, POLYMORBIDITIVNÍ KLIENT
CA DU, PŘÍTOMNOST CHROTY CHOROBY

Úrazy: ano ne jaké: */*

6) Výživa, metabolismus

Dieta: *e. 9* Nutriční skóre: *30*

Hmotnost: *87 kg* Výška: *173 cm* BMI: *29,2*

Chuť k jídlu: ano ne

Potíže s přijímáním potravy: ano ne jaké: *NEVYMOKROUJÍ PŘIJÍMAT PER OR*

Užívá doplňky výživy: ano ne jaké: */*

Enterální výživa: *V.P. P.E.B.* Parenterální výživa: */*

Denní množství tekutin: *1500 ml* Druh tekutin: *PŘEVÁŽNĚ VODA, ČAJ*

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době: ano ne o kolik: *5 kg*

Umělý chrup: ano ne horní dolní

Potíže s chrupem: ano ne

SYRUSTAVIVNÍ TUMOR

7) Vyprazdňování

problémy s močením: ano pálení řezání retence inkontinence
 ne

problémy se stolicí: ano průjem zácpa inkontinence
 ne

stolice pravidelná: ano ne

datum poslední stolice: *16. 10. 2014*

Způsob vyprazdňování: podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení: */*

Rektální odvodný systém: */*

Stomie: */*

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: *CHODÍ E!*

Barthel test: *70*

Riziko pádu: ANO skóre: *130*

NE

Pohyblivost: chodící samostatně

chodící s pomocí

ležící pohyblivý ležící nepohyblivý

pomůcky jaké :

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : 7-10 h hodina usnutí : 23 h

poruchy spánku : ano ne jaké : SPATNÉ VLNĚNÍ, BUZENÍ BĚHEM NOCI

hypnotika : ano ne

návyky související se spánkem :

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem: ano ne jaké :

potíže se sluchem: ano ne jaké : NEDOSLYCHAVOST

porucha řeči: ano ne jaká : DYSARTIKULACE

kompensační pomůcky: ano ne jaké :

orientace : orientován

dezorientovaný místem časem osobou

11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu

Emocionální stav: klidný rozrušený

Pocit strachu nebo úzkosti : ano ne

Úroveň komunikace a spolupráce: dobrá obtížná.....

Plánování propuštění

Bydlí doma sám : ano ne

kdo bude o klienta pečovat po propuštění :

kontakt s rodinou : ano ne

12) Invazivní vstupy

Drény : ano ne jaké : Datum zavedení:

Permanentní močový katétr : ano ne

i.v. vstupy : ano periferní datum zavedení: kde:.....

Stav :

centrální datum zavedení: kde:.....

stav :

ne

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©

Sonda : ano ne jaká : datum zavedení :

Stomie : ano ne jaká: stav :

Endotracheální kanyla : ano ne č.ETR : datum zavedení:

Tracheotomie : ano ne č.: 9 od kdy: 4.10.2016

Arteriální katétr : ano ne

Epidurální katétr: ano ne

Jiné invazivní vstupy:

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

1. Barthelové test základních všedních činností (ADL - activities of daily living)

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
4.osobní hygiena	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
5.kontinence moči	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
6.kontinence stolice	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
7.použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
9.chůze po rovině	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0

Zdroj: Staňková,M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi. Brno.IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

0-40 bodů: vysoce závislý

45-60 bodů: závislost středního stupně

65-95 bodů: lehce závislý

100 bodů: nezávislý

70 b.

2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	< 10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobrý 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Není 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Část omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	< 60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč+stolice 1

Zdroj: Staňková, M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně. 230.

3. Hodnocení nutričního stavu

NRS – Nutritional Risk Screening

Je BMI (kg/m ²) pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	NE

Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Zdroj: Grofová, Z., Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry, Grada 2007

4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

Rizikové faktory pro vznik pádu		
Anamnéza:		
DDD (dezorientace, demence, deprese)		3 body
věk 65 let a více		2 body
pád v anamnéze		1 bod
pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překlada na lůžkové odd.		1 bod
zrakový/sluchový problém		1 bod
užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquizery, antidepressiva, laxativa)		1 bod
Vyšetření		
Soběstačnost		
- úplná	0b	
- částečná	2b	
- nesoběstačnost	3b	
Schopnost spolupráce		
- spolupracující	0b	
- částečně	1b	
- nespoupracující	2b	
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetrovatelského personálu)		
Míváte někdy závratě?	ANO	3 body
Máte v noci nucení na močení?	ANO	1 bod
Budíte se v noci a nemůžete usnout ?	ANO	1 bod
Celkem:		
0-4 body	Bez rizika	
5-13 bodů	Střední riziko	
14-19 bodů	Vysoké riziko	

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK©

5. Hodnocení vědomí

Glasgow Coma Scale

Hodnocený parametr	Reakce	Body
Otevření očí	spontánně otevřené	4
	na slovní výzvu	3
	na bolestivý podnět	2
	oči neotevře	1
Slovní odpověď	přiléhavá	5
	zmatená	4
	jednotlivá slova	3
	hlásky, sténání	2
	neodpovídá	1
Motorická reakce	pohyb podle výzvy	6
	na bolestivý podnět účelný pohyb	5
	na bolestivý podnět obranný pohyb	4
	na bolestivý podnět jen flexe	3
	na bolestivý podnět jen extenze	2
	na bolestivý podnět nereaguje	1
Hodnocení:		
	15 bodů - pacient při plném vědomí	15/0
	3 body - pacient v hlubokém bezvědomí	

Zdroj: NEUWIRTH, J. Sledování a hodnocení fyziologických funkcí. In: KOLEKTIV AUTORŮ *Základy ošetrování nemocných*. Praha : Karolinum, 2005, s. 46-56. ISBN 80-246-0845-6

Ošetrovatelské zhodnocení

KLIENT BYL PŘIJAT DO HOSPICOVÉHO ZARIŽENÍ K PALIATIVNÍ PÉČI PRO ZHORŠENÍ CELKOVÉHO STAVU A PROGRESI NABÝTNÉHO ONEMOCNĚNÍ.

KLIENT JE PŘI VĚDOMÍ, ORIENTOVANÝ VE ŠROTKOVÝM KONTAKTU, ODPOVĚDI PŘILÉHAJÍ, ARTIKULACE ZHORŠENÁ. PACIENT JE NEDOSTATEČNĚ PŘI TEMPO, PŘI MĚŘENÍ NĚMU SPOUPRAČUJE.

DLE BARTHEL TESTU JE LEHCE ZAVÍZLÝ NA POMOC DRUHÉ OSOBY. KÁHELEM K JEMNÉ DIAGNÓZE JE I V RIZIKU IZOLOVANÉ DEKUBITU. KLIENT JE VE STŘEDNÍM RIZIKU PADU.

OBČAS POCITUJE MÍRNĚ BOLESTI V OBLASTI KRKU. KLIENT MÁ DVOUPLÁŠŤKOVOU TRACHEOSTOMII A JE VYŽIVOVÁN ČESTO PĚG.