

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav Ošetřovatelství



Pavla Redlichová

Ošetřovatelská péče o pacienta na paliativním oddělení

Nursing care of a patient in a palliative department

Bakalářská práce

Praha, květen 2016

Autorka práce: **Pavla Redlichová**

Studijní program: **Ošetrovatelství**

Bakalářský studijní obor: **Všeobecná sestra**

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Zvoníčková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetrovatelství 3. LF UK v Praze**

Odborný konzultant: **MUDr. Pavlína Marková**

Pracoviště odborného konzultanta: **Paliativní oddělení, NMSKB**

Předpokládaný termín obhajoby: **23. 6. 2016**

Prohlášení

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

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne 27. května 2016

Pavla Redlichová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Marii Zvoníčkové za metodickou pomoc a vstřícné vedení mé bakalářské práce.

Děkuji MUDr. Pavlíně Markové za odbornou konzultaci a cenné rady při zpracování bakalářské práce.

Děkuji manželovi za jeho trpělivost a pochopení. Děkuji všem chůvám za čas, který věnovaly nejmladšímu členovi naší rodiny.

.

Obsah

ÚVOD.....	7
KLINICKÁ ČÁST	8
1 PALIATIVNÍ PÉČE	8
1.1 DEFINICE PALIATIVNÍ MEDICÍNY	8
1.2 POHLED DO HISTORIE	8
1.2.1 <i>Medicinalizace umírání</i>	9
1.2.2 <i>Hospicové hnutí a rozvoj paliativní medicíny</i>	9
1.3 CHARAKTERISTICKÉ RYSY PALIATIVNÍ PÉČE	10
1.4 FORMY PALIATIVNÍ PÉČE.....	10
1.5 VÝHODY PALIATIVNÍ PÉČE	11
2 LIDSKÉ POTŘEBY.....	13
2.1 DEFINICE A DĚLENÍ LIDSKÝCH POTŘEB.....	13
2.2 STANDARDSY A MOTIVACE JAKO CESTA K NAPLNĚNÍ POTŘEB	13
2.2.1 <i>Standard jako míra potřeby</i>	13
2.2.2 <i>Motivace pro naplnění potřeb pacienta</i>	14
2.3 ROZDĚLENÍ POTŘEB	15
2.4 TEORIE MOTIVACE NA ZÁKLADĚ NAŠICH POTŘEB	16
2.4.1 <i>Viktor Emanuel Frankl a jeho logoterapie</i>	16
2.4.2 <i>Maslowova hierarchická teorie potřeb</i>	17
2.5 POTŘEBY JEDINCE V TĚŽKÉ A VÁŽNÉ NEMOCI	17
2.6 SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY.....	19
2.6.1 <i>Spiritualita</i>	19
2.6.2 <i>Spirituální bolest a fenomén naděje</i>	20
2.6.3 <i>Spirituální péče</i>	21
2.6.4 <i>Plánování duchovní péče a její reflexe</i>	21
2.6.5 <i>Kaplan a pastorační péče</i>	22
2.6.6 <i>Křesťanský pohled na život, umírání a smrt člověka</i>	23
3 SPECIFIKA PALIATIVNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	25
3.1 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM	25
3.1.1 <i>Složení multidisciplinárního týmu</i>	25
3.1.2 <i>Komunikace v týmu</i>	25
3.2 KOMUNIKACE V PALIATIVNÍ MEDICÍNĚ	26
3.2.1 <i>Předpoklady účinné komunikace</i>	26
3.2.2 <i>Komunikace s těžce nemocným a umírajícím pacientem</i>	27
3.3 PÉČE O POZŮSTALÉ.....	28
3.3.1 <i>Akutní žal</i>	28
3.3.2 <i>Truchlení a jeho fáze</i>	28

3.3.3	<i>Pohled odborného poradce pro pozůstalé.....</i>	29
3.3.4	<i>Poradenství pro pozůstalé</i>	29
3.4	BOLEST V PALIATIVNÍ PÉČI.....	30
3.4.1	<i>Hodnocení bolesti</i>	30
3.4.2	<i>Farmakoterapie dle škály WHO</i>	31
3.4.3	<i>Celková bolest</i>	32
3.4.4	<i>Paliativní sedace</i>	32
4	TEORETICKÁ VÝCHODISKA	33
4.1	EPIDEMIOLOGIE ONEMOCNĚNÍ.....	33
4.2	POPIS ONEMOCNĚNÍ.....	34
4.2.1	<i>Patofyziologie karcinomu prsu.....</i>	34
4.2.2	<i>Anatomie mléčné žlázy</i>	34
4.2.3	<i>Etiologie a faktory vzniku.....</i>	35
4.2.4	<i>Symptomatologie</i>	35
4.2.5	<i>Vyšetřovací metody.....</i>	36
4.2.6	<i>Terapie.....</i>	36
4.2.7	<i>Komplikace léčby.....</i>	37
4.2.8	<i>Prognóza.....</i>	38
	OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	39
5	KAZUISTIKA	39
5.1	ANAMNÉZA	39
5.1.1	<i>Lékařská anamnéza</i>	39
5.1.2	<i>Ošetrovatelská anamnéza</i>	41
5.2	PRŮBĚH HOSPITALIZACE	46
5.2.1	<i>Ošetrovatelská péče.....</i>	47
5.2.2	<i>Zpracované rozhovory s pacientkou.....</i>	49
5.3	OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY	54
5.3.1	<i>Maligní rána</i>	54
5.3.2	<i>Zácpa</i>	55
5.3.3	<i>Bolest</i>	56
5.3.4	<i>Spirituální podpora</i>	57
5.3.5	<i>Podpora pozůstalým</i>	58
	DISKUSE	60
	ZÁVĚR.....	62
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	63
	SEZNAM TABULEK, OBRÁZKŮ A GRAFŮ.....	66
	SEZNAM PŘÍLOH.....	67
	PŘÍLOHY	68

Úvod

Důvodem k napsání mé bakalářské práce Ošetrovatelská péče o pacienta na paliativním oddělení mě postupně přivedlo studium na 3. LF UK. Oceňuji možnost nahlížet pod pokličku etickým problémům, které jsme mohli kolektivně řešit na akademické půdě. Jako sestra specialista v intenzivní péči pracuji již řadu let na ARO-CHIP, kde je práce rázu vysoce odborného a přesto zde není výjimkou setkat se s odchodem na věčnost. Zatoužila jsem zažít i jiný pohled na péči o těžce nemocné a umírající, setkat se a promluvit s člověkem, kterému zbývá už jen krátký čas života a naděje.

Ve své práci se zabývám péčí o pacientku, která své poslední dny strávila v nemocnici na paliativním oddělení. Měla jsem možnost s jejím souhlasem reflektovat její myšlenky a názory v posledních týdnech jejího života.

Cílem mé práce je seznámení s důležitostí a užitečností paliativní péče. Ráda bych tímto textem čtenáře povzbudila k osobnímu zamyšlení se nad otázkou, zda může být vážná nemoc pro ně výzvou.

Práce obsahuje klinickou a ošetrovatelskou část, je rozdělena do pěti kapitol. V první se zabývám obecným pojetím paliativní péče. Druhá kapitola zahrnuje lidské potřeby obecně. Z nich jsem si vybrala potřeby spirituální, kterým věnuji samostatnou část. V další kapitole rozebírám specifika paliativní péče. Závěr teoretické části informuje o problematice onemocnění karcinomu prsu.

Ošetrovatelská část je zaměřená na pacientku s terminální diagnózou karcinomu prsu a její rodinu.

Klinická část

1 Paliativní péče

Lidé se bojí více utrpení než smrti. Paliativní medicína utrpení včetně bolesti odstraňuje či alespoň zmírňuje. Zajímá se o utrpení fyzické, psychické, sociální a duchovní. Paliativní péče má přinášet těm, kterým medicína nedokáže život již zachránit, dobrou kvalitu zbývajících života. (O'Connor a Aranda 2005)

1.1 Definice paliativní medicíny

Existuje více definic paliativní péče. Uvádím ty, které mě inspirovaly. „*Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.*“ WHO (in: Marková 2010)

„*Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života.*“ (Sláma et al. 2007, s. 25)

Paliativní péče a léčba se netýká jen lidí bezprostředně před smrtí, ale i v průběhu trvání onemocnění, kdy mají být kontinuálně řešeny potíže s onemocněním spojené. Kvalitní paliativní péče a léčba zahrnuje nemocného a jeho nejbližší. (Marková 2010)

1.2 Pohled do historie

Paliativní péče je nejstarší formou medicíny vůbec. Po dlouhá staletí bylo mírnění lidského utrpení a provázení k dobré smrti hlavním posláním lékařů, ošetřovatelek a sester, duchovních, rodinných příslušníků a přátel. Zcela přirozeně a většinou v domácím prostředí, méně často ve špitálech. Z tohoto důvodu lze hovořit o paliativní péči jako o multidisciplinární péči ověřené dějinami.

V 19. století vlivem industrializace a stěhováním množství lidí do měst přibývalo umírajících bez zázemí vlastní rodiny. To vedlo k rozvoji chorobinců, které nahradily moderní nemocnice a ústavy 20. století. Zde byl kladen velký důraz na léčbu a boj s chorobou. Při prohrávaném boji zdravotníků bylo poskytováno umírajícím čisto, teplo a snad i soukromí zajištěné většinou bílou plentou okolo lůžka. (Haškovcová 2007)

Ještě v době před druhou světovou válkou je zcela normální a běžné dopečování umírajícího člena rodiny doma s pomocí rodinného lékaře, placené ošetřovatelky nebo duchovního. (Marková 2010)

1.2.1 Medicinalizace umírání

Ve 20. století bylo umírání vytrženo z rodinného života. Stalo se lékařskou záležitostí, patologií, která oddělila umírání od přirozeného lidského životaběhu. Pro klidný průběh práce zdravotníků nebylo žádoucí, aby rodina rušila denní režim v nemocnici, a tak umírající trávili své poslední chvíle většinou v úplném osamění.

V 60. letech se poprvé objevuje etický problém zvaný dystanazie - zadržovaná smrt. Je to situace, kdy přístroje a léčba medikamenty nedovolí zemřít člověku, který by již za normálních okolností v klidu zemřel.

Tento neutěšený stav v přístupu k umírajícím vyústil tak, že se jednak začalo šířit volání po eutanazii - dobré smrti za asistence lékaře, nebo asistované sebevraždě, a jednak dochází k celosvětovému rozvoji hospicového hnutí. (Marková 2010)

1.2.2 Hospicové hnutí a rozvoj paliativní medicíny

Hospicové hnutí se rozvíjí nejprve v Anglii. Důležitým mezníkem bylo v roce 1967 otevření Saint Christopher's Hospice v Londýně doktorkou Cecily Saunders. Šlo o první, všem dostupný hospic s komplexní multidisciplinární paliativní péčí - holistická péče současně s vynikající léčbou, s výzkumem a výukou v oblasti paliativní medicíny. Tyto úspěchy ukázaly cestu k zakládání dalších podobných zařízení všude ve světě.

Spolu s rozvojem hospiců dochází v 70. letech 20. století i k rozvoji paliativní medicíny jako samostatného lékařského oboru. (Adam a kol. 1998)

V roce 2009 byla paliativní medicína uznána Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Turkyňe (ČLS JEP) jako samostatný specializační lékařský obor.

1.3 Charakteristické rysy paliativní péče

Paliativní péče není o smrti, ale o životě před ní. Začíná v momentě diagnózy a končí podporou rodiny během zármutku. Je snaha, aby byla integrována do standardního léčebného procesu u pacientů s pokročilou fází nemoci. Zahrnuje pacienty onkologické a rozvíjí se i v oborech, které pečují o pacienty s chronickými nemocemi.

Paliativní péče:

- usiluje o prodloužení a zachování života, který bude svou kvalitou pro pacienta přijatelný
- respektuje a chrání důstojnost nevléčitelně nemocných
- vychází důsledně z přání a potřeb pacientů a respektuje jejich hodnotové priority
- snaží se vytvořit podmínky, aby pacient mohl poslední období svého života prožít ve společnosti svých blízkých, v důstojném a vlídném prostředí
- chápe umírání jako součást života, kterou každý člověk prožívá jedinečně
- nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka. (Sláma a kol. 2007)

1.4 Formy paliativní péče

Podle zahraničních zkušeností paliativní péče zahrnuje tyto formy:

1. **Lůžkový hospic:** podobá se spíše domovu než nemocnici, kde je kladen důraz zejména na kvalitu života. Nabízí jednolůžkový pokoj s přistýlkou pro blízké umírajícího, kteří jej doprovázejí. Pobyt je bez časového omezení návštěv. I při opakovaném pobytu je průměrná doba hospitalizace okolo tří týdnů.

2. **Domácí hospic:** lze realizovat pouze tehdy, když funguje rodinné zázemí. Představuje ideální formu péče o umírající, kdy je pacient ošetřován v prostředí, které důvěrně zná, poskytovaná péče je maximálně individualizovaná. Podmínkou je dostupnost služby domácího hospice a ochota převzít odpovědnost za kontinuální péči o pacienta a spolupodílet se na ní. Tato péče může představovat pro rodiny velkou psychickou, fyzickou i ekonomickou zátěž.
3. **Ambulance paliativní medicíny a konziliární paliativní tým:** skládá se minimálně z lékaře, zdravotní sestry a sociálního pracovníka. Přináší expertní znalost paliativní medicíny do ostatních lůžkových zařízení. Tento tým ovlivňuje kvalitu paliativní péče a přispívá k postupné edukaci.
4. **Oddělení paliativní péče:** nabízí v rámci zdravotnického zařízení komplexní paliativní péči o nemocné, kteří potřebují pro diagnostiku i léčbu komplement nemocnice. Má též roli edukační a slouží jako základna pro konziliární paliativní tým.
5. **Stacionární paliativní péče:** fungování hospicového stacionáře vypadá tak, že pacient je přijat ráno a odpoledne či k večeru se vrací domů. Tato forma je vhodná pouze pro pacienty v místě nebo poblíž hospice. Důvody k přijetí jsou respitní, psychologické, rehabilitační, diagnostické, terapeutické.
6. **Speciální hospicová poradna:** nabízí poradenství telefonické, internetové i přímé pro pacienty, pečující i pozůstalé. (Kupka 2014)

1.5 Výhody paliativní péče

Nesporné výhody paliativní péče můžeme vidět v několika oblastech. Při jejím zavedení jsou lékaři právem ctěni za ohleduplnou a zmírňující léčbu až do konce a nejsou podezírání z úmyslného a nevyžádaného zkrácení života. Umírající tak mají možnost „dožít“ své dny bez obav, že budou nesmyslně strádat. Společně prožívané utrpení v závěru života, které nakonec nelze zcela odstranit, vede zúčastněné, zejména rodinné příslušníky k pokoře a kultivaci vlastního, zatím zdravého života. Programy paliativní péče mohou zastavit pocity viny, které se objevují při vyslovení myšlenky eutanazie. S časovým odstupem a klidnou myslí mnozí zastánci eutanazie přiznávají, že přání ochránit umírajícího před

utrpením bylo i jejich přáním. Dystanazie i samota umírajících je nepatřičná, protože je zdrojem nepřiměřeného utrpení a nespokojenosti. Stále více zainteresovaných lidí spatřuje naději v paliativní léčbě a v celostním přístupu k umírajícím, které nabízí zajištění „bezbolestné“ smrti, soucitný doprovod a důstojné umírání. (Haškovcová 2007; Adam a kol. 1998)

2 Lidské potřeby

Život člověka charakterizuje neustálé uspokojování rozmanitých potřeb, které mají pro každého jedince různou hodnotu.

2.1 Definice a dělení lidských potřeb

Lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. „*Potřeba je něco, co člověk s různou mírou nutnosti, a tedy i naléhavosti, vyžaduje k životu.*“ (Vymětal 2003, s. 75)

Naplnění potřeb směřuje k vyrovnání a obnovení změněné rovnováhy organismu - homeostázy. Potřeby jsou nutné, užitečné, velmi úzce souvisí se zachováním a s kvalitou našeho života.

Vědomé vnímání potřeby vzniká na základě:

- pocitu nedostatku naplnění potřeby (biologické, materiální, duchovní nebo sociální strádání),
- pocitu nadbytku naplnění potřeby (např. nedostatek lásky přináší pocit nespokojenosti, nadbytek lásky může přinášet pocit spoutání druhým člověkem),
- touhy něčeho dosáhnout (A. Maslow).

Množství a intenzita potřeb závisí na pohlaví a věku jedince, na jeho kulturní a společenské úrovni, na prostředí, ve kterém vyrůstal, ve kterém žije, na jeho inteligenci, zdravotním stavu, životních zkušenostech a jiných okolnostech. (Šamánková a kol. 2011; Vymětal 2003)

2.2 Standardy a motivace jako cesta k naplnění potřeb

Cesty k naplnění potřeb mohou být pasivní a aktivní.

2.2.1 Standard jako míra potřeby

Při pojmenování, vyjádření a stanovení potřeb člověka vycházíme z obecných, osobních, společenských nebo normativních standardů. Pod pojmem

standard je chápána určitá úroveň, které by mělo být dosaženo v našem konání a jednání při naplňování osobních potřeb.

„Standard pro naplňování lidských potřeb je velice specifický. Je závislý nejenom na odborné připravenosti poskytovatelů péče, ale i na jejich morální úrovni, asertivním jednání a empatickém cítění. Poznat potřeby lidí ve zdraví, nemoci, v krizi je záležitostí upřímného vztahu mezi lidmi, upřímné snahy vzájemné pomoci a pochopení.“ (Šamánková a kol. 2011, s. 13)

2.2.2 Motivace pro naplnění potřeb pacienta

Oblast motivace a lidských potřeb přitahuje každého, protože se v ní projevuje snaha člověka porozumět sobě i druhým. *„Motivací určitého jednání v psychologii míníme skutečnost, že lidské chování není náhodné, nýbrž vychází z určité aktualizované potřeby, jež zpravidla v lidském organismu vytváří napětí.“* (Vymětal 2003, s. 74) Aktualizovaná potřeba dokáže rozproudí proces motivace. Potřeba se vyskytuje v různé míře a kvalitě, je spíše statické povahy, zatímco motivace je dynamickým psychickým dějem.

„Motivaci nemocných k překonávání zdravotních problémů by měl každý poskytovatel jakéhokoliv typu péče intenzivně vyhledávat, podporovat a pomáhat hledat nové cesty v naplnění potřeby. Za optimální situaci považujeme tu, kdy dojde k souladu intenzity potřeby člověka s mírou jejího naplnění.“ (Šamánková a kol. 2006, s. 54)

Nemoc představuje vždy negativní zásah do života člověka. Vážnější onemocnění podporuje v člověku regresivní tendence a vyvolává touhu a potřebu bezpečí, jistoty a psychického zázemí. Čím ohroženější jsou základní lidské potřeby, tím silněji se objevují tyto tendence a touhy. Důležité je rodinné zázemí pacienta, které mu dodává jistotu, že zde má a bude mít své místo. Je nutné, aby věděl, že je přijímán se vším všudy a že nebude opuštěn. Zdravotní újma dokáže měnit potřeby a psychiku lidí, tedy i jejich motivaci. V tomto smyslu může nemoc přinést subjektivní obohacení, a to i ve vztahu nemocného k nejbližším lidem i ve směru rozvoje osobnosti pacienta, protože utrpení zároveň „pročišťuje“. (Vymětal 2003)

2.3 Rozdělení potřeb

Šamánková rozděluje lidské potřeby na biologické, psychické, sociální, spirituální, estetické, sociální a kulturní a potřeby sebevyjádření.

Biologické potřeby - mezi biologické potřeby patří všechno, co potřebuje nemocné tělo. Saturací těchto potřeb udržujeme stálost vnitřního prostředí, výměnu látek a energie. Zahrnují: příjem potravy a tekutin, spánek, vylučování, hygienu, pohyb, dotyky, zajištění čerstvého vzduchu, zajištění přiměřeného životního prostoru, mírnění bolesti a utrpení.

Psychické potřeby - vycházejí z individuálního prožívání a vnímání světa, dále z potřeby rozvíjení osobnosti (pocit psychické vyrovnanosti, prožívání životních událostí s pocitem vyrovnanosti, pocit bezpečí). Zahrnuje potřebu respektování lidské důstojnosti, pravdivých informací a vlídné komunikace.

Sociální potřeby - vyplývají ze skutečnosti, že se každý jedinec vyvíjí v kontaktu se svým užším i širším okolím. Od společenství lidí potřebuje kladné postoje, ocenění, přijetí a lásku. Jejich uspokojení ovlivňuje ekonomické zázemí, urovnání majetkových záležitostí (např. závěť) a vyřešené problémy související se sociální situací člověka.

Spirituální potřeby – nemají pouze věřící, ale každý člověk. Zahrnují tzv. existencionální otázky spojené s podstatou lidské bytosti, a proto si je kladou všichni lidé, zvláště v době nemoci či umírání.

Estetické potřeby - odvíjí se od vospělosti jedince a jeho požadavků na krásno, estetický soulad prostředí aj.

Sociální a kulturní potřeby - jsou spojeny s kulturou jako produktem lidské společnosti (potřeba vzdělání, společenského a kulturního vyžití).

Sebevyjádření - touha pochopení, schopnost pojmenovat svá přání, své názory, prezentovat se svým životem. (Svatošová 2012; Šamánková a kol. 2011; Špatenková et al. 2014)

2.4 Teorie motivace na základě našich potřeb

Z teorií potřeb jsou pravděpodobně nejznámější teorie motivace, které tvrdí, že lidé jsou poháněni touhou dosáhnout svého maximálního potenciálu za předpokladu, že se jim do cesty nepostaví překážky. Bariéry zahrnují všechno, co lidem brání v jejich rozvoji. (Šamánková a kol. 2011)

2.4.1 Viktor Emanuel Frankl a jeho logoterapie

Viktor E. Frankl (1905-1997) byl rakouský neurolog a psychiatr, zakladatel existenciální analýzy a logoterapie. Po 2. světové válce, kdy přežil koncentrační tábor, vystudoval filozofii a založil Rakouskou lékařskou společnost pro psychoterapii. Franklova logoterapie představuje psychoterapeutickou metodu, která se soustřeďuje na smysl lidské existence a jeho hledání. Pomáhá tak člověku při nalézání hodnot, které obsahují důležitou duchovní kvalitu – sebezpřesah. Logoterapie je přímo zacílena na lidskou duchovní dimenzi a v člověku vidí bytost neustále hledající smysl v různých situacích. Takové objevení smyslu pro vlastní život je lékem v případech, kdy člověk toto hodnocení ztrácí a nenalézá, kdy je přímo konfrontován zkušeností chybění smyslu ve svém životě. (Vymětal a kol. 2004)

Frankl (1996, s. 79) tvrdí, že lidský život má vždy a za všech okolností smysl. Tento nekonečný smysl lidské existence v sobě zahrnuje i utrpení a umírání, nouzi i smrt. Povzbuzuje k odvážnému pohledu na těžké věci a situace, kdy nemáme malomyslnět, nýbrž si zachovat odvahu navzdory bezvýchodnosti, která lidskému boji neubírá nic na jeho smyslu a důstojnosti.

„Opravdové utrpení je „práce“, vnitřní výkon.“ (Frankl 1996, s. 64) Tento výkon svědčí o duchovní svobodě člověka až do jeho posledního dechu a dává mu příležitost uspořádat svůj život smysluplně. Nemá smysl jen život aktivní a tvůrčí. „Má-li život vůbec nějaký smysl, pak jej musí mít i utrpení. Protože utrpení k životu jaksi náleží – právě tak, jako k němu náleží osudovost a smrt. Nouze a smrt teprve tvoří z lidského života celek.“ (Frankl 1996, s. 65)

Láska je to poslední a nejvyšší, k čemu se člověk může vzepnout. I když člověku na tomto světě nezbyvá už vůbec nic, může být šťastný (byť i jen na

okamžik), je-li ve svém nejhlubším nitru oddán obrazu milovaného člověka. I v opravdovém utrpení je člověk schopen sám sebe naplnit milujícím pohledem, kontemplací duchovního obrazu milovaného člověka, který v sobě nosí. (Frankl 1996)

2.4.2 Maslowova hierarchická teorie potřeb

Abraham Harold Maslow (1908-1970) byl americký psycholog, jeden ze zakladatelů humanistického proudu v psychologii. Vypracoval originální teorii, ve které rozdělil potřeby a motivy jednání na nedostatkové (deficitní) a růstové (rozvojové).

Nedostatkové potřeby se hlásí tehdy, jestliže organismu chybí něco, co je podmínkou k přežití a životu, např. potrava, ale i sebeúcta a nutnost někam patřit. Jsou pociťovány jako úzkost a snaha odstranit nedostatek, snaha zaplnit chybějící potřebu. Jsou-li potřeby uspokojeny, vnímáme tento stav v běžných podmínkách jako normu. Poté se hlásí ke slovu potřeby růstové, které nás dokonce motivují ještě více (tvořivost, vztah ke kráse, pravdě apod.).

Při objevení nedostatku v nižších vrstvách se člověk vrací z vyšších vrstev zpět k uspokojování potřeb hierarchicky nižších.

Podle Maslowa lidé, kteří dosáhli seberealizace a sebenaplnění, někdy zažívají stav, kdy jsou si vědomi nejen svého plného potenciálu, ale také něčeho, co je samotné přesahuje. Tento stav sebetranscendence či spirituality umístil na samý vrchol své pyramidy. Maslowova teorie je všeobecně uznávána, přestože nebyla dosud potvrzena důkazy. Na sklonku své kariéry její autor připustil, že sebetranscendence nemusí nutně být podmíněna naplněním nižších potřeb. (Šamánková a kol. 2011; Trachtová a kol. 2001; Vymětal 2003)

2.5 Potřeby jedince v těžké a vážné nemoci

V ošetřování i léčbě všech nemocných je snaha o uspokojení potřeb, které jsou limitovány samotným onemocněním a těch vznikajících nově, např. pomoc od bolesti, ztráta pocitu bezpečí. Potřeby se v průběhu nemoci mění.

Uspokojování a naplnění potřeb v těžké a vážné nemoci vycházející z Maslowova trojúhelníku:

Sebetranscendence - hledání smyslu života směrem k duchovní sféře, k víře, která přesahuje smyslové a rozumové poznání. Touhou po nejvyšším smyslu a mystických hodnotách člověk přesahuje svou osobnost a obrací se k Bohu. Duchovní potřeby v těžké nemoci jsou pocíťovány výrazněji než potřeby tělesné. Pacient se může zabývat otázkami smyslu života, odpuštění. Seberealizace v podstatě zaniká, vážně nemocný člověk touží po ubezpečení, že se mu mnohé povedlo, že něco dokázal.

Sebeúcta - sebeúctu v nemocném posilujeme tím, že mu dáváme najevo, že nás neobtěžuje péče o něj. Věnujeme pozornost jeho pocitům, názorům a touhám. Povzbuzujeme a chválíme jej při každém úspěchu a snažíme se působit pozitivně. Není vhodné kritizování. Maximálně dbáme o jeho soukromí a osobní čistotu.

Láska a pocit příslušnosti - jednoznačně dáváme najevo své porozumění, pochopení, empatii, laskavost, nabízíme pomoc při vysvětlování osobních a vztahových nejasností. Projevujeme toleranci k nemocnému a jeho potřebám, individuální zájem o jeho osobu. Důležitou roli hrají v době nemoci návštěvy ze strany rodiny a přátel.

Bezpečí a jistota - nemocný člověk chce vědět, že nebude opuštěn a přehlížen. Chce být zbaven bolesti a doprovodných příznaků, jako je nauzea, nechutenství, nespavost, chce mít vše po ruce, chce vědět, že se mu dostane v případě potřeby úlevy. Proto je důležitá přítomnost sestry, která často a pravidelně pacienta kontroluje, respektuje jeho potřeby a autonomii. Sestra k pocitu bezpečí nemocného přispívá svou dochvilností a plněním daných slibů.

Fyziologické potřeby - základní a primární, zůstávají po velmi dlouhou dobu nemoci v popředí zájmu. Postupně nemocnému zájem o tělesné potřeby ubývá. Poskytovatel péče přebírá roli zabezpečení fyziologických potřeb tak, aby nemocný netrpěl jejich nedostatkem. Sestra zajišťuje pomoc při dýchání, pohybu, výživě, vyprazdňování, hygieně, oblékání, spánku, při udržování fyziologické tělesné teploty a polohování, včetně tišení bolesti.

U vážně nemocných se objevuje důležitá potřeba nechat odkaz. Nabývá významu zejména při prožívání těžké a nevyléčitelné nemoci, kdy poukazem na již vykonané můžeme nemocnému ulehčit jeho situaci, dát význam prožitému. (Šamánková a kol. 2011)

2.6 Spirituální potřeby

Péče o duchovní stránku člověka je v paliativní medicíně chápána jako součást multidisciplinárního přístupu k pacientům a jejich utrpení.

Duchovní dimenzi můžeme u každého člověka oprávněně předpokládat, byť je u jednotlivých lidí rozvinuta na různých úrovních. Pro mnohé pacienty je spiritualita zdrojem utrpení, pro další však může být v situaci těžké nemoci spiritualita zdrojem posily, útěchy a motivace. Je dobré, aby s tímto zdrojem zdravotníci počítali a přiměřeně jej u pacientů podporovali. (Opatrný 2003; Sláma et al. 2007)

2.6.1 Spiritualita

Jako „spirituální“ nebo „duchovní“ rozměr člověka označujeme tu oblast, kde si pacient klade základní lidské otázky:

- Jaký je smysl mého života?
- Co je v životě důležité? Na čem opravdu záleží?
- Proč mám v životě dělat dobré věci a kde k tomu vzít sílu?
- Co dělat s vlastními selháními? Co dělat s vlastními chybami a vinami, které nelze odčinit?
- Jak najít cestu k odpuštění a ke smíření s druhými lidmi?
- Jak přijmout tajemství smrti? Bude něco po smrti?
- Existuje Bůh?

Tyto nebo velmi podobné otázky si klade v určitých okamžicích života každý člověk a hledá na ně odpovědi. Někteří je nalézají v rámci své víry, náboženského vyznání, či filosofie, jiní je mohou ze svého života vytěšňovat. Někteří se spokojí s jednoduchými odpověďmi, pro jiné se stávají otázky

i odpovědi na ně zdrojem a impulsem k novému uchopení konkrétních životních okolností, např. i nemoci, či života jako celku. (Sláma et al. 2007; Opatrný 2003)

Spirituální potřeby mají úzký vztah k hledání smyslu života a smrti. Nelze je omezit pouze na religiozitu. Můžeme je chápat jako hledání a touhu po naplnění, která je vlastní všem lidem. V závěru života se duchovní potřeby nemocných mohou ukázat jako mnohem důležitější a podstatnější problém než biologické potřeby. Zásadní a potřebné je totiž smíření, se sebou samým, s bližními a s Bohem. Naplňování spirituálních potřeb vede k dosažení „duchovního blaha“. Jeho protipólem je „duchovní tíseň“, což je stav, při němž dochází k narušení životních principů, jež pronikají celou lidskou bytostí. Člověk má pak reálně nebo potencionálně narušenou víru v systém hodnot, které mu dávají sílu, naději a smysl života. (Špatenková et al. 2014; Opatrný 2003)

2.6.2 Spirituální bolest a fenomén naděje

Přítomnost spirituální bolesti může být signalizována neustálou a přehnanou potřebou pozornosti, respektu a lásky, jindy zmínkami o zradě, nespravedlnosti, opuštěnosti a pronásledování, nebo o vlastním selhání a neschopnosti. Spirituální bolest se může projevit rezignací, také nejrůznějšími somatickými problémy, pro které se nenachází objektivní vysvětlení. Dále emocemi - změnou hlasu, pohyby těla, strachem, či smutkem v očích, slzami. (Svatošová 2012)

Existenciální úzkost je vždy spojená s potřebou smyslu a fenoménem naděje. Člověk tíhne k nekonečnu. Hranici smrti vnímá jako nevyhnutelný osud a sama smrt nás staví před otázku o jejím smyslu, o smyslu života, utrpení, nemoci. A právě proto má člověk v sobě nezadržitelnou touhu po nekončící existenci. Naděje je základní charakteristikou i potřebou člověka. Zatímco existenciální tíseň je doprovázena negativními emocemi, u naděje je tomu zcela obráceně. Naděje je totiž příkladem kladné emoce. Tento pozitivní postoj očekávání dobrého vzhledem k budoucnosti má společně s útechou dokonce blahodárné účinky na imunitní systém, dokáže tak v kritických situacích prodlužovat život. Při otázkách po nejhlubším smyslu, po věčnosti, po Bohu, se současně objevuje i naděje upřená tímto směrem. Potřeba smyslu vede

k potřebě uspořádání chaosu vzniklého s nemocí do smysluplného životního příběhu. K duchovním potřebám patří také smysl pro krásu a posvátno. (Opatrná 2008; Ivanová a kol. 2005)

2.6.3 Spirituální péče

Hlavním předpokladem spirituální péče jsou kvalitní vztahy. Pro podporu duchovní dimenze nemocného je základním prvkem zejména chápací partner rozhovoru, který je otevřený všem tématům nemocného. Při vytváření těchto vztahů je sestra často hlavní osobou, která poskytuje podporu v duchovní krizi. Sestry jsou zapojeny v procesu hodnocení a vytváření plánu duchovní péče. Tyto činnosti vyžadují spolupráci s pacientem a dalšími členy týmu (viz strana 25), zejména s odborníky v duchovní péči. (O'Connor a Aranda 2005; Opatrný 2003)

Láska, naděje a soucit představují základní a univerzální přístup k duchovně orientovanému ošetřovatelství a mají být začleněny do všech aspektů ošetřovatelské péče. Ne každý věřící člověk prochází nemocí, umíráním a smrtí snadno a bez obtíží. I ten, kdo nepraktikuje náboženskou víru, se může blížit ke smrti klidně a vyrovnaně. Nelze víru umírajícího ignorovat, bagatelizovat či zesměšňovat. Je nepřijatelné nemocného k víře nějak „nutit“, nevhodně mu nabízet něco, co nechce. Což znamená respektovat jeho náboženské vyznání nebo jeho ateismus. (Špatenková et al. 2014) Opatrný nabízí tento postoj: *„Víra a to, co z ní plyne, je pro mne největším a nejcennějším bohatstvím. Protože mám nemocného rád, chtěl bych se s ním o toto bohatství rozdělit, chtěl bych s ním tyto poklady sdílet. To mu mohu nabídnout, ale ne vnucovat. Ani Bůh nejedná jinak.“* (Opatrný 2003a)

2.6.4 Plánování duchovní péče a její reflexe

Duchovní péče o pacienty s pokročilým onemocněním může být „plánována“ stejně, jako všechny ostatní ošetřovatelské intervence. Je kladena důležitost na tzv „intencionální konverzaci“, která úmyslně směřuje k cíli. Problémy v oblasti duchovní péče mohou vyplynout spontánně, zatímco komplexní hodnocení duchovních potřeb vyžaduje intencionální rozhovor zaměřený více na vytvoření vztahu než na odškrtávání položek, a spíše než sběr

faktů představuje vyprávění životního příběhu. Tyto informace často získáváme postupně během každodenního styku s nemocným. Je nutné si uvědomit, že i ten nejlepší dotazník je pouze odrazovým můstkem pro sestru a pacienta, aby spolu začali mluvit o duchovním aspektu paliativní péče. Při reflexi své práce sestry získávají podněty pro ošetrovatelský proces a demonstrují, že chápou hodnocení duchovních potřeb.

Reflexe umožní sestřám zabývat se prožitky pacienta spíše než vlastní prací. Když si sestry uvědomí své vlastní problémy, předsudky, strach i naděje, budou lépe schopny vnímat problémy pacientů, o které pečují. Kvalita poskytované péče je závislá do velké míry na tom, jak dalece se okolí nemocného v duchovní oblasti pouští do rozhovoru s nemocným. Ten má i v těžkém stavu možnost svůj život dotvořit a často má potřebu zvládnout své obavy a strachy v kontaktu s někým, ke komu má důvěru. Zároveň je nutné respektovat fakt, že každý člověk má právo o svých duchovních potřebách a stanoviscích nemluvit nebo je druhým neodkrývat. (O'Connor a Aranda 2005; Opatrný 2003; Špirudová a kol. 2006)

2.6.5 Kaplan a pastorační péče

Kaplan vykonává klinickou pastorační péči. Tato profese vyžaduje speciální vzdělání navazující na vzdělání vysokoškolské. Nemocniční kaplan je vyslán náboženským společenstvím a současně je akceptován nemocničním zařízením. Kaplan doprovází nemocné a jim blízké v nemoci, pomáhá jim mobilizovat síly a s nemocí bojovat, zachovává mlčenlivost, je k dispozici i zdravotnickému personálu. Úkolem kaplana je respektovat a chránit hodnotu a důstojnost každé osoby. Kaplan pomáhá hledat naději prostřednictvím osobního zaměření nemocného (filozofie, umění, náboženství), a nabízí přijetí, pomoc a podporu, díky které může člověk v nemoci vnitřně růst. Jeho pracovním nástrojem je empatické naslouchání. Působení kaplana přispívá především ke snížení úzkosti a tím ke zlepšení kvality života nemocného a jeho blízkých. (Opatrná 2008)

Pastorační péčí o nemocné a trpící rozumíme takové jednání s člověkem, ve kterém je respektován ve své jedinečnosti. Zahrnuje doprovázení pacienta

v jeho nemoci, utrpení či umírání. V rámci pastorační péče pomáháme k lidsky důstojnému zvládnutí životní situace, včetně smrti. (Opatrný 2003)

2.6.6 Křesťanský pohled na život, umírání a smrt člověka

Základem pro křesťanský pohled na život člověka, včetně umírání a nevyhnutelnosti tělesné smrti, jsou biblické texty. V knihách Starého zákona vidíme, že život je přijímán člověkem jako dar. Nikdo si ho nemůže dát sám od sebe – je vnímán jako dar od Boha, který se o něj dělí. S tělem je člověku darována také lidská duše, a dočteme se zajímavost – člověk je tu jako muž a žena pro to, aby se Bohu podobal, je stvořen jako Boží obraz.

Rodíme se, žijeme a umíráme v konkrétním čase a prostoru, stránky bible jdou ale za všechny tyto hranice. Umírání a smrt je jako přechod, brána, dovršení, jako čas a prostor zcela osobního setkání s Bohem, který nás uvádí z temnoty, nicoty a strachu do světla, plnosti života a stálé jistoty, do života věčného v blízkosti Dárce. I přes tento starozákonní biblický pohled zůstává pro křesťany velkou otázkou předčasnost smrti a náročnost umírání. A navíc se smrt netýká jen někoho, např. lidí „zlých“. Vztahuje se na každého člověka, i toho, biblicky řečeno, spravedlivého před Bohem.

V průběhu života se každý člověk setkává již od dětství i s určitými předzvěstmi smrti – dětské pády, lehčí či těžší nemoci, nebezpečné situace ohrožující lidský život, tragické události v našem okolí. A také s vnitřním umíráním sama sobě – dokázat půjčit hračku, uznat chybu a omluvit se, odpustit a usmířit se, upřednostnit někoho před sebou samým, přehodnotit svůj názor na různé věci, události i sebe sama.

Pohled biblických textů Nového zákona v návaznosti na zákon Starý vnímá umírání a smrt jako důsledek zla – hříchu. Ten způsobuje odcizení a oddělení člověka od Boha, který je Život. Smrt ale není Boží vůlí. Bůh si nepřeje smrt člověka, přeje si jeho život, a to věčný, pro který jej stvořil. V Ježíši Kristu se sám Bůh stává člověkem, aby tento stav oddělení člověka od Boha uzdravil a obnovil s lidmi vzájemný vztah, který směřuje k novému životu, jehož dimenzi můžeme prožívat již na tomto světě, ale který se v plnosti rozvine až za hranicí smrti na věčnosti. Ježíš na sebe bere v závěru svého pozemského života

těžkou zkušenost umírání. Bůh se tak v něm stává blízkým všem trpícím i nemocným lidem proto, aby jim pomáhal a dával smysl i v těžkých chvílích života, které sám rovněž prožil. On umíral lidskou smrtí, kterou však svým zmrtvýchvstáním přemohl a stal se tak důvodem zmíněné naděje a smyslu. Zde se novozákonní stránky bible dotýkají základního tajemství křesťanské víry. Ježíš Kristus, člověk a vtělený Bůh, přináší zkušeností svého lidského umírání a zmrtvýchvstání nový život, novou identitu, nový vztah, nové stvoření, nový dar oproti smrti, která veškerou identitu a vztahy ničí. Právě pro tyto skutečnosti, které jsou obsahem víry, je křesťanský pohled na umírání zároveň nořením se do Boha a smrt setkáním s Bohem, dárcem života. (Virt, 2000)

3 Specifika paliativní ošetrovatelské péče

V této kapitole přibližuji problematiku důležitosti multidisciplinárního týmu, komunikace, péče o pozůstalé a léčby bolesti.

3.1 Multidisciplinární tým

V týmu všichni společně soustředí své síly ke stejnému cíli: kvalitnímu životu svých pacientů a jejich rodin, ke zmírnování celkového utrpení nemocného. Jedině v takovém týmu může být skutečně zachována důstojnost pacienta a mohou být individuálně řešeny všechny obtíže nemocného a jeho blízkých.

3.1.1 Složení multidisciplinárního týmu

Multidisciplinární tým tvoří lékaři různých specializací, zdravotní sestry, zdravotničtí asistenti, sociální pracovník, fyzioterapeut, psycholog, psychiatr, nutriční specialista, duchovní, pastorační pracovník, členové rodiny, přátelé a dobrovolníci

Sestra je pacientovi nejbližším profesionálem a měla by mu umět vysvětlit vše, na co se ptá a předat ostatním členům týmu své poznatky o pacientovi i rodině. Sestra monitoruje všechny potřeby nemocného a s ostatními členy týmu hledá možnosti, jak pacientovi umožnit jejich naplnění. Veškerá léčba musí být s pacientovým souhlasem a ve shodě s jeho přáním. (Marková 2010; Adam a kol. 1998)

3.1.2 Komunikace v týmu

Komunikace v týmu má probíhat na partnerské úrovni. Formální komunikace probíhá písemně, kdy pacient, jeho rodina a profesionálové zaznamenávají do dokumentace všechny pro pacienta významné údaje. Písemné pacientovo svolení s nahlížením do dokumentace je její součástí. Záznamy rodiny jsou zvláště významné při domácí paliativní péči, kdy pomáhají sestře zhodnotit vývoj stavu nemocného v době její nepřítomnosti.

Pravidelné schůzky multidisciplinárního týmu probíhají minimálně jednou týdně. Reflektují se zde situace jednotlivých nemocných a jejich rodin. Členové týmu společně hledají možnosti pomoci pacientovi k naplnění jeho potřeb. Součástí schůzky by mělo být i hodnocení toho, co se za uplynulý týden podařilo týmu nebo jeho konkrétním členům. Je s výhodou shrnutí úkolů do budoucna, které vyplývají ze zdánlivých nezdarů. (Marková 2010)

3.2 Komunikace v paliativní medicíně

Zdravotnický personál si vytváří vztah k pacientovi i k jeho rodině. Zejména u závažných onemocnění vnímáme, že s nemocným je nemocná i jeho rodina.

3.2.1 Předpoklady účinné komunikace

Předpoklady účinné komunikace na straně zdravotníka:

- nedirektivnost, úcta k nemocnému i jeho blízkým,
- umění mlčet a aktivně naslouchat,
- překonání vlastní úzkosti a nejistoty,
- autenticita: schopnost být sám sebou, zdravé sebevědomí, otevřenost,
- empatie: schopnost vyjádřit svou účast, vcítit se,
- schopnost týmové spolupráce, znalost a dodržování “společného cíle” péče,
- profesionalita: znalost problematiky.

Předpoklady účinné komunikace na straně pacienta a jeho blízkých:

- důvěra ve zdravotníky,
- schopnost otevřené komunikace mezi členy rodiny,
- dostatek informací. (Sláma a kol. 2007; Venglářová a Mahrová 2006)

Příbuzní potřebují informace o nemoci i o tom, jak pečovat o pacienta, protože tyto informace jim dodávají sílu. Měly by být srozumitelné a odpovídající aktuálním potřebám rodiny. Pro příbuzné je nejdůležitější pocit, že jejich blízký netrpí. Těžkou zkušeností rodiny je vyrovnat se se zhoršováním mentálního stavu pacienta. (O'Connor a Aranda 2005)

3.2.2 Komunikace s těžce nemocným a umírajícím pacientem

V prostředí, kde je přítomno umírání, ožívají naše osobní obavy ze smrtelnosti. Zvládnutí komunikace s umírajícím pacientem předpokládá vyjasnění osobních postojů zdravotníka k umírání a smrti. „*Významnou roli hraje nejen komunikace, ale také způsob, jakým vykonáváme činnosti spojené s ošetřováním nemocného.*“ (Venglářová a Mahrová 2006, s. 108)

Doktorka Elizabeth-Kübler Ross je významná osoba, která radikálně změnila způsob našeho uvažování o umírání a smrti. V 60. letech 20. století pracovala s pacienty v posledních fázích jejich života. V těchto chvílích vnímala různé reakce pacientů, které následně shrnula do pěti fází vyrovnávání se s těžkou životní situací a se smrtí.

K etické výbavě zdravotníků patří dostatečná míra empatie i dobré teoretické znalosti z oblasti medicíny a humanitních věd. Znalost fází vyrovnávání se s těžkou životní situací nám pomůže porozumět někdy i zdánlivě iracionálnímu chování pacientů a poradit, jak se chovat k pacientovi v dané chvíli a jak mu pomoci. Vhodný způsob komunikace volíme podle stadia přijetí závažného onemocnění pacientem. (Heřmanová a kol. 2012)

Tab. 1 *Fáze přijetí závažného onemocnění* (Venglářová a Mahrová 2006, s. 114)

Fáze	Projevy	Vhodné reakce
Šok, popření	Popírání existence onemocnění.	Dostatek času, navázání kontaktu, snaha získat důvěru nemocného.
Hněv, vzpoura	Zlost na všechno, agrese, odmítání ošetření, vyvolávání konfliktů.	Umožnit odreagování, nepohoršovat se, nenapomínat. Projevit pochopení.
Vyjednávání, smlouvání s osudem	Hledání zázračných léků, dávání slibů za uzdravení.	Trpělivost, motivace k vytrvání v dosavadní léčbě.
Smutek, deprese	Obavy, odevzdání se, rezignace na léčbu.	Dostatek času, navázání kontaktu, snaha získat důvěru nemocného.
Smíření (nemusí nastat u všech nemocných)	Vyrovnání, loučení s blízkými, pokora.	Poskytnutí blízkosti, neverbální podpory (doteky). Pomoc rodině!

3.3 Péče o pozůstalé

Doprovázení pozůstalých v období truchlení může být aplikováno i v jiných zařízeních, ve kterých dochází k úmrtí nemocného. V nemocničním prostředí je velmi důležité poskytnout pozůstalým dostatek času v klidném prostředí, nechat prostor na otázky a vypovídání se. Pokud sestra předává pozůstalost, je vhodné a hojivé nejen vyjádřit svou účast na bolesti blízkých, ale také zmínit pár slov o zemřelém. Potřebné je ujistit rodinu o tom, že nemocný netrpěl. Dosáhne-li pozůstalý fáze adaptace, dokáže již žít bez milovaného protějšku. Dorůstá k novému životnímu rytmu, novým vztahům, novému způsobu života. V tomto období většinou přestane vyhledávat pomoc členů paliativního týmu. (Marková 2010)

3.3.1 Akutní žal

Smrt blízkého člověka znamená extrémní zásah do života pozůstalých. Jejich dosavadní život se v jediném okamžiku radikálně mění. Pozůstalí prožívají šok, otřes, a to i tehdy, bylo-li úmrtí očekávané.

Akutní žal je součástí truchlení a je doprovázen nespavostí, depresivním laděním, celkovou nervozitou a podrážděností, nechutenstvím, špatnou soustředěností a vracejícími se myšlenkami na zesnulého. Jedná se o stresovou reakci. Nejdříve převládá negativní prožívání, později je člověk schopen lépe přemýšlet i o budoucnosti. Je nutné tento stav protřpět a vydržet, aby nastalo přijetí a smíření se s novou skutečností. Vyrovnání s úmrtím blízkého člověka je předně rodinnou záležitostí. Příbuzní vyžadují péči při objevení zdravotních potíží nebo abnormálního chování. (Vymětal 2003; Marková 2010)

3.3.2 Truchlení a jeho fáze

„Truchlení je přirozená reakce potřebná k tomu, aby se člověk se ztrátou vyrovnal (případně dozrál), a to zejména tím, že se s ní smíří a přijme ji. Přes tuto ztrátu dále žije a život plánuje. V případě truchlení není v pravém slova smyslu, co „léčit“, vhodná je však psychologická podpora nejen z důvodů etických, ale

i preventivních, neboť truchlení někdy přechází v depresi.“ (Vymětal 2003, s. 245)

Období truchlení je prostorem pro přijetí faktu, že zemřelý opravdu odešel.

Truchlení probíhá ve třech fázích:

1. **fáze konfuze** (krátké období šoku, otřesu a zmatku),
2. **fáze exprese** (intenzivní období ventilace zármutku a žalu),
3. **fáze adaptace**, kdy se pozůstalí vracejí zpět k „normálnímu“ fungování a k životu vůbec. Někdy je popisována jako akceptace (přijetí, smíření). Avšak zkušenosti mnohých pozůstalých ukazují na to, že jde spíše o adaptaci, přizpůsobení se životu, kdy zemřelý schází, než smíření se s tím, že zemřel. (Špatenková 2013)

3.3.3 Pohled odborného poradce pro pozůstalé

Ztráta blízkého člověka vyvolává u pozůstalých silné emoční reakce a také nabourává jejich pocit vlastní identity, integrity, jejich vztahy a přesvědčení o stabilitě a bezpečnosti světa. Hlavním zdrojem pomoci pozůstalým by měli být zejména jejich nejbližší. Ale i oni mohou truchlit. Úmrtí člena rodiny vyvolává nové, specifické problémy, ale také může znovu otevřít problémy dosud nevyřešené, nebo vyhrotit ty stávající. V takovém případě rodina není zdrojem efektivní pomoci, protože sama pomoc potřebuje. Ani přátelé a známí obvykle nevědí, jak se k pozůstalým chovat a vyhýbají se jim. Pozůstalí však chtějí a potřebují nalézt odpověď na své otázky. Proto raději vyhledávají pomoc jinde – u pracovníků v pomáhajících profesích, např. u lékařů, duchovních, hospicových pracovníků, psychologů nebo kontaktují některou z poraden či linek důvěry. Pro pozůstalé může být přijatelnější mluvit o bolestivých záležitostech s „cizím“ člověkem, s profesionálem (poradcem pro pozůstalé), než s členem vlastní rodiny. (Špatenková 2013)

3.3.4 Poradenství pro pozůstalé

Oblast poradenství pro pozůstalé je velmi specifická. Vyžaduje specializované znalosti a dovednosti a citlivý přístup vůči potřebám pozůstalých. Odvíjí se především od osobnostních kompetencí poradce. Profesionální pomoc je

obvykle vyhledávána až tehdy, jakmile ostatní zdroje (svépomoc, pomoc příbuzných a přátel) selhávají. Odborný poradce truchlící doprovází na cestě jejich truchlením. Jde o to, aby nebyli ve svém zármutku osamoceni a nakonec došli ke kýženému cíli, kdy budou schopni na svého zemřelého vzpomínat, aniž by se zalykali slzami. Klientem poradenství pro pozůstalé může být jedinec, pár, rodina, skupina, případně komunita.

Pozůstalí mají podle Haškovcové (2007, s. 106) šest až osm týdnů právo na otevřený žal a ostatní by to měli tolerovat. Avšak délka vyrovnání se se ztrátou milovaného člověka může být různá. Proto poradce poskytuje pozůstalým pro truchlení prostor a čas, vhodným způsobem podporuje ventilaci jejich emocí. (Špatenková 2013)

3.4 Bolest v paliativní péči

Bolest je jedním z nejčastějších symptomů pokročilých stadií onemocnění, kterými se paliativní medicína zabývá. Má velký vliv na komfort a náladu, na radost ze života, spánek, naději, zvládání obtížných situací i spolupráci nemocného při léčbě.

Důsledná léčba bolesti je považována za základ kvalitní ošetrovatelské péče o umírající, kteří bolestí trpí.

Bolest nelze vnímat pouze jako somatický vjem. Může být tělesná i emocionální (spirituální tíseň, smutek, úzkost, nejistota, hněv, strach a opuštěnost). Tyto obě složky bolesti se vzájemně ovlivňují. Nedostatečně léčená tělesná bolest může podporovat emocionální rozlady pacienta a bolest emocionální může vést ke zvýšení tělesného utrpení. (O'Connor a Aranda 2005; Sláma et al. 2007)

3.4.1 Hodnocení bolesti

Bolest je vždy subjektivní, nemůžeme se jí dotknout, je nutné ji nemocnému věřit. Pro hodnocení používáme číselnou škálu od 0 do 10, kde 0 znamená „žádnou bolest“ a 10 „nejhorší bolest, jakou si lze představit“.

Není-li pacient schopen použít číselnou škálu, používají se škály verbální, které popisují intenzitu bolesti jako „žádnou“, „mírnou“, „středně silnou“, „silnou“ a „nesnesitelnou“. Pro vizualizaci je vhodné hodnocení pomocí úsečky označené čísly nebo pravítka. Zjišťujeme lokalizaci, charakter bolesti a jak dokáže ovlivnit pacientův denní režim, spánek či chuť k jídlu. Je dobré se také zaměřit na to, jaká je představa pacienta o možnostech ovlivnění bolesti, a ujistit ho o tom, že téměř každá bolest se dá zvládnout. (Marková 2010; O'Connor a Aranda 2005)

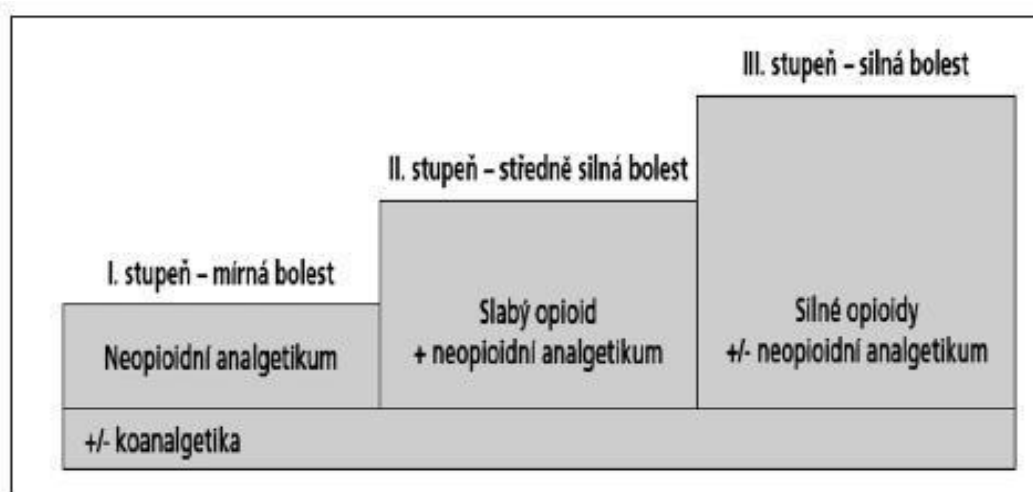
3.4.2 Farmakoterapie dle škály WHO

Světová zdravotnická organizace WHO stanovila tři základní kritéria léčby bolesti:

1. léčba podle analgetického žebříčku
2. léčba podle hodin
3. preferovat perorální podání.

Podle „analgetického žebříčku“ se začíná při mírné bolesti s neopioidními analgetiky. U středně silné bolesti se přidávají opioidní analgetika, a pokud ani to nestačí, slabé opioidy se vymění za silné. Na každém stupni je vhodné použití adjuvantních analgetik.

Obr. č. 1 Analgetický třístupňový žebříček WHO (Marková 2010, s. 100)



Termín „podle hodin“ znamená podávání analgetik v pravidelných časových intervalech, aby se tak udržela stálá terapeutická hladina léku v krvi.

Při „preferenci perorálního podání“ se vždy podle možností snažíme podat léky ústy. Neinvazivní podání zahrnuje i způsob rektální a transdermální. (O'Connor a Aranda 2005; Marková 2010)

3.4.3 Celková bolest

Celkovou, totální bolest nevyléčitelně nemocných nelze zcela odstranit, ale lze ji účinně mírnit. (Sláma et al. 2007)

Existence nesnesitelné fyzické nebo psychické bolesti bývá dominantní podmínkou pro případnou eutanazii. Strach před nesnesitelnou bolestí je pochopitelný, u moderního člověka bývá panický. *„Kdyby bylo skutečně velkoryse bojováno s nesnesitelnými bolestmi a kdyby byla fakta o jejich zvladatelnosti více známa, patrně by výrazně prořídly řady zastánců eutanazie.“* (Haškovcová 2007, s. 140)

3.4.4 Paliativní sedace

Paliativní sedace je stav, kdy se pomocí nitrožilně podávaných léků snižuje hladina vědomí pacienta od mírného stupně, kdy je pacient schopen reagovat na slovní či fyzické podněty, až do stavu hlubokého bezvědomí.

Otázku sedace je nutno s pacientem a jeho rodinou otevřeně probrat a provádět ji pouze s jejich souhlasem.

K paliativní sedaci lze přistoupit tehdy, nedaří-li se zmírnit utrpení pacienta a jsou-li vyčerpány všechny dostupné možnosti.

Z etického hlediska se jedná o čin dobrý, ba dokonce morálně žádoucí, neboť sedace či tlumení pacienta, který trpí na konci života nezvladatelnými bolestmi a dalšími potížemi, mírní jeho utrpení. Záměrem není zkrátit život nebo urychlit smrt, nýbrž utrpení eliminovat. Utlušení pacienta do té míry, aby netrpěl, může v některých případech život pacienta i prodloužit.

Je-li prováděna paliativní sedace správně, je v souladu s rolí ošetřovatelství obhajovat zájmy pacienta, chránit důstojnost umírajícího a mírnit utrpení poskytováním profesionální, empatické péče. (Sláma et al. 2007; Heřmanová a kol. 2012)

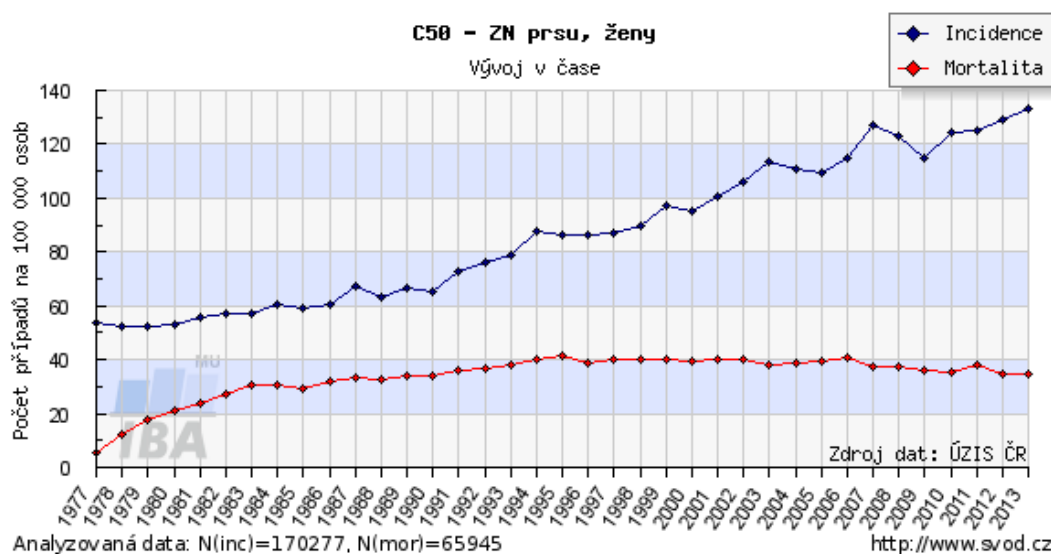
4 Teoretická východiska

Vzhledem k tomu, že se v ošetrovatelské části věnuji zpracování případové studie pacientky s karcinomem prsu, následující text bude věnován problematice tohoto onemocnění.

4.1 Epidemiologie onemocnění

Karcinom prsu je nejčastějším zhoubným nádorem žen. Vysoká incidence nádorů prsu je zřejmá ve všech vyspělých zemích světa, zejména v zemích severní a západní Evropy a severní Ameriky. V České republice v roce 2013 dosáhl počet nově diagnostikovaných nádorů prsu u žen výše 7140, což představuje 133,48 nádorů na 100 000 žen.

Obr. č. 2 Vývoj incidence a mortality nádorů prsu v populaci českých žen



V posledních letech lze pozorovat stálý nárůst incidence. Nejprudší vzestup je po 50. roce věku. Riziko, že žena během svého života onemocní rakovinou prsu v současnosti činí téměř 13 %. Není zcela jasná příčina zvyšujícího se výskytu. Předpokládá se, že zavedením mamografického screeningu se zvýšil nárůst diagnostikovaných karcinomů prsu. (Krška a kol. 2014; Abrahámová a kol. 2009)

4.2 Popis onemocnění

Rakovina prsu představuje hlavní onkologickou zátěž české ženské populace a je také stále nejčastější příčinou úmrtí žen na nádorové onemocnění.

4.2.1 Patofyziologie karcinomu prsu

Zhoubný nádor charakterizuje nekontrolovatelný růst buněk, které se překotně množí. Nádor nejdříve roste pomalu a na jednom místě (tzv. „in situ“), později proniká agresivně do okolí a destruuje tkáň a orgány. Nejčastěji se jedná o karcinom duktální, vycházející z buněk výstelky mlékovodů. Méně častý karcinom lobulární vychází z buněk výstelky mléčných lalůčků. Zhoubné buňky pronikají mízní cestou do lymfatických uzlin, a nejsou-li zničeny obrannými mechanismy organismu, usazují se zde a tvoří lymfatické metastázy. Karcinom prsu metastazuje nejčastěji lymfatickou cestou do spádových uzlin v axile, do nadklíčkové a podklíčkové krajiny, do uzlin na krku, podél velkého prsního svalu a do nitrohruďných uzlin. Zhoubné buňky pronikají také cévami do orgánů a vytváří tak hematogenní metastázy. Vzdálené metastázy jsou nejčastěji do plic, pleury, kostí, jater a mozku. Pak hovoříme o systémovém onemocnění. (Janíková a Zeleníková 2013; Abrahámová a kol. 2009)

4.2.2 Anatomie mléčné žlázy

Prs (mamma) je párová laločnatá žláza, uložena v tukovém polštáři na přední ploše hrudníku. Prsy procházejí během života ženy různými změnami, které jsou podmíněny hormony, a to zejména v období puberty, těhotenství, kojení a v přechodu. S věkem mění prsy svůj tvar, velikost i hmotnost. Mléčná žláza se skládá z 15 – 20 laloků, které jsou tvořeny menšími lalůčky (lobuly) produkujícími mléko. Vývody několika lalůčků (dukty) se spojují do společných mlékovodů (tubulů), které ústí drobnými otvory na bradavce uprostřed prsního dvorce. Většinu objemu nekojícího prsu tvoří tuková a fibrózní pojivová tkáň.

Mléčná žláza je bohatě cévně i lymfaticky zásobená. Tok mízními cévami je přerušován mízními uzlinami, které slouží jako filtr. Prvotním uzlinovým spádem prsu jsou uzliny podpažní, mezižeberní a nadklíčkové. Topograficky lze

prs rozdělit vertikálou a horizontálou procházející bradavkou na 4 kvadranty. Karcinom prsu se nejčastěji vyskytuje v zevním horním kvadrantu. (Dylevský 2000; Abrahámová a kol. 2009)

4.2.3 Etiologie a faktory vzniku

Etiologie karcinomu prsu je multifaktoriální. K rizikovým faktorům patří: vyšší věk, dědičné faktory (pozitivní rodinná anamnéza), časná menarché a pozdní menopauza, obezita, kouření, alkohol, současný životní styl, nedostatečná edukace v oblasti samovyšetřování prsů, bagatelizace problematiky a podcenění důležitosti preventivních prohlídek. Častěji jsou postiženy ženy, které nerodily a nekojily. Kontraceptiva nemají jednoznačný vliv na výskyt karcinomu prsu, avšak u hormonální substituční terapie se již uvádí zvýšené riziko. Názor na podíl jednotlivých rizikových faktorů není zcela jednotný stejně tak jako na účinnou prevenci.

V poslední době se dostává stále více do popředí možnost genetického vyšetření u rizikových žen, kdy se porucha jedné kopie genu BRCA1, BRCA2 projeví zvýšenou pravděpodobností vzniku nádoru. (Slezáková a kol. 2010; Krška a kol. 2014)

4.2.4 Symptomatologie

Zhoubný nádor prsu v prvopočátku nezpůsobuje žádné obtíže, je asymptomatický. Obvykle si žena sama nahmatá bulku v prsu. V pokročilém stadiu se objevuje hmatná neohraničená rezistence s fixovanou kůží charakteru pomerančové kůry, vpáčená bradavka a sekrece z prsu. Tyto příznaky jsou již často doprovázeny výskytem metastáz v jiných orgánech či strukturách. Takový náález má obvykle nepříznivou prognózu. (Slezáková a kol. 2010)

Doporučenou metodou včasného zachytu rakoviny prsu je samovyšetřování vlastních prsů: pravidelně jednou měsíčně, obvykle druhý nebo třetí den po skončení menstruace, vyšetřit oba prsy i oblasti spádových lymfatických uzlin, tedy podpaží, nadklíčkovou a podklíčkovou krajinu. Samovyšetřování nemůže odhalit nehmatné léze a nenahrazuje screening. Ženy,

kteře pravidelně a dobře provádějí samovyšetřování, přicházejí s menšími nádory. (Abrahámová a kol. 2009)

4.2.5 Vyšetřovací metody

Diagnostika je iniciována odběrem anamnestických údajů týkajících se případné genetické zátěže. Následuje fyzikální vyšetření (pohledem a pohmatem) prsu včetně vyšetření spádových lymfatických oblastí, zejména axily a nadklíčkových uzlin.

- 1. Preventivní vyšetřování s cílem časného záchytu** - samovyšetřování žen, screeningové mamografie žen nad 40 let věku.
- 2. Diagnostika nejasného nálezu na prsu** - ultrasonografie, mamografie, biopsie, excize, s cílem rozlišit maligní a benigní lézi, a u maligní stanovit histologickou povahu a stupeň diferenciaci, přítomnost receptorů.
- 3. Diagnostika rozsevu onemocnění** s průkazem metastatického procesu - scintigrafie skeletu, pozitronová emisní tomografie (PET), computerová tomografie (CT), magnetická rezonance, sonografie, rentgen.
- 4. Genetické vyšetření** s cílem vyčlenit rizikovou skupinu nemocných (BRCA).
- 5. Dispenzarizace a re-staging** po podané léčbě s cílem stanovit remisi, částečnou remisi, relaps onemocnění.

Relativní diagnostickou novinkou je vakuem asistovaná biopsie prováděná speciální odběrovou jehlou, tj. mammotomem, která se může provádět pod přístrojovou kontrolou (stereotaktická či ultrazvuková – hand held mammotomie). Výhodou této metody je větší vzorek tkáně, nevýhodou však cena. (Slezáková a kol. 2010; Janíková a Zeleníková 2013)

4.2.6 Terapie

Léčba karcinomu prsu je komplexní. Základem je chirurgická léčba. O typu a načasování chirurgického výkonu se rozhoduje na multidisciplinárním onkologickém týmu, který tvoří chirurg, onkolog, radioterapeut a rentgenolog. Rozhodující pro způsob léčby je stanovení TNM klasifikace (T - velikost tumoru, N - postižení spádových uzlin a M - přítomnost nebo nepřítomnosti metastáz). Na základě TNM klasifikace se stanoví stadium onemocnění. Chirurgické výkony

pro karcinom prsu jsou v zásadě: konzervativní – šetřící (kvadrantektomie, tumorektomie) a radikální – ablace (snesení) prsu. U nepokročilých fází karcinomu je indikováno vyšetření nádoru nejbližší sentinelové uzliny, které je šetrnější vůči pacientce a nahrazuje exenteraci axily.

V případě lokalizovaného onemocnění bez metastáz chirurgickou léčbu doplňují ostatní léčebné metody: chemoterapie, radioterapie, hormonální terapie a biologická léčba.

Neoadjuvatní chemoterapie se používá předoperačně za účelem zmenšení nádoru a omezení rozsahu chirurgického výkonu. Shodným účelům slouží neoadjuvatní radioterapie.

Adjuvantní chemoterapie a adjuvantní radioterapie přicházejí na řadu po chirurgické léčbě primárního nádoru za účelem likvidace mikrometastáz.

Pacientky s metastatickým karcinomem prsu prochází paliativní systémovou léčbou s účelem částečné či kompletní remise, usnadněním a prodloužením života s chorobou, případně co nejdelšího beznádorového intervalu. Pokrokem v léčbě karcinomu prsu byl objev estrogenových receptorů v nádorových buňkách. Podle přítomnosti a množství těchto receptorů lze inhibitory aromatázy potlačit růst nádoru.

Při systémové terapii kostních metastáz postihujících skelet se používají nitrožilně bisfosfonáty s doplněním vápníku a vitamínu D.

Biologická léčba probíhá ve speciálních komplexních onkologických centrech a spočívá v dlouhodobém podávání látek, které ovlivňují řetězce dějů určitých receptorů nutných pro přežívání a růst buněk. (Abrahámová a kol. 2009; Janíková a Zeleníková 2013; Slezáková a kol. 2010)

4.2.7 Komplikace léčby

Rakovina prsu je závažným onemocněním, proto vyžaduje velmi účinnou terapii, která se neobejde bez vedlejších účinků, které je nutno znát předem. Snášenlivost léčby je individuální. Ne všechny uvedené účinky se musí u pacienta objevit.

Amputace prsu s odstraněním podpažních uzlin může zasáhnout do pohyblivosti ramenního kloubu. Mezi vážnější komplikace řadíme

postmastektomický bolestivý syndrom provázený pocity stahování a pálení v oblasti okolí operační rány a lymfédém na straně operovaného prsu. Aplikaci cytostatik často provázejí nežádoucí účinky: nevolnost, zvracení, reakce v místě vpichu při nitrožilním podání, alergická reakce, horečka, zimnice a třesavka, úbytek počtu bílých krvinek, infekce, úbytek počtu krevních destiček, ztráta vlasů, zánět ústní sliznice, zánět střevní sliznice a průjem, zácpa, poškození kůže a nehtů. Po týdnech až měsících po léčbě se objevuje anémie, poškození jater a plic. S odstupem času hrozí neplodnost, sekundární malignity, srdeční komplikace, poškození močového měchýře, sluchu, ledvin a nervů. Vedlejší účinky radioterapie může doprovázet zarudnutí ozařované kůže. Nežádoucí účinky biologické léčby se mohou projevit např. špatným hojením ran, krvácením ze sliznic, průjmy, nevolností a náchylností k tromboembolické příhodě. (Abrahámová a kol. 2009)

4.2.8 Prognóza

Prognóza se odvíjí od operability a velikosti nádoru, také podle počtu postižených regionálních uzlin. Při negativním histologickém vyšetření uzlin recidivuje tumor jen u 20 % pacientek. Při postižení axilárních uzlin riziko recidivy dosahuje 60 až 80 %. I přes dočasný úspěch paliativní chemoterapie se průměrné přežití pacientek s metastázami karcinomu prsu pohybuje od 7 do 20 měsíců. Déle přežívají nemocné pouze s kostními metastázami než nemocné s metastázami v měkkých tkáních. (Adam a kol. 1998)

Ukončením léčebného procesu návštěvy ženy u onkologa nekončí. Zhoubný nádor prsu je chronickým onemocněním s možností eventuálních recidiv. Dispenzární péče je celoživotní. Existuje řada občanských sdružení zaměřených na onemocnění prsu, která se soustředí na psychickou a sociální podporu pacientek se zhoubnými nádory prsu (Liga proti rakovině, společnost Arcus, Evropa Donna a další). Karcinom prsu představuje závažný problém i z hlediska psychické zátěže ženy. Odstranění prsu je trauma, vyžadující podpůrnou psychoterapii již před operací. V případě úspěšného výkonu je možná plastická remodelace prsu. (Abrahámová a kol. 2009)

Ošetřovatelská část

5 Kazuistika

Pacientka, kterou jsem si zvolila pro zpracování ošetřovatelské části, byla hospitalizovaná na lůžkovém oddělení paliativní péče. Informace jsem získala od pacientky a jejího manžela, ze zdravotnické dokumentace a od personálu daného oddělení. Bakalářskou práci jsem zpracovala se souhlasem pacientky.

5.1 Anamnéza

Jméno: B. V.
Pohlaví: žena
Věk: 52 let
Bydliště: Středočeský kraj
Stav: vdaná
Datum příjmu: 16. 9. 2015
Základní diagnóza: generalizovaný karcinom prsu

5.1.1 Lékařská anamnéza

Osobní anamnéza:

Diabetes mellitus 2. typu na dietě, od 3/2015 na inzulinu 2 x denně

Operace: sekce před 17 lety

Stav po 8 cyklech paliativní chemoterapie FEC (15. 8. 2013 - 23. 1. 2014)

Stav po paliativně Femara 2/2014 - 2/2015

Stav po paliativní radioterapii pravého prsu 29. 4. - 14. 5. 2015

Stav po 13 aplikacích Taxol weekly 19. 2. - 9. 7. 2015

Stav po terapii s Xelodou 7 - 9/2015

Stav po krvácení z primárního tumoru prsu vpravo 4/2015

Nově generalizace do CNS

Rodinná anamnéza:

Otec zemřel v 70 letech na centrální mozkovou příhodu.

Matka žije, 69 let, zdravá.

Sourozenci: bratr zdrav, sestra má srdeční vadu.

Děti: dcera zdravá.

Farmakologická anamnéza:

Xeloda 500 mg tbl. 4-0-4 (30 minut po jídle) týden on/ týden off (cytostatikum)

Apo-Tramadol/ Paracetamol 37,5 mg/ 325 mg tbl. 1-0-1 (opioidní analgetikum)

Novomix 30 Flexpen inj. s.c. 8j-0-8j (analog inzulinu)

Novalgín 1 amp. i.v 1-1-0-1 (analgetikum, antipyretikum, spasmolytikum)

Dexona 8 mg i.v. 6-14-22 hod. (glukokortikoid)

Ortanol 40 mg tbl. 1-0-0 (omeprazolium)

Alergická anamnéza:

Alergie nemá, alergie na léky: Paclitaxel

Abusus:

Nikdy nekouřila, alkohol příležitostně

Pracovní anamnéza:

Ing. ekonomie, účetní

Sociální anamnéza:

Vdaná, bydlí s rodinou

Gynekologická anamnéza:

Menses od 13 do 43 let, 1 porod sekci ve 35 letech, kojila 4 měsíce, bez mastitis, hormonální antikoncepce 0, abortus 0

Nynější onemocnění:

Pacientka přijata z Onkologické kliniky, kde byla dva roky léčena. Nyní s generalizovaným karcinomem prsu s infiltrací kůže, exulceracemi, infiltrací

hrudní stěny, pohrudnice, lymfedémem, metastázy do skeletu, plic, pleury, jater, kostí a nově do mozku. Dle computerové tomografie ze dne 11. 9. 2015 potvrzeno postižení dury s následným subarachnoidálním krvácením. Byla ukončena onkologická léčba, dále pouze symptomatická terapie.

Fyziologické funkce:

P: 90/min **TK:** 130/90 mm/Hg **D:** 13/min **TT:** 36,6°C
Váha: 77kg **Výška:** 165cm **BMI:** 28

5.1.2 Ošetrovatelská anamnéza

Ošetrovatelská anamnéza byla odebrána při mé 2. návštěvě pacientky na paliativním oddělení (2. 10. 2015) a zpracována k 17. dni hospitalizace. Zvolila jsem ošetrovatelský model podle Virginie Henderson, který se zabývá základními lidskými potřebami, jež jsou vlastní všem lidem v oblasti biologické, psychické, sociální i spirituální. V rozhovoru s pacientkou jsem však záznam provedla do nemocničního formuláře, který je uveden v příloze.

1. Potřeba dýchání

Pacientka je nekuřačka. Strávila své dětství na venkově na čerstvém vzduchu. Nikdy netrpěla dýchacími potížemi. Dává přednost chladnějšímu čerstvému vzduchu, čemuž svědčí i pootevřené ventilační okno při návštěvě. Až po sérii cytostatické léčby se cítila někdy natolik vyčerpaná, že ji unavovalo i dýchání, jak udává. Vždy jí pomohl spánek a klid k obnově fyzických sil a tím i normálního dýchání. Poslední rok vnímá občasnou bolest na zádech v úrovni hrudní páteře. Ví, že zdrojem potíží jsou metastázy.

Pacientka dýchá klidně, frekvencí 13 dechů za minutu. V lůžku leží na zádech ve zvýšené poloze pod hlavou. Na noc si polohu snižuje.

2. Potřeba dostatečného příjmu potravy a tekutin

Pacientka jedla všechno, stravovala se zdravě, nikdy nedržela diety, dříve preferovala masitá jídla i bez přílohy. Vaření nebylo zrovna jejím koníčkem, ale pečení vánočního cukroví a sladkých moučníků během roku ji bavilo, proto se doma také tímto směrem realizovala. Vzpomíná však na náročné období chemoterapie, kdy jedla podstatně méně a téměř bez apetitu. Nemocniční jídlo

pacientce vcelku vyhovuje, jí menší porce. Na co má chuť, to jí může přinést manžel. Za poslední tři měsíce u pacientky nedošlo k výraznému váhovému úbytku. Chrup má svůj, polyká bez obtíží. Zubaře navštěvovala pravidelně. Nevolností netrpí. Z doplňků stravy doma používala šumivý Celaskon. Denně vypije asi litr tekutin. Preferuje džus, mátový čaj a nesycenou minerální vodu.

BMI pacientky je v normě (28). Navzdory těžké diagnóze se její tělesná schránka neobvykle zachovale. Registruji mírně nateklé dolní končetiny. Pacientka je schopná se napít sama, hrnek má na stolku vedle lůžka. K jídlu si může přejít ke stolu a najíst se příborem, někdy se stravuje vsedě na lůžku. Konstatuje, že je o ni postaráno jak v hotelu, teplou stravu přinesou i odnesou. V nemocnici má ordinovanou diabetickou dietu. Při nevolnosti má pacientka SOS medikaci: Ondansetron 4 mg ve 20 ml fyziologického roztoku nitrožilně, maximálně 2 x denně.

3. Potřeba vyměšování

Potíže s vyprazdňováním se objevily až s pobytem v nemocnici. Do té doby měla pacientka víc pohybu. Přiznává, že zde musela zpomalit, což odpovídá jejím momentálním potřebám. (K tomu se pojí i více času na přemýšlení.) Se sníženým příjmem tekutin je spojeno i snížené vylučování moči potažmo stolice. V případě potřeby se vyprázdnit, dostává projímadlo Lactulosu. Když dovolí aktuální zdravotní stav pacientky, doprovodí ji sestra na toaletu. Jindy má možnost použít přenosné WC na pokoji, kde jsou další dvě pacientky. Pro soukromí je k použití plenta, ale doprovodné zvuky při samotném úkonu nejsou nic příjemného, i když se pacientky navzájem tolerují. Má možnost také použít podložní mísu, uloženou na dosah. Poslední stolice byla po požití 5 ml Lactulose 1.10.

4. Potřeba pohybu a udržování vhodné polohy

V Barthelové testu základních všedních činností ADL dosáhla pacientka 75 bodů, což odpovídá lehké závislosti. Při péči o svou osobu vykonává mnoho věcí sama, jindy pomáhá personál nebo manžel. Vzhledem k vyhodnocení středního rizika pádu potřebuje doprovod. Nedá se říci, že by tento „servis“ zneužívala. I při návštěvách leží raději v lůžku s polohovacím zařízením a odpočívá. Někdy si připadá jako zlámaná. Zmiňuje fakt, že by to mohlo být

nemocničním lůžkem, ale nejspíš bude příčina v metastatickém procesu jejího onemocnění. Vzhledem k tomu, že je pátek, má slíbenou propustku na víkend a těší se na svou postel. Sama je natolik schopná, že se dokáže aktivně polohovat z boku na bok, opatrně vstávat z lehu do sedu. Má k ruce signalizační zařízení. Hodnotí svou chronickou bolest dle VAS (vizuální analogová škála) stupněm 2. Při bolestech má pacientka SOS medikaci: Novalgin 1 g ve 100 ml infuzi fyziologického roztoku nitrožilně, maximálně 4 x denně. Předchozí den byla pacientce pro cefaleu (bolest hlavy) přidána malá dávka fentanylu transdermální náplastí s dobrým efektem (Durogesic 12,5 µg/hod).

5. Potřeba spánku a odpočinku

Vzhledem k účinkům užívaných léků pacientka tráví většinu času na lůžku. Není důvod se někam honit, jak tvrdí. Oceňuje prostor ke zklidnění i vlídný personál, který ráda pozoruje a velmi kladně hodnotí. Přes den se jí zejména po obědě podaří zdřímnout. Je následně odpočatá a připravená na návštěvu manžela, který přichází denně po jeho pracovní době. V případě nespavosti žádá o tabletu na spaní Stilnox, ale není to pravidlem. Ideální polohu na usnutí shledává většinou na zádech. Sestry vědí, jak blahodárně působí na pacientku před usnutím vyvětraný pokoj.

6. Potřeba vhodného oblečení, oblékání a svlékání

Pacientka netrvá na tom, že by musela mít na sobě své pyžamo, proto používá ústavní košili. Má k tomu své praktické důvody: jednak je lépe zpřístupněn tumorem změněný prs, který si ošetřuje zatím sama a potom manžel nemá starost s dalším prádlem na praní. Spodní prádlo i ponožky si zvládne obléci sama, tkanice od košile jí pomáhá zavázat ošetřující personál nebo manžel.

7. Potřeba udržování fyziologické tělesné teploty

Pacientka preferuje chladnější prostředí, považuje se spíš za horkokrevnou. V pokoji je často během dne větráno, už z toho důvodu, že jsou zde přítomny pacientky tři. Personál je v této záležitosti velmi vstřícný, pomáhá sladovat požadavky na příjemné prostředí všem přítomným. Aktuální tělesná teplota pacientky je 36,6 °C. Při horečce má pacientka SOS medikaci: Paracetamol 1 g ve 100 ml infuzi fyziologického roztoku nitrožilně, maximálně 4 x denně.

8. Potřeba udržování upravenosti a čistoty těla

Pokud stav pacientce dovolí, je schopná se umýt vsedě u umyvadla. S doprovodem se zvládne v koupelně vysprchovat. To se po patričním výdaji energie pak náležitě odpočívá. Paní se sprchovala předchozí podvečer a ošetřovatelka jí pomohla s mytím hlavy. Vlasy snad není ani potřeba česat, protože jsou velmi krátkého střihu, ale pro dobrý pocit si je pacientka učeše. Zuby si čistí sama ráno a večer, používá dentální nit. Nehty si také stříhá bez pomoci. Nos a uši zvládá vyčistit sama. Pacientka je natolik šikovná, že dokud může, sama si ošetřuje svůj tumorózně změněný prs. Používá k tomu i své prostředky: Mepilex Transfer Ag. Před aplikací krytí vždy ránu očistí, poté nanáší náplast obsahující stříbro, na ni klade absorpční vrstvu. Tento způsob moderního krytí ran účinně odvádí exsudát do druhé vrstvy a zároveň brání mikrobiálnímu růstu, pacientce minimalizuje traumatizaci okolní kůže a bolest pociťovanou při výměně krytí. Takto si prs pacientka ošetřuje ob den. V případě protečení obvazu je jí nabídnuta čistá košile. Ruce si pacientka promazává krémem, k příjemnému pocitu po koupeli používá k promazání dolních končetin tělové mléko s aromaterapeutickými účinky. Kožní turgor je v normě, predilekční místa beze změn. Nebezpečí vzniku dekubitu dle Nortonové při 27 bodech není zatím významné.

9. Potřeba prevence poranění sebe i druhých

Pacientce bylo vyhodnoceno střední riziko pádu dle Conleyové. Při pohybu okolo lůžka se cítí jistá. Doprovod je nutný do sprchy nebo na toaletu. Nemá tendence se procházet po oddělení, na to se cítí příliš unavená. Přes den i v noci má levou postranicí u lůžka zvednutou, aby se cítila bezpečněji. Na pravé straně u lůžka má noční stolek a pojízdný stolek, na nich brýle, knížku, mobil, nápoje a další osobní věci. Má u sebe také notebook. Byla zvyklá pracovat do poslední chvíle před hospitalizací. Je při vědomí, slyší dobře, brýle používá na čtení. Signalizaci má po ruce jako každý z pacientů tohoto oddělení.

10. Potřeba pacientovi při komunikaci, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů

Pacientku denně navštěvuje manžel. V týdnu se u ní vystřídá její dcera, synovec, sestra a matka. Návštěvy dělají pacientce radost, ale někdy dokážou také značně unavit. Pacientka se jeví jako velmi sdílná a otevřená ke konverzaci navzdory ubývajícím fyzickým silám. Zmiňuje fakt, že je pro ni snadnější hovořit o její nemoci s kvalifikovaným personálem než se svými nejbližšími. Po rozpacích s přechodem na paliativní léčbu a následným překladem na současné oddělení, její mysl dochází pokoje a klidu. Dokáže si představit to, že by marodila doma, ale nechtěla by svým stavem zatěžovat rodinu. Je přesvědčená o tom, že je to tak lepší. Informace ohledně zdravotního stavu pacientky dostává její manžel. Ten oceňuje na pobytu nejvíc to, že manželka netrpí bolestmi a je v rukou vlídně pečujícího a citlivého personálu.

11. Potřeba vyznání vlastní víry

Pacientka nevyznává žádné náboženství. S rodinou chodí o vánocích na mši svatou na Štědrý večer, to považuje za součást vánočních zvyků. Pobyt v nemocničním prostředí, ve kterém se pohybují i řádové sestry, ji nijak nestresuje. Naopak. Vnímá jejich úsměv a klid, působí na ni pozitivně. Tvrdí, že jí hodně toto místo pomohlo. Myslí si, že důležitější než víra je to, jak se člověk chová. Duchovní servis jí nabídla osobně řádová sestra Lada, která pochází z rodného kraje pacientky. I touto skutečností se docela sblížily. Seznámila ji s možností sledovat v televizi přímý přenos bohoslužby z nemocničního kostela, které probíhají několikrát týdně. Tu zatím nevyužila. Sestra Lada také nabízí předčítání knih k poslechu pacientky a písni s kytarou u lůžka.

12. Potřeba smysluplné práce a produktivní činnosti

Pacientka se netají názorem, že její diagnóza je ve skutečnosti „workoholik“. A sice od té doby, jakmile její dcera nastoupila do základní školy. Práce s lidmi ve firmě i s čísly jako účetní ji bavila a naplňovala. I v době absolvování chemoterapie chodila s částečnými úlevami do zaměstnání. Až teprve před měsícem dospěla k tomu, že si vyřídila pracovní neschopnost. Kolegové jí do nemocnice poslali krásné přání poštou, na které se všichni podepsali s ujištěním, že jim chybí a moc na ni vzpomínají. Přání má své místo na nočním

stolku. Má v nemocnici osobní notebook ve stolku u lůžka, který otevírá podle aktuálního stavu.

13. Potřeba účasti na různých formách odpočinku

Pacientka dokázala v životě pracovat s velkým nasazením a uměla také odpočívat. S manželem a dcerou chodili do přírody, ráda houbařila. Ráda dělala doprovod manželovi, který jako vodák závodně sjížděl řeky po České republice. Dokonce s ním i dvakrát sjíždění řeky absolvovala. Po vydání energie na vodě na sklonku dne ocenila romantiku praskání dříví u ohně. Nejen na tyto chvíle často vzpomíná, když má nyní možnost se zastavit a poohlédnout za svým životem. Také pobyt o víkendech na chalupě, setkání s blízkými a práce na zahradě měla svůj smysl a naplnění. Za dob studentských let to bylo divadlo a kino. Čtení knih jí zůstalo dodnes.

14. Potřeba učení a zvědavosti, objevování nového

Pacientka se ochotně ujala péče o svůj nemocný prs. Na doporučení odborníků se aktivně zajímala o účinky moderního krytí rány. Za poslední týden si přečetla několik Čapkových povídek a Franklův bestseller *A přesto říci životu ano*. To ji přimělo k trochu jinému pohledu na svou situaci i svět. Tvrdí, že se člověk učí celý život. Teší ji, když se členové personálu představují jménem, třebaže si je všechny není schopná zapamatovat. Neřeší tolik fyzickou bolest, protože ví, že je o ni postaráno. Naopak se spíše vrací do zlomových okamžiků svého života a dětství. O svém zdravotním stavu byla i s manželem informována. I díky tomu měla čas si vyřešit rodinné záležitosti a předat včas své kompetence manželovi.

5.2 Průběh hospitalizace

Průběh hospitalizace sestává z ošetrovatelské péče a zpracovaných rozhovorů s pacientkou.

5.2.1 Ošetrovatelská péče

Pacientka byla přijata na paliativní oddělení 16. 9. 2015 z Onkologické kliniky k symptomatické léčbě v doprovodu manžela. Při antiedematózní léčbě byl její zdravotní stav překvapivě stabilizován.

Pacientka byla uložena na třílůžkový pokoj, kde se celkem rychle adaptovala na nové prostředí. Paní V. byla hospitalizovaná celkem 56 dnů.

Zpočátku jejího pobytu byla soběstačná, orientovaná, schopná se umýt, najíst, vyprázdnit, převazovala a ošetřovala si nemocný prs. Pohybovala se sama kolem lůžka a s pomocí personálu po chodbě. Než nastoupila k hospitalizaci, podařilo se jí a manželovi vyřídit osobní záležitosti. Působila klidně, vyrovnaně a sdílně. Během hospitalizace byla přestěhována na jednolůžkový pokoj s možností doprovázení rodinou (tzn. s lůžkem pro příbuzného).

Stylem práce i při komunikaci nikam nespěcháme, chováme se ohleduplně, snažíme se o pozitivní, empatický přístup a vytvoření přátelského, vlídného a rodinného prostředí. Pravidelně hodnotíme a zaznamenáváme bolest podle škály bolesti, podáváme analgetika „podle hodin“ a dle SOS medikace, kontrolujeme a zaznamenáváme jejich účinek. Ujišťujeme pacientku o tom, že nebude trpět bolestí a že se může s čímkoliv obrátit na ošetřující personál. Průběžně hodnotíme plán léčby a celkový stav pacientky. K tomu i k dalším souvislostem nám slouží pravidelná setkávání týmu každé pondělí odpoledne od 14 do 15 hod. Multidisciplinární tým tvoří lékaři, sestry, sanitáři, sociální pracovníci, psychologové duchovní péče, sestra Lada a dobrovolníci.

Komplexní ošetrovatelská péče je zaměřená na zmírňování utrpení pacientky a zajištění klidného umírání a smrti. Sledujeme a snažíme se včas reagovat na bio- psycho- socio- spirituální potřeby pacientky. Snažíme se o co nejvyšší komfort pacientky a o snižování rizik plynoucích z jejího stavu. O postupech péče i léčby informujeme pacientku i jejího manžela. Nasloucháme jejich přáním i obavám. Necháváme je vymluvit a společně hledáme individuální řešení. Snažíme se plnit přání pacientky. Za velký úspěch považují po sedmnáctidenní hospitalizaci víkendovou propustku do domácího prostředí, kde byla pacientka pod dohledem manžela a spolu s dcerou. V pátek jí byla

vyměněna transdermální náplast, aby byla bolest pokryta na dalších 72 hodin. Po návratu z propustky se stav pacientky postupně začal zhoršovat.

Pacientka si nejdříve stěžovala na bolesti hlavy, později na bolest ve skeletu a hrudníku. Metamizol (nesteroidní antirevmatikum) je kombinován s transdermální náplastí Durogesic 12,5 µg/hod. Po navýšení analgezie dochází k úlevě od bolesti.

Ve stavu, kdy pacientka zůstává upoutaná na lůžko, nasazujeme antidekubitní matraci, používáme různé druhy a velikosti polohovacích pomůcek, polohujeme přes den i v noci po 2 hodinách. V poloze na pravém boku se jí lépe dýchá. Proti pádu zajišťujeme lůžko zvednutými postranicemi. Snažíme se o šetrnou manipulaci při každodenní hygieně i polohování. Koupel na pojízdném lehátku nebo ve vaně zajišťujeme každý druhý den. Sledujeme stav kůže pacientky, predilekční místa promazáváme olejem Menalind, paty zvláčňujeme přípravkem Leniens. Pravidelně měníme osobní a ložní prádlo. Maligní ránu převazujeme každý druhý den. Po vyčerpání pacientčinych zásob Mepilexu Ag, používáme roztok Betadine na sterilní krytí. Okolí rány udržujeme v čistotě. Při převazu dodržujeme zásady asepse.

Jako vedlejší účinek léčby kortikoidy se objevil v dutině ústní soor. Dutinu ústní ošetřujeme antimykotickou masť Nystatin. Sledujeme příjem a výdej tekutin, pomáháme pacientce s krmením a pitím. Při zácpě podáváme Dulcolax 2 čípky denně.

Dvacátý den hospitalizace dochází ke skokovému zhoršení neurologického nálezu pacientky v podobě kombinované fatické poruchy řeči a kvadruparézy následkem metastatického procesu v mozku. Neklid byl tlumen Tiapridalem. Po opakování epileptických záchvatů zpřístupňujeme port a podáváme Dormicum kontinuálně do dávkovače. K ošetření portu používáme Inadine, Bedatine a sterilní krytí. Zavádíme permanentní močový katetr, sledujeme a zaznamenáváme příjem a výdej tekutin. Pacientka je v této fázi zcela nesoběstačná. Znovu byla navýšena analgetická dávka pro bolest z metastatického procesu v hrudní páteři a po epizodách dušnosti, kdy pravidelně aplikujeme Morphin 1 % do podkoží á 8 hod a měníme transdermální náplasti Durogesic 25 µg/hod. Dostavuje se mírný ikterus pro metastaticky změněná játra. Podáváme

kapky proti kašli Stoptussin, kontrolujeme denně glykémii. Po krátké stabilizaci zdravotního stavu se postupně zhoršovala orientace, po dobu expresivní afázie byla domluva s pacientkou ztížena.

Poslední dva dny života dochází k výraznému zhoršení stavu, pacientka přestala přijímat ústy, dostavily se horečky, močila minimálně. V rámci nitrožilní symptomatické léčby podáváme analgetika, antipyretika a sedativa (profylaxe epileptických záchvatů). Pacientku polohujeme, odsáváme z dutiny ústní pro zahleněnost, ošetřujeme oči Ophtalmo Septonexem a navlhčenými mulovými čtverci. Lékařka informuje telefonicky manžela o dalším zhoršení stavu, následně navyšuje složku sedace v analgetické směsi (Morphin 20 mg + Midazolam 20 mg do fyziologického roztoku 24 ml rychlostí 2 ml/hod). Pacientka umírá v přítomnosti řádové sestry Lady. Manžel přichází v době, kdy je již pacientka umytá a oblečená do svých šatů, v jejích sepnutých rukou spočívají čerstvé květiny a na pokoji hoří zapálená svíčka. Manžel zde zůstává dvě hodiny. Přichází se rozloučit také dcera. Manžel nám děkuje za péči o svou ženu. Nabízíme mu možnost kdykoliv přijít, vypovídat se, poradit nebo jen tak posedět u kávy. Poskytujeme mu brožurku, jak postupovat se zařizováním pohřbu.

5.2.2 Zpracované rozhovory s pacientkou

1. setkání 25. 9. 2015

Přicházím na oddělení paliativní péče, kde se mě ujímá staniční sestra, která mě doprovází za pacientkou na pokoj. Vnímám klidné, čisté, prosvětlené prostředí třílůžkového pokoje. Představuji se pacientce jako studentka 3. ročníku 3. LF UK bakalářského dálkového studia, obor ošetrovatelství, nabízím ke kontrole průkazku studenta přichycenou na uniformě. Pacientce předkládám žádost se podílet na mé bakalářské práci a seznamuji ji s tématem, které však může být během našich rozhovorů klidně pozměněno. Záleží na tom, jakým směrem se budou naše rozhovory vyvíjet, na otevřenosti a ochotě se sdílet, na čase, který spolu budeme trávit. Zjišťuji, zda by pacientce nevadilo, kdybych naše rozhovory nahrávala. Neskrývám radost, kterou mi působí skutečnost jejího souhlasu. Spolu vykráčíme do neznáma, s nadějí, že čas, který budeme mít pro

sebe, nás vzájemně obohatí. A třeba tím prospějeme i někomu dalšímu. Záměrně nezamýšlím odebírat ošetřovatelskou anamnézu hned při prvním setkání. Dávám prostor rozhovoru o její cestě do nemocnice Pod Petřínem, o její rodině, její nemoci a stádiích usmiřování se s ní, o tom, jak na ni působí pobyt v nemocnici. Z rozhovoru s pacientkou vyplývá její dobré rodinné zázemí, pragmatický způsob života i cesta k usmiřování s nemocí, kterou si musí každý prošlapat sám se sebou. Vnímám její kladný vztah ke knihám, proto si dovoluji pacientce nabídnout dílo Viktora Emanuela Frankla s titulem A přesto říci životu ano, který mě osobně zasáhnul. Domlouváme se na příští schůzce, která proběhne za týden.

2. setkání 2. 10. 2015

Našemu druhému setkání předcházela fakt, že jsem poslala paní V. slíbenou knihu k zapůjčení po kolegyni, která na paliativním oddělení pracuje. Předávám pacientce přepsaný rozhovor z našeho prvního setkání a povzbuzuji k tomu, aby jej opravila nebo doplnila, jak uzná za vhodné. Vzhledem k tomu, že je pátek a její zdravotní stav je celkem slušný, má před víkendovou propustkou. Její tvář září radostí a nadějí na spočinutí v domácím prostředí. Pozitivnímu naložení přidává i slunečné počasí po sérii deštivých dnů. Odebírám ošetřovatelskou anamnézu. Spolu hovoříme o Frankově knize, kterou pacientka přečetla k mému údivu za jediný den. Vnímám velkou otevřenost pacientky sdílet zásadní otázky života. Opět vzpomíná na dětství, důležité zlomy v jejím osobním životě. Má touhu zanechat vzkaz, jež se objevuje u vážně nemocných dle teorie Coveye. Hovoříme spolu o rozčarování, které nastalo ve chvíli, kdy byla pacientce ukončena kurativní léčba a následně byl zahájen proces léčby paliativní. Tato fáze přechodu patří mezi nejtěžší etické aspekty v onkologii vůbec. Paní V. celkem podrobně popisuje zmatek, který se odehrával v mysli její i jejího manžela poté, co byli informováni (dle dokumentace už na onkologii) o přechodu na symptomatickou léčbu. Z našeho rozhovoru to byla zjevná nejistota, nechuť spolupracovat se zdravotníky míchaná s pocitem nepochopení, nedorozumění. Naštěstí po přeložení do Nemocnice Pod Petřínem na paliativní oddělení dochází ke zklidnění situace a nabízí se prostor k dovysvětlení. Profesionální přístup personálu a vlídné rodinné prostředí dokáže divy. I čas, který uplynul od prvního

šoku z přechodu na paliativní terapii, zde jistě sehrál důležitou roli. Pacientce nečiní potíže být otevřená a považuje to v nemocnici za „nějak přirozené“. Dovídám se o osmi dávkách chemoterapie, kterou paní podstoupila, o reakci kolegů a kolegyně v práci na nový účes v podobě paruky poté, co jí vlasy vypadaly. O dceři, která v pubertě těžce nesla obraz matky bez vlasů a odmítala vyslovit slovo rakovina. O smrti jako tabu, o pohřbech jako rituálu, o naléhavé touze ještě něco stihnout. Ráda by se víc přiblížila své dceři. Předávám pacientce další Franklovu knihu s titulem: Co v mých knihách nebylo, autobiografie, kdyby měla chuť se začíst.

3. setkání 8. 10. 2015

Návštěva probíhá ve čtvrtek po víkendové propustce. Po návratu z propustky se pacientka hodně zhoršila, byla unavená. Jsem informovaná ošetřujícím personálem o tom, že paní nemluví, ale rozumí- afatická porucha. Jde o komplikaci v součinnosti s metastázami v mozku. Rovněž se dovídám od ošetřujícího personálu, že dcera pacientky nebyla o víkendu u koní a tak vznikl prostor si popovídat s matkou, což bylo jistě velmi důležité pro rodinné vztahy. Pacientka mi vrací půjčenou knihu, jakmile jsem se objevila ve dveřích jednolůžkového pokoje, na který byla přemístěna po zhoršení jejího zdravotního stavu. Toto gesto mě usvědčilo o tom, jak je ve skutečnosti velmi lucidní. Zjišťuji komfort pacientky, zda má bolesti či nikoli. Působí unaveně, ale snažíme se domluvit, třebaže nám to zpočátku moc nejde. Zkousím klást jednoduché otázky tak, aby bylo možné odpovědět třeba kývnutím hlavy, mrkáním nebo stiskem ruky. Na pokoji máme k dispozici také piktogram, ale i s jeho použitím se nám konverzace moc nedaří. Paní je obdivuhodně trpělivá vzhledem ke stavu, který musí být pro ni frustrující. Nakonec vyprávím o spisovateli Franklovi a poté čtu pacientce úryvek z knihy Lékařská péče o duši, kterou jsem měla s sebou (Frankl 1996, s. 207 – 209, příloha č. 2) o „poslední pomoci“. Pokouším se zjistit, zda paní V. ráda poslouchala hudbu, avšak na odkrytí konkrétního žánru je domluva těžká, nabízím tedy různé odpovědi a nakonec usuzuji, že by to mohl být Mozart. Trochu v rozpacích uzavírám návštěvu: „Tak to vidíte, paní V., tak ráda bych Vám naslouchala a nemůžu. Z těch záznamů, které poslouchám a sepisuji, jsem

zjistila, že mi to naslouchání opravdu moc nejde. Vidím, že už jste unavená.“ Ptám se pacientky, zda můžu o víkendu přijít na chvíli na návštěvu i s dětmi a manželem. Vysvětluji, že nemocnice pořádá pro veřejnost drakiádu, na kterou se chystáme zavítat, jinak bych ji neobtěžovala. Úsměv na tváři je mi jasnou odpovědí.

4. setkání 10. 10. 2015

V sobotních odpoledních hodinách přicházím se svým manželem a našimi třemi malými syny na návštěvu v době, kdy je u pacientky manžel a její matka. Po představení a krátké konverzaci zjišťuji od příbuzných, jakou hudbu má pacientka ráda. Nabízím jí možnost půjčení nějakých hudebních nosičů. Ukazují nám fotku dcery Kristýny velikosti A4, kde sedí na koni. Je zřetelné, jak jsou matka a manžel pacientky překvapeni naší srdečností a zároveň je zjevný smutek a trápení v jejich tvářích. Pacientka působí klidně, pohledem se účastní a projevuje zájem o konverzaci nás okolo, nadále je postižena afázií.

5. setkání 13. 10. 2015

Nejdříve pročítám dokumentaci, abych zjistila aktuální zdravotní stav pacientky. Ráno snídala, sestra Lada jí při tom četla. Zachovalá slova, která je pacientka schopna vyslovit jsou: teďka, no, hm. Sobotní návštěvu si pacientka vybavuje. Zkoušíme se dorozumět mrkáním, ale tento způsob není zrovna úspěšný. Ptám se na bolest: levou rukou pacientka ukazuje na záda (pravá je ochrnutá), kde má nalepenou náplast proti bolesti. Zjišťuji, zda pacientku můj monolog neobtěžuje a odhaluji jí i své pocity. Působí klidně, vyrovnaně, odevzdaně. Její trpělivost mě dojíká. V jejím zuboženém tělesném stavu byla schopná se během naší omezené konverzace nahlas zasmát. Oceňuji snahu pacientky psát písmena tužkou na papír, slova zatím nesrozumitelná. Schopnost zasmát se sama sobě, když jí psaní moc nejde, odlehčuje celkovou atmosféru. Ujišťuji paní V. o smyslu našich setkávání, která mají pro mě velkou hodnotu, o společném úkolu, který můžeme spolu vytvářet. Zmiňuji fakt, že kdybych nestudovala, asi bychom se normálně nesetkaly. Loučíme se stisknutím ruky.

6. setkání 20. 10. 2015

Pacientka je v lepším stavu, bdělá, působí uvolněně po dopolední celkové koupeli. Spala dobře, bolestí netrpí, i nadále má chuť k jídlu. Pacientka říká nově slovo „ano“. Zkouší skládat slova z písmen, která píše na list papíru. Zručnost v tomto směru je o trochu lepší než při předchozím setkání. Daří se mi od pacientky zjistit, že manžel i nadále chodí pravidelně po jeho pracovní době na návštěvu. Hovoříme o vztahu k vážné hudbě jako součásti spirituálního rozměru člověka. Protože vnímám viditelné zlepšení stavu, pacientce znovu nabízím a poté předčítám z knihy Lékařská péče o duši (Frankl 1996, s. 207 – 209, příloha č. 2). Bavíme se o dceři Kristýně, o potřebách na konci života, např. se rozloučit, o pohledu vděčnosti na život, o potřebě smíření, odpuštění. Předčítám nahlas a nechávám působit některé citace slavných osobností.

7. setkání 3. 11. 2015

Pacientka na můj pozdrav odpovídá „dobrý den“. Jsem z toho doslova v šoku, protože na takovou reakci jsem nebyla připravená. Zřejmě se jedná o zlepšení před závěrem života. Máme možnost spolu naposledy komunikovat. Pacientka se cítí se unavená, bolestmi netrpí, chuť k jídlu má, i když jí mnohem méně, pořád odpočívá, má zde klid. Procházka s postelí na zahradu jí nechybí. Přes týden se u ní střídají návštěvy: manžel, její sestra, matka, synovec. Pacientku navštěvuje i místní řádová sestra Lada, která jí čte, jsou to pro ni hezké chvíle. Paní V. je schopná vyslovit tato slova: no, jako, určitě, špatně, hezké, ano, čte, jo, asi, absolutně, Polsko, chodí, přijela taky, úplně ne, lepší, doma, mohl, nevím, v nemocnici, je lepší, trošku, Halík, unavená, únava. Vnímám, že náš dialog paní V. docela vyčerpává. Předčítám nahlas naše sepsané rozhovory, pacientka ochotně poslouchá s přivřenými víčky, občas zakašle, je vidět, jak se snaží soustředit navzdory své únavě. Ptá se mě na název mé bakalářské práce, ten jí však nedokázu ještě upřesnit. Souhlasí s tím, že naše rozhovory můžu poskytnout jejím příbuzným. Působí velmi unaveně a smířeně. Utvrzuji pacientku o tom, že jsme svůj úkol splnily a upřímně jí děkuji.

5.3 Ošetrovatelské problémy

Člověka před koncem života může trápit celá řada příznaků. Zaměřuji se na péči o maligní ránu, zácpu, bolest, spirituální podporu pacientky a podporu pozůstalým.

5.3.1 Maligní rána

Maligní rána je přímým projevem pokročilého zhoubného onemocnění u zvolené pacientky. Tato rána vznikla z lokálně rostoucího primárního nádoru asi před půl rokem. Ulceruje a vytváří kráter. Produkuje poměrně velké množství sekretu, způsobuje bolest, svědění okolní kůže, při prorůstání do cév může dojít ke krvácení. Za doby hospitalizace rána nekrvácela natolik, že by byly zaznamenány velké krevní ztráty. Při anaerobní infekci takové rány se objevuje zápach, který může při převazu vyvolat dávivý reflex až zvracení. *„Zápach z rány může být pro pacienty pravděpodobně nejobtížnějším příznakem a může být velkým problémem pro příbuzné a zdravotníky.“* (O'Connor a Aranda 2005, s. 174)

Při ošetrování maligních ran neočekáváme jejich zhojení. Zaměřujeme se na zvládnutí nepříjemných projevů, kdy je cílem naší péče psychická pohoda pacientky a prevence sociální izolace. Volíme vhodný obvazový materiál, lokální a celkovou léčbu. Snažíme se o to, aby obvaz i esteticky vypadal a při prosáknutí byla košile či lůžkoviny vyměněny. Pro likvidaci zápachu používáme deodoranty nebo aromalampy. Na pokoji pacientky byla umístěna a zprovozněna čistička vzduchu. Také jsme často pokoj větrali, aby ovzduší bylo příjemné a svěží jak pro pacientku, tak pro personál a návštěvy.

Půl hodiny před převazem aplikujeme podkožně 1 ml 1% Morphinu proto, aby nebyl výkon pro pacientku bolestivý. Dokud byla pacientka schopná, ošetřovala si pravý prs sama, přikládala Mepilex Transfer Ag. Před aplikací krytí vždy ránu omyla fyziologickým roztokem, poté nanesla náplast Mepilex Transfer Ag a absorpční vrstvu. Takto si prs pacientka ošetřovala ob den. Pozdější ošetřování je v sesterských rukou. Pro eliminaci bolesti ránu při převazu udržujeme vlhkou. Defekt velikosti 10 x 10 cm byl zarudlý, zulcerovaný,

s nepravidelnými okraji, vytváří poměrně hluboký kráter s bílými povlaky. Okolí defektu je mírně zarudlé. V poslední fázi rána značně zapáchá, při ošetřování používáme ústenku, převazujeme denně. Pacientka působí trpělivě, zásluhu na tom mají také sedativa a opioidy. Po vyčerpání moderního krytí používáme Betadine roztok a sterilní krytí. Při mírném krvácení oplachujeme Prontosanem a kryjeme sterilními čtverci s roztokem Braunol.

5.3.2 Zácpa

U vážně nemocných pacientů léčených opiátovými analgetiky a vlivem imobilizace je velký sklon ke snížené motilitě střev a následně k zácpě. S tímto faktem je seznámen ošetřující personál, který tomuto problému věnuje náležitou pozornost.

Dokud je možné, zajišťujeme pacientce doprovod na WC, na trojlůžkovém pokoji soukromí na defekaci alespoň zástěnou, poskytujeme polohu v sedě a dostatek času. Po přeložení na jednolůžkový pokoj má pacientka dostatek soukromí. Stolicí zaznamenáváme pravidelně, dbáme u pacientky na pitný režim, vlákninu ve stravě, doporučujeme pohyb na lůžku, nakolik dovolí stav pacientky. Problém zácpy se u pacientky objevil poměrně záhy při nasazení opiátů. Dostává projímadla nejdříve perorálně. Zařazujeme do jídelníčku ráno nalačno šťávu ze švestkového kompotu. Poté preventivně 3 x denně používáme Lactulosu a aqua karminativu. Ihned reagujeme na pacientky potřebu defekace. Dokud je schopná přemístění z lůžka na mobilní WC, vyprazdňuje se vsedě. Snažíme se dodržet dobu pravidelného vyprazdňování, ale ne vždy se nám to daří. Při zhoršeném stavu pacientky volíme přes den rektální podání čípku Dulcolax 2 x denně s takovým efektem, že se vyprazdňovala téměř denně. Po zavedení čípku měla pacientka signalizační zařízení u ruky, tak aby včas přivolala pomoc a dostala podložní mísu. Pacientce necháváme k vykonání potřeby soukromí, prostor a čas. V pozdější fázi onemocnění se vyprazdňovala do plenkových kalhotek, to již byla také zacévkovaná.

Existují i invazivnější metody, na které jsme byli připraveni, např. mikroklyzma nebo kapénkové glycerinové klyzma, popř. manuální vybavení stolice po premedikaci, však nebyly v případě pacientky nutné provádět.

5.3.3 Bolest

Bolest se objevuje jako nejčastější symptom pokročilého nádorového onemocnění (teoreticky viz strana 30).

Bolest hodnotíme pomocí numerické škály 0-10, verbálně, do chorobopisu zaznamenáváme také její charakter a lokalizaci. Pacientce bolesti věříme. Léky nejprve podáváme jako SOS medikaci, později v pravidelných časových intervalech „dle hodin“ k udržení stálé terapeutické hladiny léků v krvi. Preferujeme podání ústy a transdermální náplast s obsahem fentanylu. K odoreagování jako doplňující metodu léčby používáme masáž zad, zprostředkováváme poslech oblíbené hudby. Pokud si pacientka přeje lidskou přítomnost, snažíme se ji zajistit primárně rodinou, členy týmu nebo vyškoleným odborníkem.

Na počátku hospitalizace pacientce na bolest podáváme Novalgin nitrožilně jako SOS medikaci. Po přechodném zlepšení stavu jej převádíme na tabletovou formu. Při zhoršujících se bolestech je ordinován Novalgin také „podle hodin“ a při průlomové bolesti je použitý Morphin 1 % podkožně. Po týdenní hospitalizaci přidáváme Metamizol. Pacientka si stěžovala na bolesti hlavy a bolesti ve skeletu a hrudníku. Následně jí nalepujeme transdermální náplast Durogesic 12,5 µg/hod, kterou vyměňujeme á 72 hod. Po navýšení analgezie došlo k úlevě od bolesti. Postupně na noc začínáme s podkožní aplikací Morphinu 1%, aby se pacientka dobře vyspala, později jej aplikujeme á 12 hod.

Dvacátý den hospitalizace při zhoršení stavu tlumíme neklid pacientky Tiapridalem, dále podáváme perorálně Rivotril v souvislosti s výskytem křečí, kterými se manifestují metastázy v mozku. Po opakování epileptických záchvatů zpřístupňujeme port a podáváme Midazolam kontinuálně v dávkovači. Pacientka je již v této fázi nesoběstačná, ale schopná alespoň polykat tablety. Znovu navyšujeme analgetickou dávku pro bolest z metastatického procesu v hrudní páteři a po epizodách dušnosti pravidelně aplikujeme Morphin 1 % do podkoží á 8 hod a zvyšujeme koncentraci transdermální náplasti Durogesic na 25 µg/hod.

Poslední dny hospitalizace při výrazném zhoršení stavu v rámci nitrožilní symptomatické léčby nasazujeme kontinuální analgetickou směs: Morphin 20 mg + Midazolam 10 mg do fyziologického roztoku 24 ml rychlostí 1 – 2,5 ml/hod.

V této fázi již končíme s výměnami transdermální náplasti. Pro febrilie aplikujeme Paracetamol nitrožilně, max. 4 x denně. Lékařka průběžně informuje manžela, který denně chodí na návštěvy o dalším zhoršení stavu. Navyšuje složku sedace v analgetické směsi (Morphin 20 mg + Midazolam 20 mg do fyziologického roztoku 24 ml rychlostí 2-3 ml/hod). Pro těžký naříkavý dech a projevy dyskomfortu v grimasách aplikujeme bolus směsi 2,5 ml a dále rychlostí 2 ml/hod. Pacientka ve spánku umírá v přítomnosti řádové sestry Lady.

5.3.4 Spirituální podpora

K pacientce i ke všem členům její rodiny přistupujeme jako k holistické bytosti, která má potřeby tělesné, psychické, sociální i spirituální. Snažíme se uspokojovat potřeby pacientky v rámci našich možností. O spirituální dimenzi pečuje celý multidisciplinární tým, každý může přispět: lékař, sestra, ošetřovatelka, sanitář, sociální pracovnice, psycholog, řádová sestra Lada i dobrovolníci. Zdaleka se nejedná jen o modlitbu a svátosti. Nejdůležitější je dát pocítit nemocnému naši blízkost a umět se mu přiblížit. Duchovní péče může probíhat pouze v aktivním partnerském vztahu s pacientem.

Pacientka musí vidět, vědět a cítit, jak nám na ní záleží. Pak získává důvěru a na této rovině může docházet k otevřeným rozhovorům a účinnému doprovázení.

Pacientce byla nabídnuta možnost rozhovoru s knězem i nemocničním kaplanem. Tu nevyužila. Zato denní návštěvy řádové sestry Lady, byly pro pacientku přínosem a zdrojem zklidnění. Sestra Lada umí jen tak prostě s pacientkou být nebo jí potichu předčítá literaturu, kterou si sama vybrala, např. Příběhy pro potěchu duše. Hraje na kytaru u lůžka pacientky duchovní písně a na přání pacientky improvizuje třeba i ty od Collinse nebo Edith Piaf. Mnohdy je na oddělení slyšet i zpěv pacientů, kteří se k sestře Ladě připojují podle svých možností.

Věřím, že i naše rozhovory, jejichž shrnutí uvádím níže, také prospěly k tomu, aby pacientka svůj zkracující se čas života mohla prožít hodnotněji. Po této zkušenosti si dovoluji tvrdit, že šlo o vzájemné obohacování. *„Krása a pokoj v tváři člověka umírajícího v pravém slova smyslu šťastně je tím, co nám pomáhá*

naplňovat naše vlastní duchovní potřeby. My je totiž máme taky.“ (Svatošová 2012, s. 32)

5.3.5 Podpora pozůstalým

Manžel pacientky je během její hospitalizace informován o zdravotním stavu manželky, o komplikacích onemocnění a postupně a citlivě je připravován na její odchod na věčnost. Snažíme se podporovat manžela k přijetí skutečnosti, která se blíží, k využití zbývajících času k usmiřování, odpouštění a rozloučení. Manžel docházel za pacientkou denně na návštěvu po jeho pracovní době, možnosti zůstat i přes noc však nevyužil. Z jeho tváře bylo zřejmé, jak těžké to bylo pro něj období zkoušek, otázek, pochybností i naděje, která neumírá. Ujišťujeme manžela pacientky, že se na nás může s důvěrou obrátit s jakýmkoliv dotazem nebo starostí, která jej tíží. Předali jsme manželovi kontakt na psychologickou pomoc, kterou v případě potřeby může vyhledat. Ujišťujeme manžela o komplexní péči o pacientku, o tom, že netrpí bolestí a trpět bolestí nebude. Vysvětlujeme důležitost jeho návštěv pro paní do poslední chvíle jejího života, vyzdvihujeme význam doteků a mluveného slova. Se zhoršujícím se stavem pacientky žádáme manžela o přinesení šatů, do kterých bude manželka oblečená po zesnutí. I tento konkrétní požadavek pomáhá připravit manžela na blížící se odchod jeho paní.

Při telefonické oznámení úmrtí pacientky nabízíme manželovi možnost se s paní přijít rozloučit na oddělení. Manžel nabídky využívá, přichází se rozloučit také dcera, která strávila půl hodiny v blízkosti své zesulé matky v době, kdy manžel vyřizoval formality v přijímací kanceláři. (O této půlhodině se manžel po půlroce vyjadřuje jako o chvíli proměny, kdy jejich 17 letá dcera dospěla.)

Při rozhovoru s manželem mu nabízíme možnost kdykoliv přijít, vypovídat se, poradit nebo jen tak posedět u kávy. Poskytujeme mu brožurku, jak postupovat se zařizováním pohřbu a kontakty na pohřební službu. Pravidelná setkávání pozůstalých probíhají 2 x ročně, v listopadu a v květnu. Na těchto setkáních nabízíme mj. pomoc těm, u kterých se projevuje „patologické truchlení“ a zprostředkováváme pomoc odborníků.

Manžel zesulé se účastní květnového setkání pozůstalých po půlroce od smrti své paní. Setkání začíná bohoslužbou v nemocničním kostele v 15 hod. A po ní následuje program do 19 hod. Manžel zesulé i nadále vnímá odchod ženy jako ztrátu, ale již o ní dokáže normálně mluvit. Působí statečně. Po nedávném telefonickém rozhovoru jsme se domluvili, že mu věnuji dokončenou bakalářskou práci, jak si to přála jeho paní.

Diskuse

Smrt pacienta je pro zdravotníky vždy složitá, zvláště na akutních odděleních. Proto je důležité, že existují specializovaná pracoviště, kde je reálné umožnit pacientům i jejich blízkým zvládnout tuto existenciální situaci tak, aby na ni mohli později v klidu vzpomínat.

Máme hospice, kde mohou s nemocným doslova bydlet jeho nejbližší. Máme formy domácí péče, jejichž výhodou je blízkost rodiny, soukromí a individuální režim. Existují oddělení paliativní péče s dostupným lékařem a vybavením. Tyto výhody zdravotnického zařízení zvláště ocení zdravotníci – např. při náhlé příhodě břišní nebo při provedení perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG). To jsou výkony, které mohou život prodloužit. Najdou se však i takoví, kteří ocení, že lékař např. při objevení ikteru u terminálního pacienta neordinuje žádné intervence v tomto směru. Práce ošetřujícího personálu paliativního oddělení je náročná fyzicky i psychicky. Mám za to, že tím spíš je důležité, aby kolektiv spolu uměl dobře vycházet. K tomu by vedoucí pracovník měl mít- domnívám se- až nadpřirozené vlastnosti, resp. měl by vědět a umět, kde čerpat, aby mohl rozdávat svému okolí pozitivní impulzy a naději. Ovšem i náročná práce může být krásná a přinášet ošetřujícím nový a reálný pohled na smrt, úctu k životu a následně se třeba lépe chovat k nemocným, k sobě i blízkým. Domnívám se, že pravidelná setkávání týmu a ochota se vzdělávat v oblasti pomáhající profese, jsou na místě. Zajímavým přínosem paliativního přístupu je péče o pozůstalé po dobu nemoci jejich blízkého, včetně péče po jeho smrti. Příbuzní potřebují ujištění o tom, že jejich blízký netrpí bolestí a je o něj dobře postaráno do posledního okamžiku. Je nezbytná kvalitní komunikace. Tento fakt potvrzují výsledky tříleté (2009 - 2012) průřezové studie v holandské nemocnici, do které byli zapojeni lékaři, sestry a příbuzní nemocného. Jeden z mnoha výsledků studie poukazuje na potřebu časté a přiměřené komunikace mezi pacienty, lékaři, sestrami a příbuznými během posledních dnů života i po smrti. Všechny zúčastněné strany přináší vlastní zkušenosti a společně jsou pravděpodobně nejlépe schopny posoudit potřeby a vyhlídky pacienta: lékaři mají v oblasti biomedicíny znalosti a dovednosti, sestry mají odborné znalosti v oblasti

osobní hygieny a denního pozorování, a příbuzní pravděpodobně nejlépe vědí, jak tlumočit chování pacienta. K podpoře příbuzných v "přípravě na nejhorší a v naději na nejlepší" je potřeba citlivá a častá komunikace o prognóze pacienta a o tom, jaké lékař očekává účinky léčby. Je-li komunikace na konci života považována za kontinuální proces, odhalení blížící se smrti může být méně obtížné pro lékaře, pacienta i příbuzné, což by mohlo podpořit vyšší úroveň spokojenosti příbuzných s péčí. (Witkamp 2015)

Hospicové hnutí a paliativní péče přinesly nový model „dobré smrti“ a podporují zájem o spirituální potřeby pacientů s vážnou diagnózou. Jako zdravotní pracovníci bychom měli v průběhu léčby pacienta i na sklonku jeho života o spirituální dimenzi člověka pečovat s vědomím, že to není jednostranná záležitost. Naopak. Dunne (2001, s. 26) se zmiňuje o paradoxním zrodu nového vztahu pečovatele a umírajícího člověka s blížící se fyzickou smrtí. Je to jakési hmatatelné společenství, společná přítomnost k tajemství. I když o tom není nutné mluvit, je důležité, aby obě strany cítily požehnání a dar. Čím více si zdravotník nebo pečovatel uvědomuje smrt v každém okamžiku, tím lepší společností bude umírajícímu. Praktická služba, kterou pečovatel může poskytnout umírajícímu, spočívá v pomoci jim vyprávět jejich životní příběhy. Ty pak tvoří zlaté nitě zářící v životopise každého člověka. Zaznamenáním těchto příběhů (audio, video, písemně) přežívající rodina a přátelé zdědí dojmavý záznam duchovních hlubin jejich blízkého. Na nás je učit se ochotně naslouchat.

Vážnou nemocí má člověk možnost si uvědomit, že život je konečný. Naše dny žijeme v nejistotě, kterou maskujeme plány a velkorysostí vůči sobě samým. Může být nemoc cestou k vnitřní pokoře? Snad s ní můžeme dozrát k pochopení, že nic netrvá věčně a naučí nás vážit si přítomného okamžiku. I takové přerovnění žebříčku hodnot může být plodem nemoci.

Závěr

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila téma Ošetrovatelská péče o pacienta na paliativním oddělení. Obsahuje klinickou a ošetrovatelskou část. V klinické části jsem se zabývala lidskými potřebami, paliativní péčí a jejími specifiky. Blíže jsem se věnovala spirituálním potřebám, které nabývají v těžké nemoci důležitosti. Nastínila jsem problematiku onemocnění karcinomu prsu zahrnující epidemiologii, patofyziologii, anatomii prsu, etiologii onemocnění, symptomatologii, vyšetřovací metody, léčbu, komplikace a prognózu nemoci.

Ošetrovatelská část je věnována pacientce B. V. s diagnózou generalizovaného karcinomu prsu. Ošetrovatelská anamnéza byla zpracována podle modelu V. Henderson. Popsala jsem průběh hospitalizace pacientky na paliativním oddělení zahrnující ošetrovatelskou péči a zpracované rozhovory s pacientkou. V závěru práce jsem zaznamenala ošetrovatelské problémy, které se vyskytly v souvislosti s maligním onemocněním pacientky.

Zmínila jsem péči o maligní ránu, zácpu a bolest. Věnovala jsem se podpoře spirituální a podpoře příbuzným.

Seznam použité literatury

ABRAHÁMOVÁ, J. a kol. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 144 s. ISBN 978-80-247-3063-9.

ADAM, Z. a J. VORLÍČEK. *Paliativní medicína*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998. 482 s. ISBN 80-7169-437-1.

DUNNE, T. Spiritual Care at the End of Life. *The Hastings Center Report*. 2001, **31**(2), 22-26. ISSN 0093-0334.

DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. 2. vyd. Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.

FRANKL, V. E. *--a přesto říci životu ano: psycholog prožívá koncentrační tábor*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1996. 130 s. ISBN 80-7192-095-9.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3., rozš. vyd. Praha: Galén, c2002. 274 s. ISBN 80-7262-132-7.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007. 250 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

HEŘMANOVÁ, J.; VÁCHA, M.; SVOBODOVÁ, H.; ZVONÍČKOVÁ, M. a J. SOVÁK. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.

IVANOVÁ, K.; ŠPIRUDOVÁ L. a J. KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.

JANÍKOVÁ, E. a R. ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.

KRŠKA, Z.; HOSKOVEC, D.; PETRUŽELKA L. a kol. *Chirurgická onkologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 878 s. ISBN 978-80-247-4284-7.

- KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014. 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
- KÜBLER-ROSS, E. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Vyd. 1. Turnov: Arica, 1994. 148 s. ISBN 80-85878-12-7.
- MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
- O'CONNOR, M. a S. ARANDA. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
- OPATRNÁ, M. *Etické problémy v onkologii*. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta, 2008. 122 s. ISBN 978-80-204-1876-0.
- SLÁMA, O.; KABELKA L.; VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 364 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
- SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetřovatelství v chirurgii I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.
- SVATOŠOVÁ, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4107-9.
- ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 354 s. ISBN 80-246-1091-4.
- ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
- ŠPATENKOVÁ, N. et al. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, c2014. 320 s. ISBN 978-80-7492-138-4.
- ŠPATENKOVÁ, N. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 2., aktual. a doplň. vyd. Praha: Grada, 2013. 224 s. ISBN 978-80-247-3736-2.

ŠPIRUDOVÁ, L.; TOMANOVÁ, D.; KUDLOVÁ, P. a R. HALMO. *Multikulturní ošetrovatelství 2*. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.

TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDVPZ, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.

VENGLÁŘOVÁ, M. a G. MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VIRT, G. *Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanazie*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2000. 96 s. ISBN 80-7021-330-2.

VYMĚTAL, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. 2. vyd., rozš. a přeprac. Praha: Grada, 2004. 340 s. ISBN 978-80-247-0723-5.

VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3., aktualiz. vyd., Praha: Portál, 2003. 402 s. ISBN 80-7178-740-X.

WITKAMP F. E.; VAN ZUYLEN L.; VERGOUWE, Y.; VAN DER RIJT C. C. D. A A. VAN DER HEIDE. Concordance between Experiences of Bereaved Relatives, Physicians, and Nurses with Hospital End-of-Life Care: Everyone Has Their "Own Truth". *International Journal of Palliative Care*. 2015, **2015**(-), Article ID 623890. ISSN 22356-7074. DOI:10.1155/2015/623890.

internetové zdroje

Institut biostatistiky a analýz. *Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice: incidence a mortalita* [online]. Brno [cit. 2016-04-27]. Dostupné z: <http://www.svod.cz/analyse.php?modul=incmor#>

OPATRNÝ, A. Malá příručka pastorační péče o nemocné. 3. vyd. [on-line]. Praha: Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském, 2003 [cit. 17. 5. 2016]. Dostupnost z <http://www.knihovna.net/KNIHA/open.phtml?kniha=0051>.

Seznam tabulek, obrázků a grafů

Tab. 1 <i>Fáze přijetí závažného onemocnění</i>	27
Obr. č. 1 <i>Analgetický třístupňový žebříček WHO</i>	31
Obr. č. 2 <i>Vývoj incidence a mortality nádorů prsu v populaci českých žen</i>	33

Seznam příloh


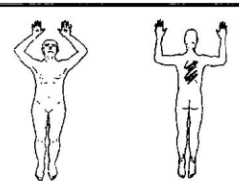
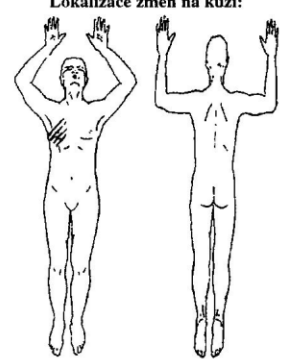
Příloha č. 1: Ošetrovatelská anamnéza

Příloha č. 2: V. E. Frankl „Poslední pomoc“

Přílohy

Příloha č. 1: Ošetřovatelská anamnéza

Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského, Vlašská 36, 11833 Praha 1

	OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE		Stítek pacienta: 3.V.
	pro lůžkové oddělení interního oddělení sv. Karla Boromejského v Praze Vlašská 36; 118 33 Praha 1 FALITIVNI lůžková část Tel: 262 197 265; 262 197 300 02		Datum a čas přijetí: 16. 9. 2015 10:00
Razítko oddělení: 002 032			
Hlavní důvod přijetí: GENERALIZACE CA PRSU			
Hospitalizace: <input checked="" type="checkbox"/> první <input type="checkbox"/> opakovaná <input type="checkbox"/> přijat <input checked="" type="checkbox"/> přeložen - odkud: ONKOLOG.KLINIKA		Rodina informována: <input checked="" type="checkbox"/> ano - kdo: HANŽEL <input type="checkbox"/> ne	
Jiná vážná onemocnění v anamnéze: /			
Alergie: <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> ano: PACLITANEL			
Informace podávat komu: (telefon) HANŽEL			
Zaměstnání: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> vystaveno <input type="checkbox"/> nevystaveno potvrzení o PN <input type="checkbox"/> ne (.....) <input type="checkbox"/> důchodce			
Úschova cenností: <input type="checkbox"/> ano viz. Doklad o úschově osobních věcí <input type="checkbox"/> v přijímací kanceláři <input checked="" type="checkbox"/> ne			
OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA - STAV PŘI PŘIJETÍ			
1. FYZIOLOGICKÉ FUNKCE: TK: 130/90 P: 90' TT: 36,6 °C SaO ₂ : -			
■ DÝCHÁNÍ: <input checked="" type="checkbox"/> spontánně ventilující <input type="checkbox"/> dušnost <input type="checkbox"/> akutní dechová nedostatečnost <input type="checkbox"/> cyanóza <input type="checkbox"/> aspirace <input type="checkbox"/> hemoptýza <input type="checkbox"/> UPV ↓: 13'			
■ VĚDOMÍ: <input checked="" type="checkbox"/> při vědomí <input checked="" type="checkbox"/> orientovaný <input type="checkbox"/> zmatenost <input type="checkbox"/> somnolence <input type="checkbox"/> sopor <input type="checkbox"/> bezvědomí <input type="checkbox"/> tlumení GCS: 15 (hodnocení Glasgow coma scale proved' u pacienta s poruchou vědomí)			
■ KONTAKT: <input checked="" type="checkbox"/> bez omezení <input checked="" type="checkbox"/> spolupracuje <input checked="" type="checkbox"/> klidný <input type="checkbox"/> agresivní: verbálně / fyzicky <input type="checkbox"/> zhoršený <input type="checkbox"/> nelze navázat <input type="checkbox"/> nespolupracuje <input type="checkbox"/> vyžaduje zvláštní přístup			
2. BOLEST <input type="checkbox"/> nemá bolest <input checked="" type="checkbox"/> má: akutní / chronická <input type="checkbox"/> nelze hodnotit			
<input type="checkbox"/> co bolí: ZÁDA V ÚROVNI HRUDNÍ PÁTEŘE <input type="checkbox"/> kde, kdy (v souvislosti s): METASTÁZAMI <input type="checkbox"/> analgetika: NOVALGIN 1g 100ml PR i.v. 3xd			
Intenzita bolesti: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			
3. VÝŽIVA, METABOLISMUS: <input checked="" type="checkbox"/> DM: typ II. <input checked="" type="checkbox"/> dieta <input type="checkbox"/> PAD <input checked="" type="checkbox"/> inzulin			
Příjem potravy: <input checked="" type="checkbox"/> p.os.: <input checked="" type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> nesoběstačný NOVOHKA 8-0-8 <input type="checkbox"/> NGS <input type="checkbox"/> NJS <input type="checkbox"/> PEG část. <input type="checkbox"/> parenterální: <input type="checkbox"/> umělý chrup <input checked="" type="checkbox"/> úplný <input type="checkbox"/> neúplný:			
VÝŠKA: 165 cm		VÁHA: 44 kg BMI: 28	
Sliznice: <input checked="" type="checkbox"/> vlhké <input type="checkbox"/> suché <input type="checkbox"/> afty <input type="checkbox"/> soor <input type="checkbox"/> krusty			
<input type="checkbox"/> jiné: Kůže: <input checked="" type="checkbox"/> v normě <input type="checkbox"/> suchá <input type="checkbox"/> vlhká <input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> opruzeniny <input type="checkbox"/> hematomy <input type="checkbox"/> stomie <input checked="" type="checkbox"/> léze, rány, jizvy PELVY PRS <input type="checkbox"/> dekubity - stupeň: <input type="checkbox"/> invaze: PORT			
			

3. VYLUČOVÁNÍ:	
Močení: <input checked="" type="checkbox"/> spontánní, bez obtíží <input type="checkbox"/> pleny <input type="checkbox"/> PMK <input type="checkbox"/> stomie: typ <input type="checkbox"/> s pomocí WC / mísa <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> časté močení <input type="checkbox"/> bolestivé močení	Stolice: <input checked="" type="checkbox"/> sám, bez obtíží <input checked="" type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná frekvence: <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> meléna <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> stomie: typ <input type="checkbox"/> poslední stolice dne <u>1.10.</u> <input type="checkbox"/> užívá projímadlo
Pocení: <input checked="" type="checkbox"/> v normě <input type="checkbox"/> nadměrné	
4. AKTIVITA: <input type="checkbox"/> chodí sám <input checked="" type="checkbox"/> chodí s pomocí <input type="checkbox"/> pohyblivý v lůžku <input type="checkbox"/> ležící nepohyblivý	
Tělesný handicap: <input type="checkbox"/> dušnost <input type="checkbox"/> srdeční onemocnění <input type="checkbox"/> plicní choroba <input type="checkbox"/> kašel: dráždivý / suchý / produktivní / zpěněné sputum <input type="checkbox"/> amputace / paréza / plegie: <input type="checkbox"/> onemocnění pohybového aparátu	Kompenzační pomůcky: <input type="checkbox"/> hůl / berle ks <input type="checkbox"/> chodítko <input type="checkbox"/> vozík
Smyslový handicap: <input type="checkbox"/> porucha zraku <input type="checkbox"/> porucha sluchu <input type="checkbox"/> porucha řeči <input type="checkbox"/> cizinec <input checked="" type="checkbox"/> brýle / čočky <input type="checkbox"/> naslouchátko	
Úroveň soběstačnosti: <input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> nesoběstačný (zhodnocení stupně závislosti proved v Barthelově testu) 0 - 40 vysoce závislý 45 - 60 závislost středního stupně <u>65 - 95</u> lehká závislost 96 - 100 nezávislý	
Abusus: <input type="checkbox"/> alkohol <input type="checkbox"/> cigarety: / den <input type="checkbox"/> drogy: <input type="checkbox"/> jiné návykové látky	
5. SPÁNEK: průměrně <u>7</u> hod. <input type="checkbox"/> porucha spánku <input type="checkbox"/> nespavost	
užívá hypnotika: <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano - jaká: <input type="checkbox"/> návyk <input type="checkbox"/> noční zmatenost	
6. MEZILIDSKÉ VZTAHY - SOCIÁLNÍ ZÁZEMÍ:	
Bydlí: <input checked="" type="checkbox"/> s rodinou <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> asistence pečovat. služby <input type="checkbox"/> podpora charitou <input type="checkbox"/> bezdomovec <input type="checkbox"/> zanedbaný z domova <input type="checkbox"/> zanedbaný z jiného zařízení	
Nutný kontakt se sociální sestrou: <input type="checkbox"/> ano, proč: <input checked="" type="checkbox"/> ne	
7. SEXUALITA A REPRODUKČNÍ SCHOPNOST:	
Žena: <input type="checkbox"/> menses: pravidelná / nepravidelná / silná / slabá <input type="checkbox"/> antikoncepce: ano <input checked="" type="checkbox"/> menopauza, event. obtíže: jiné obtíže: <u>ne 43 LET</u>	
Muž: <input type="checkbox"/> obtíže s prostatou: ano / ne <input type="checkbox"/> jiné obtíže:	
8. PSYCHIKA A SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY:	
<input type="checkbox"/> přeje si návštěvu duchovního <input type="checkbox"/> psychologa <input type="checkbox"/> chce slyšet bohoslužbu <input type="checkbox"/> chce navštívit kostel	
9. SCHOPNOST EDUKACE: pacient: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne rodina: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Pacient byl seznámen s Právy nemocného, domácím řádem a službami nemocnice: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Pacient zná svého ošetřujícího lékaře: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Ošetřovatelská anamnéza získána od: <input checked="" type="checkbox"/> pacienta <input type="checkbox"/> rodiny <input type="checkbox"/> z dokumentace <input type="checkbox"/> oš. personálu <input type="checkbox"/> jiné:	
Datum, čas: <u>2/10 2015</u> Zpracovala: <u>[Přech]</u>	
Poznámky:	

Barthelův test základních všedních činností	
přjem potravy a tekutin	5 0
oblékání	5 0
koupání	5 0
osobní hygiena	5 0
kontinence moči	10 5 0
kontinence stolice	10 5 0
použití WC	10 5 0
přesun na lůžko, židli	15 10 5 0
chůze po rovině	15 10 5 0
chůze po schodech	10 5 0
CELKEM (hodnocení stupně závislosti: 0 - 60 kontaktů fyzioterapeuta)	45

Posouzení rizika pádu dle Conleyové

AKTIVITA	SKÓRE	SKÓRE	SKÓRE
Pohyb	neomezený	0	Smyslové poruchy
	používá pomůcky	1	žádné
	potřebuje doprovod, pomoc k pohybu	2	vizuální, sluchové
	neschopen přesunu	3	jiný smyslový deficit
Vyprazdňování	nevýžaduje pomoc	0	Mentální status
	v anamnéze nykturie, inkontinence	1	občasná/noční dezorientace
	vyžaduje pomoc	2	znatelnost, demence
Medikace	nežádá léky	0	Věk
	užívá diuretika, antiepileptika, aniparkinsonika, antihypertenziva, psychotropní léky nebo benzodiazepiny	1	18 - 75
		2	75 a výše
Riziko pádu: skóre vyšší než 3		3	Pád v anamnéze
		4	Celkové skóre
			4

Riziko vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové (nebezpečí vznika při 25 bodech a méně)

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Slav vědomí	Mobilita	Inkontinence
úplná	<10	4 normální	4 žádné	4 dobrý	4 bdělý	4 úplná	4 není
časťčně omezená	<30	3 alergje	3 diabetes	3 zhoršený	3 apatie	časťčně omezená	občas
velmi omezená	<60	2 vlhká	2 jiná onem. #	2 špatný	2 zmatený	velmi omezená	přev. moč
omezená	>60	1 suchá	1 karcinom	1 velmi špatný	1 bezvědomí	žádná	stolice
žádná							
CELKEM							

* horečka, anémie, kachexie, onemocnění cév, tromboza, obezita

GLASGOW COMA SCALE

Otevírání očí:	Nejlepší motorická odpověď:	Nejlepší slovní odpověď:
SPONTANĚ	adekvátní	plně komunikuje a konverzuje
NA SLOVNÍ VYZVU	lokalizuje bolest	dezorientován a konverzuje
NA BOLESTIVÝ PODNET	úhyb	neadekvátní výrazy a slova
NEREAGUJE	flexe na bolest	nesrozumitelné zvuky
	extenze na bolest	bez odpovědi
	bez odpovědi	

(PLNĚ VĚDOMÍ: 15, 13 - 15 žádná nebo lehká porucha vědomí, PORUCHA VĚDOMÍ: 8 - 1, pod 8 BEZVĚDOMÍ - UP
3 - HLUBOKÉ BEZVĚDOMÍ)

Nutriční skóre

Otázka A: Zhubl pacient, aniž by se snažil? (za poslední 3 měsíce)	<input type="checkbox"/> ANO - jdi na otázku B: 2 body	<input checked="" type="checkbox"/> NE - jdi na otázku C: 0 bodů	<input type="checkbox"/> NEVÍ - jdi na otázku C: 1 bod
Otázka B: pacient ubyl na váze?	<input type="checkbox"/> 0,5 - 5 kg: 1 bod	<input type="checkbox"/> 6 - 10 kg: 2 body	<input type="checkbox"/> více než 15 kg: 4 body
Otázka C: Jí v současné době pacient méně, trpí nechutenstvím?	<input checked="" type="checkbox"/> ano: 2 body	<input type="checkbox"/> ne: 0 bodů	
Nutriční skóre: ...	4 (Priziko 1,3 body)		

Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského, Vlašská 36, 118 33 Praha 1

Poslední pomoc

Námítka, že psychoterapie nemá utěšovat, a to ani tam ne, kde sama (nebo medicína vůbec) už nemůže léčit — není k ničemu; neboť nikoli náhodou dal moudrý zakladatel Všeobecné nemocnice ve Vídni, císař Josef II., umístit nad branou tabuli s nápisem: *Saluti et solatio aegrorum* — věnováno nikoli jen uzdravování, nýbrž také utěšování nemocných. Že také toto utěšování náleží do oblasti úkolů lékaře, vyplývá nikoli v poslední řadě z doporučení American Medical Association: „Lékař musí také utěšovat duši. To není v žádném případě jen úkolem psychiatra. Je to docela jednoduše úkolem každého praktikujícího lékaře.“ Jsem přesvědčen, že tisíce let stará slova IZAJÁŠE: „Utěšujte, utěšujte můj lid, říká váš Bůh“, mají platnost nejen ještě dnes, ale jsou adresována také lékařům.

Ukazuje-li v opravdovém, totiž pevně snášeném utrpení ještě poslední, a přece nejvyšší možnost nalezení smyslu, pak poskytují nikoli první, nýbrž poslední pomoc. Magnetofonový pásek, z něhož má být uveden fragment, ukazuje, jak tu postupují. Magnetofonový pásek zachycuje rozhovor mezi jednou pacientkou a mnou — byl nahrán během jedné z mých klinických přednášek. Mluvil jsem s pacientkou před svými posluchači — studenty medicíny, filozofie a teologie. Rozumí se samo sebou, že tento rozhovor byl od A do Z improvizován. Pacientce bylo 80 let a trpěla rakovinou, kterou už nebylo možno operovat. Samozřejmě je jméno staré paní fingoáno: bylo nahrazeno románovou postavou, totiž jménem oné tety Linkové z WERFELOVA „Zpronevěřeného nebe“, které byla pacientka neobyčejně podobná.

FRANKL: „Nu, milá paní Linková, co si myslíte o svém dlouhém životě dnes, když se na něj podíváte zpátky? Byl to pěkný život?“

Pacientka: „Ach, pane profesore, musím opravdu říci, že to byl dobrý život. Život byl tak pěkný. A musím děkovat pánubohu za všechno to, co daroval. Chodila jsem do divadla. Poslouchala jsem koncerty. Víte, rodina, v jejímž domě jsem v Praze sloužila — už je to tolik desetiletí —, mě mnohokrát vzala s sebou na koncerty. A za všechno to pěkné musím nyní svému pánubohu děkovat.“

Ale já jsem musel dostat do vědomí její nevědomé, potlačené, existenciální zoufalství. Musela s ním bojovat, tak jako Jakub bojoval s andělem, až mu anděl požehnal. Musel jsem ji dostat tak daleko, že mohla konečně a nakonec blahorečit svému životu, že mohla říci „ano“ ke svému osudu, který se nedal změnit. Musel jsem ji — to zní paradoxně — přivést tedy k tomu, že mohla nejdříve pochybovat o smyslu svého života. A sice na vědomé rovině, a ne tak, jak to zjevně dělala, potlačujíc své pochybování.

FRANKL: „Mluvíte o tak pěkných zážitcích, paní Linková. Ale to teď všechno přestane?“

Pacientka (zamyšleně): „Ano, to nyní všechno přestane.“

FRANKL: „Jak pak je to, paní Linková, věříte, že tím jsou všechny ty pěkné věci, které jste prožila, srovozeny ze světa? Že se staly neplatnými — že jsou zničeny?“

Pacientka (stále ještě zamyšleně): „Tyto pěkné věci, které jsem prožila...“

FRANKL: „Řekněte mi, paní Linková může někdo způsobit, že by se vymazalo štěstí, které jste prožila? Může to někdo vymazat?“

Pacientka: „Máte pravdu, pane profesore, nikdo nemůže způsobit, že by se to vymazalo.“

FRANKL: „Nebo může někdo vymazat všechno dobré, co vás v životě potkalo?“

Pacientka: „Ne, ani to nikdo nemůže.“

FRANKL: „Může někdo vymazat to, čeho jste dosáhla a čeho jste se domohla?“

Pacientka: „Máte pravdu, pane profesore, to nemůže nikdo sprovodit ze světa.“

FRANKL: „Nebo může někdo sprovodit ze světa to, co jste statečně a odvážně protrpěla? Může někdo to všechno z minulosti vyloučit? Z minulosti, kam jste to všechno shrnula, kam jste to všechno uložila jako sklizeň? Do níž jste to našetřila a nahromadila?“

Pacientka (pohnuta nyní k slzám): „Nikdo to nemůže. Nikdo!“ (Po chvíli) „Jistě, musela jsem moc trpět. Ale pokoušela jsem se také přijímat rány, které mi život zasadil. Rozumíte, pane profesore, já věřím, že utrpení je trest. Věřím totiž v Boha.“

Kdybych mluvil sám, neměl bych ze své iniciativy nikdy právo vykládat smysl v nějakém náboženském duchu a dát to posoudit nemocné; tuto možnost má pouze kněz — lékař jako takový k tomu nemá ani povinnost, ani oprávnění. Jakmile se však projevil pozitivní náboženský postoj pacientčin, nestálo už nic v cestě tomu, zabudovat jej jako dané faktum také do psychoterapie.

FRANKL: „Ale řekněte, paní Linková, nemůže být utrpení také zkouškou? Nemůže tomu být také tak, že Bůh chce vidět, jak paní Linková snáší utrpení? A nakonec musí snad také přiznat: ano, snášela je statečně. A teď mi řekněte, co si nyní myslíte, může někdo vymazat takové výkony?!“

Pacientka: „Ne, to nemůže nikdo.“

FRANKL: „To přece zůstává, není-liž pravda?“

Pacientka: „Jistě: to zůstává.“

FRANKL: „Víte, paní Linková, vy jste nejenom všelicos vykonala ve svém životě, ale i ze svého utrpení jste udělala to nejlepší. A vy jste v tomto směru pro naše pacienty vzorem. Gratuluji vašim spolupacientům, že si z vás mohou vzít příklad!“

V tomto okamžiku se stalo něco, co se nepříhodilo ještě v žádné přednášce: 150 posluchačů propuklo ve spontánní aplaus! Já se však obracím opět ke staré paní: „Podívejte se, paní Linková, tento potlesk patří vám. Patří vašemu životu, který byl jeden jediný velký výkon. Můžete být pyšná na svůj život. A jak málo je lidí, kteří mohou být pyšní na svůj život! Chtěl bych říci, paní Linková: Váš život je pomník! Pomník, který žádný člověk nemůže sprovodit ze světa!“

Pomalou šla stará paní z posluchárny. O týden později zemřela. Zemřela jako Job: syta léty. Během svého posledního týdne života však už nebyla deprimována. Naopak byla pyšná a důvěryplná. Zdá se, že jsem dokázal ukázat jí, že také její život byl smysluplný, ano, že dokonce její utrpení mělo hlubší smysl. Předtím byla stará paní, jak bylo řečeno, skličena starostí, že vedla pouze neužitečný život. Její poslední slova však, jak jsou zachycena v chorobopise, byla tato: „Můj život je pomník, řekl profesor ke studentům v posluchárně. Můj život nebyl tedy nadarmo...“

Oblast, do níž jsme vstoupili s logoterapií, a tím spíše s existenciální analýzou, je hraniční oblast mezi medicínou a filozofií. A docela poprvé se lékařská péče o duši pohybuje na rozmezí: na hranici mezi medicínou a náboženstvím. Kdo jde po hranici mezi dvěma zeměmi, musí mít na paměti, že je nedůvěřivě pozorován ze dvou stran. Tak musí také lékařská péče o duši počítat s tím, že je sledována podezřívavými pohledy; musí s tím počítat.

Budou nám vytýkat, že s lékařskou péčí o duši dáváme „kamení místo chleba“. Nu, kdo se podívá blíže, bude soudit mírněji a dodá: Dáváme chléb — přirozeně: místo many...

Lékařská péče o duši leží mezi dvěma říšemi. Je to tedy hraniční oblast. Jako hraniční oblast je zemí nikoho. A přece — jaká je to zaslíbená země!