

**Univerzita Karlova v Praze**  
**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Studijní obor: Ošetřovatelství 5341R003



**Kateřina Schovancová**

**Paliativní péče o pacientku s karcinomem prsu a syndromem  
diabetické nohy v hospici**

*Palliative care for a patient with breast cancer and diabetic foot in a hospice*

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Helena Chloubová

Datum obhájení práce

Praha, 2010

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby tato závěrečná práce byla archivována v Ústavu vědeckých informací 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a zde užívána ke studijním účelům. Za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

Souhlasím se zpřístupněním elektronické verze mé práce v Digitálním repozitáři Univerzity Karlovy v Praze (<http://repozitar.cuni.cz>). Práce je zpřístupněna pouze v rámci Univerzity Karlovy v Praze.

Souhlasím

V Praze, 3. 5. 2010

Kateřina Schovancová

.....

## **Identifikační záznam**

SCHOVANCOVÁ, Kateřina. *Paliativní péče o pacientku s karcinomem prsu a syndromem diabetické nohy v hospici. [Palliative care for a patient with breast cancer and diabetic foot in a hospice]*. Praha, 2010. 79 s., 10 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. PhDr. Helena Chloubová.

## **Abstrakt**

Závěrečná bakalářská práce s názvem Paliativní péče o pacientku s karcinomem prsu a syndromem diabetické nohy v hospici je rozdělena na tři hlavní části - teoretickou, praktickou a ošetrovatelskou.

V teoretické části se věnuji jednak vlastnímu onemocnění - karcinomu prsu - a dále paliativní péči a péči v hospicích.

Praktická část je zaměřena na kvalitativní sledování vybrané klientky v hospici formou ošetrovatelské kazuistiky. Sledování je provedeno metodou ošetrovatelského procesu.

Cílem této práce bylo popsat a zhodnotit ošetrovatelskou péči u vybrané klientky. Zjistila jsem, že poskytovaná hospicová péče byla kvalitní, ale vzhledem k prognóze onemocnění a chuti klientky do života byl tento druh péče „předčasný“.

## **Abstract**

A final bachelor's thesis with a title Palliative care for a patient with breast cancer and diabetic foot in a hospice is divided into three parts - theoretical, practical and nursing part. In theoretical part I follow, on the one hand, the proper illness - breast cancer; on the other palliative care and care in hospices.

The practical part is aimed at qualitative monitoring of a chosen client in hospice in a form of nursing casuistry. The monitoring is conducted by a method of nursing process.

The aim of this work was to describe and evaluate nursing care provided to a chosen client. I discovered that the provided hospice care was of a good quality, but with regard to an illness prognosis and client's desire for life the care was „untimely“.

**Klíčová slova:** karcinom prsu, paliativní péče, hospic, potřeby člověka, ošetrovatelství, ošetrovatelský proces

**Keywords:** breast cancer, palliative care, hospice, human needs, nursing, nursing process

### **Poděkování**

Chtěla bych touto cestou poděkovat několika lidem, kteří mi pomohli při zpracování závěrečné bakalářské práce. První poděkování patří klientce hospice Dobrého pastýře paní Ch., která mi umožnila nejen detailněji porozumět jejímu zdravotnímu stavu, ale umožnila mi i proniknout do jejího života a soukromí. Děkuji jí za trpělivost a ochotu se mnou spolupracovat. Také její rodině patří „díky“, protože jí vděčím za cenné informace, které mi pomohli při péči a zpracování závěrečné bakalářské práce.

Děkuji i hospici Dobrého pastýře za umožnění ošetrovatelské praxe a za laskavé a vstřícné chování. Na závěr bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Heleně Chloubové za její cenné rady, čas a ochotu co nejvíce proniknout do problematiky vybrané klientky.

# Obsah

Úvod.....	7
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1. Úvod do onemocnění.....	9
1.1 Charakteristika nádorového bujení.....	9
1.2 Epidemiologie karcinomu prsu.....	10
1.3 Etiologie.....	11
1.4 Symptomatologie.....	12
1.5 Diagnostika.....	13
1.5.1 Další potřebná vyšetření.....	14
1.5.2 TNM klasifikace.....	14
1.5.3 Stadia onemocnění.....	14
1.6 Léčba.....	16
2. Paliativní péče.....	20
2.1 Definice paliativní péče.....	20
2.2 Obecná paliativní péče.....	20
2.3 Specializovaná paliativní péče.....	20
2.4 Lůžkový hospic.....	21
2.5 Historie vzniku hospiců.....	21
2.6 Hospice v ČR.....	22
2.7 Myšlenka hospice.....	23
2.8 Co je v hospicové péči důležité.....	23
II. PRAKTICKÁ ČÁST.....	25
1. Identifikační údaje.....	25
2. Lékařská anamnéza.....	26
3. Lékařské diagnózy.....	28
3.1 Lékařské diagnózy – klinika diabetologie IKEM – 9. 12. 2009.....	28
3.2 Příjmové diagnózy hospic Dobrého pastýře – 9. 12. 2009.....	28
4. Diagnosticko–terapeutická péče.....	29
4.1 Diagnostika.....	29
4.1.1 Diagnostický souhrn pro hospic Dobrého pastýře z onkologické ambulance, kde byla klientka léčena (17. 12. 2009).....	29
4.1.2 Diagnostický souhrn z kliniky diabetologie IKEM 4. 11. 2009 – 9. 12. 2009, odkud byla klientka převzata do péče hospice Dobrého pastýře.....	30
4.1.3 Laboratorní vyšetření (klinika diabetologie IKEM 4. 11. 2009 – 9. 12. 2009).....	31
4.2 Terapie.....	34
4.2.1 Medikace z kliniky diabetologie IKEM (4. 11. 2009 – 9. 12. 2009).....	34
4.2.2 Medikace Hospic Dobrého pastýře 9. 12. 2009.....	35
4.3 Průběh hospitalizace.....	37
III. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	41
1. Ošetřovatelská anamnéza a současný stav klientky ze dne 17. 12. 2009 a 16. 1. 2010.....	41
1.1 Subjektivní a objektivní náhled na pobyt v hospici a nemoc.....	41
1.1.1 Subjektivní náhled klientky na nemoc a pobyt v hospici Dobrého pastýře.....	41
1.1.2 Objektivní náhled – hodnocení sestrou.....	41
1.2 Potřeby tělesné.....	43
1.3 Potřeby Psychosociální.....	49
1.3.1 Existenciální.....	49

1.3.2 Afiliativní potřeby.....	51
1.3.3 Potřeby mého Já.....	52
1.3.4 Potřeby sebeprosazení.....	53
2. Ošetřovatelské diagnózy.....	55
3. Ošetřovatelský plán, realizace, hodnocení.....	57
4. Ošetřovatelský závěr a prognóza.....	71
IV. Závěr.....	73
V. Seznam použitých zdrojů.....	75
1. Seznam použité literatury.....	75
2. Seznam elektronických zdrojů.....	76
3. Seznam dalších zdrojů.....	78
4. Seznam tabulek.....	78
5. Seznam zkratk.....	79
Přílohy – seznam příloh 1 – 10	

## Úvod

V dobách dávno minulých, kdy lidé nevěděli, jak nemoci vznikají a jak je léčit, bylo přirozené, že umírali doma v rodinném kruhu. Umírání bylo součástí života. Bylo samozřejmým dějem. Dnešní společnost se smrti vyhýbá. Medicína šla kupředu ve snaze vyléčit vše a oddálit přirozený konec života dál a dál. V životě jsou však chvíle, kdy ani nejmodernější postupy léčby nedokážou nemocnému pomoci (Haškovcová, 1994, s. 187–190).

Smrt se stala něčím, co se děje v nemocnicích, ústavech, někde daleko za zdmi, kam oko nedohlédne. Příbuzným se pak podává chladná zpráva o úmrtí. Často kvůli nedostatku personálu, a tudíž času, se smrt v nemocnicích stává nedůstojnou a chladnou. Tím, že v dnešní společnosti tak lpíme na životě a často si nedokážeme přiznat smrtelnost blízkého člověka, ochuzujeme se o krásné poslední chvíle s našimi blízkými, protože naivně doufáme v uzdravení. Přitom tyto chvíle jsou důležité nejen pro nevyléčitelně nemocného, aby někdo chápal jeho pocity, potřeby a pomohl mu příjemně prožít konec života. Tento čas je důležitý i pro blízké, kteří se potřebují smířit s jeho odchodem a vyjasnit si spolu s nemocným mnoho věcí, na které nebyl nikdy čas.

Je smutné, že vývoj medicíny ve všech možných vědních disciplínách za sebou dlouho nechával téma smrti. Smrt je součástí našeho života a měli bychom se o ní dozvídat stejně jako o prevenci chorob a návratu zdraví.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala po zkušenostech z nemocnic, kde pacienti i po delším pobytu, kdy bychom předpokládali navázání vztahů, umírali jako nějaký kus neživé hmoty. Otřáslou mnou nehumánní zacházení s umírajícími, kteří byli zátěží pro provoz oddělení.

Čirou náhodou, ještě než jsem se s tímto smutným faktem stačila sžít, jsem se dostala k práci v Čerčanském hospici, kde mi péče o umírající připadala jako něco zázračného. Hospice jsou pro někoho místem smutku, ale pro mne jsou místem smíření a často i krásných posledních chvil života. Také tato fáze života může být důstojná.

Ve své práci bych chtěla ukázat pohled na svět a problémy starší klientky se závažnou diagnózou karcinomu prsu spojenou s polymorbiditou. Klientka nebyla smířena se svojí smrtelností. Dostala se do hospice na popud dětí, které ji chtěly vyhovět jejímu požadavku, aby kvůli ní neměnily svůj styl života. Nechtěla, aby si ji vzaly domů a pečovaly o ni. Byla velice samostatná. Klientka se dostala do hospice po vzájemné rodinné domluvě. Věděla, o jaké zařízení se jedná, byla informovaná o své diagnóze,

přesto stále doufala, že bude zase zdravá. Chtěla bych jí poděkovat za její čas a ochotu pracovat se mnou i v těžkých chvílích, kdy jí nebylo ani malinko do smíchu. Mé díky patří také její rodině, která s námi spolupracovala a velice nám pomohla pochopit její potřeby a chování.



# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Úvod do onemocnění

### Karcinom prsu

Karcinom prsu je jedním z nejčastějších maligních nádorů vůbec. U žen v České republice (dále ČR) je na prvním místě v úmrtnosti na zhoubné nádory. Počet případů v posledních letech vzrůstá. Dobrá zpráva však je, že klesá úmrtnost. Tento fakt si vysvětlujeme tím, že osvěta a screening přinesly včasnou diagnostiku tohoto onemocnění a s tím i rychlé zahájení léčby, tedy i lepší prognózu. Nádorové onemocnění prsu je diagnóza velice vážná, která zasahuje do mnoha oblastí lidského života. Ačkoli se toto onemocnění týká převážně žen, ovlivňuje život mnohých mužů, kteří sdílejí závažnou diagnózu se svými partnerkami (Abrahámová, 2009, s. 11–13; Dušek et al., 2007; mamoc.cz, 2009).

Když se podíváme do historie, uvidíme, že i v dřívějších dobách si onemocnění vybíralo svoji daň. První zmínka o této chorobě je zaznamenána na papyru pocházejícím pravděpodobně již z doby 3 000 let před našim letopočtem. Chorobou se zabýval také Hippokrates a Galén. Vyobrazení žen s pravděpodobným nádorem prsu se objevuje i v umění. Obrazy slavných malířů, jako je Rembrandtův obraz Betsabé s dopisem krále Davida, nám ukazují, že nádorové onemocnění prsu nebylo výjimkou ani v dřívějších dobách (Abrahámová, 2009, s. 11–13).

Největší rozvoj v diagnostice a v léčbě nádorů prsu přinesla druhá polovina dvacátého století a století jednadvacáté. Zlepšovala se komplexní léčba, přicházely nové poznatky a zavedlo se screeningové vyšetření k včasnému zachytu karcinomu prsu. V ČR se provádí screening od roku 2002; má i svůj legislativní rámec. Novinkou v legislativě je vyhláška č.3/2010 Sb., která umožňuje starším ženám nad 70 let bezplatně podstoupit mamografické vyšetření v dvouletých intervalech (Abrahámová, 2009, s. 11–13; mamoc.cz, 2009; Vyhláška ze dne 17. prosince 2009, 2010).

### 1.1 Charakteristika nádorového bujení

Definice vzniku nádorového bujení je spousta. Jedna z nich říká, že nádorové bujení je patologický proces, při kterém v organismu vzniká tkáň, která není součástí jeho normální anatomie a nepřispívá k zajištění jeho normálních funkcí. Podstatou nádoru je vznik patologického klonu buněk, odvozeného od jedné buňky, ve které vznikla genetická

porucha. Genetická změna má za následek změnu chování buněk. Buňky takto změněné se většinou častěji dělí, jsou pohyblivější, bývají odolnější k nepříznivým vlivům. Vznik nádoru je děj náhodný a na jeho vzniku se podílí řada faktorů (Vokurka, 2005, s. 45).

Zhoubné epitelové nádory se nazývají karcinomy. Jedním z nich je i karcinom prsu.

## 1.2 Epidemiologie karcinomu prsu

Karcinom prsu je nejčastějším zhoubným nádorem žen. Není tomu tak jenom v ČR, statistiky ukazují, že je to problém i jiných vyspělých zemích světa. V celosvětovém měřítku se ČR řadí na 30. místo dle incidence onemocnění na 100 000 obyvatel. První místo obsadily USA (Spojené státy americké). Incidence onemocnění ve vyspělých zemích stále stoupá. Četnost onemocnění se v posledních letech až zdvojnásobila (Abrahámová, 2009, s. 25–31; Dušek et al., 2007).

V ČR incidence karcinomu prsu stoupá. Dle statistik však klesá úmrtnost. Dobrá zpráva také je, že přibývá žen, které přijdou k lékaři včas, tzn. v I. nebo II. stadiu onemocnění, kdy je léčba často úspěšná. Celkové pětileté přežití u pacientek v klinickém stádiu II. je 86–91 % (Abrahámová, 2009, s. 25–31; Dušek et al., 2007).

Screening, doporučené samovyšetření prsu a včasná diagnostika onemocnění umožňují rychle zahájit léčbu. To je pravděpodobně důvod, proč incidence karcinomu prsu vzrůstá a mortalita klesá. Informovanost populace o onemocnění stoupá. Nejvíce případů onemocnění v ČR bylo zjištěno v Praze, Jihomoravském kraji a na Plzeňsku (Abrahámová, 2009, s. 25–31, s. 52–55; Dušek et al., 2007).

Onemocnění se vyskytuje zhruba od 20. roku věku až do konce života. Nejčastější je výskyt u žen od 35. roku věku až do 70. roku věku. Procentuální zastoupení dle statistik vypadá takto: po dvacátém roce věku stoupá počet případů a kulminuje okolo 65.–70. roku věku skoro na 12,5 % případů onemocnění v dané věkové kategorii. Po kulminaci začíná počet případů klesat až ke 4 % u žen věkové kategorie 85 let a více (Abrahámová, 2009, s. 25–31; Dušek et al., 2007).

Karcinomy prsu lze dělit na méně závažné neinvazivní karcinomy in situ a karcinomy invazivní. Dále se člení podle toho, z jaké části prsní tkáně vyrůstají (Mačák, Mačáková, 2004, s. 289; Abrahámová, 2009, s. 36).

Neinvazivní karcinomy in situ ještě nevytvářejí metastázy, ale bez léčby přecházejí v karcinomy invazivní. Mezi neinvazivní nádory patří intraduktární karcinom

in situ –vychází z výstelky ductů a lobulární karcinom in situ – vychází z výstelky lobulů (Abrahámová, 2009, s. 63; Mačák, Mačáková, 2004, s. 289).

Invazivní karcinomy (invazivní ductální karcinom, invazivní lobulární karcinom, medulární karcinom) mají bohužel v populaci větší výskyt než jejich neinvazivní kolegové (Mačák, Mačáková, 2004, s. 289).

V populaci se nejčastěji vyskytuje invazivní ductální karcinom, tvoří 70-80 % všech karcinomů prsu. Na pohmat jde o tuhé, tvrdé ložisko. Bývá fixován k okolním tkáním nebo hrudní stěně. Může dolíčkovitě vtahovat kůži nebo se může projevovat jako vpáčená bradavka. Nejčastěji metastazuje do axilárních uzlin a do skeletu. Když se na nádor přijde v pozdním klinickém stadiu, může ho doprovázet otok paže (Mačák, Mačáková, 2004, s. 289).

Invazivní lobulární karcinom se vyskytuje asi v 5–10 % případů. Jeho zvláštností je, že bývá často oboustranný. Roste difuzně. Metastazuje do jiných, vzdálenějších tkání než předešlý karcinom. Metastazuje do ovarií, dělohy, kostní dřeně a mozku (Mačák, Mačáková, 2004, s. 289).

Medulární karcinom tvoří 1–5 % případů. Je častější u mladších žen. V nádorech se netvoří tolik vaziva. Ložiska jsou měkké konzistence (Mačák, Mačáková, 2004, s. 289).

### **1.3 Etiologie**

Příčin vzniku karcinomu prsu může být mnoho. Přesná příčina onemocnění je většinou neznámá. Na vzniku onemocnění se mohou podílet jednak faktory dispoziční, tzn. neovlivnitelné, a dále faktory ovlivnitelné životním stylem (Abrahámová, 2009, s. 33- 44).

Mezi faktory dispoziční patří genetická zátěž – výskyt nádorového onemocnění prsu v rodině. Nádory prsu mohou vznikat na dědičném podkladě v 5 – 10 % případů onemocnění. Může se dědit chyba v genu. Žena, která tuto chybu zdělila, může mít až 87% riziko vzniku onemocnění v průběhu života. U těchto žen jsou prováděny častější preventivní prohlídky pro včasný záchyt onemocnění (Abrahámová, 2009, s. 34–44; Vorlíček, Vyzula, Adam, 2000, s. 298–299).

Další faktory jsou věk, rasa (bělošská populace má vyšší výskyt onemocnění než populace černošská a asijská), nezhoubné onemocnění prsu v anamnéze, gynekologické faktory, jako jsou nástup první menstruace před 12. rokem věku, vyšší věk menopauzy, věk prvního porodu po 30. roce věku či bezdětnost u žen. Dále počet porodů – u žen s vyšším počtem porodů klesá riziko karcinomu prsu v důsledku kratšího životního období pod

vlivem estrogenů. Také délka kojení a gynekologické operace jako ovariektomie, které mohou pozitivně ovlivnit tkáň prsu, tím že už v ní neprobíhají výrazné hormonální změny. V neposlední řadě může vznik nádoru prsu ovlivnit hormonální léčba v klimakteriu. U hormonální antikoncepce bylo zjištěno zvýšené riziko výskytu onemocnění po dobu 10 let od ukončení užívání antikoncepce. U všech těchto faktorů mohou hrát roli další faktory - ovlivnitelné. Mohou se navzájem kombinovat a tím zvyšovat či snižovat riziko (Abrahámová, 2009, s. 34–44).

Faktory ovlivnitelné se dají označit jako faktory našeho životního stylu. Epidemiologické studie potvrdily, že zvýšená konzumace alkoholu zvyšuje riziko zhoubného nádoru prsu. U kouření naopak studie nepřinesly žádné závěry o zvýšeném riziku vzniku tohoto nádoru. Obezita je však rizikovým faktorem. Množství tělesného tuku a věk v období nadváhy ovlivňují metabolismus estrogenů. Studie ukazují, že riziková je skupina obézních žen po menopauze. Fyzická aktivita a dobré stravovací návyky naproti tomu snižují rizika, protože se při fyzické námaze snižuje produkce steroidních hormonů ve vaječnících (Abrahámová, 2009, s. 37–40).

Mezi další nejisté rizikové faktory patří dosažené vzdělání. Lidé s vyšším vzděláním jsou většinou o problematice informovanější. Dále sem patří bydliště, stres a uvádějí se i kosmetické přípravky – antiperspiranty, u kterých zatím nebyl prokázán negativní účinek na prsní tkáň (Abrahámová, 2009, s. 43–44).

## **1.4 Symptomatologie**

Malé nádory většinou nezpůsobují žádné obtíže, ženy si je samy mohou objevit při samovyšetření prsu. Příznaky, které ženu už mohou varovat, jsou: vtahování kůže prsu, důlky, hmatná bulka, změna tvaru prsu, tuhé ložisko, které může být na pohmat bolestivé. Při pohybu paží může žena pozorovat jiné chování zdravého a nemocného prsu. Častými projevy bývají i nepravidelnosti bradavek. Bradavka se může vtahovat, může z ní být i sekrece. Pokud žena provádí samovyšetření prsu a provádí ho pravidelně, je pro ni náhlá změna patrnější. Pozdní příznaky mohou být zvětšování objemu prsu – asymetricky, vyklenutí ložiska, rozvětvená žilní pleteň, kterou žena dříve nepozorovala, dále pak celkové příznaky, jako jsou zvýšená únava, snížená imunita (Abrahámová, 2009, s. 57–62; mamoc.cz, 2009).

## 1.5 Diagnostika

Každá žena může doma provádět samovyšetření prsu, o kterém jí podá informace její gynekolog při první návštěvě, názorně jí ukáže, jak má vyšetření provádět. Ženu toto vyšetření může v případě nějakého nálezu přivést včas k lékaři, který kromě fyzikálního vyšetření ji může odeslat na rentgenové vyšetření – mammografii. U mladších žen se někdy místo rentgenového vyšetření používá sonografické vyšetření (mamo.cz, 2009; Vyhláška ze dne 17. prosince 2009, 2010).

V České republice se provádí od roku 2002 bezplatný screening pro ženy od 45. do 70. roku věku opakovaně každé dva roky s cílem včas diagnostikovat karcinom prsu. Od března tohoto roku platí změna v zákoně, který ruší horní věkovou hranici bezplatného screeningu a umožňuje tím ženám nad 70 let věku bezplatně podstoupit mamografické vyšetření. Vyšetření se provádí pomocí rentgenu. Pokud se na mamografickém vyšetření objeví nějaké nejasnosti volí se doplňující vyšetření sonografické. Jestliže i to potvrdí, že se v prsu nachází neznámé ložisko, pokračuje se histologickým vyšetřením, při němž patolog vyšetří vzorek tkáně pod mikroskopem a určí, o jakou tkáň a jaké buňky se jedná. Histologický vzorek se získává buď punkcí, kdy je zákrok proveden ambulantně, anebo incizní biopsií za krátké hospitalizace. Histologické vyšetření ukáže, o jaký typ útvaru se jedná (mamo.cz, 2009; Vyhláška ze dne 17. prosince 2009, 2010).

Nejčastější typy zhoubného nádoru prsu je karcinom duktální (vycházející z buněk výstelky mlékovodů); tvoří 70–80 % zhoubných nádorů prsu. Dalším typem je karcinom lobulární (vycházející z lalůček prsní tkáně). Tento typ tvoří 5–10 % případů (Abrahámová, 2009, s. 63).

Další histologické vyšetření se provádí po chirurgickém výkonu. Samotný chirurgický výkon je důležitý nejen k odstranění nádoru, ale je součástí další diagnostiky. Při chirurgickém výkonu se odebírají vzorky pro histologii, zjistí se stav regionálních mízních uzlin, které se také posílají na histologické vyšetření (Abrahámová, 2009, s. 63–65).

Patolog histologickým vyšetřením bioptického materiálu určí typ nádoru, velikost, agresivitu a další důležité znaky, jako jsou přítomnost hormonálních receptorů či znak Her-2-neu. Přítomnost hormonálních receptorů znamená citlivost na hormonální léčbu. Přítomnost receptoru Her-2 ukazuje na zvýšenou růstovou aktivitu nádoru, také to předpovídá sklon k relapsu onemocnění. Nádory s přítomností Her-2-neu jsou zase

agresivnější, rychleji rostou, ale odpovídají na specifickou biologickou léčbu (Abrahámová, 2009, s. 63–65, s. 76).

Podle výsledků histologie se odvíjí další léčba i další vyšetření pro nález případných metastáz. K tomuto účelu se používají zobrazovací metody.

### **1.5.1 Další potřebná vyšetření**

Biopsie sentinelové mízní uzliny je důležitým vyšetřením, které snižuje pravděpodobnost komplikací, jako jsou lymfedém, bolestivost paže a poruchy hybnosti horní končetin po vyjmutí axilárních mízních uzlin. Vyšetření se provádí vpravením radioaktivní látky do oblasti nádoru. Látka je dopravena mízním systémem do první spádové uzliny. Tato uzlina může být nejpravděpodobněji postižena zhoubným nádorem. Jestliže tato uzlina obsahuje nádorové buňky, odstraní se při chirurgickém výkonu více uzlin z axily (Petráková, Vyzula, 2008).

Krevní vyšetření: odchylky od normy v krevním obraze a sledování onkologických markerů, v tomto případě markerů CEA, CA 15-3.

Nádorové markery jsou speciální bílkoviny, které vylučuje nádor. Čím větší je nádor, tím vyšší je hladina nádorových markerů v krvi. Vyšetření se využívá při léčbě, kdy se zjišťuje, jestli je nádor na ústupu. Když se hladina nádorových markerů snižuje, je léčba úspěšná (Petráková, Vyzula, 2008).

### **1.5.2 TNM klasifikace**

Tato klasifikace třídí informace zjištěné různými vyšetřeními a podává zkráceně celkovou zprávu o rozsahu onemocnění.

T – tumor – určuje velikost nádoru a jeho šíření. Velikost se dá zjistit fyzikálním vyšetřením, mamografií, sonografií a měřením bioptického materiálu.

N – nodul určuje postižení lymfatických uzlin.

M – metastáza přináší informace o případných metastázách (Abrahámová, 2009, s. 70–71; Petráková, Vyzula, 2008).

### **1.5.3 Stadia onemocnění**

**Stadium 0.** – je takové, kdy je přítomen neinvazivní karcinom in situ (Abrahámová, 2009, s. 71; Petráková, Vyzula, 2008).

**Stadium I.** - je časně stadium invazivního karcinomu prsu. Tumor je menší než 2 cm v průměru a nejsou postiženy lymfatické uzliny.

Přežití hranice 5 let u tohoto stadia je 90 % (Abrahámová, 2009, s. 71; Petráková, Vyzula, 2008).

**Stadium II.** – dělí se na dvě skupiny – II A a II B.

II A – nádor je menší než 2 cm s postižením 1–3 axilárních uzlin nebo nádor není znám a jsou postiženy lymfatické uzliny axily. Patří sem i stav, kdy je nádor o velikosti 2–5 cm bez postižení axilárních lymfatických uzlin.

II B - může být buď nádor o velikosti 2-5 cm s postižením spádových uzlin nebo nádor větší než 5 cm bez postižení lymfatických uzlin.

Přežití hranice pěti let u tohoto stadia je 86–91 % (Abrahámová, 2009, s. 72; Petráková, Vyzula, 2008).

**Stadium III.** – se dělí na stadia III A, III B, III C.

III A – jsou postižené lymfatické uzliny, které jsou navzájem fixované, nebo je zde postižení parasternálních uzlin, prokazatelný primární nádor v prsu však není. Dále sem patří stav, kdy nádor je o velikosti 2 cm a jsou postižené axilární lymfatické uzliny, které jsou navzájem fixované, nebo je zde postižení parasternálních lymfatických uzlin. Poslední je případ, kdy nádor je velikosti 2–5 cm a uzliny jsou postiženy stejně jako v minulém případě (Abrahámová, 2009, s. 72).

III B - v tomto stadiu buď může být nádor jakékoliv velikosti, který však prorůstá do stěny hrudní či kůže, nebo je přítomen zánětlivý karcinom, který se šíří lymfatickými cestami v kůži prsu a vypadá jako „pomerančová kůže“. Ten způsobuje otok a zarudnutí. (Abrahámová, 2009, s. 72–73).

III C – tady může být nádor jakékoliv velikosti s postižením více než 10 lymfatických uzlin v axile, nebo je nádor opět jakékoliv velikosti s postižením nadklíčkových nebo podklíčkových uzlin.

Přežití hranice pěti let u léčených klientek je u třetího stadia 57–64 % (Abrahámová, 2009, s. 73; Petráková, Vyzula, 2008).

**Stadium IV.** – v tomto stadiu jsou už průkazné metastázy. Nejčastěji metastazuje do plic, jater, kostí, či mozku (Abrahámová, 2009, s. 73).

Přežití hranice pěti let u léčených klientek v tomto stádiu je 20 % (Abrahámová, 2009; Petráková, Vyzula, 2008, s. 73).

## **1.6 Léčba**

Po zjištění rozsahu onemocnění plánují lékaři léčbu, kterou dělíme do tří hlavních skupin. Je to léčba chirurgická, systémová a radiační. Způsoby léčby se často kombinují. Na léčbě spolupracuje mnoho odborníků, jako jsou chirurg, patolog, rentgenolog a konečně klinický onkolog, který léčbu nejčastěji vede. Vodítkem pro léčbu jsou doporučení české onkologické společnosti, které se každoročně inovují. Léčebný plán musí schválit klientka – musí znát možnosti léčby a její důsledky. Klientka má možnost volby (Abrahámová, 2009, s. 77; Petráková, Vyzula, 2008).

### **Chirurgická léčba**

U operabilních nádorů se volí chirurgická léčba. Rozsah výkonu záleží na lokalizaci a velikosti nádoru. U nádorů menších se volí tumorektomie (odstranění nádoru), lumpektomie – odstraňuje se nádor i s lemem zdravé tkáně. Při kvadrantektomii se odstraňuje kvadrant. U některých výkonů se přidává ještě axilární disekce, kdy lékaři odsraňují axilární uzliny. Radikálnějšími výkony jsou totální mastektomie – odstraní se veškerá tkáň prsu i bradavka s dvorcem, dále modifikovaná radikální mastektomie, která je stejná jako předchozí výkon, ale přidává se u ní odstranění malého prsního svalu a axilárních lymfatických uzlin. Radikální amputací prsu, tedy radikální mastektomií rozumíme operaci, kdy se kromě celé tkáně prsu odstraní i malý a velký prsní sval a axilární uzliny. Tento výkon se již neprovádí pro přílišnou radikalitu (Abrahámová, 2009, s. 78–79; Petráková, Vyzula, 2008).

### **Radiační léčba**

Je to léčba pomocí ionizujícího záření. Paprsky z ozařovacích přístrojů působí na buňky nádoru tak, že nejčastěji zhynou nebo se přestanou nekontrolovatelně dělit a po čase zaniknou. Bohužel tyto paprsky působí stejně i na zdravé tkáně. Radiační léčba často doplňuje léčbu chirurgickou, na kterou může navazovat. Účinnost záření u karcinomů prsu je největší po operaci, kdy se snažíme zbavit i nepatrných zbytků nádorové tkáně, které mohly v místě operace zůstat. Nejčastější indikací k radioterapii je léčba malých nádorů po chirurgickém výkonu, kdy není odstraněn celý prs. Další indikací k ozáření jsou klientky



s většími nádory od 4 do 5cm, kde byl proveden radikálnější výkon. Ozařování je tu indikováno proto, že je zde pravděpodobnost vzniku nádoru na hrudníku i po ablaci prsu. U pacientek s postižením lymfatických uzlin je ozařování také indikováno. Pacientce je určena celková dávka záření. Nepodává se však jednorázově, rozloží se do určitého časového úseku. U některých nádorů, a je tomu tak i u karcinomu prsu, je citlivost nádoru na záření o něco nižší než u zdravých tkání (Abrahámová, 2009, s. 87–95; Petráková, Vyzula, 2008).

Cílem radioterapie je ozáření pouze nemocné tkáně. Přístroje umějí přesně zaměřit místo ozáření. Ozařování může být dvojího typu – buď zevní, anebo formou brachyterapie. Zevní ozařování je ozáření zvenčí z určité vzdálenosti. Brachyterapie je přímé ozařování místa, kde se nacházel nádor. Přímo do místa, kde se nacházel nádor, se zavedou duté jehly a pak je do nich vložen zářič. Výhody této metody jsou, že do místa může být aplikována daleko vyšší dávka záření a ozařování se nemusí opakovat (Abrahámová, 2009, s. 92–95).

### **Systémová léčba**

Do tohoto druhu léčby patří chemoterapie, hormonální terapie a biologická léčba. Léčba se jmenuje systémová, protože léčivo se dostává do celého organismu. Léčí celý systém (Abrahámová, 2009, s. 80).

### **Chemoterapie**

Je to léčba chemickými látkami – cytostatiky. Léky mají cytostatické (růst a dělení zastavující) a cytotoxické (na buňky jedovatě působící) účinky. Bohužel stejné účinky mají i na zdravé buňky.

Cytostatika mají různý mechanismus účinku. Nejjednodušeji je lze rozdělit na cytostatika působící na buňky během celého životního cyklu a na cytostatika působící na buňky jen v jedné fázi buněčného cyklu. Cytostatika se kombinují pro zvýšení účinnosti léčby.

Léčba zpravidla probíhá v cyklech. Je to z toho důvodu, aby zdravé tkáně měly možnost regenerace. Léky se podávají nejčastěji infuzemi nebo injekcemi, málokdy ve formě tablet.

Chemoterapie má spoustu nežádoucích účinků, jako jsou alopecie, nevolnost, průjem, únava, slabost, porucha v krevním obraze a spousta dalších (Abrahámová, 2009, s. 83; Petráková, Vyzula, 2008).

## **Hormonální terapie**

Tato terapie je účinná u žen, u kterých se při histologickém vyšetření našly hormonální receptory. Na tyto receptory se vážou ženské pohlavní hormony estrogeny.

Léčba je rozdílná u žen premenopauzálních u kterých trvá produkce ženských hormonů vaječníky, a u žen postmenopauzálních.

Ovariální ablace je metoda, jíž se vyřadí z činnosti vaječníky. Metoda se používá u premenopauzálních žen. Ovariektomie se může provádět buď chirurgicky, ozářením, anebo medikamentózně.

Další možností hormonální léčby je kompetitivní hormonální léčba, která spočívá v soutěžení přirozeného hormonu s antiestrogeny podávanými uměle. Hormony soutěží o místo na hormonálních receptorech. Blokádou receptorů se znemožňuje navázání přirozených estrogenů, a tudíž se blokuje i proliferace nádoru.

Poslední možností je inhibiční hormonální léčba. Tato léčba blokuje tvorbu estrogenů u postmenopauzálních žen. Tvorba estrogenů u těchto žen probíhá v periferních tkáních a nadledvinách, kde se díky enzymu aromatáze mění steroidní hormon testosteron na estrogen. Léčba je zprostředkována inhibitory aromatázy, tlumí její tvorbu a v důsledku i tvorbu estrogenů (Abrahámová, 2009, s. 85–86).

## **Biologická léčba**

Podávají se látky ovlivňující děje určitých receptorů (Her-2, Her-2-neu), které jsou na nádorových buňkách. Tyto receptory jsou zodpovědné za přežívání, růst a dělení buněk. V současnosti existují léky působící jako protilátky proti zmíněným receptorům, Herceptin a Avastin.

Herceptin je protilátka proti receptoru Her-2, která po navázání na tento receptor blokuje veškeré děje zprostředkované tímto receptorem. Nastává smrt buňky.

Léky používané k cílené biologické léčbě jsou provázeny řadou nežádoucích účinků, ty jsou však daleko méně závažné než u chemoterapie.

Biologické léky se podávají dlouhodobě, někdy déle než rok. Mohou se kombinovat různě s cytostatiky či hormonální terapií. Léčba je dnes poměrně nákladná, ale při průkazu Her-2 receptoru je plně hrazena pojišťovny (Abrahámová, 2009, s. 86).

## **Dělení systémové léčby dle rozsahu nádoru**

**Adjuvantní systémové léčba** – léčba, která nasedá na předchozí chirurgickou léčbu, při níž byl odstraněn celý nádor. Adjuvantní léčba má zničit případná mikroložiska, která mohla v těle klientky vzniknout (Abrahámová, 2009, s. 80).

**Neadjuvantní systémové léčba** – tato léčba je používána u klientek s větším, ale operabilním primárním nádorem. Klientky mohou mít postižené regionální lymfatické uzliny, ale jsou bez vzdálených metastáz. Neadjuvantní chemoterapie je chemoterapie, která se provádí před chirurgickým řešením. Cílem je zmenšit primární nádor a případně zničit neobjevitelné mikrometastázy (Abrahámová, 2009, s. 80–81).

**Paliativní systémová léčba** - tato léčba je určena pro ženy, které mají již prokazatelné metastázy. Díky léčbě dosahujeme částečného ústupu onemocnění. Chemoterapie u některých klientek může výrazně prodloužit život. Cílem je usnadnit klientce život s nevléčitelnou chorobou a prodloužit jí život (Abrahámová, 2009, s. 81).

## **2. Paliativní péče**

Je moderní a rychle se rozvíjející typ péče, který se snaží u klientů v preterminálním a terminálním stadiu nevléčitelného onemocnění pomoci nejen jim, ale i jejich rodinám.

Paliativní péče je zaměřená na zmírnění obtíží nemocného. Dá se říci, že vychází ze staletých zkušeností, kdy medicína uměla pouze tišit příznaky (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 19).

### **2.1 Definice paliativní péče**

„Je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná klientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat klientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.“ (Sláma, Špínka, 2004, s. 23)

Jiná definice říká, že: „Paliativní péče se zaměřuje na poslední roky nebo měsíce života, kdy smrt již není pouhou možností, ale lze ji v krátké době očekávat.“ (O organizaci paliativní péče, 2004, s. 22)

Při poskytování paliativní péče se klade důraz na individuální přístup k nemocnému a jeho potřebám. Paliativní péče není zaměřena primárně na vyléčení klienta. Orientuje se na kvalitu jeho života. Potřeba paliativní péče závisí na základním onemocnění, stupni jeho pokročilosti, na současném výskytu dalších závažných chorob, závisí na věku, psychické a sociální situaci nemocného (Umirani.cz, 2010a).

### **2.2 Obecná paliativní péče**

Je péče o klienta s nevléčitelným onemocněním poskytovaná zdravotníky s jednotlivou klinickou odborností. Tento druh péče by měli umět poskytnout všichni zdravotníci. S tímto druhem péče se můžeme setkat v nemocnicích (Umirani.cz, 2010a).

### **2.3 Specializovaná paliativní péče**

Tento druh péče by měl být poskytován řadou odborníků, kteří jsou speciálně vzděláni a mají již řadu zkušeností v oboru. Od roku 2004 mohou lékaři studovat obor Paliativní medicína a léčba bolesti jako atestační obor. I sestry se nyní mohou vzdělávat na vysoké škole. Pardubická univerzita má studijní obor Specializace ve zdravotnictví, který je zaměřen na péči o dlouhodobě nebo nevléčitelně nemocné. Dále se rozvíjí řada kursů a seminářů (Umirani.cz, 2010a; Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 18).

### **Specializovanou paliativní péči je poskytují:**

Lůžkové hospice, tzv. mobilní (domácí) hospice poskytující domácí paliativní péči, denní stacionáře paliativní péče („denní hospicové stacionáře“), specializované ambulance paliativní péče, oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení, konziliární týmy paliativní péče v rámci zdravotnických zařízení (nemocnic), zvláštní zařízení specializované paliativní péče (např. specializované poradny) (Umirani.cz, 2010a).

## **2.4 Lůžkový hospic**

Je zdravotnické zařízení poskytující specializovanou paliativní péči. Péče je poskytována klientům nejčastěji v preterminálním a terminálním stádiu onemocnění. Cílem hospicové péče je poskytování individuální péče dle potřeb a přání nevléčitelně nemocných. Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a člověku samému. Přístup zdravotníků je zde jiný než v běžných zdravotnických zařízeních. V hospicích panuje klidná příjemná atmosféra napomáhající snadnějšímu, vyrovnanému a klidnému umírání. Péče je zaměřena na léčbu nepříjemných, nemocného obtěžujících projevů onemocnění, jako je např. bolest. Je zde respektována lidská důstojnost. Je umožněn nepřetržitý kontakt s rodinou. Péče je poskytována nejen nemocnému. Je zde i snaha spolupracovat s rodinnými příslušníky, pomoci jim v těžkém období vyrovnat se s nepříznivou prognózou onemocnění blízké osoby (Umirani.cz, 2010b).

V ČR je tento druh péče nejrozšířenější. V poslední době vzniká i více domácích hospiců, v jejichž rámci je péče poskytována týmem odborníků formou domácí péče. Domácí neboli mobilní hospice vznikají často u lůžkových hospiců. Důvodů je několik: Lůžkových zařízení je stále málo a nestačí poskytovat péči všem potřebným. Dalším důvodem je, že nemocní se často cítí nejlépe doma. Pokud to stav i zázemí nemocného dovoluje, je tento druh péče nejpřirozenější. Nemocný má možnost se rozloučit s blízkými doma v prostředí, které mu je známé a v němž se cítí nejlépe.

## **2.5 Historie vzniku hospiců**

Pod pojmem hospic bychom si ve středověku mohli představit přístřeší pro poutníky a pocestné, kteří potřebovali čas od času někde složit hlavu a odpočinout si. Mohli se zde najíst, napít, nechat se ošetřit a dobře se vyspat. Bylo postaráno o jejich tělo i ducha. Těchto hospiců využívali hlavně poutníci, kteří cestovali do Palestiny. Hospice později zanikly. O obnovení se postarala v 19. století Jeanne Garnierová, která založila v Lyonu

společnosti žen, které pečovaly o nevléčitelně nemocné. V roce 1847 otevřely v Paříži první dům, kterému říkaly hospic. V této souvislosti získalo slovo hospic spojení s péčí o nevléčitelně nemocné (Andrejkivová, 2008, s. 49–50; O organizaci paliativní péče, 2004, s. 17; Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 19).

V roce 1878 vznikla v irském Dublinu kongregace Sester lásky pod vedením Marie Aikenheadové. Posláním kongregace bylo doprovázet nemocné při umírání. Kongregace založila několik domů v Irsku a Anglii. Založila i hospic sv. Josefa v Londýně (Andrejkivová, 2008, s. 49–50; O organizaci paliativní péče, 2004, s. 17; Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 19).

Do tohoto hospice se po druhé světové válce dostala zdravotní sestra Cicely Saundersonová, která se zde později stala lékařkou. Cicely Saundersonová je považována za průkopnici moderního hospicového hnutí – formulovala zásady lékařské péče přiměřené potřebám těchto nemocných, věnovala se léčbě nádorové bolesti, ve které pokračovala i v nově založeném hospici sv. Kryštofa na předměstí Londýna. Měla zde multidisciplinární tým, který se zabýval celkovou bolestí a komplexní paliativní péčí. Tento hospic byl vzorem pro vznik dalších hospiců po celém světě (Andrejkivová, 2008, s. 49–50; O organizaci paliativní péče, 2004, s. 17; Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 19–20).

## 2.6 Hospice v ČR

V české republice se myšlenka hospice začala rozvíjet až po roce 1989. S otevřením hranic měli naši lékaři a sestry možnost se dostat do zahraničních zařízení a přinést s sebou zpět do ČR nové myšlenky. Další výraznou činností bylo založení sdružení Ecce Homo (1993) lékařkou Marií Svatošovou. Sdružení propagovalo hospicovou myšlenku a zřídilo v součinnosti s královehradeckou diecézní charitou první český hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Hospic byl otevřen 8. 12. 1995. O lůžka byl už od začátku veliký zájem, a proto byla snaha postavit další podobná zařízení. MUDr. Marie Svatošová byla za propagaci hospicové myšlenky v roce 2002 oceněna státním vyznamenáním – medailí Za zásluhy (Andrejkivová, 2008, s. 49–50; Sláma, Špinka, 2004, s. 13; Svatošová 2003, s. 5; Svatošová, 1998, s. 21; Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 22).

V současnosti je v ČR už patnáct lůžkových hospiců. Některé z nich jsou i specializované. Mezi ně patří např. dětský hospic v Malejovicích, v němž péči poskytuje jen jedna z částí – projekt není dokončen. Mnohé z hospiců mají už i svoji domácí

hospicovou péčí. Přes velký rozvoj paliativní péče je hospicových lůžek stále nedostatek. Světová zdravotnická organizace uvádí, že minimální potřebný počet hospicových lůžek je 5 na 100 000 obyvatel. Znamená to přes 500 lůžek pro celou ČR. Některé kraje u nás zatím nemají žádný lůžkový hospic. Lůžka chybí na Liberecku, Karlovarsku a v kraji Vysočina (cestadomu.cz, 2010; Mikšová, 2009, s. 14).

Mezi poslední dokončené projekty patří hospic v Chrudimi, otevřený na podzim roku 2009, a také hospic Dobrého pastýře v Čerčanech, otevřený v září roku 2008, který byl podnětem pro zpracování mé bakalářské práce (cestadomu.cz, 2010).

Hospic v Čerčanech vznikl díky úsilí občanského sdružení TŘI, které nyní poskytuje i další služby, jako je asistenční služba, denní stacionář apod. Kapacita lůžkového hospice je 30 lůžek. Jsou zde převážně jednolůžkové pokoje s přistýlkou pro příbuzné. Hospic Dobrého pastýře je jediným hospicem ve Středočeském kraji. Hospic poskytuje péči převážně onkologicky nemocným klientům jakékoliv věkové kategorie, kteří jsou v pokročilém či terminálním stadiu onemocnění. Účelem hospice je doprovázet nevléčitelně nemocné a jejich blízké v těžkých chvílích až do fáze smíření. Součástí práce je i péče o příbuzné po smrti blízkého člověka (centrum-cercany.cz, 2010).

## **2.7 Myšlenka hospice**

Péče v hospicích vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Hospic nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen (Svatošová, 2008, s. 115).

Hospice jsou většinou zařízené tak, aby se v nich lidé, kterým už nezbyvá mnoho času, cítili příjemně a dokázali si poslední chvíle života ještě užít. Jedním z nejdůležitějších faktorů poskytované péče je kvalita života nemocných, kteří si přejí prožít chvíle v příjemném, klidném prostředí. Tento fakt je jedním z důvodů, proč hospice většinou vznikají jako samostatná zařízení a nespádají pod nemocnice. Nemocniční péče je jiná – orientuje se na navrácení zdraví (Svatošová, 2008, s. 115).

## **2.8 Co je v hospicové péči důležité**

Souhrnně by se dalo říci, že je to léčba a tlumení symptomů, které provázejí nevléčitelně nemocného až do konce života. Proto je třeba o nich vědět a umět je zmírňovat. Léčba bolesti je jedním z nejdůležitějších poslání hospiců. Bolest je vždy to, co klient označí

za bolest, a vyskytuje se vždy, když to klient říká. Důležitou úlohou sestry je umět bolest identifikovat a umět ji hodnotit. Na tomto podkladě a na podkladě výpovědi klienta lékaři ordinují léčbu bolesti (O'Connor, 2005, s. 89; Svatošová, 1998, s. 26).

Mezi další důležité symptomy, které často provázejí nevyléčitelné onemocnění v jeho terminální fázi, patří nauzea, zvracení, zácpa, celková únava, poruchy příjmu potravy a v neposlední řadě dušnost (O'Connor, 2005, s. 89; Svatošová, 1998, s. 26).

Chtěla bych se zmínit o diskutovaném problému hydratace a výživy. Klienti v terminální fázi přestávají mít potřebu hydratace a výživy. Poměry v organismu jsou změněné a tělo nedokáže rozumně využít nabízené tekutiny ani výživu. Nechutenství a nauzeu je třeba brát jako přirozený stav. Naopak nabízením a nucením do jídla můžeme nemocnému znepríjemnit poslední dny. Pokud se nám zdá málo, co klient vypil, věrme tomu, že infuzním roztokem bychom to nenapravili. Distribuce tekutin v této fázi onemocnění nefunguje jako za plného zdraví. Tekutiny se naopak mohou objevit v místech, kde nemocnému přitíží. Mohou se objevit v žaludku. Klient pak zvrací. Dále v průduškách zvýšenou tvorbou vazkého sekretu, který je pak nutné odsávat. To nemocného zatěžuje (Svatošová, 1998, s. 26–28).

Nemocnému v terminální fázi onemocnění stačí svlažování rtů, péče o dutinu ústní a cucání ledových kostek (Svatošová, 1998, s. 27–28).

Další důležitou kapitolou jsou potřeby sociální. Umírající nechce být sám. Personál hospice se snaží nemocným přiblížit atmosférou a vlastním chováním domov, ale blízkou osobu žádná sestřička či ošetřovatelka nenahradí (Svatošová, 1998, s. 29–30; Svatošová, 2008, s. 20, 21).

Také potřeby spirituální začínají u nemocných v hospici nabývat významu. Klienti zde přemýšlejí nad vlastní existencí a myšlenky tohoto typu jsou jim bližší než kdy jindy (Svatošová, 1998, s. 29–30; Svatošová, 2008, s. 20, 21).



## II. PRAKTICKÁ ČÁST

### kvalitativní sledování formou ošetřovatelské kazuistiky

#### 1. Identifikační údaje

Jméno a příjmení: M. Ch.

Oslovení: paní Ch.

Věk: 83 let

Rok narození: 3. 4. 1926

Rodinný stav: vdova

Vzdělání: středoškolské

Povolání: úřednice, nyní v důchodu

Vyznání: římskokatolická církev

Adresa: Praha

Národnost: česká

Pojišťovna: 207

Kontaktní osoba: dcera, syn

Hlavní důvod přijetí do hospice Dobrého pastýře: progredující karcinom levého prsu a polymorbidita ve stáří

Přijetí do hospice Dobrého pastýře: 9. 12. 2009

Klientku jsem ošetřovala: 17. 12. 2009, 24. 12. 2009, 16. 1. 2010, 17. 1. 2010, 25. 1. 2010, 30.–31. 1. 2010, 3. 2. 2010, 4. 2. 2010, 9. 2. 2010, 14. 2. 2010

(1a, 2)

## 2. Lékařská anamnéza

**Rodinná anamnéza:** otec zemřel v 78 letech na aortální vadu, matka měla bronchiální astma, zemřela v 73 letech

**Osobní anamnéza:** v dětství časté angíny, hepatitida A, v roce 1973 operace pro varixy PDK, diabetes cca od roku 1985, inzulinoterapie 2 roky, syndrom diabetické nohy bilat., st. p. operaci katarakty bilat., diabetická polyneuropatie, nefropatie, bércové vředy v roce 2006

12/2008 diagnostikován karcinom prsu l. sin. s postižením axilárních lymfatických uzlin, st. p. 3 cyklech chemoterapie + přechodně Xeloda tbl. Pro zhoršení choroby chemoterapie zastavena.

Chronická ICHS, syndrom AP od roku 2003, IM – 0

Hypertenze na terapii od roku 1985

Hyperlipidémie na terapii

ICHDK – PTA a. tibialis anterior a a. dorsalis pedis LDK, st. p. PTA a. poplitea a a. tibialis anterior l. sin. 4/2009, st. p. PTA a. poplitea a a. tibialis anterior l. dx 11/2009

**Gynekologická anamnéza:** menopauza od 45 let, 2 porody, poslední gynekologické vyšetření před 3 lety, částečná inkontinence moči

**Farmakologická anamnéza: chronická medikace z domova – před hospitalizací na klinice diabetologie IKEM:**

**sub cutanne:** Novorapid 6j-6j-0 s.c., Novomix 0-0-16j s.c.

**per os:** Suprax 200 mg tbl. 2-0-0, Plavix 75 mg tbl. 1-0-0, Accupro 10 mg tbl. 1-0-1, Anopyrin 100 mg tbl. 0-1-0, Nitromint 2.6 mg tbl. 1-1-0, Agen 10 mg tbl. 1-0-0, Glucophage XR 500 mg tbl. 0-0-2, Lipirex 267 mg tbl. 0-0-1

(lékové skupiny a generický název viz příloha č. 1.4 )

**Nynější medikace z kliniky diabetologie IKEM – 9.12. 2009:**

**sub cutanne:** Novorapid 6j-7j-0j s.c., Novomix 0-0-18 j s.c.

**per os:** Ganaton 1 tbl 30 min před jídlem 1-1-1, Detralex 1-0-1, Transtec 52,5 µg/ h náplast á 72 hodin, Novalgin tbl. při bolesti á 8 hodin, Anopyrin 100 mg tbl. 0-1-0, Nitromint 2.6 mg tbl. 1-1-0, Vasocardin 100 mg tbl. 1-0-1/2, Suprax 200 mg tbl. 1-0-0

**Alergická anamnéza:** neguje

**Sociální anamnéza:** vdova v důchodu, bydlí sama, do teď jí vypomáhaly děti

**Pracovní anamnéza:** v minulosti úřednice, nyní v důchodu

**Abuzus:** v mládí příležitostně kouřila, nyní nekouří, alkohol příležitostně, jiné -- 0

**Operace:** v roce 1973 operace pro varixy PDK, st. p. opareci katarakty bilat.

**Úrazy:** 0

**Nynější onemocnění:** 12/2008 diagnostikován karcinom prsu l. sin. s postižením axilárních lymfatických uzlin, bez známek metastáz, st. post. 3 cyklech chemoterapie + přechodně Xeloda. Vzhledem k celkovému zhoršení stavu chemoterapie ukončena. Indikována symptomatická terapie. 11–12/2009 klientka hospitalizována na klinice diabetologie IKEM pro progresi syndromu diabetické nohy.

**Status praesens (9. 12. 2010 – hospic Dobrého pastýře):** hmotnost 70 kg, výška 160 cm, BMI 27,3 kg/m<sup>2</sup>, BSA 1,732 m<sup>2</sup>

**Subjektivně:** bolest dobře kontrolovaná transdermálním buprenorfinem, klidově eupnoe, nekašle, bolesti na hrudi neguje, spánek klidný, sklon k obstipaci, močení častější bez dysurie, nechutenství

**Objektivně:** lucidní, závislá na pomoci, bez ikteru a cyanosy, hydratace v normě, hlava pokleповě nebolestivá, inervace intaktní, zornice izokorické, foto +, hrdlo klidné, jazyk vlhký, plazí středem. Krk: lymfatické uzliny nezvětšeny, karotidy tepou symetricky, bez šelestu. Hrudník: tuhá prominující rezistence v oblasti levé prsní bradavky, dýchání alveolární, čisté, poklep plný, jasný, akce srdce pravidelná, srdeční šelest nad aortálním obloukem. Břicho: měkké, palpačně nebolestivé, hepar ani lien nehmatný, tapotement bilaterálně negativní, peristaltika +. Dolní končetiny: bilaterálně otoky bérců, více vpravo, nebolestivé. Na 2. prstu LDK defekt apikálně. Dále defekt v 1.–2. meziprstí PDK, defekt pod vnitřním kotníkem PDK, pod 1. MTT hluboký defekt na spodině a defekt nehtového lůžka 1. prstu na PDK.

(2)

### **3. Lékařské diagnózy**

#### **3.1 Lékařské diagnózy – klinika diabetologie IKEM – 9. 12. 2009**

E10.5 Syndrom diabetické nohy – toho času drobný defekt pod 1. metatarzem na PDK.

Ostatní zhojeny.

I70.2 ICHDK – po opakovaných angioplastikách levé i pravé DK

E10.7 Diabetes 2. typu léčený intenzifikovaným inzulínovým režimem

E10.2 Diabetická nefropatie

E10.4 Diabetická polyneuropatie

E10.3 Diabetická retinopatie

C50 Karcinom mammy l. sin., st. p. 3 cyklech chemoterapie, dále již jen symptomatická terapie dle onkologa

E66.0 Obezita

E78.2 Hyperlipoproteinémie

I251, I209 Ischemická choroba srdeční se syndromem anginy pectoris

I10 Hypertenze WHO III korigovaná

Z86.6 St. p. cévní mozkové příhodě - dle CT starší ischemické ložisko v bazálních gangliích l. dx.

I70.9 Povšechná ateroskleróza

Z87.3 St. p. fraktuře klíčku l. dx.

(2)

#### **3.2 Příjmové diagnózy hospic Dobrého pastýře – 9. 12. 2009**

C50.0 Zhoubný novotvar – bradavka (mamilla) a dvorec (areola) l. sin., st. p. 3 cyklech chemoterapie

E10.7 Diabetes mellitus II. typu – s mnohočetnými komplikacemi

E10.5 Diabetes mellitus II. typu – s periferními oběhovými komplikacemi

E10.2 Diabetes mellitus II. typu – s ledvinovými komplikacemi

E10.3 Diabetes mellitus II. typu – s očními komplikacemi

E10.4 Diabetes mellitus II. typu – s neurologickými komplikacemi

I251 Aterosklerotická nemoc (choroba) srdeční

I10 Arteriální hypertenze

Z86.6 Nemoci nervové soustavy a smyslových orgánů v osobní anamnéze, st. p. CMP

Z87.3 Nemoci svalové – kosterní soustavy a pojivové tkáně v osobní anamnéze, st. p. fr. klíčku l. dx.

D63.8 Anemie při jiných chronických nemocech zařazených jinde

(2)

## **4. Diagnosticko–terapeutická péče**

### **4.1 Diagnostika**

#### **4.1.1 Diagnostický souhrn pro hospic Dobrého pastýře z onkologické ambulance, kde byla klientka léčena (17. 12. 2009)**

Dg: C 50.4 zhoubný novotvar –horní zevní kvadrant prsu

Ca mammae l. sin., TNM klasifikace – T4N1M0

19. 11. 2008 punkční biopsie

**Histologie:** invazivní duktální karcinom prostoupený vazivem, ve kterém jsou zánětlivé elementy, imunohistochemické vyšetření steroidních receptorů: ER a PR negativní, Her-2-neu: negativní

**Chemoterapie:** Epirubicin mono od 18. 12. 2008 do 19. 2. 2009, Xeloda 4-0-3 týden od 20. 3. 2009 do 10. 7. 2009, Taxol od 24. 7. 2009 do 9. 10. 2009 – ukončeno pro narůstající neurotoxicitu a progredující parézu LHK

CT mozku 19. 10. 2009 nativně bez evidentních metastáz

**Závěr:** Klientka je po třech liniích paliativní chemoterapie, ER a PR jsou negativní.

Dále DM na inzulinu cca 2 roky

ICHS – angina pectoris-- nyní korigována

Hypertenze cca 10 let

ICHDK po opakovaných angioplastikách

Dle telefonického sdělení dcery a ošetřující lékařky z IKEM, kde byla klientka hospitalizovaná: klientka nechodí, má nehojící se defekty na DK, nyní nové ochrnutí LHK,

z našeho hlediska vzhledem k celkovému stavu, polymorbiditě a nežádoucím účinkům poslední linie chemoterapie další léčba symptomatická.

#### **4.1.2 Diagnostický souhrn z kliniky diabetologie IKEM 4. 11. 2009 – 9. 12. 2009, odkud byla klientka převzata do péče hospice Dobrého pastýře**

##### **Průběh hospitalizace – klinika diabetologie IKEM – 4. 11. 2009 – 9. 12. 2009**

Klientka s DM 2. typu na PAD a inzulinu s pozdními komplikacemi diabetu – retinopatie, polyneuropatie, nefropatie, makroangiopatie – byla přijata pro progresi syndromu diabetické nohy (obě DK) z podiatrické ambulance. Klientka má defekt na druhém prstu LDK s osteomyelitidou dle RTG, defekt v prvním meziprstí LDK. Na PDK defekt pod hlavičkou 1. metatarzu s pístělí ke kloubu, defekt pod hlavičkou 5. metatarzu. Další defekty pod vnitřním kotníkem l. dx.

12. 11. 2009 provedena angiografie tepen PDK s perkutánní transluminální angioplastikou arterie poplitea a arterie tibialis anterior. l. dx., výkon bez komplikací. Tříslo vpravo klidné bez hematomu, bez rezistence. Dále klientka léčena pro Ca mammae l. sin. chemoterapií – nyní stop, na sono břicha, CT mozku, scintigrafii kostí – bez známek metastáz, na RTG srdce + plíce – v pravém horním plicním poli polosytý stín nejasné etiologie. Meta? Vzhledem k další jen symptomatické terapii CT plic k objasnění etiologie není indikováno. Defekty se při lokální terapii velmi zlepšily. Teď činí pouze jeden drobný defekt pod 1. metatarzem na PDK. Zatím dále konzervativní terapie. Antibiotika, klidový režim, lokální ošetření, odlehčení obou DK – vozík klientka sama nezvládne (ICHS, zhoršená hybnost LHK). Pro bolesti prsu a PDK nasazeny opiáty z dobrým efektem, vysazeny některé léky – i PAD. Byly upraveny dávky inzulinu, glykemie jsou nyní velmi dobré. Klientka bez psychické alterace, klidná, spolupracující. Klientku propouštíme do hospicové péče v kompenzovaném stavu.

**Doporučení:** Diabetická dieta s 225 g sacharidů denně, bílkovinné přídatky.

**Jiné doporučení:** Klientka se dostaví do podiatrické ambulance na kontrolu 8. 1. 2010 v 9:30.

Klientka má nyní pouze defekt pod 1. metatarzem na pravé dolní končetině, okolí klidné – lokálně Mepitel nebo ředěná Betadine 1x denně, klientka poučena o odlehčení DK.

Klientka nechodí, pohybuje se za pomoci vozíku. ATB Suprax p. o. do kontroly na podiatrii či do zhojení. Glykemie kontrolovat 2x denně.

#### 4.1.3 Laboratorní vyšetření (klinika diabetologie IKEM 4. 11. 2009 – 9. 12. 2009)

##### Vyšetření krve

viz tabulka č. 1, 2, 3

**Tab. č. 1 Krevní obraz klinika diabetologie IKEM 4. 11. 2009 – 9. 12. 2009**

sledovaný krevní element	výsledek	referenční mez laboratoře
Leukocyty	6,3	4,0–10,0 x 10 <sup>12</sup> /l
Neutrofilly	3,57	1,50–6,70 x 10 <sup>9</sup> /l
Lymfocyty	1,93	0,90–4,00 x 10 <sup>9</sup> /l
Monocyty	0,42	0,12–1,20x 10 <sup>9</sup> /l
Eosinofily	0,31	0,00–0,50 x 10 <sup>9</sup> /l
Basofily	0,08	0,00–0,20 x 10 <sup>9</sup> /l
Erytrocyty	<b>2,99</b> ↓	3,8–5,2 x 10 <sup>12</sup> /l
Hemoglobin	<b>93</b> ↓	120–160 g/l
Hematokrit	<b>0,28</b> ↓	0,370–0,460
Trombocyty	158	140–440 10 <sup>9</sup> /l

**Tab. č. 2 Koagulace klinika diabetologie IKEM 4. 11. 2009 – 9. 12. 2009**

typ testu	výsledek	referenční mez laboratoře
Quick	<b>1,42</b> ↑	0,8–1,2
INR	<b>1,5</b> ↑	0,8–1,2
aPTT	<b>1,5</b> ↑	0,7–1,3

**Tab. č. 3 Biochemie klinika diabetologie IKEM 4. 11. 2009 – 9. 12. 2009**

sledovaná látka	výsledek	referenční mez laboratoře
Na	144,2	137–144 mmol/l
K	4,05	3,8–5,0 mmol/l
Cl	<b>111,3↑</b>	95–108 mmol/l
Ca	2,05	2,0–2,75
Mg	0,8	0,66–0,94 mmol/l
CRP	10,5	0–9 mg/l
Bilirubin	5,3	3,0–19,0 mikromol/l
AST	0,26	0,16–0,63 mikrokatal/l
ALT	0,14	0,10–0,63 mikrokatal/l
ALP	0,83	0,88–2,35 mikrokatal/l
GMT	0,23	0,15–0,92 mikrokatal/l
Albumin	26,7	32–45 g/l
Urea	6,6	2,5–8,0 mmol/l
Kreatinin	80	44–80 mmol/l
Cholesterol celkový	3	5,2 mmol/l
HDL cholesterol	0,55	do 1,6 mmol/l
LDL cholesterol	1,9	do 3,0 mmol/l

**Biochemické vyšetření moči:**

bez patologických hodnot

**Zobrazovací metody****Sono pánevních tepen a tepen v obou tříslech s dopplerovským vyšetřením 9. 11. 2009:**

Břišní aorta i pánevní tepny bilaterálně bez aneurizmatických výdutí. V tříslech oboustranně na femorálních tepnách jsou trifázické křivky, výrazněji alterované křivky – nepřímě svědčí proti významné stenóze pánevních tepen bilaterálně. Magistrální tepny obou dolních končetin až k popliteální úrovni průchodné bez lokálních výdutí.

**Ostatní vyšetření****EKG (4. 11. 2009 klinika diabetologie IKEM)**

Sinusový rytmus, frekvence 73, převodní intervaly jsou v normě.



## Antropometrické údaje

viz tabulka č. 4. Klientka má podle BMI nadváhu.

**Tab. č. 4 Antropometrické údaje při přijetí 9. 12. 2009 – hospic Dobrého pastýře**

Hmotnost	70 kg
Výška	160 cm
BMI	27,3 kg/m <sup>2</sup>

## Fyziologické funkce

viz tabulka č. 5, 6

**Tab. č. 5 Fyziologické funkce při přijetí 9. 12. 2009 – hospic Dobrého pastýře**

Krevní tlak (systola/diastola)	135/80
Puls/minuta	82
Dech/minuta	18
Tělesná teplota C°	36,6

**Tab. č. 6 Fyziologické funkce 16. 1. 2010 – hospic Dobrého pastýře v 01:00**

Krevní tlak	140/95
Puls/minuta	95
Dech/minuta	12
Tělesná teplota	36,8

(2)

## 4.2 Terapie

Vzhledem k celkovému stavu, polymorbiditě a nežádoucím účinkům poslední linie chemoterapie další léčba symptomatická.

### 4.2.1 Medikace z kliniky diabetologie IKEM (4. 11. 2009 – 9. 12. 2009)

#### 4.2.1.1 Farmakoterapie

viz tabulka č. 7, 8, 9

lékové skupiny a generický název viz příloha č. 1.4

**Tab. č. 7 Farmakoterapie – sub cutanne – klinika diabetologie IKEM (4. 11. 2009 – 9. 12. 2009)**

název	způsob podání	dávkování
Novorapid	s. c.	6j-7j-0j-0j
Novomix 30	s. c.	0j-0j-18j-0j

**Tab. č. 8 Farmakoterapie – per os – klinika diabetologie IKEM (4. 11. 2009 – 9. 12. 2009)**

název	způsob podání	dávkování
Anopyrin 100 mg tbl	per os	0-1-0-0
Vasocardin 100 mg tbl	per os	1-0-1/2
Nitromint 2,6 mg tbl	per os	1-1-0-0
Agen 5 mg tbl	per os	1-0-1-0
Ganaton 50 mg tbl	per os	1-1-1-0
Detralex 500 mg tbl	per os	1-0-0-0
Suprax 200mg tbl	per os	2-0-0-0
Novalgín 500 mg tbl	per os	Při bolestech á 8 hod 1 tbl

**Tab. č. 9 Farmakoterapie – dermální aplikace – klinika diabetologie IKEM (4. 11. 2009 – 9. 12. 2009)**

název	způsob podání	dávkování
Transtec 52,5 µg/ h	dermální aplikace	náplast á 72 hodin

## 4.2.2 Medikace Hospic Dobrého pastýře 9. 12. 2009

### 4.2.2.1 Farmakoterapie

viz tabulka č. 10, 11, 12

lékové skupiny a generický název viz příloha č. 1.4

**Tab. č. 10 Farmakoterapie – sub cutanne – hospic Dobrého pastýře 9. 12. 2009**

název	způsob podání	dávkování
Novorapid	s. c.	6j-7j-0j
Novomix 30	s. c.	0j-0j-18j

**Tab. č. 11 Farmakoterapie – per os – hospic Dobrého pastýře 9. 12. 2009**

název	způsob podání	dávkování
Acupro 5 mg tbl	per os	1-0-0-0
Nitromint 2,6 mg tbl	per os	1-1-0-0
Agen 5 mg tbl	per os	1-0-0-0
Ganaton 50 mg tbl	per os	1-1-1-0
Detralex 500 mg tbl	per os	1-0-0-0
Suprax 200mg tbl	per os	2-0-0-0
Novalgin 500 mg tbl	per os	Při bolestech á 8 hod 1 tbl
Sevredol 20 mg tbl	per os	Při silnějších bolestech

**Tab. č. 12 Farmakoterapie – dermální aplikace – hospic Dobrého pastýře 9. 12. 2009**

název	způsob podání	dávkování
Transtec 52,5 µg/h	dermální aplikace	náplast á 72 hodin

### 4.2.2.2 Léčba bolesti

Při mírné bolesti na škále č. 0 – 2 (používaná škála 0 – 5) podat Novalgin 500 mg tbl á 8 hod. Při středně silné bolesti na škále č. 3 podat Sevredol 20 mg tbl. Pro zvládnání silné bolesti má klientka trvale transdermální náplast Transtec 52,5 µg/h á 72 hodin.

Léčba, sledování a hodnocení bolesti v jednotlivých dnech mého ošetřování viz příloha č. 3.

#### **4.2.2.3 Dietoterapie**

Dieta č. 9 diabetická (9. 12. 2009)

Popis změny ve stravování v jednotlivých dnech mého ošetřování viz příloha č. 4.

#### **4.2.2.4 Léčba kožních defektů na DK**

(hodnoceno 9. 12. 2009 při příjmu do hospice Dobrého pastýře)

Hodnocení DK – oba bérce jsou oteklé, více vpravo. Otok je nebolestivý. LDK na 2. prstu defekt apikálně. PDK – defekt pod vnitřním kotníkem a pod 1. MTT – hluboký defekt na spodině dále defekt v 1. – 2. meziprstí a defekt nehtového lůžka 1. prstu.

Doporučení z kliniky diabetologie IKEM z 9.12. 2009 – převaz defektů 1x denně, podávat lokálně Mepitel nebo ředěný roztok Betadine.

Dále viz příloha č. 6.

#### **4.2.2.5 Pohybový režim**

Klientka byla přijata z kliniky diabetologie IKEM s doporučením klidového režimu kvůli hojícím se kožním defektům DK. Klientka byla nechodící, pohybovala se za pomoci vozíku.

V hospici klientka neměla nastavený žádný pohybový režim, který by měla dodržovat. Pouze jí bylo doporučeno kvůli hojícím se defektům na DK, aby na DK nestoupala.

Po dobu mého ošetřování byla paní Ch. nechodící. Vzhledem ke kolísavým změnám stavu byla některé dny plně odkázaná na naši ošetřovatelkou péči, některé dny byla soběstačná v rámci lůžka. Když se cítila dobře, pohybovala se za pomoci druhé osoby s vozíkem. Odborná fyzioterapie a ergoterapie se u paní Ch. neprováděla. Nebyla v hospici dostupná. Ošetřovatelská rehabilitace a nabízené zájmové činnosti byly však na denním pořádku.

(1b, 2)

### **4.3 Průběh hospitalizace**

**17. 12. 2009**

Paní Ch. je plně orientovaná nechodící 83 letá paní, která v hospici pobývá už 9. den. Klientka je zadaptovaná v prostředí hospice a líbí se jí zde. Chodí za ní návštěvy. Paní Ch. je usměvavá a má dobrou náladu. Chtěla by cvičit, aby mohla po zahojení defektů na DK začít chodit.

**24. 12. 2009**

Dnes je klientka spokojená, usměvavá, v dobré náladě, nic jí nebolí a žádné jiné obtíže neudává. Těší se na Štědrý den strávený s rodinou (s dcerou, synem a jejich dětmi). Na propustku opouští hospic do 26. 12. 2009.

**16. 1. 2010**

Paní Ch. je dnes unavená, slabá, má vodnatý průjem velkého objemu s frekvencí desetkrát za den, nemá chuť k jídlu a málo pije. Podepsalo se to i na jejím psychickém stavu. Nechce hovořit, uzavírá se do sebe, má špatnou náladu. Nechce přijímat návštěvy. Bolesti neudává. Na průjem jí byla naordinována antidiarhoika. I přes naši snahu jí co nejvíce pomoci je na nás nepřijemná. Odpoledne je spavá. Stěžuje si na pálení okolí konečníku, který je po každé stolici promazáván (Menalind – krém). V noci se její celkový stav zhoršoval a klientka byla až apatická. Bylo nutné ji začít polohovat, začít pečovat o dutinu ústní. V 01:00 se změřila glykemie s výsledkem 2,7 mmol/l. Klientce byla okamžitě podána infuzní terapie – 10% roztok glukózy. Po dvou hodinách byla klientka stále spavá. Glykemii v tuto dobu měla 12,3 mmol/l.

**17. 1. 2010**

Dnes se paní Ch. cítí stále unavená, pravidelně se jí měří glykemie – viz příloha č. 5. Průjem po včerejší ordinaci antidiarhoik stále trvá se stejnou frekvencí, ale menším objemem. Klientku trápí pálení v okolí konečníku. Místo je po každé stolici důsledně omýváno, sušeno a promazáváno (Menalind– krém). Kromě pálení konečníku a mírných bolestí při převazu DK žádné další bolesti neudává. Klientka má lepší náladu než předešlý den. Už je hovornější a občas se i usměje. Sděluje mi, že si myslela, že včerejší den nepřežije. Dnes už sama dodržuje pitný režim a pomalu začíná jíst. Říká, že to dělá hlavně kvůli strachu z hypoglykemie. V posteli se dnes otáčí sama, není nutné ji polohovat. Stále

nechce přijímat návštěvy. Často jí někdo volá na mobilní telefon. Obtěžuje ji to. Po telefonátu s dcerou by si nejraději vypnula telefon a sděluje jí, že tedy může přijít, ale až večer. Paní Ch. se na návštěvu příliš netěší. Nechce, aby u ní byl kdokoliv z rodiny, když má průjem. Má pocit, že v této chvíli by ji nikdo blízký neměl vidět. Je to pro ni potupné. Před personálem hospice se nestydí.

### **25. 1. 2010**

Paní Ch. je zase usměvavá a spokojená a má opět chuť do života. Je jí dnes dobře, má pocit, že pokořila svoji nemoc. Cítí, že by mohla i chodit, chtěla by to dnes zkusit. Přeceňuje své síly a možnosti a popírá svým chováním, že je vůbec nemocná. Když jí něco nejde, je na sebe našťvaná a je nepříjemná i na nás. Také se cítí hodně utlumená. Spolu s lékařkou se domlouvá na snížení dávky analgetik (Transtec 52,5 µg/h na Transtec 35µg/h) přesto, že každý večer i noc má bolesti DK, na které jí zabírají jen opiáty. Má pocit, že přešlo to nejhorší, že má ještě spousty sil a že odsud odejde po zdravých nohou. Defekty na DK jsou čisté a hojí se. DK se také vrací citlivost, která byla snižena. Dnes se paní Ch. snažila o chůzi, ale doporučili jsme jí klid, aby se defekty na DK neporušily. Cvičily jsme na posteli – byla smutná a našťvaná na sebe, že jí to moc nejde. Ptala se jestli to bude lepší. Odpoledne byla s rodinou na vozíku v restauraci. Večer na sebe byla našťvaná, že to přehnalas s aktivitou. Byla unavená a spavá. Neměla náladu si povídat a chtěla být sama. V noci měla bolesti DK.

### **30. 1. 2010**

Paní Ch. se daří dobře, usmívá se, ale je dnes trochu unavená a pospává. Defekty na DK se hojí, citlivost je také dobrá. Bolesti přes den nemá, chuť k jídlu je dobrá, ale strava jí moc nechutná. V noci jí opět bolí DK.

### **31. 1. 2010**

Dnes se paní Ch. cítí svěží, je hovorná, chce si povídat. Vypráví o své rodině, a když narazí na svoji nemoc, svede rozhovor jinam. Rozhovor kvůli tomu často pozbývá kontextu. DK jsou stejné jako předešlý den. Večer klientka pociťuje bolesti DK a levé paže. V noci se bolesti opakují.

### **3. 2. 2010**

Paní Ch. se dnes cítí „celá bolavá, unavená a slabá“. Ráno mi sděluje, že by chtěla zase silnější náplast. Domlouváme se s paní doktorkou a je aplikován silnější Transtec 52,5 µg/h. Klientka má dnes špatnou náladu z bolestí a ze zhoršení stavu. Dopoledne je těžké s ní komunikovat. Před převazem dnes chce medikaci proti bolesti, přestože ji vždy statečně odmítala. Při převazu nám říká, co si myslí, že děláme špatně, a stěžuje si na naši péči. Nechutná jí oběd, nemá vůbec chuť k jídlu, zvedá se jí žaludek. Odpoledne se omlouvá, říká, že je „protivná baba“. Odpoledne spí. Spí i během návštěvy dcery. U večere se jí dělá nevolno. V noci má bolesti DK.

### **4. 2. 2010**

Dnes se paní Ch. cítí dobře a má lepší náladu než předešlý den. Snaží se nám se vším pomoci, jako by se omlouvala za včerejší den. Zase o včerejšku mluví, mrzí ji to. Defekty na DK jsou čisté. Některé jsou už úplně zhojené viz příloha č. 6. Klientka nemá dnes chuť k jídlu trápí ji nechutenství, ze všeho se jí zvedá žaludek. Stěžuje si na kuchaře, že nevaří dobře. Vše je moc mastné. Vaří prý jídla, na která není vůbec zvyklá, jako je např. kuskus. Odpoledne byla s návštěvou na vozíku v restauraci a chtěla se podívat i do kaple. Chtěla by se tady někdy podívat na mši.

V noci má slabé bolesti DK, chce „ten bílý, slabší prášek“ (Novalgin 500 mg tbl.), že prý bude stačit. Později zvoní znovu, že má bolesti a že by chtěla „ten modrý, silnější prášek“ (Sevredol 20 mg tbl.).

### **9. 2. 2010**

Paní Ch. dnes vypadá trochu unaveně. Okolo 11 hodiny si stěžuje na bolesti levé ruky, zad a DK. Přes oběd je spavá a později odpoledne je jí zase dobře, je bez bolestí. U večere je jí nevolno. V noci má bolesti DK.

### **14. 2. 2010**

Klientka je dnes ráno usměvavá, je ráda, že nás vidí. Bolesti ji netrápí. Jediné, co jí vadí, jsou studené nohy. Přes převázané DK má ještě ponožky. PDK vůbec necítí, je zvědavá, jak se defekty hojí, ale po rozvázání jsme všichni překvapení. Klientka má na PDK černou postupující nekrózu. Lékařka klientku vyšetřila a domluvila se synem paní Ch. na převozu do IKEM, kde byla klientka dispenzarizovaná se syndromem diabetické nohy a chodila tam na převazy defektů DK. Paní Ch. byla velice udivená, smutná a plakala. Měla pocit,

že už má všechny defekty skoro zahojené. Léčila se s nimi zhruba 2 roky a teď je to všechno k ničemu. Ptala se mě, jestli jí „uříznou nohu“. Ví, že ta noha je špatná. Chtěla, abychom jí řekli, co bude dál. Byla velice rozrušená. Snažili jsme se jí co nejvíce podpořit a vysvětlit situaci. Později nám děkovala za přístup a nechtěla z hospice odjet. Odpoledne začala bojovat a říkala, že už si to rozmyslela. Teď ví, že musí odjet. Chtěla, aby se to rychle začalo řešit, aby to dopadlo dobře. Paní Ch. stále trápilo nechutenství.

(1a, 1b, 2, 3)



### **III. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST**

#### **(Ošetřovatelský proces)**

#### **1. Ošetřovatelská anamnéza a současný stav klientky ze dne 17. 12. 2009 a 16. 1. 2010**

Ošetřovatelská anamnéza byla sbíraná podle modelu Teorie základní ošetřovatelské péče Virginie Henderson (Pavlíková, 2006, s. 43–51).

#### **1.1 Subjektivní a objektivní náhled na pobyt v hospici a nemoc**

##### **1.1.1 Subjektivní náhled klientky na nemoc a pobyt v hospici Dobrého pastýře**

Klientka nikdy vážněji nestonala. Nepamatuje si, že by jí nějaké onemocnění zaskočilo. Od roku 1985 má diabetes mellitus 2. typu. Inzulin si aplikuje 2 roky, ale sděluje mi, že život jí to výrazněji nezměnilo. Má pocit, že ji nic vážného v životě nepotkalo, možná také proto, že se snažila řešit nemoci a problémy rodiny a svoje problémy nestíhala vnímat.

Až poslední dva roky musí přiznat, že je u lékaře často. Objevily se jí defekty na DK a „ten nádor prsu“. Říká, že „nemoci přišly až s věkem“. Ráda by byla zase zdravá a zažila ještě spoustu věcí.

Nemocniční prostředí nemá ráda, ale v hospici se jí zdá prostředí moc pěkné. Klientka by byla radši doma ve svém bytě, ale ví, že v jejím stavu to teď není možné. Chtěla by tu začít chodit.

(1a, 1b)

##### **1.1.2 Objektivní náhled – hodnocení sestrou**

Klientka je plně orientovaná 83letá paní, která podle vyprávění příchod svých nemocí nikdy příliš neprožívala, snad proto, že na to nebyl čas. Snad pro svoji povahu. Klientka je spíš introvertní, příliš nemluví a některé věci si nechává jen pro sebe. Komunikaci s ní se mi však podařilo navázat dobře. V rozhovoru byla rozhodná, odpovídala přiléhavě. V nemocničních zařízeních v životě moc nepobyla, až v posledních dvou letech. Tyto dva roky se jí podle vyprávění zdály dlouhé. Z rozhovoru vyplývá, že by chtěla zase chodit a být zdravá. Chová v sobě velkou nadějí v uzdravení.

Do hospice byla přijata pro progresi zhoubného nádoru prsu a polymorbiditu. Klientka je po paliativní chemoterapii, má hojící se kožní defekty na DK, je nechodící. Byla přijata z kliniky diabetologie IKEM, kde se na konci hospitalizace domluvila s dětmi, že by bylo nejlepší, aby šla do nějakého zařízení, kde jí pomohou s péčí. Nechce dětem přidělovat práci a ví, že by to s jejich zaměstnáním a všemi dalšími starostmi nezvládaly. Chtěla by, aby měly stejný život jako před jejím onemocněním. Chce být samostatná. Děti jí našly toto zařízení a klientka souhlasila. Ví, v jakém typu zařízení je, ale myslí si, že důvod, proč tu je, je jiný. Chce se znovu postavit na nohy a chodit. Klientka je velice silná osobnost, která si jde za svým cílem a věří mu. Doufá, že je tu jen přechodně. O svém zdravotním stavu je plně informovaná.

(1a, 1b)

## 1.2 Potřeby tělesné

### **Bolest a pohodlí:**

Před přijetím: Paní Ch. chronické bolesti nikdy nemívala. Občas ji bolela záda. Až ve stáří s příchodem komplikací diabetu – syndromu diabetické nohy – přišly i bolesti DK. Přesně si nevzpomíná, kdy se jí udělal první defekt na DK. Udává, že s tím má potíže zhruba dva roky. Po nálezu karcinomu prsu a s tím spojené léčbě se defekty hojily déle. Na občasné bolesti si brala běžná analgetika typu ibuprofen, paralen. Bolesti nebyly trvalé. V listopadu, kdy už byla paliativní chemoterapie ukončena, se jí defekty na DK zhoršily a byla nutná hospitalizace na klinice diabetologie IKEM (4. 11. 2009 – 9. 12. 2009). Při této hospitalizaci měla časté bolesti DK a také jí začaly bolet záda, levý prs a LHK. Byly to silné trvalé bolesti. Na klinice jí naordinovali opiátové náplasti Transtec 52,5 µg/ h, po kterých bolesti zmizely. S náplastmi, hlavně ze začátku užívání (11/2009); se cítila otupělá a měla zácpu. Později se tyto příznaky zmírnily. Když náplasti dostala, cítila, že její stav se horší a měla strach z budoucnosti. Teď je s náplastmi velice spokojená. Bolesti po zahájení léčby transdermálními náplastmi už neměla.

Během pobytu 17. 12. 2009: Klientka má transdermální náplast Transtec 52,5 µg/ h vyměňovanou á 72 hodin. Bolesti levého prsu nemá. Bolesti DK jsou jen při převazech a to mírné viz příloha č. 3. Žádné další bolesti klientka nemá.

Během pobytu: 16. 1. 2010: Paní Ch. má transdermální náplast Transtec 52,5 µg/h vyměňovanou á 72 hodin. Sděluje mi, že je bez trvalých bolestí. V noci se jí stává, že ji bolí DK v místech, kde má defekty, ale vždy jí dobře zabírá podle jejích slov „modrý prášek“ (Sevredol 20 mg tbl.), o který si řekne. Dnes ji ještě trápí pálení okolo konečnicku po průjmu.

(1a, 1b, 2, 3)

### **Dýchání**

Před přijetím: Klientka s dýcháním nikdy neměla problémy. Její maminka měla bronchiální astma, ale ona astma nemá a neměla ani podobné obtíže. V dětství měla časté angíny a další běžná infekční onemocnění (rhinitis). Zápal plic neměla. V mládí příležitostně (jen ve společnosti) kouřila. Když ještě neměla defekty na DK a mohla normálně chodit, zadýchávala se při chůzi do schodů a do kopce. Námahovou dušnost má už několik let a myslí si, že patří ke stáří.

Během pobytu 17. 12. 2009: Klientka problémy s dýcháním nemá. Je bez dušnosti, dýchání je čisté, pravidelné s frekvencí 18 dechů za minutu, bez kašle a jiných známek zánětu.

Během pobytu: 16. 1. 2010: Paní Ch. je bez obtíží v této oblasti. Dýchání je klidné, pravidelné s frekvencí 14 dechů za minutu (klientka je spavá) bez kašle a dušnosti.

(1a, 1b, 2, 3)

### **Hydratace**

Před přijetím: Paní Ch. byla zvyklá vypít za den 2 l tekutin. Ví, že to je potřeba. Říká, že pije pravidelně i bez pocitů žízně. Ptám se na diabetes a žízeň, jestli na sobě pozná zvýšenou glykemii, a na to mi odpovídá, že nikdy neměla velký pocit žízně a diagnostika jejího diabetu byla pozvolná. K pití má nejraději vodu.

Během pobytu 17. 12. 2009: Klientka je dobře hydratována. Kožní turgor je přiměřený. Pocit žízně nemá. Klientka se snaží pravidelně pít a sama myslí na pitný režim. Má u sebe konvici neslazeného ovocného čaje, který jí docela chutná. Občas se napije balené vody, kterou jí přinesli příbuzní. Pití má na stolku vedle postele, dosáhne na něj a sama si nalévá.

Během pobytu: 16. 1. 2010: Dnes má Paní Ch. úporný průjem s frekvencí 10 vodnatých stolic za den. Lékařka jí naordinovala infuzní terapii viz příloha č. 1.1. Kožní turgor je dobrý. Klientce se tekutiny musí nabízet a je třeba pomoci jí při pití. Klientka skoro nekomunikuje, je unavená, cítí se slabá a nejraději by spala. Říká, že si na pití ani nevzpomene.

(1a, 1b, 2, 3)

### **Výživa**

Před přijetím: Paní Ch. byla zvyklá doma rutinně vařit. Že by v kuchyni našla zálibu, to říct nemůže. Měla vždycky ráda českou kuchyni – spíš tu chudší, vesnickou, kde se jídla vaří z brambor, zelí a není tam tolik masa. Nemá ráda tučná jídla. Její oblíbené jídlo jsou škušánky, kyselo apod. Je zvyklá jíst čtyřikrát denně. Snídat, obědovat, večeřet a jíst druhou večeři kvůli inzulinu. Snaží se dodržovat diabetickou dietu. Když byla ještě doma, zvládala si uvařit, ale pak se v listopadu dostala do nemocnice a jedla jen tam. Říká, že nevařili moc dobře. Subjektivně si myslí, že nezhubla, ale nevážila se. Cítí se dobře.

Během pobytu 17. 12. 2009: Klientka vypadá na první pohled přiměřené výživy, ale po zhlédnutí DK – lýtkové svaly jsou slabé, atrofované, protože klientka už měsíc nechodila – musím konstatovat, že výživa není rovnoměrně ukládána v závislosti na činnostech, které klientka v poslední době provádí (ležela v nemocnici, fyzioterapie tam

byla omezeně). Její BMI je 27,3 – což značí nadváhu. Tady v hospici má dietu č. 9. Říká, že jí jídlo stále překvapuje. Občas je výborné a někdy jí vůbec nechutná. Vaří se tu jídla, které nezná. Hlad tady nemívá.

Během pobytu 16. 1. 2010: Klientka má dnes úporný průjem a nemá chuť k jídlu. Má naordinovanou infuzní terapii a léky proti průjmu viz příloha č. 1.1. Nechápe, kde se průjem vzal, myslí si, že dietní chyba to nebyla. Nabízíme jí jídla – bílý jogurt, polévku, dia ovocné přesnídávky, ale na nic z toho nemá chuť. Klientka ví, že by něco měla sníst kvůli „cukrovce“ a u oběda se snaží jíst polévku a trochu hlavního jídla. Je vidět, že jí to činí obtíže. Klientka je jinak přiměřené výživy. Atrofovaná lýtka jsou stejná. Kožní defekty na DK se hojí viz příloha č. 6.

(1a, 1b, 2, 3)

### **Vyprazdňování moče**

Před přijetím: Klientka v životě netrpěla na záněty močových cest, neměla ani jiné problémy s vyprazdňováním moče. Až ve stáří se jí začalo stávat, že nezvládla při kýchnutí udržet moč. Objevila se u ní stresová inkontinence. Začala nosit vložky, nejprve menstruační, později se dozvěděla o vložkách na únik moče a začala je používat. Klientka se nestydí o tématu hovořit. Vypráví, že dokonce i cvičila pánevní dno, ale nepomohlo jí to. Od té doby, co se dostala do nemocnice na kliniku diabetologie IKEM a řekli jí, že nemůže chodit, řeší vyprazdňování moče s pomocí personálu, který jí pomůže se dostat na WC.

Během pobytu 17. 12. 2009: Klientka neudává žádné problémy s močením, změnu ve vyprazdňování moče. Klientka pociťuje nutkání na močení zhruba šestkrát až sedmkrát denně. Žádné pálení, řezání a jiné obtíže při močení nemá. Má stresovou inkontinenci. Nosí trvale vložky určené na inkontinenci moče. Pravidelně si je mění. Vždy, když se jí chce „na malou“, zazvoní si a někdo jí pomůže na vozík a na WC.

Během pobytu 16. 1. 2010: paní Ch. má dnes úporný vodnatý průjem s frekvencí 10 objemných vodnatých stolic za den. Kvůli velké únavě a nemožnosti se dnes dopravit na WC a dále riziku opruzenin jí byl zaveden PMK č. 16 Charrier. Klientka s výkonem souhlasila. Moč odtékala čirá, sytě žlutá. Kožní turgor je v pořádku, sliznice jsou vlhké. Klientce pro riziko dehydratace byla zavedena infuzní terapie – fyziologický roztok 500 ml s .c. viz příloha č. 1.1.

(1a, 1b, 2, 3)

### **Vyprazdňování stolice**

Před přijetím: Problémy s vyprazdňováním stolice klientka začala mít až ve stáří. Trápila ji zácpa. Snažila se hodně pít – 2 l za den, pohybovat se, jíst hodně zeleniny a ovoce, které

v Občas si kupovala celozrnné pečivo. Když byla doma, vždy se problém vyřešil po 2–3 dnech (v mládí chodila 1x denně). Teď, když celý minulý měsíc ležela v nemocnici, zácpa se zhoršila – jednak kvůli změně prostředí a také jí říkali, že to způsobují opiátové náplasti. Udává, že zácpu řešili projímadlem: „Byl to takový sladký sirup“. Projímadlo jí pomáhalo. Když přišla sem do hospice, měla mírnou zácpu.

Během pobytu 17. 12. 2009: Paní Ch. má s vyprazdňováním stolice problémy. Klientka má sklon k zácpě. Chodí však pravidelně 1x za 3 dny, díky projímadlu Laktulose. Má pocit, že se vždy dobře vyprázdní. Zkouší se postupně dávku Laktulose snižovat. Stolica podle klientky je formovaná a díky Laktulose není tak tvrdá. Klientka se snaží hodně pít. Když se jí chce na velkou, zazvoní si a s pomocí vozíku a druhé osoby si dojde na záchod. Nestydí se zazvonit.

Během pobytu 16. 1. 2010: Dnes má klientka úporný vodnatý průjem s frekvencí 10 za den. S podáváním Laktulose se přestalo na začátku ledna, kdy klientka už sama cítila, že nemá zácpu. Klientka se dnes cítí slabá, unavená, pálí ji okolo konečníku. Nestíhá ani zazvonit, když na ni jde „velká potřeba“. Má dnes plenkové kalhotky. Když má pocit, že je pokálená, zazvoní si. Na průjem se podávají dle ordinace 4 x za den antidiarhoika viz příloha č. 1.1.

(1a, 1b, 2, 3)

### **Spánek a odpočinek**

Před přijetím: Doma paní Ch. se spánkem neměla problémy. Byla zvyklá chodit spát okolo 23 hodiny a vstávala mezi 7 a 8 hodinou ranní. Spala sice celou noc a probudila se tak jedenkrát na vykonání malé potřeby, ale cítila se unavenější než dříve. V posledním roce se jí zdá, že únava je větší.

Minulý měsíc, když ležela v nemocnici, se jí spalo špatně. Rušili ji spoluklienti. Budila se a cítila se unavená a často pospávala během dne. Po přijetí sem do hospice říká, že se dobrý spánek zase vrátil.

Během pobytu 17. 12. 2009: Paní Ch. se po ránu cítí odpočatá. Spí se jí v hospici dobře. Usíná bez problému, spánek je subjektivně tvrdý. Odpoledne po obědě bývá unavená a usíná. Večer usíná okolo 23 hodiny.

Během pobytu: 16. 1. 2010: Dnes je paní Ch. slabá a unavená. Do minulé noci se jí v hospici spalo dobře až na občasné noční bolesti DK, na které vždy dostala tabletku, a zase usnula. Dnes celý den pospává. Trápí ji průjem.

(1a, 1b, 2, 3)

### **Potřeba osobní hygieny a stav kůže**

Před přijetím: Paní Ch. byla zvyklá se doma mýt obden. Když se dostala minulý měsíc do nemocnice, byla hygiena problematictější. Bylo potřeba, aby jí někdo pomohl. Neměli tam personál, aby obden mohla jít do sprchy, a tak se snažila se omýt se vodou z lavoru u postele a jednou za 3 dny se sprchovala. DK jí převazovali a omývali každý den. Tady v hospici se jí líbí, že když chce jít do sprchy, vždycky to jde a někdo jí pomůže. Nestydí se odhalit před cizími lidmi a osprchovat, z nemocnice už je zvyklá a navíc si myslí, že by to ani jinak nešlo, když potřebuje pomoci. Kůži mívá suchou, ale není zvyklá se mazat krémem. Jediný krém, který používá, je indulona a to jen na ruce a obličej, když má pocit, že je to potřeba. Defekty na DK má už dva roky, popis viz Terapie – léčba kožních defektů, dále viz příloha č. 6. Klientka je z nich smutná, kvůli nim byla 11–12/2009 hospitalizovaná na klinice diabetologie IKEM, kde jí doporučili, aby na DK nestoupala, a defekty se zahojily. Kvůli defektům na DK nemůže chodit. Teší se, až se zhojí.

Během pobytu 17. 12. 2009: Paní Ch. je čistá, upravená. Má zájem sama dodržovat hygienu. Obden jí pomáháme zajet do sprchy, jinak se myje u lavoru. Byla ji nabízena i vana, ale zatím odmítla. Nechce být dlouho ve vodě kvůli defektům na DK. Je starostlivá a dohlíží na péči o DK. Zajímá se o sebe. Klientka má suchou kůži, kterou je nutné promazávat. Na DK na bérkách má dystrofické změny po zhojených bérkových vředech. Na kotníku PDK, ploskách, mezi prsty a na prstech jsou defekty. Hodnocení a popis viz Terapie – léčba defektů na DK str. č. 36 a příloha č. 6. Jiné kožní problémy klientka nemá. Na nemocném levém prsu není kůže změněna, kůže je bez eflorescencí.

Během pobytu 16. 1. 2010: Paní Ch. je dnes unavená a slabá. Má úporný průjem. Péče o pokožku je dnes intenzivní. Pálí ji okolí konečníku, které je po každé stolici omýváno, sušeno a promazáváno. Klientka je slabá a v lůžku se sama neotáčí. Nejraději by ležela na zádech. Klientka ví, že to není správné a mohly by vzniknout proleženiny. Paní Ch. se dnes polohuje viz příloha č. 9, snažíme se jí zajistit pohodlí a vyhovět jí i v mytí – nechce se dnes vůbec mýt ani na lůžku. Kůže klientky je suchá. Převazují se DK, které jsou dnes klidné, čisté a hojí se – dále viz příloha č. 6. Na nemocném levém prsu není kůže změněna, kůže je bez eflorescencí. Jiné kožní defekty klientka nemá.

(1a, 1b, 2, 3)

### **Tělesná a duševní aktivita**

Před přijetím: Paní Ch. o sobě tvrdí, že byla spíš pro rodinu než pro společenský život. O dění ve světě a o politiku se ale vždy snažila zajímat.

Paní Ch chodila i ve stáří cvičit a snažila se udržet si nějakou kondici. Ráda chodila

na výlety, ale když se jí objevily defekty na DK, obě tyto aktivity musela omezit. Doma občas cvičila lehké protahovací cviky, které znala. Když se minulý měsíc dostala do nemocnice, chodila za ní fyzioterapeutka, s kterou cvičila hlavně DK. Tady v hospici jí mrzí, že tu není žádná fyzioterapie.

Během pobytu 17. 12. 2009: Klientka je velice schopná, orientovaná a inteligentní paní. Zajímá se o dění ve světě. Sleduje televizi a čte noviny a časopisy, které jí nosí děti. S rodinou komunikuje pomocí mobilního telefonu. Má časté návštěvy dcery, syna a vnučky.

Paní Ch. by ráda cvičila DK, aby zase mohla chodit. Je snaha se jí věnovat a umožnit jí to. V odpoledních hodinách s ní cvičí ošetřovatelé a někdy i zdravotní sestry podle možností oddělení.

Během pobytu 16. 1. 2010: Klientka je dnes slabá a unavená. Nemá o nic zájem, je jí špatně. Komunikace je slabá, návštěvu rodiny odmítá.

Dnes je nutné paní Ch. polohovat viz příloha č. 9. Je snaha ji co nejvíce vyhovět a ulevit jí.

(1a, 1b, 2, 3)

### **Teplo a pohodlí**

Před přijetím: Paní Ch. si představuje pohodlí tak, že je doma ve svém bytě, sedí v křesle a čte si. Nemá ráda přetopeno ani chladno. Vyhovuje jí teplota okolo 22 °C, kterou měla i doma. Klientka mi sděluje, že bývala spíš horkokrevná.

Během pobytu 17. 12. 2009: Paní Ch. je v hospici příjemně. Postel se jí zdá velice pohodlná. Líbí se jí, že se dá ovládat a může ji zvednout jednoduše pod hlavou i pod nohama. Teplota jí v hospici vyhovuje. Klientka má pocit pohodlí a tepelného komfortu.

Během pobytu 16. 1. 2010: Dnes je klientka unavená, málo komunikuje. Je polohovaná. Je snaha jí dopřát klid na odpočinek. Teplota v místnosti je přiměřená, ale klientce je dnes zima. Přitopili jsme v místnosti. Pohodlí se snažíme zajistit polohováním.

(1a, 1b, 2, 3)

### **Mateřské a sexuální potřeby**

Před přijetím: Klientka je už prababičkou. Se svým manželem, který před 14 lety zemřel, měla dvě děti, dceru a syna. Po smrti manžela dalšího partnera už neměla a ani nechtěla. Věnovala se rodině. Na své děti je pyšná. Obě už mají vlastní potomky také odrostlé a v rodině je první právnickou. Klientka si prožila krásné období mateřství, svoji roli babičky už má také skoro za sebou a nyní má novou roli prababičky, kterou by si ráda ještě



užila, ale už na ni nemá mnoho sil. Má pocit, že jí život dovolil prožít mateřství i období, kdy byla malá vnoučata, ale asi už jí nedovolí víc. Pro svůj zdravotní stav nemůže jezdit na návštěvy, a tak vidí pravnoučka (ročního) jen omezeně. Jako matka, babička i prababička se cítí stále potřebná.

Během pobytu 17. 12. 2009: Těší se na Štědrý den, kdy uvidí celou svoji rodinu včetně pravnoučka. Bude slavit Vánoce s rodinou mimo hospic. O potřebách sexuálních jsme nehovořily.

Během pobytu: 16. 1. 2010: Klientka je slabá, příliš nekomunikuje, uzavírá se do sebe. Návštěvy odmítá.

(1a, 1b, 2, 3)

## **1.3 Potřeby Psychosociální**

### **1.3.1 Existenciální**

#### **Potřeba zdraví**

Před přijetím: Klientka přes polymorbiditu měla pocit, že její nemoci jsou běžné a dají se řešit. Celý život se snažila dodržovat lékařská doporučení. Vždycky se dočetla v nějakém časopise, co je zdravé, a snažila se to pak v rozumné míře aplikovat na sebe i rodinu. O zdraví se doma starala ona. Vždy chtěla být plně informovaná o svém zdravotním stavu a chtěla, aby to věděly i její děti. Před rokem a něco se dozvěděla, že má zhoubný nádor prsu. Snažila se podstoupit veškerou terapii. Léčba se komplikovala defekty na DK. Klientka přestala chodit, aby se defekty zahojily. Klientka věří, že bude zase chodit.

Během pobytu 17. 12. 2009: Klientka svůj zdravotní stav bere jako dočasný. Věří, že bude chodit a vrátí se do svého bytu a bude pokračovat v běžném životě. Chová v sobě velkou naději. Mluví jen o chůzi a diví se, že v hospici není fyzioterapie. O své nemoci – karcinomu prsu – sama nemluví. Jediné z čeho má teď strach, je to, že možná už nikdy neovládne chodit.

Během pobytu 16. 1. 2009: Paní Ch. skoro nekomunikuje, uzavřela se do sebe, je slabá, není jí dobře. Její chuť do života je pryč. Zdá se, že zhoršení stavu těžce nese. Naši péči paní Ch. přijímá nerada, snaží se vše zvládnout sama, ale nejde jí to. Je na sebe rozzlobená.

(1a, 1b, 3)

### **Potřeba bezpečí a socioekonomické jistoty**

Klientka je v důchodu. Bydlí sama v panelovém domě s výtahem. V posledním roce jí vypomáhala dcera, která žije nedaleko od ní. Pomáhala jí s úklidem, vařením. O sebe se klientka starala sama.

Z důchodu a našetřených peněz si klientka všechno zaplatila. Nebyla na nikom finančně závislá, naopak se snažila ušetřit ještě něco pro děti. Ve svém bytě se vždy cítila v bezpečí. Když se dostala do nemocnice o byt se jí starala dcera. Neměla o něj strach. Teď je situace stejná. Péči tady v hospici jí financuje rodina. Nechtěla to přijmout, ale nakonec se tak domluvili.

Během pobytu 17. 12. 2009: Paní Ch. se cítí v hospici v bezpečí. Je jí tu příjemně.

Během pobytu 16. 1. 2009: Paní Ch. mi sděluje, že se bojí, že už nebude chodit a nebude samostatná.

(1a, 1b, 3)

### **Potřeba soběstačnosti**

Paní Ch. byla zvyklá se na sebe spolehnout, všechno si zařídit. Když byla mladá a narodily se jí děti, umřeli jí v krátkém čase po sobě oba rodiče. Musela vše zvládnout sama s manželem. S tchýní si příliš nerozuměla, ale vycházely spolu dobře. Klientka se snažila si všechno zařídit sama. Je zvyklá se na sebe plně spolehnout. Snažila se pomáhat i svým dětem s výchovou vnoučat. Vidí, že její děti by ji rády péči vrátily, ale ona je nechce zatěžovat. Chce být samostatná. Nechce, aby se jim kvůli ní změnil jakýmkoli způsobem život. Odmítla nabídku dcery, která se o ni chtěla starat. Nakonec se domluvili na tomto zařizení.

Během pobytu 17. 12. 2009: Paní Ch. se snaží o sebe postarat za každou cenu. V rámci lůžka se obslouží, všechno si podá. Při častém nabízení pomoci se klientka ohradí, že to zvládne sama.

Během pobytu 16. 1. 2009: Zhoršení stavu a neschopnost se obsloužit klientku staví do nepříjemné situace. Přílišnou péči přijímá obtížně. Chce být sama. (1a, 1b, 3)

### **Potřeba bydlení**

Paní Ch. bydlí sama v panelovém domě s výtahem. Je to byt, ve kterém bydlela společně s manželem a dětmi. Bydlet jinde než v bytě nikdy nechtěla. Nynější samota jí nevadí. Už si na ni za 14 let od úmrtí manžela zvykla. Často za ní chodí návštěvy, hlavně dcera. V bytě se sama nebojí. Už je zvyklá. Na noc se vždy zamkla a šla v klidu spát. Teď se jí o byt stará dcera, která bydlí kousek od ní.

Strach o byt klientka nemá. Doufá, že až bude chodit, zase se do něj vrátí.

(1a, 1b, 3)

### **Potřeba informací**

Paní Ch. mi sděluje, že chtěla být vždy plně informovaná o svém zdravotním stavu. Chce, aby byly informované i její děti. Má pocit, že je informovaná o svém zdravotním stavu dobře. Lékaři tady v hospici se jí snaží všechno vysvětlit a mluví s ní i o lécích, které dostává, na což nikdy příliš nebyla zvyklá, pokud nešlo o inzulin. Paní Ch. je s informacemi spokojená.

(1a, 1b, 3)

### **Potřeba klidu a míru**

Klientka mi vypráví, že prožila celkem klidné stáří, nikam se nehonila a problémů příliš nebylo. Co ji hodně zasáhlo, bylo před čtrnácti lety úmrtí manžela, který byl její velkou oporou. S úmrtím se však už sžila. Poslední dva roky už ale byly méně klidné. Jezdila často do nemocnice, ale myslí si, že i to bude dobré. O svém onemocnění nechtěla příliš mluvit.

V hospici se jí zdá, že je až příliš velký klid. Na jednu stranu je ráda, že má soukromí na jednolůžkovém pokoji, ale na druhou stranu má pocit, že se jí tu chce moc často spát. Ráda by, kdyby za ní chodila nějaká fyzioterapeutka (fyzioterapeut), aby mohla začít chodit.

(1a, 1b, 3)

## **1.3.2 Afiliativní potřeby**

### **Potřeba lásky a souměřitosti**

Klientka měla a má spokojené rodinné vztahy. Rodina se o ni zajímá. Rodinní příslušníci jezdí často na návštěvu. Lásku a podporu ze strany rodiny má velikou.

(1a, 1b, 3, 4)

### **Potřeba rodiny**

Rodina je pro paní Ch. velice důležitá. Je hrdá na to, jak vychovala s manželem své děti a ráda je vidí. Je nejstarším členem rodiny a je stále i její hlavou. Dospělé děti i vnoučata si k ní chodí pro radu a pomoc při různých trápeních. Paní Ch. je i přes své nynější zdravotní problémy vždy ochotná pomoci. Když se její stav 16. 1. 2010 zhoršil, rodinu vidět nechtěla. Chtěla být sama. Děti paní Ch. však 16. 1. 2010 přijely a vyprávěly nám, s jakou

péči a láskou se o ně maminka starala. Vyprávěly, že byla velice obětavá. Chtěly by jí oplatit její péči a starostlivost. Paní Ch., ale nechce, aby byly nuceny se o ni starat. Nechce jim být na obtíž. Chtěla by, aby jejich životy i přesto, že je nemocná byly stejné a aby se měly dobře. Nechce, aby kvůli ní měnily organizaci volného času a musely se o ni starat. Paní Ch. chce být samostatná. Rodina dnes vidí zhoršení stavu klientky a mluví s námi. Ptají se, jak na tom maminka je a jestli by měly dnes v hospici zůstat a být u ní.

(1a, 1b, 3, 4)

### **Potřeba komunikace a důvěry**

S paní Ch. nebyl problém navázat kontakt. Ráda se seznámila, ale měla už větší problém se otevřít. Byla introvertní. Nevadilo jí mluvit o intimních věcech, co se týče vyprazdňování apod., ale o své rodině a o tom, co ji zrovna trápí, bylo pro ni složitější hovořit. Často si tyto věci nechala jen pro sebe a při zhoršení stavu 16. 1. 2010 přestala komunikovat. Nechtěla mluvit ani s rodinou. Když jí něco nešlo, byla na sebe rozzlobená a komunikace byla těžší. Svůj vztek na sebe, že se nedokáže obsloužit, často přenášela i na nás. Klientka dokázala být nepříjemná. Přesto byly i chvíle, kdy nám prozradila, co ji trápí, svěřila se. Projevovala radost, že nás vidí, neptali jsme se jen my, jak se má, ale ptala se i ona nás. Z toho usuzuji, že nás viděla ráda, ráda s námi komunikovala a důvěřovala nám.

Klientka celou dobu hospitalizace udržovala komunikaci s rodinou prostřednictvím mobilního telefonu.

(1a, 1b, 3)

### **Potřeba přátelství**

Paní Ch. obětovala život rodině. Mnoho přátel, z toho, co jsem měla možnost o ní zjistit, neměla, anebo byli už po smrti. Paní Ch. se k nám chovala přátelsky.

(1a, 1b, 3, 4)

## **1.3.3 Potřeby mého Já**

### **Potřeba sebeúcty, sebepojetí**

Paní Ch. má zdravé sebevědomí. Z rozhovoru s ní vyplývá, že je hrdá na to, jak vychovala děti a že u nich dobře fungují rodinné vztahy.

Svoji osobu teď vnímá nejvíc jako prababičku. Má pocit, že když mají v rodině nové pravnuče, je už „zkušenější babičkou“.

(1a, 1b, 3)

### **Potřeba intimity**

Klientka byla velice spokojená, že může být sama na pokoji a nikdo ji neruší. Ocenila to i při návštěvě rodiny, kdy si s nimi mohla nerušeně povídat. Také byla ráda, že ji nikdo další nevidí, když je jí zle. Klientka zvládala všechny nepříjemné situace, kdy bylo nutné ji odhalit, velice statečně.

(1a, 1b, 3)

### **Potřeba pochopení**

Každý z nás potřebuje pochopit a i paní Ch. byla vděčná, když jsme jí naslouchali a snažili se jí dát najevo, že ji chápeme.

(1a, 1b, 3)

## **1.3.4 Potřeby sebeprosazení**

### **Seberealizace**

Paní Ch. byla vždy aktivní a činorodá. Většinu věcí si dokázala v životě zařídit sama. Její děti ji za to velice obdivují. Klientka je aktivní i v hospicové péči. Na začátku hospitalizace neztrácela elán a stále něco dělala, byla zvědavá. Chtěla se podívat do restaurace, chtěla vidět kapli, chtěla si prohlédnout celý hospic. Při zhoršení stavu se však uzavřela a radost ze života a elán z ní vyprchal. Její stav se později zase zlepšil, ale elán jako při příchodu do hospice už neměla.

(1a, 1b, 3)

### **Životní hodnoty**

O životních hodnotách jsme se spolu bavily až později v průběhu hospitalizace. Klientka mi vyprávěla, že její životní hodnoty se měnily s věkem. Teď má na prvním místě zdraví a rodinu.

Dnes je spokojená, když jí zdraví dovolí se umýt, dojít si na záchod a dobře se vyspat. Dříve to pro ni byly samozřejmé věci. Chtěla by být zase soběstačná.

(1a, 1b, 3)

### **Duchovní potřeby**

Klientka věří v Boha, ale víru nepraktikuje. Hlásí se k římskokatolické církvi. Během hospitalizace se chtěla podívat do kaple i na mši. Návštěvu duchovního odmítla.

(1a, 1b, 3)

### **Estetické potřeby**

Paní Ch. mi vyprávěla, že ji prostředí hospice velice překvapilo. Nemocnice bývají laděné do jedné bílé barvy a často „nejsou příliš nové“. Hospic ji příjemně překvapil. Líbí se jí, že je tu spousta barev a je to tu hezky zařízené.

(1a, 1b, 3)

## **2. Ošetrovatelské diagnózy**

### **Diagnózy stanovené 17. 12. 2009**

1. Porucha integrity kůže z důvodu syndromu diabetických nohou projevující se kožními defekty na DK.
2. Porucha hybnosti z důvodu léčby kožních defektů DK a atrofických změn lýtkových svalů projevující se nemožností samostatného stoje a chůze a omezenou soběstačností se strachem ze závislosti.
3. Chronická bolest levého prsu a DK z důvodu nádorového onemocnění prsu a syndromu diabetických nohou s rizikem vzniku náhlého zhoršení bolestí prsu a bolestí v místech defektů na DK.
4. Porucha adaptace na nevléčitelné onemocnění z důvodu strachu z konce života projevující se kontrolou léčby, častým hovorem o návratu zdraví, snahou pokračovat v plné léčbě a fyzioterapii.
5. Zácpa z důvodu fyziologicky snížené motility střev ve stáří, omezené hybnosti a z důvodů farmakologických (podávání opiátů) projevující se pocitem plnosti, pocitem nadýmání a namáhavou defekací.
6. Celková únava z důvodu onkologického onemocnění projevující se zvýšenou spavostí a stěžováním si na únavu.

### **Diagnózy stanovené 16. – 17. 1. 2010**

1. Průjem nejasné etiologie projevující se vodnatou stolicí s frekvencí 10 x za den, macerací pokožky okolo konečníku, celkovou slabostí, zhoršením psychického stavu s rizikem dehydratace a hypoglykemie.
2. Porucha sebezpečí z důvodu průjmového onemocnění a následného zhoršení celkového stavu projevující se neschopností uspokojovat některé základní potřeby.
3. Nevlnost z důvodu průjmového onemocnění projevující se nechutenstvím, nucením na zvracení.
4. Celková únava z důvodu onkologického onemocnění a průjmového onemocnění projevující se zvýšenou spavostí během dne.
5. Porucha adaptace na nevléčitelné onemocnění z důvodu strachu z konce života projevující se uzavřením se do sebe, hovorem o návratu zdraví.

6. Porucha integrity kůže z důvodu defektů na DK a zavedení PŽK s rizikem infekce.
7. Změna močení po zavedení permanentního močového katetru s rizikem vzniku infekce a poruchy průchodnosti katétru.



### 3. Ošetrovatelský plán, realizace, hodnocení

Diagnózy stanovené 17. 12. 2009

#### 1. Porucha integrity kůže z důvodu syndromu diabetické nohy projevující se kožními defekty na DK.

**Cíl:** klientka vnímá, že kožní defekty se hojí  
klientka zná příčinu vzniku kožních defektů  
klientka má dobrou výživu a pohyb  
klientka hlásí včas změny, které pociťuje na DK a aktivně spolupracuje

**Plán:** vysvětlím klientce důvod vzniku kožních defektů na DK  
vysvětlím klientce důležitost její spolupráce s námi  
podpořím klientku v aktivní účasti na léčbě  
pravidelné aseptické převazy 1x denně  
minimalizace traumatizace a bolesti při převazech  
každodenní hodnocení defektů, jejich okolí a citlivosti DK  
každodenní zápis hodnocení defektů a použitého materiálu  
výběr vhodného materiálu na převaz  
zajištění bílkovinných přísad do stravy  
sledování hladiny glykemie  
informování klientky o stavu defektů na DK  
informování klientky o možných komplikacích a o včasném hlášení komplikací  
konzultace s ostatními členy zdravotnického týmu

**Realizace:** převazy provádíme asepticky, pravidelně 1x denně. Při převazu jsme vysvětlili klientce, proč defekty na DK vznikly, a podpořili ji v účasti na léčbě. Také jsme pečlivě sledovali změny a zapisovali je každodenně do záznamu. Při převazech jsme informovali klientku o změnách defektů a nabízeli jí pravidelně medikaci k zmírnění bolesti. Požádali jsme ji o spolupráci. Vysvětlili jsme jí možné komplikace. Doporučili jsme jí jednoduché cviky pro DK, které byla schopná sama provádět. Materiál na převazy jsme měnili dle stavu defektů. Mezi členy zdravotnického týmu fungovala komunikace a péče o defekty byla probrána z několika pohledů. Hladinu glykemie jsme sledovali dle ordinací lékaře.

Snažila jsem se zajistit bílkovinné přídavky do stravy ve formě Nutridrinků, které nejsou v hospici součástí hrazené péče.

**Hodnocení:** 24. 12. 2009 defekty na DK se hojí, jsou čisté, okolí je klidné. Hojení probíhá bez komplikací. Klientka při převazech spolupracuje a včas hlásí změny, které pociťuje. Klientka cvičí jednoduché cviky pro DK. Glykemie jsou dobré. Bílkovinné přídavky se mi nepodařilo zajistit, rodina s nimi neměla dobré zkušenosti – klientce nechutnaly a byly drahé. Navrhuji pokračovat v plánu.

## **2. Porucha hybnosti z důvodu léčby kožních defektů DK a atrofických změn lýtkových svalů projevující se nemožností samostatného stoje a chůze a omezenou soběstačností se strachem ze závislosti.**

**Cíl:** klientka bude znát důvody, proč by měla omezit stoj a pokusy o chůzi  
klientka si řekne o pomoc, když ji bude potřebovat  
atrofie lýtkových svalů nebude pokračovat  
klientka bude mít po ruce pomůcky k zajištění sebepéče a v rámci možností jí pomůžeme v saturaci všech základních potřeb

**Plán:** navázání komunikace a důvěrného vztahu s klientkou  
vysvětlení současného stavu DK  
vysvětlení možností pohybu, doporučení cviků pro DK  
nabídnutí pomoci a možností pohybu  
přístupovat ke klientce a jejím potřebám individuálně  
přizpůsobit prostředí pokoje k samostatné obsluze klientky  
domluvíme se s klientkou na pomoci při konkrétních úkonech a domluvíme se na době, kdy je budeme provádět  
ujistíme klientku, že jí rádi se vším pomůžeme

**Realizace:** S klientkou jsme navázali komunikaci bez problémů. Vysvětlili jsme jí současný stav DK, doporučili jsme jí cviky pro DK. Nabídli jsme jí možnost pohybu na vozíku a vysvětlili jí, že když bude kdykoliv potřebovat pomoc s pohybem, může zazvonit a my jí ochotně pomůžeme. Vysvětlili jsme jí fungování signalizace. Co nejvíce jsme se snažili vyhovět jejím potřebám. Nabídli jsme jí individuální řešení podle jejích

přání. Pomůcky k sebeobsluze a věci denní potřeby jsme jí umístili na dosah lůžka. Nabídli jsme jí pomoc, kdykoliv nebude moct se o sebe postarat.

**Hodnocení:** 24. 12. 2009 klientka se nestydí si říct o pomoc při pohybu a sebepéči, atrofie lýtkových svalů nepokračuje. Klientka zná signalizaci a umí nás přivolat v případě potřeby. Je spokojená, že jsme jí pomohli uspořádat věci denní potřeby k ruce, aby se mohla o sebe postarat. Cíle byly splněny. Doporučuji pokračovat v péči.

### **3. Chronická bolest levého prsu a DK z důvodu nádorového onemocnění prsu a syndromu diabetické nohy s rizikem vzniku náhlého zhoršení bolestí prsu a bolestí v místech defektů na DK.**

**Cíl:** klientka nebude mít bolesti

klientka bude informovaná o léčbě bolesti a jejích možnostech

klientka bude informovaná o možném zhoršení projevů bolesti

klientka bude spolupracovat na léčbě – bude hlásit bolest hned, když začne

**Plán:** vysvětlit klientce, že kdykoliv bude mít bolesti, je možné jí pomoci

vysvětlit důležitost spolupráce s námi

vysvětlit klientce, že se nemusí stydět a kdykoliv nám může o bolestech říct

ujistit ji, že bolesti nebudeme bagatelizovat a vždy se budeme snažit jí ihned pomoci

informovat jí o možnosti léčby, nabídnout jí rozhovor s lékařkou

informovat klientku o možném zhoršení bolesti

pravidelně se klientky ptát na bolest

vést záznam o bolesti

spolupracovat s dalšími členy zdravotnického týmu

**Realizace:** Vysvětlila jsem klientce důležitost její spolupráce s námi. Snažila jsem se jí vysvětlit, že se nemusí stydět, a kdykoliv bolesti začnou, může nás zavolat – rádi jí pomůžeme. Klientce jsem podala informace o možných bolestech. Vysvětlila jsem jí možnosti léčby, nabídla jí rozhovor s lékařkou, která jí nejlépe vysvětlí účinky léků a případnou léčbu. Byl zaveden záznam bolesti. Klientky se pravidelně ptáme na bolest.

**Hodnocení:** 24. 12. 2009 klientka byla s informacemi o léčbě bolesti a nabízenou pomocí spokojená. Byla informována o možnostech zhoršení bolesti. Toho se trochu zalekla, ale později při rozhovoru byla ráda, že s ní mluvíme i o těchto komplikacích. Paní Ch. mě ujistila, že kdykoliv ji bude něco bolet přivolá nás. Klientka se nestydí o bolesti mluvit. Doporučuji pokračovat v plánu.

#### **4. Porucha adaptace na nevléčitelné onemocnění z důvodu strachu z konce života projevující se kontrolou léčby, častým hovorem o návratu zdraví, snahou pokračovat v plné léčbě a fyzioterapii.**

**Cíl:** klientka bude umět hovořit o svém onemocnění  
klientka si bude uvědomovat své nevléčitelné onemocnění

**Plán:** navázat s klientkou důvěrný vztah nutný ke komunikaci  
snažit se nevyhýbat tématům a neuzavírat hovor, když se klientka dostane v rozhovoru k nevléčitelnému onemocnění  
podporovat ji v rozhovoru o svém zdravotním stavu, naslouchat jí  
ukázat klientce, že hovor o tomto tématu je přirozený a není na něm nic zvláštního, s klientkou mluvit otevřeně s citem a pochopením  
pomocť jí pochopit její onemocnění  
nabídnout návštěvu psychoterapeutky  
spolupracovat s ostatními členy zdravotnického týmu

**Realizace:** S klientkou jsme navázaly důvěrný vztah, při rozhovoru o jejím onemocnění jsem se snažila jí naslouchat a ptát se. Podporovala jsem jí v rozhovoru o jejím onemocnění a snažila jsem se jí ukázat, že hovor o jejím nevléčitelném onemocnění je přirozený a nemusí se o něm před námi stydět mluvit. Při jednom z rozhovorů jsem jí nabídla pomoc psychoterapeutky. Spolupracovala jsem s ostatními členy zdravotního týmu.

**Hodnocení:** 24. 12. 2009 klientka se při rozhovoru vyhýbala svému onemocnění. Nabízenou pomoc psychoterapeutky odmítla. Stav je stejný. Doporučuji pokračovat v plánu.

**5. Zácpa z důvodu fyziologicky snížené motility střev ve stáří, omezené hybnosti a z důvodů farmakologických (podávání opiátů) projevující se pocitem plnosti, pocitem nadýmání a namáhavou defekací.**

**Cíl:** klientka nebude mít zácpu, stolice nebude tvrdá  
klientka bude umět před námi hovořit o svých problémech

**Plán:** projevit dostatečné pochopení pro klientčin problém  
klientce podáme informace o příčinách a možnostech řešení zácpy  
zvýšit denní příjem tekutin  
edukovat o vhodných nápojích  
vhodná skladba jídelníčku  
vysvětlit možnosti pohybu a zvýšit tělesnou aktivitu klientky  
návik defekačního reflexu pitím sklenice vody po ranním vstávání  
zajistit dostatečný klid při vyprazdňování  
sledovat frekvenci vyprazdňování, ptát se na konzistenci, obtíže  
pokud nepůjde zácpa odstranit nefarmakologicky, přistoupíme k farmakologické léčbě

**Realizace:** Zavedla jsem rozhovor na vyprazdňování a ujistila klientku, že její potíže jsou normální. Sdělila jsem jí, že jí s problémy rádi pomůžeme, ale potřebujeme k tomu její spolupráci, abychom zjistili, co jí v této oblasti nejvíce, trápí a mohli to řešit. Domluvili jsme se, že se budeme pravidelně ptát na vyprazdňování. Klientce jsem podala informace o možných příčinách její zácpy a o možnostech léčby. Klientka chtěla pomoci farmakologicky. Má už zkušenosti, že bez farmak to v poslední době nejde. Klientka dostává Laktulosu – sirup. Domluvili jsme se na postupném snižování dávky Laktulosy a dodržování režimových opatření.

Sledovali jsme příjem tekutin, skladbu potravy a pohyb a ptali jsme se klientky na vyprazdňování. Do jídelníčku jsme zakomponovali víc ovoce – napsali jsme požadavky do kuchyně. Zajistili jsme klientce dostatečný klid při vyprazdňování. Respektovali jsme častější nutkání na stolicí a snažili jsme se jí vždy vyhovět.

**Hodnocení:** 24. 12. 2009 klientka dodržuje režimová opatření a k tomu dostává Laktulosu – sirup, který jí pomáhá. Klientka udává, že na stolicí chodí pravidelně 1x za 3 dny

a stolice je měkčí. Na nadýmání a pocit plnosti si nestěžuje. Postupně se snižuje dávka Laktulosity. Doporučuji pokračovat v plánu.

## **6. Celková únava z důvodu onkologického onemocnění projevující se zvýšenou spavostí a stěžováním si na únavu.**

**Cíl:** klientka bude znát důvody své únavy  
klientka nebude přepínat své síly, umí odpočívat

**Plán:** vysvětlit klientce pravděpodobné důvody, proč u ní únava vzniká  
nabídnout klientce možnost odpočinku, kdykoliv se bude cítit unavená  
zajistit nerušený odpočinek, kdykoliv se klientka bude cítit unavená  
informovat lékaře o únavě a zeptat se na možnosti léčby

**Realizace:** Klientce jsem vysvětlila pravděpodobné důvody její únavy. Nabídl jsem jí možnost nerušeného odpočinku i přes den, kdykoliv se bude cítit unavená. Vysvětlila jsem jí, že pravidelný odpočinek jí pomůže únavu lépe zvládat. Informovala jsem lékaře o zvýšené únavě a zeptala se na možnosti řešení.

**Hodnocení:** 24. 12. 2009 klientka zná pravděpodobné důvody své únavy. Ví, že může odpočívat a že jí rádi zajistíme nerušený odpočinek. Klientka je ráda, že má možnost odpočinku. Lékař byl informován o zvýšené únavě a podpořil náš plán bez dalšího léčebného postupu. Doporučuji pokračovat v plánu.

## Diagnózy stanovené 16. – 17. 1. 2010

**1. Průjem nejasné etiologie projevující se vodnatou stolicí s frekvencí desetkrát za den, macerací pokožky okolo konečníku, celkovou slabostí a zhoršením psychického stavu s rizikem dehydratace a hypoglykemie.**

**Cíl:** klientka nebude mít průjem  
klientka nebude dehydratovaná  
klientka nebude mít hypoglykemi  
klientka nebude mít opruzeniny okolo konečníku  
klientka bude informovaná o riziku dehydratace a hypoglykemie

**Plán:** informovat lékaře o vzniku průjmu a jeho charakteru a frekvenci  
podat ordinované léky  
psychická podpora klientky  
sledovat hydrataci klientky  
zajistit dostatečnou hydrataci  
pomocť pacientce s příjmem tekutin  
nabízet tekutiny často a po malých douškcích  
nabízet vhodné tekutiny, vhodně upravené (studené)  
nenutit klientku k příjmu tekutin, když je odmítá  
zajistit infuzní terapii po konzultaci s lékařem a jeho ordinaci  
zajistit pravidelné sledování glykemie  
změnit dietní režim  
udržovat klientku v čistotě, pravidelná výměna plenkových kalhotek a osobního a ložního prádla  
péče o pokožku (okolí konečníku, sacrum a genitál)  
zajistit dostatečnou osobní hygienu  
zajistit jednorázové pomůcky  
zavést bariérovou ošetrovatelksou péči  
zajistit klid na odpočinek  
pomocť klientce v sebeděči  
pravidelně větrat, aby klientku neobtěžoval vlastní zápach

**Realizace:** Informovala jsem lékaře o průjmu a rizicích dehydratace a hypoglykemie. Klientku jsme také informovali o možných rizicích jejího stavu a zároveň jsme se jí snažili vysvětlit, že uděláme všechno proto, aby komplikace nevníkly. Také jsme jí vysvětlili, že se před námi nemusí stydět – průjem může postihnout každého. Podali jsem klientce naordinované léky. Dodržovali jsme barierovou ošetrovatelskou péči. Dodržovali jsme hygienu. Klientka neměla dnes na nic chut', snažili jsme jí kvůli diabetu nabízet lehká jídla – polévku, ovocné dia přesnídávky, nutridrinky apod. Pravidelně dle ordinací a stavu klientky jsme měřili glykemií. Sledovali jsme hydrataci klientky a snažili se jí pomoci s příjmem tekutin. Nabízeli jsme jí studený čaj po lžičkách a dávali jsme jí ledové kostky. K příjmu tekutin jsme pacientku nenutili, když odmítala, nechali jsme ji v klidu. Informovali jsme lékaře o riziku dehydratace a dle ordinace podávali infuzní terapii. Po každé stolici jsme klientku řádně omyli, osušili ji pokožku, namazali ji krémem Menalind a dali jí čisté plenkové kalhotky, případně osobní a ložní prádlo. Pravidelně jsme větrali a snažili se přitom dodržet teplotu prostředí příjemnou klientce. Udržovali jsme ložní a osobní prádlo klientky v čistotě. Snažili jsme se klientce zajistit nerušený odpočinek. Povzbuzovali jsme klientku, že děláme všechno pro to, aby jí bylo brzo zase lépe.

**Hodnocení:** 17. 1. 2010 klientka má stále průjem s frekvencí 10 x za den, ale s menším objemem. Klientce je dnes lépe, více komunikuje a snaží se zapojit do péče. Klientka není, ani nebyla dehydratovaná. Hypoglykemie se však v noci objevila. Stav se podařilo zvládnout infuzní terapií 10 % glukózy. Stav klientky se zlepšil. Doporučuji pokračovat v plánu.

## **2. Porucha sebezpečí z důvodu průjmového onemocnění a následného zhoršení celkového stavu projevující se neschopností uspokojovat některé základní potřeby.**

**Cíl:** klientka bude mít uspokojené základní potřeby  
klientka si bude umět říct o pomoc při sebezpečí a nebude se za ni stydět

**Plán:** navázat komunikaci a vysvětlit klientce, že teď je slabá a my jí rádi se vším pomůžeme

vysvětlit jí, že průjem není žádná ostuda, že se to může stát každému  
vysvětlíme jí, že na nás může kdykoliv zazvonit



nabídneme jí naši přítomnost, komunikaci, aby se necítila sama  
individuální přístup ke klientce  
znovu jí vysvětlíme, jak funguje signalizace  
klientce budeme pomáhat při hygieně, výměně plenkových kalhotek, osobního  
i ložního prádla, zajistíme dostatečnou hydrataci, pomůžeme jí s příjmem potravy a tekutin  
zajistíme čisté ložní a osobní prádlo  
pomůžeme klientce najít správnou polohu v lůžku, aby jí bylo příjemně  
zajistíme dostatečný klid pro odpočinek  
zajistíme vhodnou teplotu v místnosti

**Realizace:** S klientkou jsme navázali komunikaci a snažili se, aby nám důvěřovala. Vysvětlili jsem jí, že je teď slabá a že jí chceme pomoci s tím, co momentálně nedokáže. Vysvětlili jsme jí znovu fungování signalizace, i když ho již znala. Nabídli jsme jí, že když bude chtít, můžeme tu s ní být a dělat ji společnost. Zajistili jsme nabídku vhodných potravin a dostatečnou hydrataci jak podáváním tekutin, tak infuzní terapií. Zajistili jsme osobní hygienu, výměnu plenkových kalhotek a výměnu špinavého prádla. Klientce jsme pomáhali zaujmout příjemnou polohu. Zajistili jsme příjemnou teplotu v místnosti a klid k odpočinku.

**Hodnocení:** 17. 1. 2010 klientka má uspokojené základní biologické potřeby. Snažili jsme se uspokojit i potřeby psychosociální – psychicky klientku podpořit a uklidnit ji. Klientka je však uzavřená a nepříjemná. Komunikaci přijímá jen omezeně. Klientka se nebojí říct si o potřebnou pomoc v sebeké, nemá před námi pocit studu. Je však přítom na sebe rozzlobená, že se sama nedokáže obsloužit. Doporučuji pokračovat v plánu.

### **3. Nevolnost z důvodu průjmového onemocnění projevující se nechutenstvím, nucením na zvracení.**

**Cíl:** klientka nebude zvracet, nevolnost bude na ústupu  
klientka bude vědět, že nás může při nevolnostech kdykoliv zavolat

**Plán:** informuji lékaře o nevolnostech, zvracení  
klientce podám ordinované léky

klientce pomohu zaujmout vhodnou polohu  
nabídnu jí dostatek tekutin na výplach dutiny ústní  
zajistím péči o dutinu ústní  
uklidním klientku  
nenutit klientku přijímat potravu a tekutiny, když je jí nevolno  
pokud klientce bude lépe, budeme se vzhledem k diabetu snažit jí nabízet lehce  
stravitelná jídla, tekutiny v malých doušcích a ve formě ledových kostek  
měřit glykemii dle ordinací lékaře a stavu pacientky  
nabídnout nerušený odpočinek  
klientku vyzvu ke spolupráci a vysvětlím jí, že kdykoliv jí bude nevolno, může  
na nás zazvonit  
klientce nabídnu naši společnost

**Realizace:** Informovala jsem lékaře o nevolnostech a zvracení klientky. Lékař naordinoval léky, které jsme podávali vždy, když bylo klientce nevolno. S klientkou jsme komunikovali a snažili se ji uklidnit. Nenutili jsme jí žádná jídla, když jí bylo nevolno. Ve chvílích zlepšení stavu jsme jí nabízeli lehce stravitelná jídla a snažili se zajistit hydrataci pomocí malých doušků vody a ledových kostek. Měřili jsme glykemii dle ordinací a stavu klientky. Nabídlí jsme jí péči o dutinu ústní, čistou vodu na výplach úst. Nabídlí jsme jí naši společnost. Zajistili jsem jí nerušený odpočinek.

**Hodnocení:** 17. 1. 2010 klientce naordinované léky příliš nezabírají. Je jí dále nevolno, jen obtíže jsou mírnější. Naši péči hodnotí dobře a děkuje nám. Je ráda, že kdykoliv je jí zle, přijdeme a jsme u ní. Doporučuji v péči pokračovat.

#### **4. Celková únava z důvodu onkologického onemocnění a průjmového onemocnění projevující se zvýšenou spavostí během dne.**

**Cíl:** klientka bude mít klid na odpočinek  
klientka si nevyčítá spánek přes den

**Plán:** klientce vysvětlíme, proč se cítí unavená  
vysvětlíme jí, že je důležité, aby si odpočinula, že nemusí mít žádné výčitky z odpočinku přes den

umožníme klientce klidný a nerušený odpočinek  
zajistíme jí příjemné prostředí  
vyvětráme místnost  
teplotu přizpůsobíme potřebě klientky  
nabídneme jí možnost poslouchání rádia, sledování televize, pokud jí tento způsob bude příjemný  
pokud bude chtít společnost, budeme u ní  
domluvíme se na době, kdy jí pomůžeme s hygienou, s příjmem potravy a s hydratací podle individuálních potřeb klientky  
respektovat klientku

**Realizace:** Klientce jsme vysvětlili důvody její únavy a nabídli jí klidný odpočinek, vysvětlili jsme jí, že nemusí mít výčitky z toho, že odpočívá přes den. Zajistili jsme jí klid, příjemné prostředí vyvětráním a zatopením v místnosti i – klientka chtěla větší teplo. Pomohli jsme jí zaujmout příjemnou polohu. Domluvili jsme se na době, kdy jí pomůžeme s hygienou a příjmem potravy podle jejích individuálních potřeb. Nabídli jsme jí naši přítomnost a komunikaci.

**Hodnocení** 25. 1. 2010 paní Ch. nám byla vděčná za pomoc a péči, když jí bylo špatně. Děkovala nám a omlouvala se za nepříjemné chování. Klientka hodnotila naši péči jako výbornou. Sdělila nám, že bylo těžké odpočívát, že jí průjem trápil neustále, ale děkuje nám, že jsme se jí snažili co nejvíce vyhovět. Klientka se za odpočinek nestyděla. Byla na sebe rozzlobená, že se sama nezvládne obsloužit.

## **5. Porucha adaptace na nevléčitelné onemocnění z důvodu strachu z konce života projevující se uzavřením se do sebe, hovorem o návratu zdraví.**

**Cíl:** klientka bude umět hovořit o svém onemocnění a jeho prognóze  
klientka si bude uvědomovat své nevléčitelné onemocnění

**Plán:** navázat s klientkou důvěrný vztah nutný ke komunikaci  
snažit se nevyhýbat tématům a neuzavírat hovor, když se klientka dostane ke svému onemocnění  
podporovat ji v rozhovoru o jejím zdravotním stavu, naslouchat jí

ukázat klientce, že hovor o tomto tématu je přirozený a není na něm nic zvláštního,  
s klientkou mluvit otevřeně s citem a pochopením

pomocť jí pochopit její nevléčitelné onemocnění a smrtelnost

znovu nabídnout kontakt s psychoterapeutkou

spolupracovat s ostatními členy zdravotnického týmu

**Realizace:** S klientkou jsem navázala důvěrný vztah už dříve. Při náhodném rozhovoru o jejím onemocnění jsem se snažila jí naslouchat a otevřeně se ptát na to, jak své onemocnění a nynější zhoršení stavu vnímá, jestli má strach a z čeho. Podporovala jsem ji v rozhovoru o jejím onemocnění. Spolupracovala jsem s ostatními členy zdravotního týmu.

**Hodnocení:** 17. 1. 2010 klientka se 16. 1. 2010 uzavřela do sebe. Komunikuje minimálně, je slabá. Pacientka vnímá svoji slabost jako prohru a je na sebe rozzlobená. 17. 1. 2010 se zdravotní stav lepší. Pacientce je lépe a sděluje mi, že si myslela o včerejším dni, že ho nepřežije. Teď má novou naději a o nemoci hovořit nechce. Rozhovor ubíhá jinou cestou. Stav od 24. 12. 2009 se téměř nezměnil. Pacientka byla nyní zaskočena zhoršením stavu, ale už má zase novou naději. Má touhu znovu začít chodit a žít. Doporučuji dlouhodobě pokračovat v plánu.

## **6. Porucha integrity kůže z důvodu defektů na DK a zavedení PŽK s rizikem vzniku infekce.**

**Cíl:** klientka hlásí včas změny, které pociťuje na DK a aktivně spolupracuje  
komplikace v souvislosti se zavedením PŽK nevzniknou  
klientka bude vědět, co pro ni znamená zavedený PŽK a jaká rizika s sebou nese  
klientka bude hlásit včas změny v souvislosti se zavedením PŽK

**Plán:** znovu podpořit klientku v aktivní účasti na léčbě  
vysvětlit klientce, co pro ni znamená zavedení PŽK  
informovat klientku o možných komplikacích PŽK a o jejich včasném hlášení  
informovat klientku o možných komplikacích defektů DK a o jejich včasném hlášení  
provádět pravidelné aseptické převazy 1x denně jak u DK, tak u PŽK  
minimalizovat traumatizaci a bolesti při převazech

každodenně hodnotit defekty DK, jejich okolí a citlivost  
každodenně hodnotit funkčnost PŽK  
každodenně zapisovat hodnocení defektů DK a hodnocení PŽK  
každodenně zapisovat použitý převazový materiál jak u PŽK, tak u DK  
výběr vhodného materiálu na převaz  
sledovat hladinu glykemie  
informovat klientku o stavu defektů na DK  
konzultace s ostatními členy zdravotnického týmu

**Realizace:** Převazy defektů DK a PŽK provádíme asepticky, pravidelně 1x denně. Při převazu klientce sdělujeme, jak rány vypadají a zda se hojí. Dále klientce vysvětlujeme, proč je důležitý PŽK a jak je dobré se o něj starat. Vysvětlujeme jí možné komplikace jak defektů DK, tak PŽK a vyzýváme ji ke spolupráci. Při převazech jsme pečlivě sledovali změny defektů na DK a jejich citlivost (viz příloha č. 6) a změny ve funkčnosti PŽK a zapisovali je každodenně do záznamu. Informovali jsme klientku o změnách defektů na DK a nabízeli jí pravidelně medikaci ke zmírnění bolesti. Požádali jsme ji o spolupráci. Doporučili jsme jí jednoduché cviky pro DK, které byla schopna sama provádět. Materiál na převazy jsme měnili dle stavu defektů na DK. Mezi členy zdravotnického týmu fungovala komunikace a péče o defekty DK byla probrána z několika pohledů. Hladinu glykemie jsme sledovali dle ordinací lékaře.

**Hodnocení:** 17. 1. 2010 Klientka zná možné komplikace PŽK a ví, proč má katétr zavedený. V souvislosti s PŽK nevznikly žádné komplikace. Paní Ch. je informovaná o stavu kožních defektů na DK. Kožní defekty se hojí. Doporučuji pokračovat v plánu.

#### **7. Změna močení po zavedení permanentního močového katétru s rizikem vzniku infekce a poruchy průchodnosti cévky.**

**Cíl:** klientka bude informovaná o důvodu zavedení PMK a bude se moci rozhodnout , zda katétr chce či ne

klientka spolupracuje v prevenci možných komplikací spojených s PMK, především infekci močových cest a neprůchodnosti PMK

**Plán:** informuji klientku o důvodech zavedení PMK a možných komplikacích

klientka se může svobodně rozhodnout, zda katétr chce či nikoliv  
zavedení PMK bude provedeno asepticky  
bude použit katétr co nejmenšího možného průměru  
PMK a sběrný sáček na moč budou umístěny tak, aby moč v žádném úseku  
nestagnovala  
denně budeme provádět hygienu okolí zavedení cévky  
sběrný sáček budeme pravidelně vypouštět  
budeme sledovat množství, zbarvení a případné příměsi moči ve sběrném sáčku

**Realizace:** Klientku jsem informovala o důvodech zavedení PMK. Klientku jsme nechali rozhodnout, zda katétr chce zavést či ne. Klientka souhlasila se zavedením. Asepticky byl zaveden katétr síly 16 Ch. katétr se pravidelně vypouštěl. Dbali jsme o jeho čistotu. Každý den jsme prováděli hygienu okolí katétru. PMK i sběrný sáček byly umístěny tak, aby mohla moč bez překážek odtékat. Sledovali jsem množství, zbarvení a příměsi moči.

**Hodnocení:** 17. 1. 2010 Klientce byl zaveden PMK. Infekce v souvislosti se zavedením katétru nevznikla. Katétr je průchodný. Moč odtéká a je čirá. Doporučuji pokračovat v plánu.

## 4. Ošetrovatelský závěr a prognóza

Klientka byla přijata do péče hospice Dobrého pastýře pro progredující karcinom mammy a polymorbiditu po předchozí hospitalizaci na klinice diabetologie IKEM, kde ležela kvůli zhoršení syndromu diabetické nohy.

Po příchodu do hospice byla klientka plně orientovaná, schopná se obsloužit v rámci lůžka, byla však nechodící. Měla diabetické defekty na DK, kvůli kterým jí bylo už v nemocnici doporučeno chůzi vynechat. Na podkladě toho se vyvinula i atrofie lýtkových svalů, s kterou paní Ch. do hospice už přišla.

Klientka byla diabetička 2. typu léčená inzulinoterapií. Diabetes byl při přijetí kompenzován. Paní Ch. byla usměvavá, měla dobrou náladu a jejím hlavním cílem bylo „začít zase chodit“. Svoji závažnou diagnózu, o které byla plně informovaná, si nepřipouštěla a hovořit o ní příliš nechtěla. Díky trvale aplikovaným opiátovým náplastem byla paní Ch. subjektivně bez bolestí. Opiáty jí byly naordinovány před měsícem na klinice diabetologie IKEM pro silné bolesti levého prsu, LHK, zad a DK.

Po příchodu do hospice byla paní Ch. překvapená prostředím, vstřícným chováním personálu. Líbilo se jí tu. Jediné, co jí zde chybělo, byla fyzioterapie. Tu jsme se jí snažili nahradit ošetrovatelskou rehabilitací, přesto bylo na klientce znát, že by byla raději, kdyby se jí dostávalo odbornější péče v tomto směru. Klientka věděla, v jakém zařízení je, ale myslela si, že je tu jen dočasně. Do hospice se dostala díky svým dětem, které pro ni chtěly to nejlepší a zároveň se jí musely podřídít v tom, že jí (a její nemoc) nenechají zasahovat do svých životů, protože chce být samostatná. Paní Ch. odmítla jejich nabídku, že se o ni budou starat.

Klientka byla introvertní povahy se silnou volní složkou osobnosti. Byla ráda sama, a pokud rozhovor nevedl někdo jiný, příliš nemluvila, některé věci si nechávala jen pro sebe. Komunikaci s ní však nebylo těžké navázat. Klientka byla plná síly a touhy vstát z postele a znovu chodit. Byla to velice silná, rozhodná žena.

V průběhu pobytu v hospici se její stav několikrát změnil. Ze začátku byla klientka velice spokojená, přátelská – rychle se adaptovala na nové prostředí hospice. Byla tu až na zmíněnou chybějící fyzioterapii spokojená.

Později, v půlce ledna 2010, se stav klientky kvůli náhlému průjmu velice zhoršil. Klientka byla slabá, unavená, nebyla schopná se obsloužit. Přestala komunikovat, přijímat potravu i tekutiny. Paní Ch. se dostala i do hypoglykemie, ale naštěstí byl stav včas

zachycen a stabilizován.

Stav paní Ch. se po několika dnech zase zlepšil. Na čas byla dokonce snížena dávka opiátů ve formě náplastí z 52,5 µg/h na 35 µg/h. Pro pozdější nárůst bolestí DK a levého prsu se však pacientka zase vrátila k původní dávce.

Paní Ch. stále věřila, že začne chodit, až do okamžiku, kdy jsem při převazu objevila na PDK černou postupující nekrózu. Podkladem pro ni byl pravděpodobně náhlý tepenný uzávěr. Klientka měla v anamnéze ICHDK a byla už několikrát na angioplastikách tepen obou DK. V té chvíli se paní Ch. zhroutil svět. Představa, že už asi nebude chodit, byla pro ni hrozná. Přesto byla po několika hodinách od zjištění rozhodnutá bojovat a rychle jednat. S jejím synem byl domluven převoz na podiatrickou ambulanci, kde byla klientka dispenzarizovaná. Tím pobyt v hospici klientka ukončila.

Z pozdějších zpráv od rodiny paní Ch. jsem se dozvěděla, že klientka podstoupila vysokou amputaci DK a od té doby se její stav zhoršoval. Psychicky to špatně nesla a její síla a naděje v to, že bude chodit, se vytratila.

Na začátku dubna tohoto roku paní Ch. podlehla po dlouhém boji onemocnění v jedné z pražských nemocnic. Podle vyprávění rodiny lze usuzovat, že zemřela na komplikace spojené s vysokou amputací DK.



## IV. Závěr

Ve své práci jsem chtěla nejen popsat a zhodnotit paliativní péči u vybrané klientky v hospici, ale také ukázat na odlišné potřeby a přání klientů, kterým je paliativní péče poskytována.

Pro svoji závěrečnou bakalářskou práci jsem si vybrala 83 letou klientku s diagnózou karcinomu prsu a polymorbiditou. Klientka měla v anamnéze diabetes mellitus 2. typu na inzulinoterapii s komplikacemi, především diabetickými defekty DK. Dále ICHDK s opakovanými angioplastikami, ICHS, arteriální hypertenzi, aterosklerózu, hyperlipoproteinémií.

Do hospice Dobrého pastýře se paní Ch. dostala z kliniky diabetologie IKEM, kde byla hospitalizovaná pro progresi syndromu diabetické nohy. Po skončení hospitalizace nastala potřeba další péče, která by zajistila nejen každodenní převazy DK, ale také dopomoc při sebedpěči. Klientka byla kvůli hojícím se defektům DK imobilní, měla i atrofované lýtkové svaly. Pro chronické bolesti levého prsu, LHK, zad a DK měla naordinované opiátové náplasti. Protože odmítala nabízenou péči svých dětí a nechtěla je zatěžovat, rozhodli se společně pro hospic Dobrého pastýře. Měli pocit, že tady bude o maminku postaráno nejlépe.

Hospic Dobrého pastýře poskytuje péči nevléčitelně nemocným klientům v pokročilém a konečném stadiu onemocnění. Snaží se přijímat jen klienty, kteří mají před sebou několik dní či týdnů života.

Paní Ch. byla plně informovaná o svém onemocnění a jeho prognóze. Znala také funkci hospiců. Přesto si myslela, že tu bude fyzioterapie, naučí se znovu chodit a půjde domů.

Při příchodu do hospice byla klientka velice překvapená příjemným prostředím i přátelským chováním personálu. Byla tu spokojená. Časem ji mrzelo, že tu není žádná fyzioterapie. Měla velkou chuť začít chodit a být samostatná. Nebyla smířená se svojí smrtelností.

O klientku jsem se starala v hospici Dobrého pastýře s přestávkami dva měsíce. Ve své závěrečné práci popisuji detailně tři dny ošetřování, kdy se zdravotní stav klientky měnil kvůli průjmovému onemocnění.

Zprvu v prosinci 2009 byl zdravotní stav klientky příznivý, hlavní onemocnění nemělo viditelnou tendenci se zhoršovat. Všechno napomáhalo plánu paní Ch. znovu začít

chodit. Defekty na DK se hojily. Klientka neměla bolesti.

V půlce ledna 2010 klientka onemocněla úporným průjmem a její celkový stav se velice zhoršil. Klientka byla slabá, nekomunikovala, nepřijímala tekutiny ani potravu a objevila se i hypoglykemie. Stav se podařilo zvládnout. Paní Ch. bylo zase lépe, měla opět naději, že začne chodit. To se, ale změnilo v půlce února 2010, ve chvíli, kdy jsem při převazu defektů PDK objevila postupující černou nekrózu, která se nedala v hospici Dobrého pastýře léčebně zvládnout. Paní Ch. musela hospic opustit.

S rodinou klientky jsme byli stále v kontaktu a zajímal nás i nadále její životní osud. Dozvěděla jsem se, že klientka měla na PDK akutní tepenný uzávěr a lékaři museli přistoupit k vysoké amputaci. Paní Ch. situaci špatně psychicky zvládala a od té doby vzdala boj s jakýmkoliv onemocněním. Její naděje vymizela. Stav klientky se zhoršil natolik, že na začátku dubna 2010 zemřela na komplikace spojené s amputací PDK v jedné z pražských nemocnic.

Příběh paní Ch. byl pro mne velice poučný. Uvědomila jsem si, že hospice sice poskytují velice laskavou, individuální péči, ale ani ta není schopna pokrýt všechny požadavky klientů. Péče v hospicích je orientovaná na zpříjemnění posledních chvil života. Je zde klidné prostředí, není tu shon jako v nemocnicích, léčí se tu už jenom nepříjemné symptomy doprovázející nevyléčitelná oneocnění.

Paní Ch. měla před sebou delší čas, než je v hospici Dobrého pastýře obvyklé, chtěla se o sebe umět postarat a toužila chodit, byla velice aktivní. Nebýt akutní komplikace ICHDK mohla klientka chodit a být ještě nějakou dobu soběstačná. Nešťastné také bylo, že hospic nebyl personálně vybaven tak, aby mohl zajistit klientce fyzioterapii. Péče poskytovaná paní Ch. byla kvalitní, ale nebyla šitá na míru jejím potřebám. Možná byla chyba ve volbě zdravotnického zařízení. Možná tento typ péče byl pro paní Ch. předčasný. Myslím si, že je velmi těžké umět posoudit, co je pro klienty, a někdy i naše blízké, to nejlepší.

## V. Seznam použitých zdrojů

### 1. Seznam použité literatury

ABRAHÁMOVÁ, Jitka, et al. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. První vydání. Praha: Grada Publishing, 2009. 144 s. ISBN 978-80-247-3063-9.

ANDREJKIVOVÁ, Pavla. Hospicová domácí péče. *Sestra*. 2008, 12, s. 49–50.

BYOCK, Ira. *Dobré umírání: Možnosti pokojného konce života*. První vydání. Praha: Vyšehrad, 2005. 328 s. ISBN 80-7021-797-9.

Česko. VYHLÁŠKA ze dne 17. prosince 2009 o stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2010, 1/2010 Sb., s. 10.

DOENGES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Druhé, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada publishing, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. První vydání. Praha: Galén, 1994. 232 s. ISBN 80-85824-03-5.

MAČÁK, Jirka; MAČÁKOVÁ, Jana. *Patologie*. První vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. 348 s. ISBN 80-247-0785-3.

*O organizaci paliativní péče : doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům*. Praha: Cesta domů, 2004. 46 s. ISBN 80-239-4332-4.

O'CONNOR, Margaret; ARANDA, Sanchia. *Paliativní péče : pro sestry všech oborů*. Praha : Grada Publishing, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetřovatelství v kostce*. Vydání první. Praha : Grada Publishing, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.

SLÁMA, Ondřej; ŠPINKA, Štěpán. *Koncepce paliativní péče v ČR: Pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta Domů, 2004. 43 s. ISBN 80-239-4330-8.

SVATOŠOVÁ, Marie, et al. *Hospic slovem a obrazem*. 1. vydání. Praha: Ecce homo, 1998. 148 s. ISBN 80-902049-1-0.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 6. doplněné vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. 151 s. ISBN 978-80-7195-307-4.

SVATOŠOVÁ, Marie. *O naději s Marií Svatošovou*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2003. 87 s. ISBN 80-7192-833-X.

VOKURKA, Martin, et al. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. Praha: Karolinum, 2005. 217 s. ISBN 80-246-0896-0.

VORLÍČEK, Jiří; ADAM, Zdeněk; POSPÍŠILOVÁ, Yvona. *Paliativní medicína*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. 540 s. ISBN 80-247-0279-7.

VORLÍČEK, Jiří; VYZULA, Rostislav; ADAM, Zdeněk. *Praktická onkologie : vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing, 2000. 344 s. ISBN 80-7169-974-8.

## **2. Seznam elektronických zdrojů**

BARTOŇKOVÁ, Helena. *Mamo.cz* [online]. 18. 8. 2009 [cit. 2010-04-06]. Screeningová a diagnostická mamografie. Dostupné z WWW: <<http://www.mamo.cz/index.php?pg=pro-lekare--screeningova-diagnosticka-mamografie>>.

*Centrum-cercany.cz* [online]. 2010 [cit. 2010-04-26]. Hospic Dobrého Pastýře. Dostupné z WWW: <[http://www.centrum-cercany.cz/index2\\_hospic.html](http://www.centrum-cercany.cz/index2_hospic.html)>.

*Cestadomu.cz* [online]. 2010 [cit. 2010-04-25]. Adresář. Dostupné z WWW: <<http://www.cestadomu.cz/adresar.html?categoryId=2&orderBy=label&orderDir=ASC&page=1>>.

DUŠEK Ladislav, MUŽÍK Jan, KUBÁSEK Miroslav, KOPTÍKOVÁ Jana, ŽALOUDÍK Jan, VYZULA Rostislav. Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice [online]. Masarykova univerzita, [2005], [cit. 2010-4-27]. Dostupný z WWW: <http://www.svod.cz>. Verze 7.0 [2007], ISSN 1802 – 8861.

*Mamo.cz* [online]. 14. 8. 2009 [cit. 2010-04-07]. Rakovina prsu: Úvod. Dostupné z WWW: <<http://www.mamo.cz/index.php?pg=pro-verejnost—rakovina-prsu>>.

MIKŠOVÁ, Libuše. *Potřeby umírajících lidí v Hospici Štrasburk* [online]. České Budějovice, 2009. 78 s. Bakalářská práce. JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Dostupné z WWW: <[http://theses.cz/id/poakyq/downloadPraceContent\\_adipIdno\\_13407](http://theses.cz/id/poakyq/downloadPraceContent_adipIdno_13407)>.

Pears Health Cyber, s.r.o. *Lékárna.cz* [online]. 2008 [cit. 2010-04-06]. Léky na předpis. Dostupné z WWW: <<http://www.lekarna.cz/leky-na-predpis/>>.

PETRÁKOVÁ, Katarína; VYZULA, Rostislav. *Linkos.cz* [online]. 1 .8. 2008 [cit. 2010-04-06]. Zhoubný nádor prsu. Dostupné z WWW: <[http://www.linkos.cz/klienti/prso\\_clanek.php](http://www.linkos.cz/klienti/prso_clanek.php)>.

*Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care*. Starsbourg: Council of Europe, 2003. 79 s. Dostupné z WWW: <<http://www.eapcnet.org/download/forReccCoun-Europe/ReccCE-English.pdf>>.

*Umírání.cz* [online]. 2010a [cit. 2010-04-07]. Definice paliativní péče. Dostupné z WWW: <<http://www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html>>.

*Umírání.cz* [online]. 2010b [cit. 2010-04-07]. Co je hospic. Dostupné z WWW: <<http://www.umirani.cz/co-je-hospic.html>>.

### 3. Seznam dalších zdrojů

1. Klientka
  - a) Rozhovor
  - b) Pozorování
2. Dokumentace
3. Zdravotnický personál
4. Rodina klientky

### 4. Seznam tabulek

Tab. č. 1 Krevní obraz klinika diabetologie IKEM 4. 11. 2009 – 9. 12. 2009 .....	31
Tab. č. 2 Koagulace klinika diabetologie IKEM 4. 11. 2009 – 9. 12. 2009 .....	31
Tab. č. 3 Biochemie klinika diabetologie IKEM 4. 11. 2009 – 9. 12. 2009 .....	32
Tab. č. 4 Antropometrické údaje při přijetí 9. 12. 2009 hospic Dobrého pastýře .....	33
Tab. č. 5 Fyziologické funkce při přijetí 9. 12. 2009 hospic Dobrého pastýře .....	33
Tab. č. 6 Fyziologické funkce 16. 1. 2010 hospic Dobrého pastýře v 01:00 .....	33
Tab. č. 7 Farmakoterapie - sub cutanne - klinika diabetologie IKEM (4. 11.2009 – 9. 12.2009) .....	34
Tab. č. 8 Farmakoterapie – per os - klinika diabetologie IKEM (4. 11. 2009 – 9. 12. 2009) .....	34
Tab. č. 9 Farmakoterapie - dermální aplikace - klinika diabetologie IKEM (4. 11.2009 – 9. 12.2009) .....	34
Tab. č. 10 Farmakoterapie – sub cutanne - hospic Dobrého pastýře 9. 12. 2009 .....	35
Tab. č. 11 Farmakoterapie – per os - hospic Dobrého pastýře 9. 12. 2009 .....	35
Tab. č. 12 Farmakoterapie – dermální aplikace - hospic Dobrého pastýře 9. 12. 2009 .....	35

## 5. Seznam zkratek

- AP** – angina pectoris  
**ATB** – antibiotika  
**bilat.** – bilaterální – dvoustranný, oboustranný  
**Ca** – karcinom  
**CT** – počítačová tomografie  
**ČR** – česká republika  
**dg.** – diagnóza  
**DK** – dolní končetiny  
**DM** – diabetes mellitus  
**i. m.** – intramuskulární  
**i. v.** – intravenózní  
**ICHDK** – ischemická choroba dolních končetin  
**ICHS** – ischemická choroba srdeční  
**IM** – infarkt myokardu  
**l. dx.** – latus dextra  
**l. sin.** – latus sinister  
**LDK** – levá dolní končetina  
**LHK** – levá horní končetina  
**MTT** – metatarz  
**p. o.** – per os  
**PAD** – perorální antidiabetika  
**PDK** – pravá dolní končetina  
**PMK** – permanentní močový katétr  
**PŽK** – permanentní žilní katétr  
**RTG** – rentgen  
**s. c.** – sub cutanne  
**st. p.** – status post  
**tbl** – tableta