

UNIVERZITA KARLOVA  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav Ošetřovatelství*



**Monika Mišová**

**Ošetrovatelská péče o pacienta s jaterním onemocněním  
v paliativní péči**

*Nursing care of a patient with liver disease in palliative care*

*Bakalářská práce*

Praha, květen 2021

Autor práce: Monika Mišová

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Heřmanová, Ph.D.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav Ošetřovatelství**

Předpokládaný termín obhajoby: 23. červen 2021

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracoval/a samostatně a použil/a výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má diplomová/ 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. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 28. května 2021

Monika Mišová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala především své vedoucí práce Mgr. Janě Heřmanové za její odborné vedení mé práce, za cenné rady, trpělivost a čas, který mi věnovala.

# Obsah

<b>OBSAH</b> .....	<b>5</b>
<b>ÚVOD</b> .....	<b>7</b>
<b>1. JATERNÍ CIRHÓZA</b> .....	<b>8</b>
1.1 <i>Stručná anatomie a fyziologie jater</i> .....	8
1.2 <i>Etiologie onemocnění</i> .....	9
1.3 <i>Klinický obraz</i> .....	10
1.4 <i>Komplikace onemocnění</i> .....	11
1.5 <i>Diagnostika</i> .....	12
1.6 <i>Léčba</i> .....	13
1.7 <i>Prognóza</i> .....	14
1.8 <i>Syndrom závislosti na alkoholu</i> .....	15
1.9 <i>Komunikace s pacienty závislými na alkoholu</i> .....	17
<b>2. PALIATIVNÍ PÉČE</b> .....	<b>17</b>
2.1 <i>Cíle paliativní péče podle fází onemocnění</i> .....	19
2.2 <i>Činnost konziliárního paliativního týmu</i> .....	20
2.3 <i>Principy paliativní péče</i> .....	21
2.4 <i>Popis jednotlivých rolí v týmu</i> .....	21
2.5 <i>Přínosy paliativního týmu pro pacienta a rodinu</i> .....	22
2.6 <i>Přínosy paliativního týmu pro personál a zdravotnické zařízení</i> .....	22
2.7 <i>Čím mohou být ohrožena práva terminálně nemocného</i> .....	23
2.8 <i>Psycho-sociální potřeby umírajících</i> .....	24
2.9 <i>Fáze smutku dle Elizabeth Kübler-Ross</i> .....	25
2.10 <i>Koncept sdíleného rozhodování</i> .....	26
2.11 <i>Sdělení nepříznivé zprávy</i> .....	26
<b>3. KAZUISTIKA</b> .....	<b>28</b>
3.1 <i>Lékařská anamnéza</i> .....	28
3.2 <i>Průběh hospitalizace</i> .....	30
3.3 <i>Ošetrovatelská anamnéza</i> .....	32
3.4 <i>Ošetrovatelský model Marjory Gordon</i> .....	33
3.5 <i>Vybrané ošetrovatelské problémy</i> .....	37
3.5.1 <i>Bolest způsobená akutním onemocněním</i> .....	37
3.5.2 <i>Úzkost způsobená terminálním stádiem onemocnění</i> .....	40
3.5.3 <i>Zmatenost způsobená jaterní encefalopatií</i> .....	44

<b>4. DISKUZE</b> .....	<b>46</b>
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>48</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>49</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ</b> .....	<b>53</b>

## Úvod

Téma své bakalářské práce Ošetrovatelská péče u pacienta s jaterní cirhózou v paliativní péči jsem si zvolila, protože jsem několik let pracovala na jednotce intenzivní péče a pacienti s tímto onemocněním zde byli hospitalizováni velmi často. Zároveň jsem za tu dobu ošetřovala i velké množství pacientů v terminálním stádiu nemoci, samozřejmě nejen s touto chorobou, a i proto mě velmi zaujala tematika paliativní péče. V prostředí intenzivní péče podle mého ne příliš často využívaná.

Teoretickou část práce jsem rozdělila na dvě části. V první jsem se snažila popsat důležitá fakta týkající se jaterní cirhózy. Onemocnění jater, které je z většiny způsobeno alkoholem a zcela lze vyléčit jen transplantací. Pro transplantaci jsou ale jasně nastavené podmínky a ty mnoho lidí s alkoholickým postižením jater nejsou schopni dodržet. Dále jsem se snažila nastínit, jak s takovými lidmi komunikovat a co to vlastně taková závislost na alkoholu je.

V ošetrovatelské části jsem vybrala pacienta, který byl opakovaně hospitalizován ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady ve velmi špatném stavu. Na podkladě anamnéz jsem vybrala tři hlavní ošetrovatelské problémy, na jejichž řešení se spolupodílel paliativní tým.

# 1. Jaterní cirhóza

V roce 2016 žilo v České republice zhruba 40 000 – 60 000 pacientů s tímto onemocněním, z toho 2 000 v důsledku tohoto onemocnění umíralo. (EHRMAN, a další, 2016). Jaterní cirhóza je časté a závažné onemocnění, jde o konečné stádium chronických jaterních onemocnění. V našich podmínkách je nejčastěji způsobené alkoholem, virovou hepatitidou C, nebo kombinací obou těchto faktorů. V játrech dochází k nekróze jaterních buněk, vazivové přeměně neboli fibrotizaci a uzlovité přestavbě jaterního parenchymu. (LUKÁŠ, 2005)

## 1.1 Stručná anatomie a fyziologie jater

**Játra** (hepar) váží okolo 1500 gramů a jsou tak největší metabolickou žlázou trávicího systému. Uložena jsou v pravé brániční klenbě a dělí se na pravý a menší levý lalok., dále na lalok čtvercový a lalok dolní duté žíly. Žilní krev, obohacená vstřebanými látkami ze žaludku, tenkého a tlustého střeva je do jater přiváděna vrátnicovou žilou (vena portae). Protéká mezi jaterními buňkami a poté je odváděna do dolní duté žíly. Tento průtok se nazývá portální oběh. Okysličenou krev přivádí do jater společná jaterní tepna (arteria hepatica communis), která se před vstupem do jater dělí na pravou a levou jaterní tepnu (arteria hepatica dextra et sinistra). (MERKUNOVÁ, a další, 2008)

Základní stavební a funkční jednotkou jaterní tkáně je **jaterní lalůček** (lobulus). Ten je složen z trámců **jaterních buněk** (hepatocytů) do tvaru nepravidelného šestistranu. Každý trámec tvoří dvě řady těsně k sobě přilehlých jaterních buněk. Tyto buňky pak lemují svými krevními póly široké kapiláry, označované také jako krevní sinusy. V sinusech se okysličená a vrátnicová krev mísí. Jaterní buňky si z této krve odebírají kyslík a vstřebané látky, opačně ale řadu vlastních produktů vydávají zpět do sinusů. Krev z těchto sinusů vtéká do centrální žíly lalůčku, poté do jaterní žíly, a nakonec do dolní duté žíly. Na opačných pólech jaterních buněk, jinak také žlučových pólech, začínají ve štěrbinách uvnitř trámců žlučové kanálky. Tam odvádí jaterní buňky již vytvořenou žluč. (DYLEVSKÝ, 2013)



**Žlučovody** tuto žluč sbírají, spojují se do větších vývodů a vytvářejí pravý a levý jaterní žlučovod (ductus hepaticus dexter et sinister), vystupují z pravého a levého laloku a spojením utvoří společný jaterní vývod. K němu se po krátkém průběhu připojuje žlučníkový vývod (ductus cysticus) a spojením těchto vývodů vznikne žlučovod (ductus choledochus). Žlučovod ústí společně s vývodem ze slinivky (pankreas) na dvanáctníkové papile (papilla Vateri). Mimojaterní žlučové cesty mají délku 5-8 cm a šířka kolísá mezi 4-8 mm. (MERKUNOVÁ, a další, 2008)

**Žlučník** (vesica fellea) přiléhá na spodní plochu jater, má hruškovitý tvar a kapacitu 30-80 ml žluči. Jeho bazální část obvykle přesahuje přední okraj jater. Žluč, tvořena jaterními buňkami, naplňuje žlučové cesty a přetéká do žlučníku, tady se žluč koncentruje, neboť zde dochází ke vstřebávání vody. (DYLEVSKÝ, 2013)

Mezi hlavní funkce jater patří: metabolismus základních živin, tvorba plazmatických bílkovin, fagocytující Kupfferovy buňky, přichycené ke stěnám sinusů, zneškodňují cizorodé složky a mikroorganismy, detoxifikují organismus od čpavku (amoniaku), alkoholu a léků, odbourávají hormony, podílí se na metabolismu vitamínů, chemicky konjugují bilirubin, podílí se na metabolismu minerálních látek, jsou zásobárnou krve, jsou zdrojem tepla v těle, ovlivňují proces srážení krve, podílejí se na udržování hladiny glykémie, vzniká zde lipoproteiny, snižují cholesterol a odbourávají staré krvinky. (MERKUNOVÁ, a další, 2008).

## ***1.2 Etiologie onemocnění***

Bez ohledu na příčinu jsou cirhotické změny reakcí na nekrotický proces jaterních buněk. Změny ve struktuře jater jsou nevratné a mohou nastat u celé řady nemocí postihující játra. Nejčastější příčinou je alkohol, který způsobí parenchymovou fibrózu s následnou přestavbou. Další častou příčinou onemocnění bývají chronické hepatitidy typu B a C. Méně často mohou vyvolat toto onemocnění i jiné toxiny, jedná se poté o tzv. polékové poškození jater, či infekce (brucelóza, echinokoková infekce), ale i autoimunitní hepatitidy. (NAVRÁTIL, 2008)

Jak uvádí Slezáková, příčinou jaterní cirhózy může být: nedolčená hepatitida, onemocnění žlučových cest spojené s chronickou cholestázou, tzv. biliární cirhóza, chronický alkoholismus – neexistuje tzv. „bezpečná dávka alkoholu“, kterou je denně možné konzumovat bez potencionálních rizik. Citlivější na poškození jaterních buněk jsou ženy. další z příčin může být i selhávání pravého srdce, účinek hepatotoxických léků anebo autoimunitní onemocnění. (SLEZÁKOVÁ, 2012)

Hůlek uvádí, že celosvětově je alkohol příčinou asi 50 % všech jaterních cirhóz, zajímavé jsou uvedené geografické odlišnosti, například v souvislosti s převládajícím náboženstvím (ve Francii je to 90 %, v islámských zemích pouze 10 %, v ČR je způsobeno alkoholem asi 30 %, s větším podílem na jižní Moravě.) (HŮLEK, a další, 2018)

### ***1.3 Klinický obraz***

Je velmi různorodý, od naprosté absence obtíží přes nespecifické dyspeptické obtíže až po selhání jater. Onemocnění může mít formu kompenzovanou a dekompenzovanou. Při **kompenzované formě** si nemocní subjektivně stěžují na ne příliš specifické příznaky, jako jsou dyspepsie, pocity plnosti po jídle, změny stolice, perimaleolární otoky, u žen to bývá porucha menses (hypomenorea, až amenorea). Objektivně se nejčastěji objevuje hepatomegalie, rostoucí portální hypertenze, ojedinělé jsou kožní příznaky. Při **dekompenzované formě** si nemocní subjektivně stěžují na únavu, slabost, nechutenství, hubnutí, zvětšování břicha. Objektivně je takto nemocný pacient unavený, vyhublý (velké břicho, hubené končetiny), má zpomalené reakce (encefalopatie), kůže je bledá nebo ikterická, můžeme pozorovat četné pavoučkové névy, u mužů mizí ochlupení v oblasti hrudníku (KLENER, 2011)

Další objektivní nálezy u jaterní cirhózy způsobené alkoholem jsou subfebrilie až teplota, hepatální fétor, nápadně velké bílé lunety na nehtech, vyhlazený jazyk, exkoriace v důsledku pruritu při cholestáze, hyperpigmentace kůže. V oblasti gastrointestinální je to například caput medusae, průjmy, meteorismus, flatulence, výše zmíněný ascites. Hematologické nálezy svědčí pro anemii, trombocytopenii,

leukopenii, koagulopatii a další. Z endokrinních jsou to například ztráta libida, atrofie varlat, impotence, palmární erytém. (HŮLEK, a další, 2018)

#### **1.4 Komplikace onemocnění**

K nejvýznamnějším komplikacím patří portální hypertenze a její důsledky jako jsou: kolaterální oběh, hypersplenismus, ascites, hepatorenální syndrom, encefalopatie, zvýšení plazmatického volumu, hyperkinetická cirkulace a nízký krevní tlak. U takto nemocných pacientů je třeba myslet na větší náchylnost k infekcím – plicním, močových cest a náchylnost k peritonitidám. Časté jsou i peptické vředy nebo cholecystolithiáza. Poměrně běžné jsou také poruchy glukózové tolerance. Obávanými komplikacemi jsou především krvácivost, selhání ledvin a jaterní selhání. (KLENER, 2011)

Vybrané komplikace rozepíšu podrobněji, neboť se vyskytly u mnou vybraného pacienta:

- **Jaterní encefalopatie** – je komplex neuropsychických symptomů, které vznikají v souvislosti s jaterní insuficiencí a přítomností portosystémových zkratů, nebo v souvislosti s obojím. Provází jak chronické, tak i akutní jaterní onemocnění. (HŮLEK, a další, 2018)  
Často je způsobena minerálovou disbalancí, infekcí, nebo krvácením do trávicího traktu. Zpočátku může u pacienta způsobit změny nálady, poruchy spánku, postupně je pacient dezorientován - místem, časem i osobou, může dojít i k poruše vědomí až ke kóma. Při vhodné léčbě je stav většinou reverzibilní. (LUKÁŠ, 2005)
- **Hepatorenální syndrom** – „*Hepatorenální syndrom (HRS) je definován jako funkční selhání ledvin při jaterním onemocnění s portální hypertenzí a představuje vrchol systémových cirkulačních změn při portální hypertenzi. Jedná se o úzce specifikovaný syndrom, jehož hlavním rysem jsou morfologicky intaktní ledviny. Je nalézán téměř výhradně u nemocných*

*s ascitem. Jaterní transplantace je nejvhodnější terapeutickou metodou, nicméně ji lze provést jen u malého počtu nemocných.“ (LATA, 2013)*

Akutní poškození ledvin je častou komplikací u nemocných s jaterní cirhózou, můžeme jej nalézt u 20-50 % nemocných, přijatých pro známky dekompenzovaného jaterního onemocnění. V současnosti došlo díky přepracování diagnostických kritérií k velkému pokroku. Časné odhalení konkrétní formy poškození ledvin a brzké zahájení terapie, významně ovlivňuje prognózu a mortalitu pacientů. (KRÁTKÁ, a další, 2020)

- **Ascites** – je abnormální množství tekutiny v dutině břišní, může dosahovat 10 až 20 litrů a u jaterní cirhózy souvisí se sníženou hladinou albuminu a přetlakem v portálním řečišti. Je možné jej léčit diuretiky a dietou s omezením solí, v případě, že ascites nereaguje na běžnou léčbu, nazývá se jako rezistentní či refrakterní. Další léčebnou metodou je punkce ascitu neboli odpuštění tekutiny punkční jehlou. V případě, že je tekutina osídlena bakteriemi, jedná se o tzv. spontánní bakteriální peritonitidu, která může významně zhoršit pacientovu prognózu. (LUKÁŠ, 2005)
- **Krvácení z GIT** – je jednou z nejzávažnějších a život ohrožujících komplikací portální hypertenze. Je zapříčiněno varixy nebo varikózními pleteněmi, které jsou z patologického hlediska „*již preexistující či nově utvářené portosystémové spojky v oblasti submukózy trávicí trubice vznikající na podkladě tlakového gradientu mezi systémovým a portálním řečištěm*“ (HŮLEK, a další, 2018). U 90 % nemocných je jejich příčinou právě jaterní cirhóza. Varixy se mohou nacházet například v oblasti jícnu, žaludku a rektu. Farmakologická léčba spočívá především v podávání vazoaktivních léků, další formou léčby je endoskopické ošetření. (HŮLEK, a další, 2018)

## **1.5 Diagnostika**

Primárně je zapotřebí získat od pacienta podrobnou osobní, rodinou, lékovou a pracovní anamnézu, provést fyzikální vyšetření a zhodnotit laboratorní výsledky

krve. Ke správnosti diagnózy asi v 80 % přispívá abdominální ultrasonografické vyšetření jater, navíc upozorní na malý ascites nebo počínající ložiskový proces. Ultrasonografické vyšetření průtoku krve portálním systémem umožňuje změřit rychlost a směr toku portou, event. i průtok krve játry. (KLENER, 2011)

Pro přesnější určení diagnózy je možné provést jaterní biopsii, ne vždy je ale tato metoda možná. V roce 2018 získali vědci z 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy ocenění za inovativní možnost testování pacientů a zjištění prognózy bez invazivního vyšetření, a to pouze odběrem krve a zjištěním hladiny osteopontinu. *„Čím je jaterní tkáň poškozenější a obsahuje větší množství vaziva, tím více reaguje i produkcí osteopontinu. Jeho přítomnost lze vyšetřit snadným testem a výrazně souvisí s prognózou. Čím vyšší je hodnota osteopontinu, tím je prognóza cirhotického onemocnění horší,“* vysvětluje profesor Brůha. (1.LFUK, 2018)

Další informace nám mohou přinést i zobrazovací metody jako počítačová tomografie, gastrokopie, nebo gamagrafie jater, (SLEZÁKOVÁ, 2012) magnetická rezonance, pozitronová emisní tomografie, digitální subtrakční angiografie a jiné. Endoskopickou cholangiopankreatografii a magnetickou rezonanční cholangiografii lze využít při cholestáze a podezření na její extrahepatální původ. (EHRMANN, a další, 2006)

## **1.6 Léčba**

Léčebný postup se dělí na chirurgický, tedy transplantaci jater a postup konzervativní. Ke konzervativnímu postupu řadíme dietoterapii, neboť nutriční stav je považován za prognostický faktor dalšího vývoje onemocnění, morbiditý i mortality. Proteino-energetická malnutrice bývá u nemocných v pokročilém stádiu z více než 60 %. (KLENER, 2011)

Zásadní snahou v dietoterapii je zároveň odstranění příčiny onemocnění, tedy u alkoholické cirhózy abstinence, jež může v mnoha případech zamezit další progresi onemocnění. (NAVRÁTIL, 2008). Farmakologická léčba spočívá v podávání hepatoprotektiv, antibiotik k potlačení střevní mikroflóry, kortikoidů,

vitaminu K, diuretik a infuzní terapie (elektrolyty, glukóza, albumin, vitaminy). Dále je možné provést puncii ascitu. Další možností je zavedení transjugulárního intrahepatického portosystemického shuntu (TIPS), který propojí dolní dutou žílu a její větve s portálním systémem jater a zamezí tak městnání krve v žilách zažívacího traktu. (SLEZÁKOVÁ, 2012) (MERKUNOVÁ, a další, 2008)

Konkrétně pro alkoholové poškození jater neexistuje specifický postup léčby, zásadou číslo jedna je úplná abstinence, prognóza dále závisí na léčbě komplikací, spojených s jaterním poškozením. Případně na transplantaci, pokud je indikovaná. (HŮLEK, a další, 2018)

### 1.7 Prognóza

K posuzování pokročilosti jaterního onemocnění se v praxi nejčastěji používá Child-Pughovo skóre. Je překvapivě spolehlivé i přes to, že je z části založeno na subjektivním hodnocení stavu pacienta. Součástí hodnocení mimo laboratorní výsledky bilirubinu, albuminu a INR (international normalized ratio) je navíc míra encefalopatie a zhodnocení ascitu.

Body	1	2	3
Ascites	nepřítomen	mírný	refrakterní
Encefalopatie (stupeň)	nepřítomna	I–II	III–IV
Bilirubin (μmol/l)	< 34	34–51	> 51
Albumin (g/l)	> 35	28–35	< 28
INR	< 1,6	1,6–2,0	> 2,0

Childovo-Pughovo skóre: vyjádřeno v bodech (minimum 5, maximum 15)  
 Childova-Pughova klasifikace: A = 5–6, B = 7–9, C = 10–15

Tabulka 1: Child-Pughova klasifikace (KUČERA, 2006)

Další možnost hodnocení je založena na objektivních parametrech a zahrnuje i hodnocení velmi častého ledvinného poškození. Je to skóre MELD. Obě tyto škály se od sebe prognosticky příliš neliší. (HŮLEK, a další, 2018)

Na základě běžných klinických údajů je možné využít hodnocení navržené v Bavenu 2005:

- 1. stadium – pacient nemá jícnové varixy, ani ascites, úmrtnost je kolem 1 %
- 2. stadium – pacient má varixy, nemá ascites, v anamnéze nemá krvácení, úmrtnost 3-4 % v průběhu jednoho roku
- 3. stadium – pacient má ascites, bez ohledu na přítomnost varixů nebo předchozího krvácení z varixů je úmrtnost 20 % za rok
- 4. stadium – pacient prodělal krvácení z varixů, není důležité, zda je přítomný ascites, úmrtnost je až 57 % za jeden rok
- 5. stadium – je uváděné pouze občas a je spojeno s přítomností infekce a ledvinného selhání (HŮLEK, a další, 2018)

Obecně je možné uvést, že prognóza jaterní cirhózy způsobené alkoholem je lepší než u cirhóz jiného původu. Prvním rozhodujícím faktorem je rozhodnutí o dodržení naprosté abstinence. U pacientů s dekompenzovanou jaterní cirhózou, kteří nedodrží abstinenci je pravděpodobnost pětiletého přežití menší než 30 %. Druhým faktorem je úroveň prevence a léčby komplikací spojených s onemocněním. Třetím faktorem je současné onemocnění virovou hepatitidou. Další faktory mohou být například rozvoj hepatocelulárního karcinomu a mimojaterních komplikací. (HŮLEK, a další, 2018)

### **1.8 Syndrom závislosti na alkoholu**

*„Závislost je psychická porucha, kterou charakterizuje skupina psychopatologických, behaviorálních a kognitivních příznaků, které se vyvíjejí po opakovaném užití substance. Typicky zahrnuje silné přání užít alkohol (neboli bažení – craving), potíže s kontrolou pití alkoholu, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritu v užívání drogy před ostatními aktivitami, zálibami a závazky, zvýšenou toleranci pro drogu a někdy somatický odvykací stav.“* (HŮLEK, a další, 2018)

Závislost se vyvíjí v několika fázích. Počátky alkoholismu jsou příležitostné pití, které se časem stává pravidelnějším, účinky alkoholu nemusí uživateli způsobovat opilstost, důležitý je pocit uvolnění. S užíváním roste tolerance k množství vypitého alkoholu. Další varovná fáze přichází ve chvíli, kdy uživateli nezáleží na druhu alkoholu, při opilstosti se objevují „okénka“, stále je zachována kritičnost k pití, ale postižený je již citlivý na jakoukoli zmínku o alkoholu a ve stavu intoxikace se snaží kontrolovat. Následující tzv. kruciólní fáze, přichází ve chvíli, kdy uživatel již toleruje vysoké dávky alkoholu. Příjemný stav je až ve zřetelné opilstosti. Ztrácí se kontrola nad pitím. Objevuje se potřeba pití po ránu. Terminální fázi alkoholismu charakterizuje užívání alkoholu v kteroukoli denní dobu, významný je také nepříjemný stav po vystřízlivění a typické „lččení se“ další dávkou alkoholu. Osobnost se postupem času mění, dochází k deprivaci osobnosti, objevují se orgánová poškození, tolerance k alkoholu v důsledku poškození jater snižuje. (HŮLEK, a další, 2018)

Syndrom závislosti je pak charakterizován těmito základními projevy:

- silná touha nebo úzkostný pocit přijmout alkohol, minimální schopnost sebeovládání ve vztahu k užívání alkoholu
- tělesný odvykací stav ve chvíli, kdy je užívání alkoholu omezeno anebo zcela ukončeno
- vyžadování vyšších dávek alkoholu, k dosáhnutí účinku původně vyvolaného nižší dávkou
- postupné zanedbávání jiných zájmů, potěšení a aktivit ve prospěch užívání alkoholu, zvýšené množství času k získání nebo konzumaci alkoholu nebo zotavení se z jeho účinku
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků

Přítomnost minimálně tří z výše uvedených charakteristik již značí diagnózu syndromu závislosti. (KALINA, 2015)



## ***1.9 Komunikace s pacienty závislími na alkoholu***

Komunikace s pacienty nadužívajícími alkohol a již závislími může být pro personál nemocnice poměrně náročná, zvláště v případě, že je pacient hospitalizovaný po několikáté. Pacienti mohou být zmatení, nespolupracující a agresivní. Doporučení, které sepsal prof. Hůlek ve své knize, jsou míněná spíše směrem k lékaři, myslím si ale, že i ošetřovatelský personál by mohl několik zásad v komunikaci využít ve svůj prospěch:

- Otázky směřující k užívání alkoholu pokládejte s takovou samozřejmostí, jako byste se ptali na zaměstnání či datum narození.
- K rozhovoru se závislími pacienty samozřejmě patří otevřenost, a to jak ve sdělování všech informací, tak i ve sdělování rizik. Současně je ale zapotřebí počítat s obrannými mechanismy psychiky pacienta a respektovat je.
- V žádném případě není úlohou zdravotnických pracovníků pacienta moralizovat, odsuzovat jej, vyčítat. Personál může ale pacientovi dát jasně najevo, že s jeho dalším užíváním alkoholu nesouhlasí.
- Ukažte pacientovi, že máte zájem o jeho osud.
- Nebojte se vyjádřit své pocity ohledně pacienta, mohou to být pocity bezmoci, obavy z možných problémů v návaznosti na závislost. Poskytnete tak nemocnému zpětnou vazbu.
- Ke každému novému pacientovi přistupujte nezaujatě, i v případě, že Vám někoho z předešlých pacientů připomíná.
- Pokuste se přistupovat k fabulacím, nespolehlivosti, zkráceným a nesděleným informacím jako k součásti onemocnění pacienta.
- Investujte vždy svoji důvěru znovu a odpouštějte. (HŮLEK, a další, 2018)

## **2. Paliativní péče**

Původně vznikla paliativní péče pro pacienty v terminálním stádiu onkologického onemocnění. Tento fakt je již dnes překonán a uplatnění paliativní péče se rozšířilo i na neonkologická onemocnění, například při chronickém srdečním selhání nebo chronické obstrukční plicní nemoci, Alzheimerově chorobě a chronickém selhání ledvin. (SZONOWSKÁ, 2019)

Světová zdravotnická organizace definuje paliativní péči jako komplexní péči, zaměřenou primárně na prevenci a mírnění utrpení pacientů všech věkových skupin, trpících závažným život ohrožujícím onemocněním. Péče je aktivní a zaměřena především na kvalitu života pacienta a jeho blízkých. (WHO, 2019)

Pro kvalitní poskytování paliativní péče je nutné zajistit několik základních cílů. V první řadě by měla být péče zaměřena prioritně na nemocného, měla by být pro nemocného výhodná, v žádném případě by péče neměla smrt urychlit, s čímž souvisí i to, že nesmí nemocnému uškodit, měla by být ideálně načasovaná, komplexní a účinná. (MEIER, 2010)

Paliativní péče se dělí na obecnou a specializovanou. Obecná paliativní péče je taková, kterou by jako správně edukovaní profesionálové, měli být schopni poskytnout všichni zdravotníci. Poskytuje pacientovi nejen možnost efektivní komunikace, úctu k jeho autonomii, ale i základní léčbu příznaků onemocnění. Tato péče je spíše definovaná přístupem, kdy k pacientovi a jeho potřebám přistupujeme s pochopením a akceptací.

Specializovaná paliativní péče je taková, kterou poskytuje tým odborníků, většinou tým multidisciplinární, až v případě, že obecná paliativní péče nedokáže naplnit všechny potřeby nemocného dostatečně. Nenaplněné potřeby mohou být především v oblasti symptomů nereagujících na běžnou léčbu, dále se personál potýká s komunikačně obtížnými situacemi s pacientem i rodinou, s plány do budoucna, s existencionálními otázkami a dalšími. (BUŽGOVÁ, 2015)

Dále je potřeba rozlišovat mezi tzv. hospicovou a paliativní péčí. Jak uvádí MUDr. Zavadová z Cesty domů, paliativní péče může být poskytována měsíce například u pacientů, kteří mají život ohrožující onemocnění (pacienti s nově zjištěným nádorovým onemocněním), naproti tomu péče hospicová, je péče, která je pacientovi poskytována v rádech týdnů na samém závěru života. (KOLÁŘOVÁ, 2020)

Specializovaná paliativní péče může být pak poskytována formou ambulantní, formou akutního oddělení paliativní péče, standartního oddělení paliativní péče, nebo může být poskytována formou konziliárního paliativního týmu. Tato forma je nejčastěji uplatňována ve velkých nemocnicích. (BUŽGOVÁ, 2015)

V současnosti bohužel nejednoznačné vymezení kompetencí paliativních týmů a stanovení hranice zodpovědnosti mezi ošetřujícím a paliativním lékařem brzdí rozvoj nemocniční paliativní péče. Jedním z doporučení a zároveň základním indikátorem pro intervenování pacienta paliativní týmem, může být například položení si poměrně intuitivní „surprise question“, nebo také otázky na překvapení, která zní: „Byl/a byste překvapen/a, kdyby během následujících šesti měsíců tento pacient zemřel?“. Negativní odpověď na tuto otázku by měla být důvodem k indikaci konziliárního paliativního týmu. Existuje řada dalších indikačních nástrojů, jako například CAPC (Center to Advance Palliative Care), jejich nevýhodou je ovšem časová náročnost. (LOUČKA, 2019)

## ***2.1. Cíle paliativní péče podle fází onemocnění***

Z hlediska fáze onemocnění, ve kterém se pacient zrovna nachází, se dají odvodit i ideálně zvolené cíle léčby. Jak se můžeme dočíst v doporučeném a léčebném postupu pro lékaře je možné paliativní péči rozdělit do několika skupin.

### **1. Fáze kompenzovaného onemocnění (předpoklad přežití v řádu měsíců i let)**

V tomto stádiu je nemocný relativně stabilizovaný a cílem léčby je proto nejdelší možné udržení stavu kompenzace, udržení co nejvyšší možné funkční zdatnosti a co nejdelší délky života. Za těchto podmínek je v případě náhlého zhoršení stavu indikována plná intenzivní péče i péče resuscitační. Spolu s tím je indikována obvykle i primární a sekundární prevence akutních kardio a cerebrovaskulárních komplikací.

### **2. Fáze nevratně progredujícího onemocnění (předpoklad přežití v řádu týdnů i měsíců). Cíl léčby se posouvá spíše směrem ke zkvalitnění života, nebo**

udržení dosavadní kvality. Prodlužování života již přestává být hlavním cílem léčby. Postupy, které bezprostředně nepřispívají nebo nezvyšují život, nejsou v této fázi onemocnění žádoucí. Nebývají indikovány. Stejně tak i primární a sekundární preventivní opatření. V akutních případech se ale postupuje individuálně. Intenzivní péče indikována bývá, resuscitační péče již méně často.

3. **Terminální fáze onemocnění** (předpoklad přežití v řádu týdnů, dnů i hodin), jinak také u pacientů ve fázi umírání je primárním cílem léčby důstojný odchod, minimalizace dyskomfortu, neprodlužování procesu umírání a maximální respekt k jedinečnosti konce každého lidského bytí. Obvykle nebývá indikována intenzivní ani resuscitační léčba, o to více se snaží lékaři a zdravotnický personál mírnit symptomy nemoci. (SKÁLA, 2005)

Hodnocení stavu jako terminálního musí vyplívat ze zdravotnické dokumentace pacienta. Za toto rozhodnutí zodpovídá a provádí jej ošetřující lékař po dohodě s vedoucím lékařem oddělení a přednostou nebo primářem, případně je svoláno takzvané mezioborové konzilium.

## **2.2. Činnost konziliárního paliativního týmu**

V nemocničním zařízení může jakýkoliv člen zdravotnického personálu iniciovat součinnost paliativního týmu. Ten se poté zaměřuje především na satureování potřeb nemocných. A to zejména ve chvíli, kdy se typická kurativní ošetrovatelská i medicínská péče na sklonku života, překlápí na péči o široké spektrum potřeb nemocného, a jak uvádí Bužgová, paliativní péče řeší především:

- Soustavné vyhodnocování bolesti a ostatních příznaků nemoci
- Posuzování a následné řešení pacientových psychosociálních a spirituálních potřeb
- Komunikace o prognóze a náhledu na péči
- Určení cílů, které si pacient přeje
- Rozhodnutí o tom, jak bude probíhat přechod z léčebné péče na péči paliativní
- Debata o resuscitaci a dalších metodách intenzivní léčby
- Podpora pacientů a jeho blízkých v oblasti psychosociální a spirituální

- Zamyšlení se nad průběhem změny typu péče
- Identifikace příznaků blížící se smrti
- Poskytnutí pomoci a opory rodině v celém průběhu paliativní péče, i po skonu pacienta. (BUŽGOVÁ, 2015)

### 2.3. *Principy paliativní péče*

- Prodloužení a zachování života, který bude pro pacienta svou kvalitou přijatelný.
- Léčba neusilující o oddálení, ani urychlení smrti.
- Respekt a ochrana důstojnosti pacienta.
- Přání, individuální potřeby a hodnotové priority pacienta jsou pro kvalitní poskytování paliativní péče nezbytné.
- Paliativní péče se snaží podpořit vlídné a důstojné prostředí, možnost trávit poslední chvíle se svými blízkými považuje za důležitou.
- Chápe umírání jako přirozený proces, u každého pacienta ale jedinečný.
- Péče poskytuje komplexní oporu blízkým nejen v období zármutku, po smrti pacienta (SLÁMA, a další, 2007)

### 2.4. *Popis jednotlivých rolí v týmu*

Multidisciplinární tým, je týmem odborníků, kteří se prioritně zabývají poskytováním služeb a aktivit přímo navazujících na potřeby nemocného v různém stádiu umírání. Každý v tomto týmu má svoji roli. Nejčastěji to bývají:

**Paliativní lékař (paliatr)** – osoba s odborným vzděláním v paliativní medicíně, která rozhoduje o indikaci paliativní péče a stanovuje plán péče s významným důrazem na kvalitu života a na léčbu bolesti a dalších příznaků pokročilého onemocnění. Dále úzce spolupracuje s paliativní sestrou na plánování a pravidelném hodnocení stavu pacienta. Komunikuje s pacientem, rodinou a dalšími blízkými, s ošetřujícím personálem, konzultuje a spolupracuje s dalšími členy paliativního týmu. Iniciuje oblast dříve vyslovených přání. A mnoho dalšího.

**Zdravotní sestra** – v případě, že v týmu není koordinátor péče, zastává roli koordinátora péče mezi všemi zdravotníky a členy paliativního týmu. Přijímá podněty k zahájení péče. Úzce spolupracuje s lékaři o navržení a realizaci paliativního plánu péče. Monitoruje bio-psycho-sociální a spirituální komfort pacienta. Zjišťuje preference a přání pacienta a jeho blízkých. Pečuje o pozůstalé. A mnoho dalšího.

**Ošetřující lékař/specialista** – lékař, který se spolupodílí na plánu péče a koordinuje léčbu pacienta

**Psycholog** – zajišťuje komunikaci mezi pacientem, rodinou, poskytuje psychoterapii nemocným. (BUŽGOVÁ, 2015)

Neméně důležitou součástí Paliativního a podpůrného týmu ve FNKV je i psychiatr, zdravotně sociální pracovník, fyzioterapeut, klinický farmaceut, pracovník etického poradenství, mentor a kaplan. Konzultujícími osobami jsou pracovníci Ústavu ošetřovatelství 3. LF UK, vrchní sestra a primář interní kliniky.

Níže uvádím několik důvodů, proč podporovat rozvíjení paliativní péče, nejen v nemocničním prostředí:

## ***2.5. Přínosy paliativního týmu pro pacienta a rodinu***

Mezi hlavní výhody patří kvalitní léčba zaměřená na bolest a ostatní příznaky onemocnění, podpůrná a kvalitní komunikace s pacientem i rodinou, individuální plánování především podle přání, preferencí a hodnot pacienta. Pacient je při poskytování paliativní péče prioritou, je podporován ve své důstojnosti, jedinečnosti a je respektován. Tým se snaží především o zvýšení kvality jeho života. Současně předchází možným konfliktním situacím, případně tyto situace efektivně řeší. (SLÁMA, a další, 2019)

## ***2.6. Přínosy paliativního týmu pro personál a zdravotnické zařízení***

Lze nacházet ve zvýšení dovedností a znalostí ostatních zdravotnických pracovníků, kteří spolupracují s paliativním týmem a čerpají tak od něj nové poznatky. Zároveň snižuje úroveň stresu a frustrace z léčby, která se dříve mohla jevit jako „neúspěšná“. Při spolupráci s paliativním týmem se snižuje riziko

vyhoření vlivem podpory týmu. Tým současně spolupracuje na propuštění nemocného a předchází nežádoucí rehospitalizaci. Snižuje náklady za neprospěšné a nadbytečné medicínské intervence. Konzultuje využití nákladných terapeutických a diagnostických technik, aby byly rozumné a odůvodněné. (SLÁMA, a další, 2019)

## ***2.7. Čím mohou být ohrožena práva terminálně nemocného***

Práva umírajících jsou popsána v dokumentu „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyлéčitelně nemocných a umírajících“, jinak se tomuto dokumentu říká také Charta práv umírajících. Patří mezi ně například právo na informace, na vyjádření svých pocitů a potřeb, právo na pomoc od rodiny a pro rodinu, právo na rozhodování a spousta dalších. Bohužel se nezdá, kdy tato základní práva nedodrží a jsou ohrožena v oblastech jako:

- Nedostatečná léčba bolesti a nedostupnost paliativní péče
- Časté opominání psychologických, sociálních a duchovních potřeb a nedostatečná léčba fyzických symptomů nemoci.
- Přílišné využívání vyspělé medicíny a jejích postupů k umělému prodlužování života, provádění medicínských postupů bez souhlasu pacienta
- Neuspokojivé celoživotní vzdělávání a minimální psychologická podpora zdravotnického personálu poskytujícího paliativní péči
- Nepostačující podpora a péče o rodinu a ostatní blízké umírajícího pacienta, kteří by mohli zpětně v mnoha oblastech poskytnout oporu právě nemocnému
- Strach terminálně nemocného ze ztráty svébytnosti a pocit závislosti na institucích a blízkých
- Zcela jistě také nedostatkem vhodných prostor, především v nemocnicích, které by sloužily právě pro důstojné rozloučení s blízkými.
- Nedostatek finančních zdrojů přidělených paliativní péči
- Negativní přístup k tématu umírání a smrti (Rada Evropy - Charta práv umírajících, 1999)

## **2.8. *Psycho-sociální potřeby umírajících***

**Možnost být a moci zůstat sám sebou.** Každý člověk je unikátní osobnost, má určité vlastnosti, zlé i dobré. Tak musíme k člověku přistupovat a respektovat jej. Stejně tak, jak se zajímáme o jeho budoucnost, o to, zda bude či nebude zdrav, měla by nás zajímat i jeho minulost. Takové informace jsme schopni získat především v případě, že projevíme o pacienta zájem. Ten je klíčový. (MARKOVÁ, 2010)

**Potřeba Empatie** je další nezastupitelnou potřebou. Nečiň, co nechceš, aby ostatní činily tobě. Věta, kterou se snaží rodiče vštípit už svým dětem. Základní pravidlo slušného chování, nabírá ve zdravotnictví ještě o trochu jiný rozměr. Pro nás zdravotníky by sousloví „činit dobro“ mělo být mantrou. (MARKOVÁ, 2010)

**Potřeba cítit se jako muž nebo žena** je další z potřeb, které bych ráda vzpomenula, jelikož se na ně dle mého velmi často zapomíná. U některých pacientů vystupují takové potřeby viditelně na povrch, jako příklad mě napadají výrazně nalakované, rudé, udržované nehty u devadesátileté pacientky, kterým se většina zdravotníků podívá. Krásně ale reflektuje právě tuto potřebu. (MARKOVÁ, 2010)

**Potřeba splnit svůj úkol.** Každý v životě zastáváme určité role, v průběhu života se tyto role různě mění a prolínají. A my jako zdravotníci každý den neošetřujeme jen tělesnou schránku se selhávajícími orgány. Ošetřujeme také něčí matku, babičku, vdovu a my musíme mít na paměti, že aktuální zdravotní stav komplikuje mnohdy i plnění tohoto úkolu. Dovolím si zde citovat Hippokrata: „není důležité, jakou nemocí onemocněl určitý člověk, ale jaký člověk onemocněl určitou nemocí“.

**Potřeba rozhodovat o sobě,** jde ruku v ruce s principem autonomie a je základním lidským právem. V případě, že není člověk v bezvědomí nebo není zbaven svéprávnosti, vždy musíme respektovat jeho přání. (MARKOVÁ, 2010)

### **Potřeba plakat, potřeba se smát**

Potřeba pláče je v těžkých životních situacích celkem pochopitelná, pacient má strach z bolesti a utrpení a je dost možné, že není nic jiného na světě, co by mu pomohlo v tuto chvíli víc než právě pláč. (MARKOVÁ, 2010)



Zdravotníci pracují mimo fyziologické symptomy i s celou řadou psychosociálních potřeb. Navíc i s emocemi, jako například strach, úzkost, obavy, vina, zlost, smutek.

## 2.9. Fáze smutku dle Elizabeth Kübler-Ross

Popis fází smutku, kterými prochází nejen umírající, ale i jeho blízcí, v tabulce spolu s návodem, jak v určité fázi reagovat nabízí ve své knize Hospice a umění doprovázet lékařka, spisovatelka a publicistka Svatošová takto:

FÁZE PODLE KÜBLER - ROSSOVÉ		
FÁZE	PROJEVY	CO S TÍM
NEGACE ŠOK POPÍRÁNÍ	"Ne, já ne, pro mne to neplatí." "To není možné." "To je určité omyl." "Zaměnili výsledky."	Navázat kontakt, získat důvěru
AGRESE, HNĚV, VZPOURA	"Proč zrovná já?" "Či je to vina?" "Vždyť mi nic nebylo." Zlost na zdravé lidi, na zdravotníky, vyčítá nespravedlnost.	Dovolit odreagování, nepohoršovat se.
SMLOUVÁNÍ, VYJEDNÁVÁNÍ	Hledání zázračných léků, léčitelů a diet, pověr. Ochoten zaplatit cokoliv. Činí velké sliby.	Maximální trpělivost, ale pozor na podvodníky
DEPRSE, SMUTEK	Smutek z utrpění ztráty, z hrozící ztráty. Strach z účtování, strach o zajištění rodiny.	Trpělivě naslouchat, pomocí urovnat vztahy, pomocí hledat řešení (zajištění rodiny apod.).
AKCEPTACE, SMÍŘENÍ, SOUHLAS	Vyrovnaní je pokora, skončil boj, je čas loučení. "Dokonáno jest." "Do tvých rukou..."	Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku., utřít slzu. Pozor- rodina možná potřebuje pomoc víc než pacient

Tabulka 2: Fáze podle Kübler-Rossově (SVATOŠOVÁ, 2011 str. 25)

## **2.10. Koncept sdíleného rozhodování**

Je důležitou součástí klinických postupů v eticky náročných komunikačních situacích a rozhodováních. Staví na základních etických principech a snaží se o to, aby byl pacient dostatečně informován o přínosech a protikladech dané léčby, čímž podněcuje pacientovo aktivní rozhodování. Pacientovo priority se tak ideálně propojí s plánovaným medicínským postupem, výsledkem by pak měla být z dlouhodobého hlediska co možná nejlepší kvalita pacientova života. (SZONOWSKÁ, 2019)

## **2.11. Sdělení nepříznivé zprávy**

Za nepříznivou zprávu se dá považovat každá zpráva, která významně negativně ovlivní pacientův život. Pro lékaře je sdělování závažných zpráv velmi obtížný úkol. Protokol SPIKES, vytvořený lékařem Robertem Buckmanem, ve světě běžně užívaný, může lékařům pomoci při postupu sdělování závažné zprávy. (SZONOWSKÁ, 2019)

S – setting, prostředí

P – perception, vnímání situace

I – invitation, výzva

K – knowledge, poznání

E – empathy, empatie

S – strategize, summarize, strategie, shrnutí

Výše uvedený protokol poslouží pro sdělování závažných zpráv především lékařům, všeobecné sestry ale mají za úkol vytvořit ideální podmínky pro sdělování takových informací. A co víc, být pak připraveny a umět s pacientem tyto informace vstřebat, dovysvětlit a dále s ním pracovat.

Jak uvádí Marková, je žádoucí vytvořit takové podmínky, aby se pacient necítil v takto těžké situaci osamocen. Dobře zvládnuté komunikační techniky jsou pro takovou chvíli klíčové. Je důležité si uvědomit, že komunikujeme nejen slovy,

ale celým tělem. Dotekem, gesty, mimikou i postojem. Z každého našeho pohybu čte pacient i jeho blízcí, jak moc nám na něm záleží a zde není jen jedním z mnoha. (MARKOVÁ, 2010) Pár základních komunikačních technik uvádím níže:

Klíčové pro účinnou komunikaci mezi pacientem a zdravotníkem je opravdový zájem ze strany zdravotníka, pokud nejsme vnitřně nastaveni a pacient není objektem našeho zájmu, je téměř jisté, že komunikace neproběhne dobře. **Aktivní naslouchání** v podstatě vyjadřuje právě výše zmíněný zájem naslouchajícího, při aktivním naslouchání se snažíme pacienta pochopit, vcítit se do něj, případně mu poskytnou zpětnou vazbu. **Otevřené otázky** nám umožňují získat o pacientovi maximum informací, které se nám k další spolupráci mohou hodit. **Zpětná vazba** v komunikaci slouží především k ověření podaných informací, navíc tím ale dostáváme příležitost ujistit pacienta v tom, že o něj máme zájem. **Přítakání** povzbuzuje pacienta k pokračování v komunikaci, opět jej utvrzujeme v zájmu a zároveň mu poskytujeme pocit bezpečí, pacient může vycítit i to, že na něj není vyvíjen časový nátlak. **Důvěrná atmosféra** se nebuduje snadno, pacienti většinou přicházejí do nemocničního zařízení s předchozí nedobrou zkušeností. Hlavním úkolem zdravotnického personálu je tuto důvěru obnovit. Pokud je to možné, je důležité řídit se pacientovo přáním a podtrhovat tím jeho sebedůvěru a důstojnost. Toto se dá uskutečňovat i v nepatrných maličkostech (umožnit pacientovi výběr oblečení), které nám jako personálu nezaberou mnoho času. (MARKOVÁ, 2010)

Komunikace s rodinou bývá obtížná. Jak z hlediska poskytování informací, tak případnou nedokonalou souhrou pečujícího týmu. Lékař je tím, kdo poskytuje převážnou část důležitých informací – těch nejdůležitějších, navazujících na zdravotní stav pacienta a jeho prognózu. Sestra naproti tomu, je tím, kdo je s pacientem daleko více v kontaktu. Sestra může svým přístupem, tónem, výběrem slov a způsobem komunikace přinést rodině nebo pacientovi potřebnou jistotu nebo klid.

### 3. Kazuistika

Ke zpracování praktické části práce jsem si vybrala pětatřicetiletého pacienta M. S., s diagnózou jaterní cirhózy toxonutritivní etiologie, Child-Pugh skóre C, který byl opakovaně hospitalizován pro komplikace spojené s tímto onemocněním ve FNKV. Souhlas se zpracováním dat jsem získala od náměstkyně pro ošetrovatelskou péči.

#### 3.1. Lékařská anamnéza

##### Identifikační údaje:

Pohlaví: muž

Věk: 35 let

Datum příjmu: 5. 2. 2018

##### Osobní anamnéza:

Alkoholová hepatitida v terénu jaterní cirhózy toxonutritivní etiologie

Ascites – opakované punkce

Jícnové varixy I. Stupně

Enterothagie

Hepatorenální syndrom

Syndrom závislosti na alkoholu

Hepatitida C

Status post - krvácení do GITu

Status post - fraktury klavikuly vpravo v r. 2011 v rámci autonehody

##### Rodinná anamnéza:

Nevýznamná

##### Farmakologická anamnéza:

Per os:

Degan 10mg tablety 1-1-1

Furon 40mg tablety ½-0-0

Verospiron 25mg tablety 0-1-0

Kanavit 10kapek	1-1-1
Ortanol 40mg kapsle	1-0-1
Coryol 6,24mg tablety	½-0-0
Ursosan 250mg tablety	1-1-1
Kalnormin 1g tablety	1-0-0
Espumisan kapky	20-20-20
Frontin 0,25mg tablety	0-1-1

! Doporučenou chronickou medikaci neužívá

**Alergie:**

Salyciláty

Pyly

Prach

Srst

Roztoči

**Abusus:**

Alkohol víkendově, například 3 láhve destilátu

Kouření 20 cigaret denně

**Pracovní anamnéza:**

Nezaměstnaný, dříve pracoval jako skladník

**Sociální anamnéza:**

Bydlí na ubytovně, sám, trvalé bydliště má u bývalé manželky (probíhá rozvodové řízení), má dvě malé děti, s nikým z rodiny se nestýká. (čerpáno ze zdravotnické dokumentace)

### **3.2. Průběh hospitalizace**

#### **1. den hospitalizace – 5. 2. 2018:**

- Pacient je přijat na jednotku Nefrologické intenzivní péče, cestou Centrálního příjmu interních klinik, kam přivezen rychlou záchrannou službou. Nalezen v lesoparku ležící na lavičce a nereagující.
- Laboratorní výsledky ukazují na známky jaterního selhání s výraznou hyperbilirubinémií, minenerálovým rozvrátem a hyperosmolaritou
- pacientovo GCS svědčí pro střední poruchu vědomí, je pokálený, celková hygiena značně zanedbaná.
- U pacienta je zahájeno tzv. detenční řízení

#### **2. den hospitalizace – 6. 2. 2018**

- U pacienta se rozvíjí delirium, které přetrvává i následující den
- Je zaveden centrální žilní katétr

#### **3. den hospitalizace – 7. 2. 2018**

- Pacient je neklidný, kvůli zavedeným invazivním vstupům je zapotřebí použití omezovacích prostředků.

#### **4. den hospitalizace – 8. 2. 2018**

- Pacientovo vědomí je již jen lehce porušené, není ale orientovaný místem ani časem

#### **5. den hospitalizace – 9. 2. 2018**

- Pacient si nepřeje nikoho blízkého kontaktovat
- dochází ke krvácení do trávicího traktu ve spodním segmentu, jsou podávány krevní deriváty
- Je punktován ascites

#### **6. den hospitalizace – 10. 2. 2018**

- Pacientův stav se stran soběstačnosti zlepšuje, je schopen se i posadit, pomoci s celkovou hygienou – vyčistit si zuby
- Punktován ascites
- Pacient si přeje podepsat negativní reverz – po rozhovoru s lékařkou rozhodnutí přehodnotí

#### **7. den hospitalizace – 9. 2. 2018**

- Pacientův stav se zhoršuje
- Objektivně se zhoršují i laboratorní výsledky
- Jsou podávány krevní deriváty

#### **9. den hospitalizace – 11. 2. 2018**

- Pacient si přeje podepsat negativní reverz – po rozhovoru s lékařkou rozhodnutí opět přehodnocuje

#### **10. den hospitalizace – 12. 2. 2018**

- Jsou podávány krevní deriváty
- Punktován ascites

#### **12. den hospitalizace – 14. 2. 2018**

- 1. kontakt pacienta s Podpůrným a paliativním týmem

#### **13. den hospitalizace – 15. 2. 2018**

- Probíhá překlád pacienta na paliativní pokoj standartního oddělení

#### **Nynější onemocnění:**

Pacient s diagnózou jaterní cirhózy toxonutritivní etiologie, Child-Pugh skóre C, byl přijat 5. 2. 2018 pro známky jaterního selhání. Během hospitalizace však bez adekvátní reakce na terapii, opakovaně dochází k rozvoji krvácení do GIT, laboratorně rozvoj i hepatorenálního syndromu. Prognóza však celkově velmi nepříznivá. Probíhající alkoholová hepatitida až s obrazem jaterního selhání MELD skóre 18, opakované krvácení z GIT, známky renálního poškození. (čerpáno ze zdravotnické dokumentace)

**Usnesení Paliativního a podpůrného týmu + ošetřujícího týmu oddělení ze dne 15. 2. 2018: pacient je indikován k ukončení intenzivní péče a v současnosti je indikován přechod na paliativní péči**

#### **Objektivně:**

TK: 115/68 milimetrů rtuťového sloupce

Pulz: 82 tepů za minutu

TT: 36,7 stupňů Celsia

DF: 14 dechů za minutu

Výška: 173 cm

Váha: 82 kg

BMI: 27,4

Celkový stav: dezorientovaný, spolupracuje, hybnost aktivní, kolorit ikterický, turgor snížený, výživa opomíjená

Hlava: na poklep nebolestivá, skléry ikterické, spojivky růžové, zornice izokorické, výstupy n. V nebolestivé, inervace n VII souměrná, jazyk vlhký, plazi středem, bez povlaku, hrdlo klidné, tonsily nezvětšeny, bez povlaku, chrup značně kariezní.

Krk: náplň krčních žil nezvýšená, krční uzliny nehmatné, jizva po strumektomii klidná, tep karotid souměrný, karotidy bez šelestu, šije volná.

Hrudník: souměrný, poklep plic jasný, dolní hranice souměrné, dýchání sklípkové, bez vedlejších fenoménů, srdce: úder hrotu nezvedavý, hmatný navnitř od medioklavikulární čáry, akce srdce pravidelná, dvě ohraničené ozvy.

Břicho: měkké, vyklenuté, dýchá v celém rozsahu, palpáce břicha bolestivá difuzně, bez hmatné rezistence, poklep břicha diferencovaný bubínkový, peristaltika auskutačně přítomna, játra zvětšena o 4 cm, slezina naráží., tapottement bilaterálně negativní

Končetiny: dolní končetiny bez známek otoků a zánětu, pulzace hmatné,

Per rectum: nevyšetřen (čerpáno ze zdravotnické dokumentace)

### **3.3. Ošetrovatelská anamnéza**

Pětatřicetiletý pacient s diagnózou jaterní cirhózy toxonutritivní etiologie, přijatý původně k intenzivnímu léčení jaterního selhání se po usnesení paliativního a podpůrného týmu překládá na paliativní pokoj. Cítí se velmi slabý, pociťuje bolestivý tlak v břiše 7/10 na vizuální analogové škále, hůře se mu dýchá, je velmi unavený, třese se, již několik nocí pořádně nespál, nespí ani ve dne, má strach, občas má halucinace. Pacient je dle skóre Barthelové ve stupni vysoké závislosti. Sám se napije, s jídlem potřebuje většinou pomoci, podle aktuálního stavu. Hygienu



sám neprovede. Má zavedenou subkutánní kanylu ke kontinuálnímu podávání ordinovaných léků.

### **3.4. Ošetrovatelský model Marjory Gordon**

- **Vnímání zdravotního stavu**

Pacient byl celý život až na posledních pár let zdravý, až nyní si pravděpodobně začíná uvědomovat, kam ho alkohol dostal. Žádné jiné závažné zdravotní problémy na sobě dosud nepocíťoval. Občas ho pobolívalo břicho, nebo měl průjem. To trvalo asi tak dva roky. Tušil, že příčinou je alkohol. Na návštěvy lékařů vždy zapomene, nebo mu do toho něco přijde, léky mu většinou dojdou a poté již nic nebere. Nemá pocit, že by mu nějak pomáhaly.

I po rozebrání závažnosti terminální diagnózy s psychologem má pacient pocit, že alkohol by mu momentálně nejvíc pomohl. Nechce přestat pít, i kdyby ho to mělo stát život. Několikrát se pokusil léčit, ale nešlo to. Při jednom z našich rozhovorů vzpomíná, že začal kouřit s přítelkyní asi v šestnácti letech, od té doby již nepřestal. Momentálně ho nejvíc trápí, že nemá sílu se zvednout na toaletu, stydí se a plenkové kalhoty jsou mu extrémně nepříjemné. Uvědomuje si ale, že by to sám nezvládl a je zdravotnickému personálu vděčný, že se o něj stará.

- **Výživa a metabolismus**

Pacient vždy jedl celkem rád, nejradši má sladké. Momentálně moc chuť k jídlu nemá, za to se mu chce strašně pít, až je to nepříjemné. Na jednotce intenzivní péče mu vadila restrikce tekutin, měl potom nesnesitelné sucho v ústech. Nejradši by si dal alkohol, ale ví, že v nemocnici nemůže. Ten mu údajně vždycky nejlíp pomůže, od bolesti, od všeho. Alkohol začal požívat ve větším množství už, když žil s manželkou, a to především s kamarády v práci. To je zhruba 10let. Změny hmotnosti si není vědom, jen mu během posledního půl roku hrozně narostlo břicho a občas mu otékají ruce. Zuby má vlastní, ale ve špatném stavu, občas se mu kousek zubu i ulomí, občas ho zuby bolí. Neví, kdy byl naposledy u zubaře. Kůže je viditelně ikterická, pacient ví, že je to způsobené onemocněním jater. Neví od kdy. Napětí kůže je snižené. V oblasti konečníku je mírně opruzen. Jiné defekty na kůži

nemá. Váha byla před několika dny: 82 kg, výška: 173 cm, body mass index: 27,4 (norma). Pacient je v současné chvíli schopen se sám napít z lahvičky s brčkem, nebo pítkem. Občas potřebuje pomoci s jídlem, kvůli třesu rukou. Dietu má kašovitou. Obvykle sní přibližně polovinu porce.

- **Vylučování**

Jak uvádím již v první oblasti, pacienta doposud netrápily žádné větší obtíže s vylučováním. Zažívací obtíže obvykle po užití alkoholu. Občas pozoroval ve stolici trochu čerstvé krve, neměl potřebu to ale podrobněji řešit. Teď jej trápí především průjem, stolici má i patnáctkrát za čtyřadvacet hodin. Nemůže se zvednout, kvůli nedostatku sil, a tak má plenkové kalhotky. Trápí jej nejen zápach, ale i to, že musí vždy nějakou chvíli vydržet, než jej personál převlékne do čistého. Při každém odchodu stolice si pacient přivolá personál signalizačním zařízením. Okolí konečníku jej bolí, zvláště když ho někdo umívá. Velmi ho trápil i permanentní močový katétr, který byl zapotřebí v době intenzivní léčby. V té době odváděl minimum tmavě žluté moči. Nyní už permanentní močový katétr nemá. Močí do plenkových kalhotek, není schopen manipulovat s močovou lahví.

- **Aktivita a cvičení**

Pacient v mládí hrával s kamarády fotbal. Jinak nikdy aktivně neprovozoval žádný sport. Mezi jeho záliby patří sledování televize, hraní počítačových her, nebo poslech hudby. Volný čas trávil dříve s manželkou a dětmi, nyní jej tráví s kamarády, nejčastěji venku nebo na ubytovně. Úbytek energie přišel až s hospitalizací, bojí se, že už to nebude lepší. V současné době je schopen se sám pouze najíst a napít, v případě, že mu personál dopomůže s přípravou. Dle testu Barthelové má pacient skóre 25, tedy stupeň vysoké závislosti.

- **Spánek a odpočinek**

Pacient měl se spánkem problém již několik let i v domácím prostředí. Téměř vždy to řešil alkoholem a pomáhalo to. V nemocnici je to se spánkem ještě horší. Na jednotce intenzivní péče se stále něco dělo a rušilo jej to. Teď jej trápí velká únava, ale i přes to, že je klid a ticho, spánek je velmi krátký a neefektivní. Spí

především přes den, ve velmi krátkých intervalech. Dělá mu dobře, když je v místnosti chladný vzduch.

- **Vnímání a poznávání.**

Pacientův sluch i zrak se zdáli být v pořádku. Nikdy nenosil brýle, sluchadlo ani jiné pomůcky. Učení mu prý nikdy nešlo, ani ho to nebavilo. Neměl pocit, že by mu alkohol způsoboval nějaké významné potíže s pamětí. Pamatoval si celkem dobře to, co považoval za důležité. Při přijetí byl pacientův stav velmi závažný a nebyl orientovaný. 5. 2. bylo proto provedeno detenční řízení. V době překlada na paliativní pokoj trpěl občasnými halucinacemi. O zdravotním stavu byl informován, všemu rozuměl.

Uvádí, že tupé bolesti břicha jsou stále 7/10 na stupnici vizuální analogové škály. Nejvíce ze všeho si ale přeje jít domů, i když současně uznává, že je to nereálné.

- **Sebepojetí a sebeúcta**

Celkové emocionální ladění je spíše negativistické. Je otrávený z toho, že nemá sílu vstát. Je unavený a zesláblý. V jednom ze záznamů paliativního týmu uvádí, že: „má chuť pouze na vodku, ta mu vždycky pomohla, když byl takhle před rozsypaním“. Chce jít domů. Chce vidět kamaráda. Několikrát za hospitalizaci upozorňuje na to, že je pro něj ponižující vykonávat potřebu do plenkových kalhot.

- **Plnění rolí a mezilidské vztahy**

Před hospitalizací bydlel pacient sám na ubytovně. S manželkou je v rozvodovém řízení, již několik let spolu komunikují minimálně, pouze kvůli alimentům, které nyní neplatí. Má dvě malé děti, mladší je 9 let, starší 11 let. Vztahy s dětmi nazývá „neutrálními“. Nemá potřebu je vidět. Sourozence nemá. Matka s ním teď také nějakou dobu nekomunikuje. Prý nad ním zlomila hůl. Bojí se, že pokud by matku viděl, vyčítala by mu stav, ve kterém momentálně je. Otce nemá. Další příbuzné nevidá.

Kamarád, kterého si přál pacient vidět, nám při jedné z návštěv prozradil, že si pacient přeje do nemocnice pronést alkohol. Kamarád ho odmítl a sdělil tuto informaci zdravotnickému personálu.

- **Reprodukce sexualita**

Pacient má dvě děti s bývalou manželkou. Od té doby s nikým vztah neměl, ani nechtěl mít. Na bližší informace jsem se nedotazovala.

- **Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance**

Stresové situace řeší pacient alkoholem a má pocit, že je to řešení nejlepší. Vždy mu to prý pomáhá. Má nejlepšího kamaráda na ubytovně. Dříve, když mu nebylo dobře, volal i mamince. Ta s ním ale teď nemluví, bylo toho na ní údajně mnoho.

Myslí si, že zemře, takhle špatně mu ještě nebylo. Bojí se. Má úzkostné stavy.

- **Víra, přesvědčení a životní hodnoty**

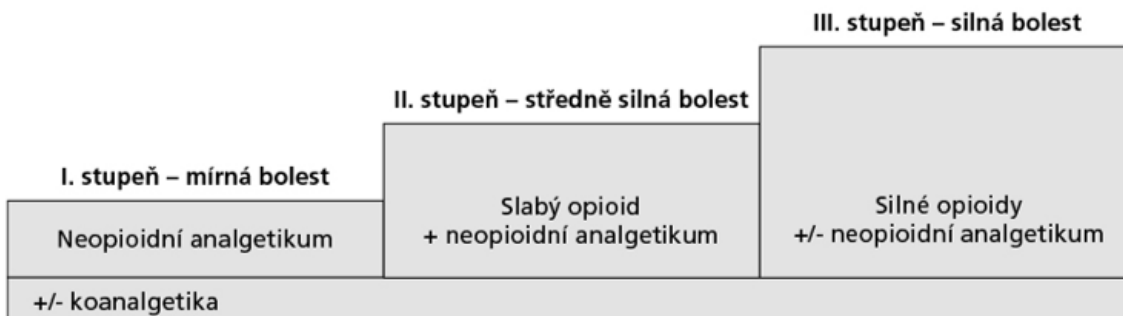
Pacient si nepřeje poskytování žádných náboženských služeb, není věřící a nikdy nebyl.

### 3.5. Vybrané ošetrovatelské problémy

#### 3.5.1. Bolest způsobená akutním onemocněním

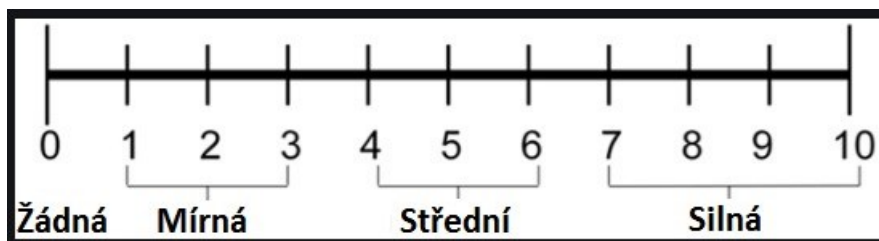
Bolest je vždy subjektivní pocit a je nutné k ní proto přistupovat individuálně. Bolest v oblasti břicha můžeme z patologického hlediska zařadit k bolestem viscerálním. Ty jsou obecně charakteristické difúzním projevem a nejednoznačnou lokalizací. Mezi nejčastější příčiny této bolesti patří zánětlivý proces, ischémie, spasmus a roztažení konkrétního orgánu. V případě poškození orgánů gastrointestinálního ústrojí je často spolu s bolestí pacienty popisován i diskomfort v podobě tlaku, pocitu plnosti v dutině břišní a nauzei. Tyto symptomy se obecně označují jako dyspeptické. Bolest jater se projevuje v oblasti pravého hypochondria. (ROKYTA, 2017)

Dle Světové zdravotnické organizace lze rozdělit léčbu bolesti do tří stupňů. Třístupňový analgetický žebříček umožní efektivní využití analgetik a zároveň je jednoduchým vodítkem pro správnou medikamentózní léčbu.



Tabulka 3: Analgetický žebříček (HLUŠIČKA, a další, 2020)

K dosažení ideálního efektu léčby bolesti je zároveň velmi důležité pacienta informovat o příčinách bolesti a možnostech její léčby. Pacient by měl zároveň být schopen určit intenzitu bolesti a měl by možnost o jejích projevech hovořit. Proto jsem k hodnocení intenzity bolesti využila vizuální analogovou škálu bolesti, velmi podobnou této:



Tabulka 4: Vizuální analogová škála (FRANĚK, 2019)

Bolesti břicha udával pacient od začátku hospitalizace, po odeznění stavu deliria. Na počátku hospitalizace navíc udával bolesti hlavy, ty ale odezněly ještě před podáním analgetik.

Při stížnostech na bolest, jsem pacientovi vysvětlila, čím jsou bolesti způsobené a že je možné je při jeho spolupráci tlumit. Dále jsem pacienta seznámila s hodnotící škálou bolesti a vysvětlila, jak monitorování funguje. Pacient mi rovnou popsal intenzitu, charakter a lokalizaci aktuální bolesti – 7/10 na vizuální analogové škále, tupá v oblasti břicha. Domluvili jsme se, že v případě potřeby využije signalizačního zařízení. Zajistila jsem, aby jej měl v dosahu a podala jsem krizovou medikaci z ordinace lékaře: ½ ampule Morphinu 1 % subkutánně.

Pacientovi v té době již bylo kontinuálně lineárním dávkovačem podáváno 20mg Morphinu/24 hodin, v kombinaci spolu s dalšími léky, o kterých budu psát ve spojitosti s dalším ošetrovatelským problémem. Bolest jsem monitorovala a zaznamenávala minimálně 4x denně. Po podání léčiva jsem vždy po zhruba 15 minutách zhodnotila jeho efekt. Monitorovala jsem vedlejší účinky, které se nedostavily. Společně s pacientem jsme se pokusili najít za pomoci polohovacího lůžka ideální polohu, ve které bolest mírně polevila. V osobních věcech měl pacient sluchátka, navrhla jsem mu, že by si do nich občas mohl pustit hudbu a zkusit u ní usnout. Jako formu nefarmakologické léčby bolesti pacient občas poslechl hudby využíval a mám pocit, že s efektem.

Zároveň jsem mu měřila fyziologické funkce a vysvětlila, jak s bolestí a podáváním léků souvisí. Byly v normě. Zjistila jsem, jaké zvyklosti má pacient před spaním a snažila se mu vytvořit komfortní prostředí.

Pacient pochopil, čím jsou bolesti způsobené a pokoušel se v rámci možností s personálem na jejich zmírnění spolupracovat. Naučil se sám polohovat, pomocí elektrického lůžka. Medikace se prvních několik dní jevila jako neefektivní, později se jí ale díky Podpůrnému a paliativnímu týmu podařilo nastavit a pacient udával bolesti méně než 3/10 na vizuální analogové škále. Spánek se nepodařilo příliš zkvalitnit, i přes realizované intervence. Pravděpodobně měla nespavost více příčin.

### ***3.5.2. Úzkost způsobená terminálním stádiem onemocnění***

„Úzkost neboli anxiety: obava nebo strach bez přesného předmětu. Je dominantním znakem úzkostných poruch a průvodním jevem mnoha dalších poruch zdraví, kde je výrazem povšechných obav z nejisté budoucnosti... Mezi časté tělesné projevy úzkosti patří bušení srdce, bolestivé pocity na hrudi, pocit polévání horkem nebo chladnem, pocit nedostatku vzduchu, obtížné usínání“ (VOKURKA, a další, 2007 str. 1000)

V knize Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry se uvádí, že je důležité rozlišit stav úzkosti od stavu deprese, či strachu, kvůli dalším intervencím. Zároveň kniha definuje další charakteristiky ošetrovatelského problému – úzkost, a to v oblastech: behaviorálních, afektivních, fyziologických, sympatických, parasympatických a kognitivních. (VÖRÖSOVÁ, a další, 2015)

Konkrétně vyjmenuji ty, které se projevovaly u mnou vybraného pacienta: nespavost, slabý oční kontakt, udávání obav kvůli změně životních událostí, sklíčenost, nejistota, třes, chvění hlasu, únava, nauzea, strach, nervozita, lítostivost, zvýšená respirace.

K potvrzení mnou zvoleného ošetrovatelského problému jsem použila škálu HADS, která byla původně vyvinuta Zigmondem a Snaithem v roce 1983. Část věnovaná hodnocení úzkosti je popsána v knize Ošetrovatelská diagnostika v práci sester: (VÖRÖSOVÁ, a další, 2015)

1) Cítím se nervózní a napjatý?

- Většinu času/hodně často 3
- **Hodně času/často 2**
- Čas od času, někdy 1
- Vůbec 0

2) Cítím se vyděšený, jako by se mělo stát něco strašného.

- **Určitě a dost vážně 3**



- Ano, ale ne až tak vážně 2
- Trochu, ale netrápí mě to 1
- Vůbec ne 0

3) Napadají mě znepokojující myšlenky.

- Většinu času/hodně často 3
- **Hodně času/často 2**
- Čas od času, ale ne příliš často 1
- Jen zřídka 0

4) Dokážu sedět klidně a cítit se uvolněně.

- Určitě/samozřejmě 0
- Obvykle 1
- **Ne často 2**
- Vůbec ne 3

5) Cítím se vyděšený, jako bych měl „motýly“ v žaludku.

- Vůbec 0
- **Občas 1**
- Poměrně často 2
- Velmi často 3

6) Cítím se neklidně, jako bych měl být v pohybu.

- Velmi 3
- Poměrně dost 2
- **Ne moc 1**
- Vůbec ne 0

7) Mám náhlé pocity paniky.

- Velmi často 3
- **Poměrně často 2**

- Ne moc často 1
- Vůbec ne 0

0-7 normální hodnoty, 8-10 hraniční hodnoty, **11-21 abnormální hodnoty**

U pacienta se úzkost začala projevovat s mírným odstupem, od oznámení prognózy. Ta byla pacientovi sdělena nejprve jeho ošetřující lékařkou a poté psychologem z Paliativního a podpůrného týmu. Zpočátku jako by situaci nerozuměl, nechápal, opakovaně se ptal ošetřujícího personálu, zda opravdu už umírá. Pokud to bylo jen trochu možné, každý z personálu si na pacienta našel chvilku času a alespoň jej vyslechl, případně poskytl informace dle svých kompetencí. Sama jsem s pacientem několikrát vedla rozhovor na toto téma. Snažila jsem se být laskavá. Vysvětlila jsem mu přínos relaxačních technik. Ale nepotvrdil mi, že by je někdy využil.

Přál si vidět kamaráda a rozloučit se s maminkou. Ta jej v té době ale odmítala vidět. Podpůrnému a paliativnímu týmu se s maminkou podařilo navázat kontakt. To mělo podle mého největší vliv na snížení úzkostí pacienta. Maminka se po několika hovorech s podpůrným týmem rozhodla přijít syna navštívit a strávila s ním na paliativním pokoji poměrně dost času. Pacient mohl najednou mluvit o svých pocitech nejen s námi, cizími zdravotníky, ale i se svým blízkým. Přišel za ním i kamarád a jeho bývalá žena.

Per orální medikace ke snížení úzkosti byla podávána dle dekurzu ve 22:00, Buronil 50mg tablety. Zásluhou Podpůrného a paliativního týmu byla na paliativním pokoji pacientovi ordinována kontinuální infuze Dormicum 15mg/24 hodin subkutánně, při neklidu pak byla možnost podání 5mg Dormicum subkutánně, jednorázově. Tým poskytl pacientovi i jeho blízkým odbornou psychologickou pomoc v podobě mnoha schůzek a telefonátů.

Podpůrný a paliativní tým a ošetrovatelský personál spolu s pacientem prodiskutovali jeho přání. Ta splnitelná se pokusili naplnit a zajistili pacientovi přítomnost maminky na paliativním pokoji.

Později byl s pacientem dohodnut překlad do hospicového zařízení, kde mu má být poskytována péče zaměřena na kvalitu zbývajícího života a umožněna i některá další přání, která v nemocnici uskutečnit nelze (kouření). Vize „lepších zítřků“, přítomnost blízkých, vlídná komunikace personálu a správně nastavená medikace pacientovu úzkost zmírnila. Překlad se uskutečnil.

### **3.5.3. Zmatenost způsobená jaterní encefalopatií**

*„Amence – zmatenost. Kvalitativní změna vědomí, při níž je postižený dezorientován, neví přesně kde je, jaké je roční období, který je rok apod. Je bezradný a chová se zmateně“ (VOKURKA, a další, 2007 str. 38)*

Jaterní encefalopatie je *„Soubor objektivních neurologických a psychiatrických příznaků, které provázejí jaterní nedostatečnost a jsou vyvolány působením amoniaku na CNS (při selhání jater nezvládají jaterní buňky detoxikovat amoniak na močovinu a ten se hromadí v krvi). Projevuje se spánkovou inverzí, změnami nálad, apatií, zmateností až kómatem, apraxií (nešikovností), flapping tremorem (mávání rukou, které připomíná pohyb motýlích křídel), z úst je cítit zápach po syrových játrech (foetor hepaticus). (NEJEDLÁ, 2015 str. 273)*

Zmatený byl pacient hned od počátku hospitalizace. Při příjmu bylo jeho Glasgow coma škále jen 10 bodů. Oči otevřel pouze na bolestivý podnět, reakce byly zmatené a slovní odpověď neadekvátní, reakce na bolest byla cílená. Během prvních pár dnů prošel pacient i deliriem, to se projevovalo halucinacemi, neklidem a dezorientací místem, časem i osobou.

Po tom, co delirium odeznělo, pacient přesto nebyl plně orientovaný. Objevovaly se „světlé chvílky“, ale neměly dlouhého trvání.

Již od počátku hospitalizace měl pacient ordinovaný rifaximin – Normix 200mg 2 tablety po 8 hodinách, v 6:00, 14:00 a 22:00. Ten se běžně podává při hepatální encefalopatii, ke snížení koncentrace toxických látek, působících na mozek. (VANĚK, 2013)

Ke zklidnění a normalizaci kognitivních funkcí bylo pacientovi podáváno kontinuální infuzí 5mg Haloperidolu subkutánně. na 24 hodin. Při neklidu měl navíc ordinováno jako SOS medikaci 5mg Dormicum subkutánně. Hlavním cílem, při léčbě antipsychotiky není pacientův útlum, ale navrácení jeho původního mentálního stavu, což se po několika dnech opravdu povedlo.

Já osobně jsem se k pacientovi snažila přistupovat vždy s velkou trpělivostí. Při náznavu dezorientace jsem se opakovaně snažila pacienta uvést do reality. Při ošetrovatelské péči jsem mu dávala pouze jednoduché pokyny a vždy jsem si vyhradila maximum času na komunikaci. Starala jsem se o to, aby měl vše potřebné na dosah ruky. Zajistila jsem, aby měl v případě potřeby signalizační zařízení v dosahu. Aby nedošlo pádu z lůžka, měl pacient zvednuté postranice.

Největší zásluhu na zmírnění pacientovo zmatenosti měl podle mého názoru právě Podpurný a paliativní tým, který zařídil obnovení kontaktů s jeho blízkými. Ty mohly být v nejhorsích chvílích u něho a poskytnout mu patřičnou podporu. Navíc společně s ošetrojícím týmem spolupracovali na plánování další péče.

## 4. Diskuze

Zajímavé, a ne příliš typické bylo u mnou zvoleného pacienta i to, že se celkem nečekaně jeho zdravotní stav během poskytování paliativní péče velmi zlepšil. Pacient byl přeložen na standartní pokoj, z něj následně přeložen do hospicového zařízení a zhruba po měsíci byl opět přivezen RZS v podnapilém stavu pro bolesti břicha na Centrální příjem interních klinik.

Podobná situace se během následujícího roku opakovala téměř každých čtrnáct dní. Přičemž byl pacient, nerespektující léčebný režim, většinou ošetřen na stacionáři centrálního interního příjmu. V případě, že byl hospitalizován, několikrát svévolně opustil nemocnici nebo podepsal negativní reverz. Z jednoho úhlu pohledu by se mohlo zdát, že pacient o pomoc prostě nestál. Z druhého úhlu pohledu si o ní, ale v podstatě opakovaně žádal.

Jak jsem již zmiňovala výše, tento pacient nebyl typickým pacientem, který bývá paliativním týmem ošetřován v rámci nemocniční péče. Opakovanými odchody, minimální spoluprací a nedodržením léčebného režimu a doporučení, nebylo snadné pro ošetřující tým zachovat kontinuitu péče. Ani činností, směřujících k naplnění cílů, které by paliativní péče měla přinášet, a to jak klientovi, tak i blízkým.

Více než jinde, bylo v tomto konkrétním případně evidentní, že práce paliativního týmu nekončí branami nemocnice. Opakované medicínské ošetření a zásahy pacienta udržovali v částečné soběstačnosti. Více znatelný, je však přesah do sociální oblasti a psychologické podpory u tohoto klienta. Považuji za důležité zmínit nutnost a potřebnost následné a navazující péče paliativního týmu v nemocniční péči s terénními službami např. mobilní hospicová péče. Tento pacient, pokud by to bylo možno zrealizovat, by byl ideálním pacientem do sociálně-zdravotní, nebo mobilní hospicové péče, která by mu pomohla zajistit případný pobyt doma nebo v jiném pobytovém zařízení sociálních služeb, kontakt s rodinou a další navazující potřeby, které v rámci hospitalizace nemůžeme pokrýt.

Ačkoli se jednalo o netypického pacienta, hodnotím působení nemocničního paliativního týmu jako přínosné i pro částečné zajištění potřeb nevyléčitelně nemocného člověka.

## **Závěr**

Ve své práci jsem se snažila zachytit problematiku ošetrovatelské péče u pacienta s jaterní cirhózou ve spolupráci s nemocničním Podpůrným a paliativním týmem. Tento konkrétní pacient je specifický a zajímavý i proto, že se jednalo o pacienta velmi mladého a na paliativní péči se přistupovalo přímo z péče intenzivní. S takovým postupem jsem se za svoji několikaletou praxi na oddělení Nefrologické intenzivní péče setkala pouze jednou, a to právě v tomto případě.

V teoretické části jsem se pokusila stručně popsat onemocnění jaterní cirhózou. Neboť je toto onemocnění způsobené většinou alkoholem, zmínila jsem i syndrom závislosti a doporučení pro komunikaci se závislými pacienty. Pokračovala jsem popisem paliativní péče, při jejímž studiu jsem načerpala spoustu nových informací a jsem za ně velmi vděčná.

Literatura a zdroje, které popisují dvě hlavní témata, jsou rozsáhlé. Věřím, že se mi povedlo uvést a citovat to nejpodstatnější tak, abych problematiku správně zasadila do odborného kontextu.

V praktické části jsem na základě lékařské a ošetrovatelské anamnézy vybrala takové ošetrovatelské problémy, na jejíž vyřešení se z velké části podílel právě Podpůrný a paliativní tým. Ten svou činností zamezil zbytečnému utrpení pacienta, zorganizoval setkání s jeho nejbližšími, poskytl mu prostředí, ve kterém se mohl cítit bezpečně a mnoho dalšího. Nakonec i přes to, že jej nedoprovodil na jeho poslední cestě, tak byl pro pacienta i personál oddělení významným přínosem.



## Seznam použité literatury

celá kniha:

**BUŽGOVÁ, Radka. 2015.** *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života.* Praha : Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5402-4.

**DYLEVSKÝ, Ivan. 2013.** *Základy funkční anatomie člověka.* Praha : Česká technika - nakladatelství ČVUT, 2013. ISBN 978-80-01-05249-5.

**EHRMAN, Jiří, a další. 2016.** Aktuální možnosti léčby jaterní cirhózy v ambulanci internisty. *Vnitřní lékařství.* 2016, 7-8.

**EHRMANN, Jiří a SCHNEIDERKA, Petr. 2006.** *Alkohol a játra.* Praha : Grada, 2006. ISBN 978-80-247-6329-3.

**HŮLEK, Petr, URBÁNEK, Petr a kol., a. 2018.** *Hepatologie.* Praha : Grada, 2018. ISBN 978-80-247-2939-8.

**KALINA, Kamil a kol. 2015.** *Klinická adiktologie.* Praha : Grada, 2015. ISBN 978-80-247-9792-2.

**KLENER, Pavel et al. 2011.** *Vnitřní lékařství.* Praha : Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-857-5.

**LUKÁŠ, Karel a kol. 2005.** *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry.* Praha : Grada, 2005. ISBN 80-247-1283-0.

**MARKOVÁ, Monika. 2010.** *Sestra a pacient v paliativní péči.* Praha : Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3137-1.

**MEIER, D.E. at al. 2010.** *Palliative care: transforming the care of serious illness.* San Francisco : Jossey-Bass, 2010. ISBN 04-705-2717-X.

**MERKUNOVÁ, Alena a OREL, Miroslav. 2008.** *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory.* Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1521-6.

**NAVRÁTIL, Leoš a kol. 2008.** *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory.* Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2319-8.

**NEJEDLÁ, Marie. 2015.** *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů.* Praha : Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5594-4.

**ROKYTA, Richard a kol. 2017.** *Léčba bolesti v primární péči.* Praha : Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0941-8.

**SLÁMA, Ondře, a další. 2007.** *Paliativní medicína pro praxi.* Praha : Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-871-1.

**SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. 2012.** *Ošetrovateľství pro střední zdravotnické školy I- Interna.* Praha : Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3601-3.

**SVATOŠOVÁ, Marie. 2011.** *Hospice a umění doprovázet.* Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-807-1955-801.

**SZONOWSKÁ, Barbora. 2019.** *Paliativa v nefrologii.* Praha : Maxdorf, 2019. ISBN 978-80-7345-603-0.

**VOKURKA, Martin, HUGO, Jan a kol., a. 2007.** *Velký lékařský slovník.* Praha : MAXDORF s.r.o., 2007. str. 1000. ISBN 978-80-7345-130-1.

**VÖRÖSOVÁ, Gabriela, SOLGAJOVÁ, Andrea a ARCHALOUSOVÁ, Andrea. 2015.** *Ošetrovateľská diagnostika v práci sestry.* Praha : Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5927-2.

**internetové zdroje:**

**1.LFUK. 2018.** Za zlepšení diagnostiky cirhózy jater získali lékaři 1. LF UK ocenění. *tribune.cz*. [Online] 2018. [Citace: 12. duben 2021.] Dostupnost z www: <https://www.tribune.cz/clanek/44043-za-zlepseni-diagnostiky-cirhozy-jater-ziskali-lekari-lf-uk-oceneni>.

**FRANĚK, Ondřej. 2019.** Evropské doporučení pro léčbu akutní bolesti. *zachrannasluzba.cz*. [Online] 23. Říjen 2019. [Citace: 6. Květen 2021.] Dostupnost z www: <https://zachrannasluzba.cz/evropske-doporuceni-pro-lecibu-akutni-bolesti/>.

**HLUŠIČKA, Jiří a NEUSCHLOVÁ, Lucia. 2020.** Kombinovaná analgetika v léčbě bolesti - kazuistiky z praxe. *prolekare.cz*. [Online] 4. Prosinec 2020. [Citace: 5. Květen 2021.] Dostupnost z www: <https://www.prolekare.cz/tema/farmakoter>

**KOLÁŘOVÁ, Zdenka. 2020.** Paliativní péče v ordinaci praktického lékaře. *tribune.cz*. [Online] 26. květen 2020. [Citace: 20. únor 2021.] Dostupnost z www: <https://www.tribune.cz/clanek/45698-paliativni-pece-v-ordinaci-practickeho-lekare>.

**KRÁTKÁ, Karolína, a další. 2020.** Hepatorenální syndrom - update 2020. *casopisvnitrnilekarstvi.cz*. [Online] 2020. [Citace: 19. Dostupnost z www: [https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/artkey/vnl-202003-0021\\_hepatorenal-syndrome-update-2020.php](https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/artkey/vnl-202003-0021_hepatorenal-syndrome-update-2020.php).

**KUČERA. 2006.** Endoskopické nálezy při jaterní cirhóze v horním trávicím ústrojí. *zdravi.euro.cz*. [Online] 2. březen 2006. [Citace: 7. Květen 2021.] Dostupnost z www: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/endoskopicke-nalez-y-pri-jaterni-cirhoze-v-hornim-travicim-ustroj-170712>.

**LATA, Jan. 2013.** Hepatorenální syndrom. *Interní medicína*. [Online] 2013. [Citace: 15. duben 2021.] Dostupnost z www: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2013/08/04.pdf>.

**LOUČKA, Martin. 2019.** Formy paliativní péče. *lipa.cz*. [Online] 2019. [Citace: 25. 4 2021.] Dostupnost z www: <http://www.lipa.cz/doc/44/Martin%20Loucka%20-%20Formy%20paliativni%20pece.pdf>.

**Rada Evropy - Charta práv umírajících. 1999.** Rada Evropy - Charta práv umírajících. *ochrance.cz*. [Online] Rada Evropy, 25. červen 1999. [Citace: 2. BŘEZEN 2021.] Dostupnost z www: [https://www.ochrance.cz/uploads-import/ochrana\\_osob/Umluvy/zdravotnictvi/Charta\\_prav\\_umirajicich\\_1999.pdf](https://www.ochrance.cz/uploads-import/ochrana_osob/Umluvy/zdravotnictvi/Charta_prav_umirajicich_1999.pdf).

**SKÁLA, Bohumil a další. 2005.** Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci. *Společnost všeobecného lékařství ČLP JEP*. [Online] 2005. [Citace: 24. BŘEZEN 2021.] Dostupnost z www: <https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-2003-2007/Paliativni-pece.pdf>.

**VANĚK, Martin. 2013.** Rifaximin v léčbě jaterní encefalopatie. *casopisvnitrnilekarstvi.cz*. [Online] 2013. [Citace: 9. květen 2021.] Dostupnost z www: <https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2013/12/17.pdf>.

**WHO. 2019.** Palliative care. *Geneva: World health organization*. [Online] WHO, 2019. [Citace: 10. Duben 2021.] Dostupnost z www: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>.

## **Seznam obrázků, tabulek a grafů**

<b>Tab. č. 1 Child-Pughova klasifikace</b>	<b>strana 14</b>
<b>Tab. č. 2 Fáze podle Elizabeth Kübler-Ross</b>	<b>strana 25</b>
<b>Tab. č. 3 Analgetický žebříček</b>	<b>strana 37</b>
<b>Tab. č. 4 Vizuální analogová škála</b>	<b>strana 38</b>