

UNIVERZITA KARLOVA  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav ošetrovatelství 3. LF UK*



**Pavλίna Šulcová**

**Paliativní péče o pacienta s karcinomem rekta  
v terminálním stadiu**

*Palliative care of a patient with rectal carcinoma in  
terminal stage*

*Bakalářská práce*

Praha, květen 2017

Autor práce: **Pavλίna Šulcová**

Studijní program: **Ošetřovatelství**

Bakalářský studijní obor: **Všeobecná sestra**

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Zvoníčková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Odborný konzultant: **MUDr. Pavλίna Marková**

Pracoviště odborného konzultanta: **Oddělení paliativní péče, NMSKB**

Předpokládaný termín obhajoby: **28. 6. 2017**

## **Prohlášení**

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

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

V Praze dne 28. května 2017

Pavλίna Šulcová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Marii Zvoníčkové za vedení mé bakalářské práce, za vstřícný a lidský přístup. Děkuji MUDr. Pavlíně Markové za odbornou konzultaci a čas, který mi věnovala. Děkuji také celému odbornému týmu paliativního oddělení za podporu a cenné rady.

# OBSAH

<b>OBSAH</b> .....	<b>5</b>
<b>ÚVOD</b> .....	<b>7</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>9</b>
<b>1 PALIATIVNÍ PÉČE</b> .....	<b>9</b>
1.1 HISTORICKÝ KONTEXT .....	10
1.2 FILOSOFICKO-NÁBOŽENSKÝ KONTEXT PÉČE NA KONCI ŽIVOTA .....	12
1.3 DEFINICE A PRINCIPY PALIATIVNÍ PÉČE.....	15
1.4 FORMY PALIATIVNÍ PÉČE.....	16
1.5 CÍL PALIATIVNÍ PÉČE .....	18
1.6 POTŘEBY PACIENTA.....	20
1.7 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM .....	25
1.8 KOMUNIKACE V PALIATIVNÍ PÉČI .....	30
<b>2 PALIATIVNÍ PÉČE V NEMOCNICI</b> .....	<b>32</b>
2.1 INTEGROVANÝ MODEL PALIATIVNÍ PÉČE .....	33
2.2 ODDĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE V NMSKB .....	34
<b>3 KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM - TEORETICKÁ VÝCHODISKA</b> .....	<b>44</b>
3.1 EPIDEMIOLOGIE.....	44
3.2 PATOFYZIOLOGIE.....	44
3.3 SYMPTOMATOLOGIE.....	45
3.4 VYŠETŘOVACÍ METODY.....	46
3.5 TERAPIE.....	47
3.6 KOMPLIKACE.....	48
3.7 PROGNÓZA.....	48
3.8 SCREENING .....	48
3.9 PREKANCERÓZNÍ STAVY.....	49
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>50</b>
<b>4 KAZUISTIKA</b> .....	<b>50</b>
4.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE A PARAMETRY .....	50
4.2 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA .....	50
4.3 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA .....	52
4.4 PRŮBĚH HOSPITALIZACE.....	55
4.5 OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY .....	61

<b>DISKUZE .....</b>	<b>70</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>71</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>72</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>76</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>77</b>

## ÚVOD

Od roku 2014 organizuje Nadační fond Avast program s názvem Spolu až do konce, který je zaměřený na podporu a rozvoj paliativní péče v České republice. V prvním ročníku se zaměřil na výzkumné a vzdělávací projekty a projekty zaměřené na systémové změny, druhý rok se zasloužil o rozvoj fundraisingu a finanční soběstačnosti ve třetině hospiců v ČR. Třetí ročník 2016 je zaměřen na rozvoj paliativní péče v nemocnicích ve všech regionech ČR. (28) Určitou dobu jsem se trápila otázkou, proč právě v nemocnicích, kde umírá většina naší populace a zároveň všichni víme, že takto téměř nikdo umírat nechce. Umřít chce každý doma a ten, kdo doma z nejrůznějších závažných důvodů dožít nemůže, by měl mít šanci dostat se do hospice. Takto zněla má představa. Na podzim minulého roku jsem se ale ocitla na paliativním oddělení v nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského a všechny mé zmatené představy se daly do souvislosti s reálným procesem tohoto typu péče v rámci nemocnice. Měla jsem také možnost zúčastnit se podzimní Konference paliativní péče v Brně, kde se některé vstupy týkaly tohoto tématu a přesvědčily mě. Odpovědí je právě fakt, že až 70 % lidí v minulém roce zemřelo v nemocnicích a většině z nich nebyla nabídnuta žádná forma paliativní péče. Cílem projektu je, aby do nemocnic pronikla myšlenka paliativní péče, aby došlo ke koordinaci péče a poradenství, aby vznikly paliativní týmy a oddělení, aby se více dbalo na komunikaci s pacientem a jeho rodinou, na léčbu bolesti, na informovanost a osvětu... Pokud bude paliativní péče fungovat i v rámci nemocnic, bude větší naděje, že se zvýší kvalita života pacientů, kteří procházejí vážným onemocněním (buď aktivní léčbou, nebo již pouze paliativními výkony). Možná se jim dostane nabídky výběru, zda chtějí podstupovat náročné léčebné procedury, které nabízí jen nepatrnou naději na uzdravení, anebo dají přednost symptomatické léčbě s jistotou, že konec svého života prožijí v klidu, mezi svými nejbližšími. Možná se průběh jejich léčby za podpory paliativní péče naopaklepší.

Tato práce se zabývá kazuistikou pacienta s nádorovým onemocněním rekta v terminálním stadiu. Kolorektální karcinomy patří k velice často vyskytujícím se nádorovým onemocněním trávicího ústrojí, u mužů i žen, a stejně tak si udržují přední příčku v rámci Evropské Unie v úmrtnosti. Ačkoliv se práce zabývá epidemiologií a patofyziologií daného onemocnění navazující na teoretický popis paliativní péče, je zaměřena především na určitého pacienta, se kterým jsem se setkala právě na oddělení paliativní péče v Nemocnici Milosrdných sester svatého Karla Boromejského. Jde o mladého pacienta, který tuto nelehkou část svého života prožívá nejen mezi čtyřmi zdmi nemocničního pokoje, ale také v souvislosti s celým svým předchozím životem, se svými vztahy, pocity, potřebami. Cílem této práce je zachytit všechny dimenze potřeb pacienta, ve kterých svoje onemocnění prožívá. Práce jako celek by měla být zařazena mezi ty, které dosvědčují smysl paliativní péče fungující v rámci nemocnice i péče o pacienty na konci života jako takové. Vyzdvihuje odlišnosti, kterými se tato forma paliativní péče vyznačuje na rozdíl od těch ostatních, čím přispívá celku a každému jedinci, kterému je nabídnuta. K dispozici mám reálné oddělení, které funguje již více než 5 let a kolektiv odborníků, kteří z této oblasti mají mnohé cenné zkušenosti.

Nejprve se v teoretické části práce budu zabývat obecným úvodem k tématu paliativní péče – její definicí, historickým kontextem, formami, dělením a jejími cíly – a hned poté konkrétní formou paliativní péče v nemocničním prostředí – specifiky tohoto typu péče. Protože paliativní péče je v Česku mladou disciplínou a zároveň se nacházíme v období rozvoje tohoto oboru v nemocničním prostředí, chtěla bych vyzdvihnout specifika ošetrovatelské péče paliativního oddělení v nemocnici, které je jedním z prvních tohoto typu u nás a má za sebou již několik let úspěšného fungování.



## TEORETICKÁ ČÁST

### 1 Paliativní péče

Předmětem paliativní péče je doprovázení člověka v průběhu i po ukončení kurativní léčby život ohrožující nemoci a význam této péče stoupá především v závěrečné fázi nemoci, která končí smrtí. Zatímco kurativní léčba je nejintenzivnější v počátcích pacientova onemocnění, intenzita paliativní péče stoupá s progresí nemoci a nejintenzivnější se stává ke konci pacientova života. Je tedy v kontaktu s člověkem v období, které je pro něj velice citlivé, často bolestné a plné utrpení. Dále se budu zabývat tím, že tato bolest a utrpení není vždy fyzická, ale možná i častěji může být spíše psychického, sociálního nebo duchovního rázu.

Hlavním tématem tohoto typu péče je umírání a smrt, která nevyhnutelně patří k životu a ještě nedávno se zdálo, že se na ní v moderní společnosti zapomíná, nebo přesněji se chce záměrně zapomínat a odsouvat do pozadí, kde na ní není tolik vidět. Tento fenomén tabuizace smrti můžeme nahlížet spíše v kontextu odosobněné kultury, která je založena na individualismu, kariérismu, osobním úspěchu, bohatství, zdraví, mládí a subjektivní užitečnosti. Prudký rozvoj medicíny vzbuzuje v člověku naději v její všemohoucnost, ovšem vytěsňuje nevyhnutelnost smrti. Falešná naděje na uzdravení a smlouvání ještě o „krátký čas navíc“ se stává sžíravou úzkostí umírajícího člověka i jeho rodiny. Bylo by velkým omylem myslet si, že se lidé smrti bojí natolik, že na ni raději nikdy nemyslí nebo myšlenky na ni odhánějí. Myslím si, že každý člověk svým způsobem o smrti přemýšlí a umí ji vnímat. Problémem je spíše to, že svoje pocity, plány, touhy a nejistoty ohledně smrti a umírání nedokážeme sdílet se svými nejbližšími. Vždyť kdo jiný by měl vědět o těchto osobních „soukromých záležitostech“ více, než ten, kdo by nás instinktivně vezl nejprve do nemocnice nebo volal záchrannou službu v případě, že se nám přitíží tak, že se budeme muset rozloučit již na vždy? Potíže v komunikaci ohledně umírání mají i lékaři, na kterých leží břemeno oznamování „špatných zpráv“ a rozhodování o zachránění či

nezachránění života. Ovšem v komunikaci s pacienty na konci života má důležitou roli i sestra, která je v praxi jejich velmi blízkým partnerem. Hlavním úkolem sestry a jejím uměním je pozorné naslouchání pacientovi a jeho blízkým. Proto se také budu více zabývat rolí sestry v paliativní péči jako „mostu“ propojujícím pacienta s lékařem i jeho vlastní rodinou. Neposledním tématem je také péče o rodinu umírajícího pacienta, která si často se svým blízkým neví rady. Vždyť rodina přeci ví nejlépe, co nemocný potřebuje a navíc, on se najednou stává někým úplně jiným! Rodina, která má být pacientovi především oporou se naopak často stává vyvolávajícím činitelem nejrůznějších rozepří, nedorozumění a smutku. Okamžikem pacientovy smrti jeho rodina získává statut pozůstalých, kteří potřebují mít o koho se opřít, dozvědět se, co po smrti svého drahého obstarat a připravit k pohřbu atd. Proto je tak důležitý přesah paliativní péče i do této oblasti.

Z tohoto krátkého průřezu je tedy zřejmé, jak je paliativní péče širokou koncepcí, kterou nelze přejít několika větami. Proto se na ni zaměřuji podrobněji.

## **1.1 Historický kontext**

Ačkoliv si dnes v souvislosti s problematikou umírání často povzdychneme nad tím, jak dříve bylo lépe, protože lidé mohli umírat doma mezi svými nejbližšími, smíření se vším, co život dal a vzal, musíme brát v úvahu i tehdejší situaci vývoje medicíny jako takové. Nikdy v dějinách lidstva se člověk nedožíval tak vysokého věku, jako dnes. Když pomineme fakt, že nebyla výjimkou úmrtí v dětském věku, člověk byl mnohem náchylnější k nejrůznějším nemocem, proti kterým prakticky nebyly známé žádné léky. Nakonec stejně jakákoliv lékařská péče, která byla k dostání, byla výsadou bohatých a mocných. Obyčejní lidé mohli zemřít prakticky kdekoliv a jakkoliv. Pokud se ale někomu podařilo stonat a umírat doma, tam, kde se narodil, je pravda, že se o něho rodina postarat musela, nic jiného jí nezbylo. Často tak měl umírající člověk a jeho blízcí možnost poprosit jeden druhého o odpuštění vzájemných křivd, dostupnější než lékař byl často kněz, a tak mohl být umírající usmířen s Bohem, zaopatřen a poklidně zemřít. Pozůstalá

rodina samozřejmě nesla následky úmrtí člena rodiny. Jestliže zemřel otec, musela se potýkat s velkým materiálním nedostatkem, pokud zemřela předčasně matka, následky se podepisovaly na dětech atd. Zároveň s těmito nesnázemi lidstva vznikaly pomáhající skupiny a instituce, ať už z řad světské správy nebo církve.

S pojmem paliativní péče je jako první instituce spojen hospic. Ve středověku sloužily hospice jako domy pro poutníky k odpočinku a načerpání nových sil na další cestu. Ačkoliv tyto útulky časem zanikly, staly se příznačným označením pro předchůdce hospice v moderním slova smyslu, který založily příslušnice Charity irských sester v roce 1905 – St. Joseph's Hospice v Hackney. Reakcí na prudký rozvoj medicíny se stalo moderní hospicové hnutí v druhé polovině 20. století, jehož nejznámější propagátorkou byla Cicely Saunders, která nejprve působila jako zdravotní sestra a sociální pracovníce a až později ve svých 38 letech získala lékařské vzdělání. V roce 1967 založila první hospic tohoto typu St. Christopher's Hospice v Londýně. Myšlenka hospiců se od té doby rozšířila z Anglie do celého světa. (5)

Za zakladatelku hospicového hnutí v České republice je považována MUDr. Marie Svatošová, která v roce 1993 založila Sdružení pro podporu domácí péče hospicového hnutí Ecce Homo a zasloužila se o vybudování Hospice Anežky České v Červeném Kostelci (1. 12. 1994). (5) Dnes už na našem území fungují desítky organizací poskytující mobilní specializovanou paliativní péči, lůžkové hospice, paliativní lůžka, ambulance paliativní medicíny. Kromě toho se paliativní péče zapojuje do péče i v domovech pro seniory, v rámci péče poskytované domácími agenturami a pečovatelské služby. V rámci těchto institucí jsou provozovány i půjčovny pomůcek pro rodiny pečující o své blízké. (31) V neposlední řadě si paliativní péče nachází cestu i do nemocnic, napříč všemi klinickými obory.

## 1.2 Filosoficko-náboženský kontext péče na konci života

Paliativní péče v základu vyrůstá nejen z prvotního soucitu s lidským utrpením, ale především z přirozené úcty k lidskému životu od jeho počátku až po jeho ukončení na tomto světě. Každý, kdo tedy pečuje o umírajícího člověka, netouží po ničem jiném, než aby tento konkrétní blízký zůstal v jeho paměti takový, jakého ho znal po celý život, aby neumíral v nesnesitelném utrpení, aby jeho smrt byla klidná a důstojná. Ne náhodou si mnoho lidí přeje zemřít ve spánku, vždyť samotnou smrt určitým způsobem vnímáme jako spánek, ze kterého se jednou probudíme. Člověk, o kterém sv. Augustin mluví jako *capax Dei* (schopném Boha), se zajímá o to, co se stane s duší i tělem zesnulého. Víra v posmrtný život tedy nutí člověka starat se o své umírající, aby byli dobře připraveni ať už na setkání s Bohem, na převozníka Charóna nebo co jiného konkrétní náboženství vyznávají. V paliativní péči však nejde o to, přinutit pacienta, aby se rychle před smrtí vyzpovídal nebo přijal víru, kterou mu pečující nabídne. Jde především o to, doprovázet a být s pacientem až do úplného konce. Pomoci mu přijmout jeho těžkou situaci hlavně projevením úcty k němu, jako k plnohodnotnému člověku. Tato úcta v naší evropské kultuře vychází především ze základu křesťanského smýšlení, které proto předkládám ve stručnosti k lepšímu pochopení.

### 1.2.1 Křesťanský pohled

Křesťanská víra, vyznávající jediného Boha ve třech osobách, nahlíží na smrt jako důsledek hříchu. Starý Zákon ve zprávě o stvoření světa a člověka popisuje hřích prvních lidí, Adama a Evy, a ukazuje to, co způsobil: *»uslyšeli hlas Hospodina Boha procházejícího se po zahradě za denního vánku. I ukryli se člověk a jeho žena před Hospodinem Bohem uprostřed stromů v zahradě. Hospodin zavolal na člověka: „Kde jsi?“ On odpověděl: „Uslyšel jsem v zahradě tvůj hlas a bál jsem se. A protože jsem nahý, ukryl jsem se. « (Gen 3,8-10) Důsledkem hříchu je odcizení se člověka od Boha, přerušení jejich prvotního blízkého vztahu. Jako trest Hospodin stanovuje smrt: *„V potu své tváře budeš jíst chléb, dokud se nevrátíš do země, z níž jsi byl vzat. Prach jsi a v prach se obrátíš.“ (Gen 3,19) Trest ale v Bibli nikdy nemá poslední slovo.**

Celé dějiny Božího lidu, jak je popisuje Starý Zákon, dokonce postupují podle daného vzorce, kdy po lidském pochybení přichází Boží trest, který je ale zmírněn Božím milosrdenstvím a láskou k člověku. V příběhu o vyhnání z ráje je tímto Božím slitováním myšleno potomstvo, které Bůh dává skrze Evu („matku všech živých“ verš 20) a gesto, kterým Hospodin udělá lidem kožené suknice a přioblékne je, aby se nemuseli hanbit za svou nahotu (akt obléknutí může být chápán také jako darování nové identity). Biblické poselství vrcholí Novým Zákonem, ve kterém Boží milosrdenství přichází na svět v podobě Božího Syna, Ježíše Krista. Ten z lásky k člověku umírá potupnou smrtí na kříži – bere na sebe každý hřích člověka od jeho stvoření až do konce dějin, sestupuje s ním do podsvětí - v tuto chvíli proniká Láska (1. Jan 4,16) do prostoru smrti a tím do ní vnáší život. Záležitost lidského utrpení se stává záležitostí Boží. Smrt už není koncem života, ale stává se cestou ke vzkříšení v životě novém. To je poselství křesťanského smýšlení. A odtud vychází i mimo jiné zvýšená pozornost křesťanských organizací vůči nemocným, trpícím a umírajícím lidem. Již Hippokrates říká, že „tišení bolesti je božské“. Je to určitá ctnost, kterou křesťané chápou jako prokazování milosrdenství druhému člověku. Člověk se ale kolikrát ve svém životě setká s utrpením, které není schopen utišit žádnými léky, ani jinými prostředky. Samotné utrpení, které na sebe vzal ve své oběti Ježíš Kristus, dostává nový význam, s nímž ho může trpící přijmout. Psycholog Viktor Frankl, který přiřazuje schopnost trpět mezi postojové hodnoty, tedy ty nejvyšší, které dávají příležitost naplnit ten nejhlubší smysl života, říká: „Naplnováním smyslu uskutečňuje člověk sebe samotného. Když naplňujeme smysl utrpení, uskutečňujeme to nejlidštější v člověku. Zrajeme, rosteme, vyrůstáme nad sebe samotné. Právě tehdy, když na situaci nemůžeme nic změnit – a potud jsme bezmocní a bez naděje -, právě tehdy se od nás žádá, abychom se změnili.“ (3) A cituje Yehudu Bacona: „Utrpení má smysl, jestliže se ty sám stáváš jiným.“ V křesťanském pojetí tuto změnu člověk prožívá při setkání právě s Kristem umučeným na kříži: *„Ježíš však vydal mocný hlas a vydechl naposled. Tu se chrámová opona roztrhla vpůli odshora až dolů. Když setník, který stál při tom naproti němu, uviděl, že tak vydechl naposled, prohlásil:*

»Tento člověk byl opravdu syn Boží!« (Mk 15,37-39) Poselstvím křesťanství je pevná naděje, že smrt nemá poslední slovo, že život okamžikem smrti nekončí. „Víra a naděje znamenají trpělivost a důvěru tváří v tvář Tajemství – i tajemství smrti.“ uzavírá teolog Tomáš Halík. (2,4)

### **1.2.2 Smrt dnes**

Tradiční prožívání křesťanské víry obzvláště v naší zemi následkem čtyřicetiletého období nesvobody v područí komunismu a poté otevření se západnímu světu, který nadšeně hlásá ideu bezmezní svobody člověka, významně polevilo. Přestože statistika dosvědčuje obecné tvrzení o naší zemi jako nejateističtější zemi Evropy (24), za objektivní tato data považovat nelze. O tom, zda je člověk věřící se nelze vyjádřit zaškrtnutím kolonky „věřící“, dokonce ani vlastněním křestního listu nebo jiného potvrzení o příslušnosti k nějaké skupině věřících v jakémkoliv náboženství. Jde o mnohem hlubší prožívání skutečnosti, která není lehce vyjádřitelná slovy. Někteří lidé se brání dělení lidí na věřící a nevěřící z prosté zkušenosti setkání se s lidmi, kteří o sobě prohlašovali, že jsou přesvědčenými ateisty a přeci byli duchovně mnohem vyzrálejší než mnoho „skalních katolíků“. Přístup ke smrti může být z velké části určen vyznáním víry, pokud je prožívána do hloubky, přesto ani to není zárukou poklidného umírání.

To, zda se dnešní společnost smrti bojí do takové míry, že se jí snaží vytěšňovat a zavírat před ní oči, je otázka sice zajímavá, ale jde spíše o sociologický problém. Donedávna se často v této souvislosti mluvilo o tzv. tabuizaci smrti. Tomáš Halík tvrdí, že „v sekularizované společnosti je úzkost z reálné smrti, skrývané za plentami v nemocnicích, kompenzována přemírou virtuální smrti – v TV zprávách, hororech, akčních filmech, Halloweenu, výstavách Bodies.“ (4) Jeden z článků týdeníku Respektu (19) se zmínil o Oxfordské studii, která přezkoumávala všechny dostupné výzkumy, zabývající se tématem strachu ze smrti. Ta zjistila, že se „ateisté bojí smrti méně než velká část návštěvníků kostela“. Ve výsledku se totiž objevil fakt, že nejmenší strach ze smrti mají pouze hluboce věřící lidé a ateisté. To zní logicky, pokud člověk prožívá tradiční víru povrchně, nemůže se dotknout

hluboko zakořeněné obavy z konce života. Překvapivější je, jak se do této výsledné skupiny dostali i ateisté. Autor článku klade otázku, zda „ateismus člověka zbavuje strachu ze smrti, nebo nízká míra úzkosti člověka prostě nenutí k duchovnímu hledání.“ (19) Halík, známý svými sympatiemi k ateistům, dodává, že „lidé, kteří nečekají nic za hranicemi života na této zemi, neztratili touhu po *absolutnu*.“ (4)

### 1.3 Definice a principy paliativní péče

Definici paliativní péče předkládá Světová zdravotnická organizace a definuje ji jako „*přístup zaměřený na zvyšování kvality života pacientů a jejich rodin tváří v tvář problémům spojeným s život ohrožující nemocí. Působí jako prevence a úleva od utrpení prostřednictvím časně identifikace, hodnocení a léčby bolesti a ostatních fyzických, psychologických a spirituálních problémů*“ (21) Paliativní péče je multidisciplinární přístup, který zahrnuje lékařskou, ošetrovatelskou, psychologickou, sociální a spirituální složku. Vnímá umírání a smrt jako přirozenou součást lidského života a zároveň má ohled na individualitu každého člověka s jeho fyzickou, psychosociální, duchovní a kulturní dimenzí. Důležitým aspektem je respekt ke všem přáním, potřebám a hodnotám pacienta a jeho rodiny. Péče je zaměřena nejen na pacienta, ale stejně tak i na jeho rodinu a přátele, které se stává oporou při doprovázení svého blízkého během umírání a pomáhá i v období zármutku po jeho smrti. (30)

Takto definovanou paliativní péči s jejími principy můžeme rozdělit na tzv. obecnou a specializovanou paliativní péči.

**Obecná paliativní péče** je poskytována každým zdravotníkem ve všech zařízeních zdravotní nebo zdravotně-sociální péče, kde je pečováno o pacienty s život ohrožujícím onemocněním nebo v terminální fázi onemocnění. Jde o tzv. **paliativní přístup**, jehož „součástí je včasné vyhodnocení pacientova stavu, zhodnocení smysluplnosti další aktivní léčby, sledování, porozumění a poskytování takové léčby a péče, jaká je důležitá pro

kvalitu pacientova života. Patří sem především respekt k pacientově autonomii, léčba bolesti a dalších symptomů, podpora rodiny, doporučení k dalším odborníkům..." (13).

**Specializovaná paliativní péče** je poskytována zdravotníky, „kteří mají specializační vzdělání a zkušenosti v péči o umírající pacienty a jejich rodiny“ (15). Je poskytována v konkrétních formách, kterými se zabývá další odstavec.

#### **1.4 Formy paliativní péče**

Protože je paliativní péče zaměřena na individuální potřeby umírajících pacientů, nemůže být nikdy vázána na jednu konkrétní formu. Je opravdu krásné, pokud má člověk šanci zemřít doma mezi svými nejbližšími a v prostředí, které je mu vlastní. Reálně ale tohoto privilegia dosáhne jen malá část umírajících z různých důvodů. Prvním je ten, že ne vždy stav pacienta umožní domácí ošetřování – například může jít o náročné převazy chronických nebo maligních ran, těžké krvácivé stavy apod. Častým důvodem je omezená pečovatelská kapacita rodiny – může jít o případy pacientů s demencí, ale nejen tam. Nehledě na skutečnost, že pacient je velice často indikován k paliativní péči až ve chvíli, kdy se lékařům přestává dařit jakákoliv kurativní intervence – tedy v nemocnicích ať už na odděleních interního typu nebo v rámci intenzivní péče. Vidíme, že je tedy třeba, aby paliativní péče byla dostupná v podstatě všude a včas. Nyní věnuji stručný popis každé z forem poskytování paliativní péče.

**Lůžkový (kamenný) hospic** je forma samostatné instituce, která přijímá pacienty v terminální fázi nevléčitelného onemocnění, jejichž péče v domácím prostředí nebo v jiném lůžkovém zařízení již není možná. Budovy lůžkových hospiců jsou zvláště uzpůsobeny, aby se v nich pacienti (klienti) cítili co nejpříjemněji, co nejvíce jako doma. Denní režim se řídí hlavně potřebami jednotlivých pacientů a je výrazně odlišný od nemocničního režimu. Neodmyslitelná je zde možnost pobytu rodinných příslušníků a jejich



zapojení do péče o jejich blízkého. V České republice je dnes 19 lůžkových hospiců (31).

**Mobilní (domácí) hospic** pečuje o umírající pacienty přímo v jejich domovech. Pacient je stále v péči svých blízkých, bez kterých by tato forma péče nemohla fungovat. Domácí hospic navštěvuje rodinu podle potřeby pacienta, je na telefonu 24 hodin denně. V současnosti je u nás 56 zařízení mobilní specializované paliativní péče. (31)

**Paliativnímu oddělení v nemocnici** budu věnovat samostatnou kapitolu. Jde o formu, která se postupně rozvíjí a je na ní kladen určitým způsobem důraz, protože právě nemocnice jsou místem, kde se nachází největší podíl umírajících pacientů.

**Tým paliativní péče**, který tvoří specialisté v této oblasti a v případě potřeby zajišťují vhodnou intervenci na jakémkoliv oddělení v rámci nemocnice. Cílem této formy poskytování paliativní péče je včasnost správné intervence. Důležitá je ale přesto informovanost lékařů i ostatních zdravotnických pracovníků, aby dokázali uvolnit prostor pro první intervence paliativní péče brzy po diagnostice život ohrožujícího onemocnění.

**Denní hospicový stacionář**, kam pacient přichází ráno a odpoledne nebo navečer zase odchází. Účelem může být diagnostická nebo léčebná terapie (kontrola symptomů, chemoterapie, radioterapie nebo jiná paliativní léčba), dále sem přichází pacienti, kteří by jinak museli zůstat doma sami (doba, kdy jsou jejich rodinní příslušníci v práci apod.). V neposlední řadě je důvodem stacionárního pobytu nemocného odpočinek rodiny, která o něj pečuje a zároveň může být přínosem odreagování a změna prostředí pro pacienta. (16) Tato forma paliativní péče u nás ještě nevznikla.

**Ambulance paliativní medicíny** pro pacienty s časně diagnostikovanou život ohrožující nemocí, podstupující kurativní léčbu nebo pacienty, kterým již léčba nepřináší užitek a zároveň jsou ještě schopni docházet k lékaři. Ambulantní forma paliativní péče vzniká s cílem, aby směli

pacienti s diagnostikovanou nevléčitelnou chorobou zůstat co nejdéle a co nejkvalitněji v domácím prostředí.

Je zřejmé, že v poskytování paliativní péče zatím zdaleka naše země nedosahuje požadované úrovně. Velkou překážkou je především finanční stránka, protože paliativní péče dosud není hrazena ze zdravotního pojištění. Přesto je zde velká snaha a vůle ke změně, počínající prvními lůžkovými i mobilními hospicovými týmy, jejichž členové často za cenu velkých obětí dokázali doprovodit k důstojné smrti již nespočet pacientů. Jako jeden z velkých kroků byl vznik Centra paliativní péče, které usiluje o osvětu v oboru paliativní medicíny na lékařských fakultách, ale i v rámci širší veřejnosti a politické vůle.

## **1.5 Cíl paliativní péče**

Z definice paliativní péče vyplývají jednoznačně stanovené cíle. Jde o zvýšení kvality pacientova života nejen na jeho konci, ale i v průběhu každého život ohrožujícího onemocnění.

Kvalita života je subjektivní vnímání úrovně toho, jak je člověk schopen prožívat svůj aktivní život z pohledu fyzického stavu, svou roli ve společnosti, v rodině, mezi přáteli, dále jak vyjadřuje své pocity, nálady, svoji víru nebo spiritualitu a jak se o tom všem dokáže vyjadřovat. Je to určitá lidská schopnost autotranscendence, která umožňuje vystoupit ze sebe sama a zhodnotit se v určité situaci a prostředí. Kritéria tohoto hodnocení si stanovuje často nevědomě každý člověk naprosto odlišně, mění je v průběhu svého života a vývoje, v různých situacích, za jiných okolností. Spousta lidí tuto potřebu hodnocení kvality života ani nemusí dlouho pociťovat, až když přijde něco, co výrazně ovlivní jejich dosavadní život, jako například vážná nemoc, začnou uvažovat více méně jinak. Je otázka, do jaké míry je jedinec ochoten se o toto hodnocení podílet s někým dalším – se svými nejbližšími, přáteli, se svým duchovním nebo lékařem. Nebo si ho nechává pro sebe a svůj zápas prožívá uzavřeně sám v sobě.

V paliativní péči jde do velké míry o rozšíření tohoto vnímání jednotlivého pacienta. V ideálním případě se o něm sám pacient dokáže s větší nebo menší pomocí odborníků vyjádřit sám a ošetřující tým má prostor pro snahu zajistit, aby jeho kvalita života byla v rámci aktuální situace co nejúnosnější. Pokud toto vyjádření pro pacienta není z nejrůznějších důvodů možné, přichází na pomoc rodina, která ví často mnohem více, aniž by to tušila. Někdy musíme odezírat z pacientova chování a potřeb, které v danou chvíli má. Proto odborník v paliativní péči nesmí podceňovat náznaky pacientových přání, jeho zvyky, emoce, potřeby. Rozhodně ale nesmí jít o nucené vyjadřování potřeb. Proto je nezbytně nutné, aby zdravotník nebo jiný odborník v péči o pacienta nevystupoval jako ten, který teď v době jeho nemoci, má jeho život v rukou, ale jako ten, který v jeho potížích kráčí spolu s ním a pomáhá mu najít cestu úlevy.

Snahy o pojetí kvality života jako měřitelné veličiny vycházejí prvotně z Maslowovy pyramidy potřeb člověka, která potřeby dělí na nižší a vyšší. WHO vytvořila několik typů dotazníků kvality života, z nichž základní hodnotící škála obsahuje 100 otázek, ale vznikly i specializované formy pro pacienty s HIV (120 otázek vycházejících ze základní verze) a druhá verze WHOQOL – SRPB (zaměřená na spiritualitu, náboženství a osobní přesvědčení) (33). Protože tyto verze byly použitelné pouze pro velké výzkumné nebo klinické studie, vznikla nakonec zkrácená verze WHOQOL-BREF s 26 body ve čtyřech oblastech (vnímání fyzického a psychologického zdraví, sociálních vztahů a životního prostředí) (34). Výsledky těchto testů ovšem slouží spíše k porovnávání kvality života v různých zemích, věkových kategoriích atd. Problémem těchto hodnocení je objektivizace kvality života, což prakticky není možné, protože pro hodnocení kvality života každého jedince v průřezu dějin nebo kdekoliv na světě mohou existovat různorodá kritéria. Vlastně kvalitu života jedince dokáže posoudit jen on sám. Můžeme mít perfektně vyvinutou paliativní péči, krásná místa, kde lidé mohou trávit poslední dny života, umožňovat jim zůstat v jejich přirozeném prostředí až do úplného konce, a přes všechno, co v tomto ohledu dokážeme udělat, může

pacient z různých důvodů kvalitu svého života vnímat jako velice nízkou. Na druhou stranu přínosem těchto objektivizovaných hodnocení, pokud je nevnímáme jako absolutní, je vytvoření určitého hrubého rámce toho, co je v našich silách pro určitou skupinu lidí v závěru života připravit a nabídnout. Samozřejmě nejdůležitější zůstává schopnost naslouchat každému jedinci zvlášť.

## 1.6 Potřeby pacienta

„Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu, popřípadě vede k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá. Je něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj.“ (18) Každý člověk má jiné potřeby a ty se mění i v závislosti na tom, jak je starý, v jakém prostředí se nachází, jaké prožívá vztahy, v jakém je stavu – zdravý nebo s většími či menšími zdravotními problémy atd. Výše zmíněná definice potřeby zmiňuje, že je to něco, co člověk nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Jen si představme, kolikrát za den použijeme slovo „potřebuji“. Abraham Maslow hovoří o člověku jako bytosti s potřebami a ty jsou výrazem celého jedince (ne pouze nějaké části nebo dokonce jednoho orgánu). Je tedy výrazem lidskosti, že žije v neustálé potřebě něčeho. Maslow předměty potřeb zařadil do několika skupin, které pak hierarchicky seřadil podle jejich naléhavosti. Jde o známou hierarchii potřeb, jejichž základem jsou potřeby fyziologické, podle Maslowa tedy ty nejintenzivnější v životě člověka. Jejich naplněním se má člověk upínat výš přes potřeby jistoty a bezpečí, potřeby sounáležitosti a lásky, uznání a sebeúcty až k potřebě seberealizace, kterými Maslow míní autotranscendentní lidskou potřebu. (18) V holistickém pojetí člověka mluvíme o potřebách bio-psycho-socio-spirituálních. Tento pohled nevnučuje tolik kategorizaci v naléhavosti potřeb, jako Maslowův přístup. Oba se shodují na tom, že potřeby jsou součástí celého člověka, ovšem holismus připouští všem potřebám stejnou váhu, vždy jde o něco, co je třeba naplnit. Zároveň jedna potřeba může podmiňovat

druhou, je-li tedy naplněna první, pak i druhá. Zaměřuje se tedy na příčinu problému, ne jen jeho projev.

Potřeba jako taková tedy táhne člověka k vývoji. Potřebujeme vždy určitou hranici, abychom se posunuli někam dál. Ondřej Nezbeda píše ve svém Průvodci smrtelníka o tzv. potřebě konců, která vychází právě z „obecné potřeby chápat a vyprávět náš život a běh světa jako příběh. A co by to bylo za příběh, kdyby neměl konec? Stal by se bezesmyslným.“ (14). Tato potřeba je pro člověka nezbytná a zásadní. Souvisí s uvědoměním si vlastní konečnosti, díky které je možné smířit se s vlastní smrtí. Smrt je ale koncem, který si nejsme úplně ochotní připustit a často se tuto „potřebu“ snažíme potlačovat. Pokud totiž nemáme na vědomí to, že náš život jednou skončí, máme pocit neomezenosti, můžeme si dělat, co chceme a nemáme snahu směřovat k prožití naplněného života. Již řecká mytologie je plná bohů, kteří se mezi sebou hádají, pomlouvají, perou. Jejich život je totiž neomezený. Život člověka je ale ohraničen smrtí, proto si nemůže dovolit to, co řečtí bohové. Člověk zkrátka nemá čas ztrácet ho pomluvami, nenávisť, marnivostí... Smrt je to, co dává životu smysl a naplnění. Proto je možné ono potlačení vnímání smrti klást do souvislosti se ztrátou víry v Boha, která sice smrt nepovažuje za definitivní konec, ale je znamením toho, že budeme dotazováni na to, jaký život jsme prožili a následně spravedlivě odměněni. Je ale pravdou, že nejde fakticky o tabuizaci smrti, jak se obecně říká. Dnešní svět nevnímá smrt jako něco zakázaného nebo nepřípustného, jak píše Nezbeda, ale spíš jako něco, s čím si nikdo neví rady. Všichni víme, že jediné, co doopravdy musíme, je zemřít. Máme představu o tom, jak umírání vypadá, a přirozeně se netěšíme. Když na to ale přichází, jsme najednou bezmocní. Jde tedy mnohem víc o strach, bezradnost, pasivitu. (14)

Nyní se zaměřím na jednotlivé okruhy potřeb, podle holistického pojetí, které dává základ paliativní péči.

### **1.6.1 Potřeby biologické**

Biologické potřeby, které v Maslowově pyramidě tvoří základní lidské potřeby, se týkají především tělesné schránky pacienta. Maslow do této

kategorie zahrnuje například potřebu potravy, tekutin, kyslíku, vyměšování, spánku, odpočinku a pohybu, sexuálního uspokojení, čistoty nebo bolesti. Maslowova teorie zastává názor, že pokud tyto potřeby nejsou naplněny, stávají se dominantními a přehlušují ostatní potřeby. V holistickém pojetí stojí biologické potřeby na stejné úrovni jako všechny ostatní, navíc můžou být podmíněny nebo podmiňovat jiné potřeby. Například zácpa může výrazně ovlivnit psychiku pacienta nebo vytržení ze sociálního zázemí, především u starých lidí, má za následek úzkost až depresi.

Paliativní péče se zaměřuje na kontrolu symptomů pacientova onemocnění. Snaží se zmírnit jeho utrpení všemi možnými prostředky, jaké je pacient ochoten akceptovat. Je třeba zdůraznit, že paliativní postupy neurychlují progresi onemocnění, ani ji zbytečně neprodłużují v případě, že již není reálná šance na vyléčení. Pokud nastává taková situace, kdy selhávají dostupné prostředky pro tlumení bolesti a dalších symptomů, přistupuje paliativní medicína po dohodě s pacientem k tzv. **paliativní sedaci**. „Jedná se o specifický medicínský zákrok, kdy je pacient uveden do hlubokého stavu bezvědomí, obvykle za pomoci silných léků.“ (11) Vždy se k paliativní sedaci přistupuje po dohodě s pacientem a jeho rodinou, a to až v krajních případech. Rozhodně nejde o zkrácení pacientova života, ale o úlevu od nepříjemných příznaků onemocnění. Z paliativní sedace je možné pacienta kdykoliv snížením dávky léků probudit.

Kromě bolesti se paliativní kontrola symptomů nejčastěji potýká s nevolností, zácpou, dušností, kašlem, krvácením atd. Jednotlivým nejčastějším symptomům a jejich léčbě se podrobněji budu věnovat níže.

### **1.6.2 Potřeby psychologické**

Mezi psychologické potřeby patří především potřeba respektování lidské důstojnosti. Pacient je velice citlivý k přístupu zdravotníků, obzvláště k jejich gestům, chování, pohledům, postojům, oblečení atd. Pacient dobře vycítí, když zdravotníci „mlží“, vlastně často sám vytuší pravdu, kterou mu lékař není schopen upřímně sdělit. Velká většina pacientů chce znát podrobné informace o svém zdravotním stavu, jen málokdy se stane, že tuto

možnost odmítné, ale je třeba ji stejně tak respektovat. V tomto směru je velice důležitá profesionální, citlivá komunikace s pacientem. Je třeba vždy zjistit, jak pacient svoji nemoc vnímá, z pohledu psychologie tzv. kognitivní pojetí nemoci. Jde o to, jak pacient svoji nemoc **identifikuje** (pozorováním konkrétních příznaků), jakou má představu o tom, co je **příčinou** jeho nemoci, jak vnímá **časový průběh nemoci** (očekává, že jde o týdenní záležitost nebo spíše dlouhodobějšího rázu), dále jaké si myslí, že bude mít nemoc **následky** a nakonec zda je jeho nemoc **léčitelná a vyléčitelná** (8).

### ***1.6.3 Potřeby sociální***

Během vážné nemoci člověk prochází výraznou změnou sociálního postavení. V první řadě získává statut pacienta, z ničeho nic je třeba přizpůsobovat svůj život novým nárokům, dodržovat opatření daná lékaři, zvykat si na vedlejší účinky léků atd. Ať už v časných nebo pozdních stádiích nemoci, kdy člověk ztratí možnost vykonávat své povolání, ztrácí své zaměstnání, případně každodenní náplň času.

### ***1.6.4 Potřeby spirituální***

O této dimenzi potřeb, která se k prvním třem přidala později a ne všechny zdroje ji uvádějí, se obecně ve zdravotnictví spíše vyhýbáme. Možná máme pocit, že to souvisí s něčím, co do naší české společnosti už nepatří a tedy o to není zájem. Debata o spirituálních potřebách pacienta končí připomenutím toho, že jsme přeci jen nejateističtější země v Evropě, tak co bychom chtěli. Spíše si s nimi ale nevíme rady, a tak, když už to musí být, je všechny shrneme pod otázku v ošetřovatelské anamnéze „Máte spirituální potřeby?“. Mnoho lidí, i zdravotníků, se často domnívá, že jde o uspokojování potřeb věřících, jak uvádí Marie Svatošová, je tomu ale skoro naopak: věřící člověk ví, jak se svými duchovními potřebami nakládat a dovede se podle toho zařídit. Horší je to právě s lidmi, kteří z víry nežijí a často se během vážné nemoci začínají ptát po smyslu života. (17) Jde o hlubší problém, do kterého se leckomu nemusí vůbec chtít zasahovat. Stejně jako ostatní potřeby se navzájem podmiňují a jejich nenaplněnost vede k dalšímu strádání, i

spirituální potřeby existují a fungují na stejném principu. Jen je mnohem těžší je pojmenovat, mluvit o nich a snažit se je řešit.

Mezi spirituální potřeby patří v první řadě již zmíněná potřeba konce. Jestliže jsme se výše zabývali smrtí jako tím, co dává životu smysl, pak tuto potřebu můžeme nazvat také potřebou smysluplnosti života. To už je nám o něco srozumitelnější. Kolikrát se ptáme, proč děláme to či ono, jaký má smysl naše práce na tomto světě. Často se ptáme stejně jako biblický starozákonní Kazatel: „Jaký užitek má člověk ze všeho svého pachtění, z toho, jak se pod sluncem pachtí? Pokolení přichází, pokolení odchází, ale země stále trvá. Slunce vychází, slunce zapadá a dychtivě tíhne k místu, odkud opět vzejde. Vítr spěje k jihu, otáčí se k severu, točí se, točí, spěje dál, až se zas oklikou vrátí. (...) Všechny věci jsou tak únavné, že se to nedá vypovědět; nenasytí se oko viděním, nenaplní se ucho slyšením.“ (Kaz 1,3-6;8) Je to opět ona lidská schopnost sebetranscendence, která umožňuje nahlížet na život z jiné perspektivy. Během vážného onemocnění, prožívání různých bolestí a ztrát, se člověk ptá po tom, zda to všechno, co prožil, co dělal, mělo nějaký význam. Hodnotí svůj dosavadní život, ptá se, zda byl dobrý nebo špatný. „Každý člověk v takové situaci potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno, a má potřebu odpouštět. Každý člověk potřebuje vědět, že jeho život měl a až do poslední chvíle má smysl. Nenaplněnost této potřeby smysluplnosti se rovná skutečnému stavu duchovní nouze.“ (17) Člověka, jako bytost hledající smysl viděl rakouský neurolog a psychiatr a zakladatel logoterapie, Viktor E. Frankl. Přesvědčený, že každá chvíle, každý okamžik lidského života má smysl, popsal tři cesty k nalezení smyslu: Člověk „předně nachází smysl v tom, že něco dělá nebo něco tvoří. Mimo to spatřuje smysl v tom, že něco prožívá a někoho miluje. Ale podle okolností vidí smysl i v beznadějně situaci, vůči níž je úplně bezbranný.“ Frankl, který prožil několik let v koncentračních táborech, přichází s přesvědčením, že nacházením smysluplnosti v utrpení se uskutečňuje to nejlidštější, co v člověku je. (3)

V rámci duchovních potřeb se pacient vyrovnává se svou vážnou nemocí, jejímž důsledkem je smrt. Potom, co si pacient uvědomí závažnost



své situace, musí se v ní nově zorientovat, uvést do souvislosti s předchozím životem, vyrovnávat se se strachem o sebe i o své blízké, vyrovnat se s reálnými nebo pocitovými křivdami a nedostatky a nalézt i v této chvíli smysl života. Vyrovnání se s těmito otázkami směřuje k přijetí sebe sama, smíření a odpuštění sobě i druhým, přijetí života v jeho úplnosti a tím i přijetí vlastní smrti a osobní vděčnosti za život (7). V procesu vyrovnávání se situací, která nevyhnutelně směřuje ke smrti, může pacient procházet různými fázemi. Lékařka Elizabeth Kübler-Ross v průběhu nesčetných rozhovorů s umírajícími pacienty pojmenovala jednotlivá stadia vyrovnávání se se špatnou zprávou, tedy poté, co lékař sdělil pacientovi, že umírá (10):

1. Popírání a izolace
2. Zlost
3. Smlouvání
4. Deprese
5. Akceptace

Ačkoliv jednotlivé fáze autorka dala do tohoto pořadí, nemusí nutně proběhnout vždy všechny, nebo přesně po sobě. Někdy se naopak některá fáze může střídat s druhou, trvají různě dlouho a každý pacient v jednotlivých fázích potřebuje individuální přístup. Zde je role tzv. nemocničního kaplana, který umí s pacienty citlivě komunikovat v nelehkých situacích na citlivá témata. O jeho roli ale bude řeč níže.

## **1.7 Multidisciplinární tým**

Nutným předpokladem paliativní péče, jak vyplývá z její definice, je multidisciplinární tým. Péče se tak neodehrává pouze na zdravotní nebo zdravotně sociální úrovni, ale ve všech dimenzích pacientových potřeb. Multidisciplinární tým je okruh profesionálních pracovníků zajišťujících komplexní péči o pacienta. Zahrnuje lékaře, ošetrovatelský tým, psychologa, sociálního pracovníka a duchovního. Celý tým by se měl pravidelně, nejlépe jednou týdně scházet a předávat si informace o pacientech, aby péče dobře fungovala. Není nutné, aby s každým pacientem pracoval každý člen týmu, ale je třeba dát pacientovi tu nabídku a nechat ho určit si, koho z týmu k sobě

připustí nebo odmítne. Rozhodně nejde o vnucování služeb duchovního nebo psychologa, když pacient zjevně nemá sebemenší zájem. Na druhou stranu je třeba naslouchat pacientovým potřebám v průběhu péče, protože se například tyto názory často mění a pokud při příjmu do péče pacient duchovního odmítne, neznamená to nutně, že nebude potřebovat jeho blízkost později nebo až v úplném závěru svého života.

### **1.7.1 Role lékaře v MDT**

Standardy hospicové paliativní péče, které ve spolupráci s pracovní skupinou MZČR vypracovala Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (dále jen APHPP), předkládá dvě nejdůležitější a nezastupitelné funkce lékaře. „Lékař zodpovídá za hodnocení zdravotního stavu a léčbu a koordinuje poskytování péče nemocnému ve všech aspektech péče podle aktuálního léčebného plánu. V kompetenci lékaře hospicového týmu je sdělování aktuálního stavu nemoci, jeho vývoje a prognózy nemocnému a jeho blízkým s ohledem na jejich potřeby a možnosti.“ (22) Lékař je ten, který vždy rozhoduje o další léčbě pacienta. Ve zdravotnické praxi ale ne vždy lékař postupuje ve spolupráci se samotným pacientem, což je výsadou právě paliativní péče – tedy že lékař pacienta nejen prohlédne, vyšetří a stanoví další léčebné postupy, ale že mu nabídne a vysvětlí všechny možnosti léčby a nechá ho svobodně se rozhodnout, jaký postup zvolí. V případě ztížené komunikace s pacientem je na řadě jeho nejbližší rodina, a když ani zde už není možnost navázání pro pacienta prospěšného dialogu, jedná lékař v rámci týmové spolupráce podle svého nejlepšího svědomí. Komunikační dovednosti lékaře jsou těmi nejdůležitějšími v paliativní péči. Je to právě lékař, který tváří v tvář uvádí pacientův stav na pravou míru, je to on, kdo mu musí adekvátním způsobem podat srozumitelné informace a také na něj míří ty nejdůležitější pacientovy dotazy ohledně umírání a konce života.

### **1.7.2 Role sestry v MDT**

Sestra v multidisciplinárním zdravotnickém týmu má často ze všech jeho členů nejbližší vztah k pacientovi, což přirozeně vychází z její náplně práce, protože se u pacienta nejčastěji fyzicky vyskytuje. Nejen že se u

pacienta vyskytne minimálně v pravidelných intervalech při rozdávaní léků a kromě toho i při jiných příležitostech jako u hygieny, převazů ran, atd. Sestra by měla mít vždy přehled o tom, co se u pacienta děje, jak mu je, jak vypadá, co potřebuje... Hlavní rolí sestry je vytvoření mostu mezi pacientem a lékařem, protože často lékař potřebuje znát podrobnější informace nejen od samotného pacienta, ale také od sestry, která o něho pečuje. Pacient naopak často potřebuje vysvětlit, co mu lékař říkal o jeho stavu, čemuž z různých důvodů neporozuměl, nebo potřebuje lékaři sdělit informace, na které během ranní vizity zapomněl nebo má jiné obavy. Sestra má velikou roli v komunikačním procesu mezi pacientem a lékařem a mezi pacientem a jeho rodinou. I rodinní příslušníci potřebují slyšet, jak se o jejich blízkého pečuje, z jiné strany než od něho, často mají nejrůznější obavy, o kterých před ním nejsou schopni hovořit, často si potřebují zkrátka vylít srdce, aby mohli být oporou pro svého drahého, potřebují sami mít o koho se opřít.

Pokud jde o specifickou roli sestry působící v paliativní péči, je to ona stálá jednotka, která bude na tomto místě kdykoliv bude pacient nebo rodinní příslušníci potřebovat. Je to ona, která odkrývá skryté potřeby pacientů a pomáhá jim vyjádřit, co sami nedokážou. Její podstatnou úlohou je sledování bolesti a kontroly dalších symptomů, které je třeba tlumit. Dalším jejím úkolem jsou komunikační dovednosti, se kterými doplňuje kompetence lékaře. Přistupuje k pacientovi s upřímností, empatií, ale nikdy se nesnaží obcházet jeho obavy plytkými frázemi o tom, že se jeho stav určitě zlepší a všechno bude jako dřív. Přesto ale musí mít na vědomí, že je v kompetenci lékaře oznámit závažný stav pacientovi, do čehož nesmí nijak zasahovat. Především hovoří s pacientem o tom, co sám ví a pomáhá mu zpracovávat informace, které získává od lékaře. Zprostředkovává také služby ostatních členů týmu, jako třeba psychologa, duchovního nebo společnost dobrovolníků.

### ***1.7.3 Role psychologa/psychoterapeuta***

Roli psychologa v paliativním týmu je potřeba dobře odlišit od role duchovního, i když se může zdát jejich postavení hodně podobné. Nejčastěji

se může stát, že pacient odmítne návštěvu duchovního, ale zároveň se neumí vypořádat se svou situací nejen ve vztahu k sobě, ale i ke své rodině. Zde je velká pravděpodobnost, že přijme pomoc psychologa. Záleží ale i na osobnosti pacienta, jak je zvyklý vyrovnávat se v zátěžových situacích, jak je komunikačně zdatný (v tomto může být přítomnost psychologa velmi prospěšná) a zda vůbec chce o svých těžkostech hovořit – to je zcela zásadní předpoklad pro působení psychologické podpory. Někdy se může i prolínat s duchovní péčí, která vyniká více k zajištění svátostí, modliteb atd.

#### ***1.7.4 Role sociálního pracovníka***

Sociální pracovník má stěžejní roli nejen při příjmu pacienta do zařízení paliativní péče, ale i v jeho průběhu, kdy může být nápomocný při zajištění pro pacienta nejpříjemnějšího prostředí. Nejčastěji tedy usiluje o možnost návratu pacienta do jeho přirozeného prostředí, pokud je to možné. Dále je nezastupitelná role sociálního pracovníka v následné péči o pozůstalé. Pomáhá zařizovat praktické záležitosti ohledně pohřbu apod.

#### ***1.7.5 Role duchovního v paliativním týmu***

Duchovní péče se postupně stává běžnou součástí zdravotnického týmu jakéhokoliv zdravotnického zařízení. Osoba, která tuto službu zprostředkovává, má oficiální název nemocniční kaplan. Ten poskytuje pastorační pomoc nejen pacientům, kteří mají tuto potřebu, ale i zdravotnickým pracovníkům a návštěvníkům bez rozdílu. Nově vydaný metodický pokyn ministerstva zdravotnictví o duchovní péči ve zdravotnických lůžkových zařízeních dává rámeček této službě, upravuje organizační struktury, vymezuje pojmy, zařazuje duchovního jako člena multidisciplinárního týmu zdravotnického zařízení, předkládá cíle a zásady duchovní péče. Kromě toho upravuje i požadavky na kvalifikaci nemocničního kaplana, jeho práva a povinnosti. Nemocničním kaplanem tedy může být člověk, který má dokončené teologické vzdělání na magisterském stupni, absolvoval kurz nemocničního kaplanství na některé teologické fakultě v ČR, dále by měl mít nejméně tři roky praxe v obecné pastorační péči.

Nemocniční kaplan je jmenován na základě společného pověření Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice. (27)

Specifikem role duchovního v paliativním týmu je nejen udělování svátostí pacientovi a modlitby, pokud o ně má pacient zájem, ale také – a především – jsou to odpovědi a diskuze k existenciálním otázkám, které si umírající pacient často k závěru svého života klade. Samozřejmě je duchovní stejným člověkem jako my všichni a jasné odpovědi na tyto otázky většinou nemá. Jde však o to, vést v těchto záležitostech pacienta ke smíření se vším, co prožívá, pomoci mu přijmout fakt smrti a dát jistotu toho, že jeho život, ano, i jeho nemoc a umírání má a bude mít smysl.

### **1.7.6 Dobrovolníci**

Nedílnou součástí paliativních týmů bývají i dobrovolníci, kteří doplňují tým profesionálů o dobrosrdečné společníky pacientů. Jejich výsadou je, že činnost, ke které se v hospicích nebo paliativních odděleních zavazují, nedělají pro nic jiného než pro radost. Zatímco v západních zemích je tato aktivita vysoce společensky ceněna, u nás je zatím v počátcích. V celém týmu je jejich hlavní rolí vytvářet z prostředí hospice nebo nemocničních oddělení více domovy než instituce. Marie Svatošová uvádí několik zásad, které jsou v roli dobrovolníka zásadní: žádný z nich nesmí být nikdy přetížen, zavazuje se tedy jen k tomu, co zvládne, a dále je to stoprocentní spolehlivost, tedy že přicházejí vždy podle předem domluveného rozpisu jako do zaměstnání. (16) Náplň jejich činnosti může být velice různorodá. Od péče o květiny, přes provozování dobročinné kavárny nebo jiných občůdků, organizace různých akcí na podporu zařízení, po navštěvování pacientů, jejich zabavení během dne nebo jen ke krátkému přátelskému rozhovoru. Dobrovolníci musí být vždy součástí celého týmu, který k nim přistupuje jako ke spolupracovníkovi s náležitou úctou. Je dobré, když se dobrovolníci navzájem znají a tvoří společenství, které se jednou za čas sejde a je oceněno i tím, že jim věnuje svůj čas například staniční sestra, ředitel hospice apod.

## 1.8 Komunikace v paliativní péči

Komunikace je stěžejní součástí paliativního přístupu. Bez dobré komunikace nemůže být o paliativní péči ani řeč. Vždy totiž musí jít o to, aby pacient chápal svoji situaci, ve které se reálně nachází. V tomto smyslu hovoříme o informovanosti pacienta. V moderním pojetí přístupu zdravotníka k pacientovi jde o partnerský vztah, na rozdíl od modelu tradičního, ve kterém jsme ještě celkem nedávno (a možná se na některých místech provozuje do dnes) viděli přístup paternalistický. Do popředí se ale čím dál více dostávají práva pacientů, kteří ideálně mají mít účast na své léčbě, a proto by měli chápat souvislosti okolo svého onemocnění. V současné praxi se to ale zatím projevilo tak, že pacient již od příjmu na nemocniční oddělení a v průběhu celé léčby podepisuje informované souhlasy s hospitalizací, výkonem toho a onoho vyšetření. Ke skutečnému podání informací však bohužel dochází poměrně málo, což je možná důsledkem přetíženosti lékařského personálu, ale především jde právě o jeho slabý článek – způsob komunikace s pacientem je jeho důležitou, ale často velmi opomíjenou součástí této profese. Často dochází k tomu, že lékař sice pacienta informuje, ale jednak ve spěchu, takže ve svém projevu nerad dá pacientovi prostor k vyjádření a položení doplňujících otázek nebo námitek, a za druhé si lékař často ani neuvědomí, že terminologii, která je součástí jeho profese, není samozřejmě pochopitelná pro každého člověka (to není ovšem problémem pouze lékařů). Pro paliativní péči je dobrá komunikace základem, zvláště proto, že jde často o pacienty s ukončenou kurativní léčbou, jejich život se zkrátka chýlí ke konci a je nezbytně důležité, aby se toto pacient dozvěděl včas a měl šanci se s touto skutečností vyrovnat. Samozřejmě je důležité respektovat pacientovo přání ohledně podávání informací. Někteří pacienti chtějí vědět všechno, co ví lékař, někteří nechtějí zacházet do velkých podrobností, stačí základní směřování jejich zdravotního stavu. V těchto případech už jde ale o to, vyjasnit si tyto záležitosti – tedy komunikovat.

Specifikem komunikace v paliativní péči je i informování a vlastně až vytvoření vztahu s rodinou pacienta. I pacientovi blízcí v tomto období

prožívají čas loučení a ztrát. Ideální je stav, kdy má rodinný příslušník možnost být u pacienta nejen kdykoliv během dne, ale i přespání přes noc. Blízcí pacienta, který nemá jinou možnost než zemřít v nemocnici nebo hospici (a to i v případě, že jde o přání samotného pacienta), můžou mít pocit zanedbání nebo zkrátka „že neudělali pro svého drahého to, co měli“. V tomto je třeba nechat jim prostor pro to, aby měli možnost být pacientovi nablízku opravdu až do konce, kdykoliv, jakkoliv dlouho si pacient přeje.

## 2 Paliativní péče v nemocnici

Paliativní péče v České republice si postupně nachází cestu i do nemocnic. Letos v polovině dubna proběhla v Praze Konference nemocniční paliativní péče, kde byly shrnuty všechny iniciativy zaměřené na tento typ paliativní péče a jejich rozvoj. Minulý rok vyhlásil Nadační fond Avast granty na podporu tohoto typu paliativní péče. Podpořeno bylo poměrně hodně nemocnic, a to nejen těch velkých, ale i okresních a soukromých. A tak touto cestou začaly postupně vznikat paliativní týmy nebo konziliární služby paliativní péče, paliativní lůžka nebo oddělení, probíhala intenzivní edukace zaměstnanců těchto vybraných nemocnic atd. Prodloužen byl i pilotní projekt Mobilní specializované paliativní péče, který poukazuje právě na skutečnost, že významnou část klinicky nestabilních pacientů v závěru života by bylo možné propustit do domácího prostředí, kde podle výzkumů chce většina pacientů umírat. Mimo tyto projekty se objevila i Koncepce rozvoje paliativní péče kraje Vysočina, která podpořila rozvoj paliativních týmů v nemocnicích zřizovaných krajem, v každé z nich zaplatila také přípravu 2-3 specializovaných lékařů.

Přestože zatím neexistuje systematický sběr dat pro ucelený pohled na péči o pacienty v závěru života, odborníci si prozatím vystačili s dostupnými daty o mortalitě obyvatelstva. Všechny tyto iniciativy tedy vycházejí z prostého faktu, že ze všech úmrtí v České republice již dlouhodobě většina z nich probíhá právě v nemocnicích (30). Ukazuje se, že velká část pacientů v závěru života prochází opakovanými hospitalizacemi. A co více, výzkum projektu ODDICUS poukázal na to, že úmrtí v akutní nemocniční péči se u 87 % pacientů dá předpokládat (29). Tyto informace nás vedou k logickému závěru: jestliže se v nemocnicích nachází nejvíce pacientů, kterým by paliativní péče mohla být prospěšná, je potřeba zaměřit se na její rozvoj právě zde.



## 2.1 Integrovaný model paliativní péče

V úvodu do paliativní péče jsem uvedla její dvě základní úrovně – obecnou a specializovanou. Nyní se ukazuje, že právě ta obecná paliativní péče, poskytovaná v klinické praxi dané odbornosti, je velice důležitá pro to, aby byla indikována a zahájena v pravý čas a byla zde i návaznost na úroveň specializovanou. Toto je cílem tzv. integrovaného modelu, který učí lékaře zahajovat paliativní péči již od chvíle, kdy bylo pacientovi diagnostikováno život ohrožující onemocnění. Zatím si stále velká část zdravotníků myslí, že paliativní péče je pouze pro pacienty v terminálním stadiu nemoci. Samozřejmě je v tomto období nejintenzivnější a měla by pacienta pomoci umístit do specializovaného zařízení paliativní péče, ale její zahájení musí probíhat mnohem dříve. Obdorníci tvrdí, že dobrá paliativní péče začíná již v ambulanci. Nejde totiž o to, oznámit pacientovi, že bezprostředně umírá. Paliativní péče je velice prospěšná i během kurativní léčby, kdy například tlumí vedlejší účinky chemoterapie nebo ozařování, probíhá již nastavení léčby bolesti a dalších symptomů provázejících dané onemocnění. Nedílnou součástí je i psychologická, sociální a spirituální potřeba, která může být platná například ve chvíli, kdy se pacient dozvídá o nevléčitelném onemocnění, které mu bylo diagnostikováno apod. Zároveň dochází i ke kontaktu s rodinou, která nemocného provází a sama bude postupně potřebovat pevnou oporu.

Jde tedy o integraci kurativní léčby s léčbou symptomatickou, kdy na rozsah těchto dvou složek má vliv prognóza onemocnění a průběh léčby. Kvalitativní studie *Clinician Role in Early Integrated Palliative Care for Patients with Advanced Cancer* provedená na Washingtonské univerzitě, konkretizuje roli specializovaného lékaře v paliativní péči: časná paliativní péče zajišťuje lepší kvalitu života a zvyšuje pacientovo povědomí o prognóze onemocnění. Některé její součásti fungují po celou dobu vývoje nemoci, jiné se vyvíjejí. První návštěvy specialisty jsou zaměřeny na vybudování důvěrného vztahu mezi lékařem a pacientem, zatímco pozdější návštěvy jsou

orientovány na plánování péče na konci života. Výsledkem studie jsou definovány 3 základní role lékaře specialisty:

1. *Kontrola symptomů*, která je vnímána jako „určitá odbornost, která pomáhá vybudovat vzájemný vztah“. Může jít například o toleranci chemoterapie, zvládnání bolestí atd. Tato role umožňuje vypěstování důvěry mezi lékařem a pacientem nejen v oblasti fyzických potřeb pacienta. Je prvním krokem od získání kontroly nad celkovým stavem symptomů ke konverzaci o emocionálních problémech, o kterých pacient na poprvé nemusí chtít mluvit.
2. *Práce s emocemi pacienta pro usnadnění vyrovnávání se a přijetí vlastního zdravotního stavu a plánování péče*. V této oblasti jde o určitou stabilizaci emočního stavu, vedení pacienta k porozumění si a získání nadhledu. Zde je třeba hledat hranice v diskuzi na citlivá témata, nesmí jít o násilné rozhovory. Je třeba brát ohled na obavy pacienta a umožňovat mu zpětnou vazbu.
3. *Pomoc pacientovi porozumění jeho ošetřujícímu onkologovi a naopak*. Lékař má za úkol srozumitelně interpretovat informace, které pacient získal od svého onkologa a případně tlumočit pacientovy obavy onkologovi. (23)

V zásadě jde o podmínky dobré paliativní péče, tedy důvěryhodnost lékaře, otevřenou a pravdivou komunikaci o diagnóze, prognóze a respekt k přáním pacienta, sestavení plánu paliativní péče, hodnocení a léčba symptomů a psychosociální a spirituální podpora.

## **2.2 Oddělení paliativní péče v NMSKB**

Paliativní oddělení, kde jsem tuto kazuistickou práci vypracovala, je jedno z prvních svého druhu na území naší republiky. Je součástí Nemocnice milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze pod Petřínem a v blízkosti Pražského hradu. Zřizovatelem této nemocnice je Kongregace Milosrdných sester sv. Karla Boromejského, jak napovídá samotný název. Jde o malou nestátní nemocnici, která je charakteristická svým rodinným prostředím. Kromě oddělení paliativní péče jsou zde ošetrovatelská lůžka, čtyři interní oddělení, chirurgické oddělení i anesteziologicko-resuscitační oddělení. Kromě lůžkové části je zde i řada oborů fungující ambulantní formou.

Oddělení paliativní péče je umístěno ve druhém patře nemocniční budovy. Disponuje 13 lůžky pro pacienty a 6 lůžky určenými pro blízké doprovázející osoby. Pokoje jsou jednolůžkové nebo dvoulůžkové a každý pokoj má své vlastní sociální zařízení, k výbavě patří také televize a internetové připojení. Na oddělení je jedna koupelna s výškově nastavitelnou vanou určenou ke koupeli a jedním sprchovacím lehátkem. Pro pacienty nebo jejich blízké jsou k využití pojízdná polohovací křesla. K dispozici jsou dvě malé lednice, kam si mohou uschovávat vlastní potraviny. V přízemí nemocnice se také nachází kantýna, kterou smí pacienti i s rodinami navštěvovat. K setkávání u kávy je na oddělení určena klubovna, která je vybavená malou kuchyňkou a posezením, případně je i možnost vyjet s pacientem na invalidním vozíku nebo s postelí do nemocniční zahrady.

Specializovaná paliativní péče je zde poskytována dospělým pacientům, kteří prochází pokročilým stadiem nevléčitelného onemocnění a trpí symptomy, které jsou v domácím prostředí nebo jiném lůžkovém zařízení těžko zvladatelné. Nejčastěji na oddělení přichází pacienti s pokročilým nádorovým onemocněním, s chorobami provázející těžké neurologické poškození nebo v terminálních fázích chronického selhání srdce, jater, ledvin nebo plic.

O pacienty pečují multidisciplinární tým složený z lékařů, sester, sanitářů, nutričních terapeutů, sociální pracovníce, psychoterapeuta a nemocničního kaplana. Všichni se schází jednou za týden na týmové poradě.

Nyní se zaměřím na některá specifika ošetrovatelské péče o pacienty v terminální fázi onemocnění, která je zde poskytována na vysoce specializované úrovni.

### ***2.2.1 Péče na konci života***

Péče na konci života je důležitou součástí paliativní péče pro pacienty, kteří se blíží k závěru svého života. Je určena pro ty, u kterých se předpokládá dožití do jednoho roku, ale toto období je velice obtížné určit. Péče na konci života má za cíl pomoci lidem prožít tento čas jak nejlépe je to možné a

zajistit důstojné umírání. Odkazuje také na léčbu během tohoto období a může zahrnovat další podporu, například pomoc s právními záležitostmi. Péče na konci života pokračuje tak dlouho, jak daný člověk potřebuje.(32) Pokud pacient přichází na paliativní oddělení, předpokládá se, že jde o tento vymezený úsek v rámci paliativní péče. Někdy tomu tak ale nemusí být. Každému je dán čas, který nikdo nedokáže přesně určit. Proto u nás pacienti bývají v rádech několika dnů až hodin, ale i týdnů a měsíců. Netypickým příkladem je pacient s amyotrofickou laterální sklerózou, jehož pobyt může trvat i v řádu několika let.

### **2.2.2 Duchovní péče**

V rámci celé nemocnice je zaměstnáno 5 nemocničních kaplanů - z toho jeden kněz, dvě řeholní sestry a dvě laičky. Každý pacient, který je do nemocnice přijat, na jakémkoliv oddělení, dostává nabídku duchovních služeb. Ať je hospitalizace plánovaná nebo jde o akutní příjem, každý pacient tuto možnost dostává. Nevyjímají se tedy ani pacienti na chirurgickém oddělení ani v rámci intenzivní péče. Faktem je, že většina z pacientů, kteří přicházejí na plánovaný zákrok nebo jejich hospitalizace nemá dlouhého trvání, duchovní službu nevyžaduje a odmítá. Tato služba poukazuje na hodnoty, na kterých nemocnice funguje. Sestra Lada pacientům vysvětluje, že "nemocnice je přímo propojena s kostelem, z čehož vyplývá právě tato služba." Každému pacientovi má být dáno najevo, že na něm záleží, že zde není beze slova vydán napospas systému medicíny, který prohlédne lidské tělo od hlavy až k patě ve všech orgánových strukturách, ale duši člověka nenalézá. Na paliativním oddělení je tato služba specificky intenzivnější. Pacient sice dostává úplně stejnou nabídku jako každý pacient této nemocnice, ale situace je z podstaty odlišná. Vždy je na konkrétním pacientovi, zda služby vyžaduje nebo odmítne. Důležité je, aby věděl, že jeho rozhodnutí nemusí být definitivní, pokud se jeho potřeby změní. V paliativní péči jde o doprovázení umírajících pacientů, někdy i rodinných příslušníků (těm ale často služba nemocničního kaplana připadá zbytečná a nerozumí jeho významu pro umírající). V tomto

období je běžnější, že pacient začne mít duchovní potřeby, ale nemusí tomu tak být vždy.

Duchovní služby zahrnují nejen důvěrné rozhovory, zprostředkování svátostí (svaté přijímání a svátost smíření), ale také četba Bible nebo jiné oblíbené knihy pacienta, zpěv s doprovodem kytary, hry...

### **2.2.3 Péče o základní potřeby**

Péče o základní potřeby je jednou z hlavních náplní ošetřovatelského personálu. Jde především o zvýšení tělesného komfortu pacienta, který má velký vliv i na psychosociální prožívání nemoci. V tomto směru je ze strany ošetřovatelského personálu snaha o zachování pacientových zvyklostí, nakolik je to v rámci režimu oddělení možné.

Pečujeme o hygienu pacienta, která probíhá vždy v ranních hodinách. Frekvence celkových koupelí na lůžku nebo ve sprše a hygieny u lůžka je přizpůsobena individuálně každému pacientovi, jak jeho stav vyžaduje. Někdy sám pacient s rodinou projevuje přání, aby hygienu vykonával rodinný příslušník. V tomto případě je ponechán prostor pro rodinu, která se tak na péči smí podílet a přesto mít jistotu, že je na blízku případná pomoc ošetřovatelského personálu.

Velkou pozornost je třeba věnovat vyprazdňování obzvláště u pacientů trpících syndromem maligní obstrukce střev (lokálně pokročilé nebo metastazující maligní nádory v dutině břišní – karcinom ovaríí, kolorektální karcinom, karcinom děložního čípku nebo pankreatu). Někteří pacienti mohou mít vyvedenou stomii. Potíže s vyprazdňováním můžou nastat ale i jako nežádoucí účinek některých léků (např. opioidy), jako následek imobilizace pacienta, nedostatečné hydratace apod.

U mobilních pacientů je snaha a zachování maximální soběstačnosti, v rámci rozsahu onemocnění a vůle pacienta, která závisí v určité míře i na psychosociálním podkladě. V zásadě se jedná o to, co samotný pacient chce a jeho síly mu dovolí. Fyzioterapeutické intervence již nejsou standardně

indikovány. U imobilních pacientů probíhá aktivizace zejména během hygieny nebo při jídle, ale vždy se vše odvíjí od stavu pacienta.

V oblasti výživy je kladen důraz na individuální výběr diety samotným pacientem. V paliativní péči již nemá velký význam striktní dodržování léčebných diet, proto na oddělení dochází nutriční terapeutky. Ty sestavují jídelníček jednotlivým pacientům často podle jejich přání, do jaké míry jsou reálně uskutečnitelná. Velmi často pacient s progresí terminálního stavu postupně ztrácí chuť k jídlu, případně některá onemocnění jsou provázána nauzeou a zvracením, a tak je vždy přihlíženo k aktuálním potřebám daného pacienta. Někteří pacienti přicházejí na oddělení se zavedenou parenterální nebo enterální výživou. Ta je udržována do té doby, kdy přispívá ke zvýšení komfortu pacienta. Vysazení těchto forem výživy vždy probíhá s předchozí konzultací lékaře s pacientem, kdy pacient pochopí přínosy i důsledky umělé výživy a je schopen rozhodnout se, zda ji chce ponechat či ukončit.

Péče o hydrataci probíhá vždy po celou dobu, kterou pacient je na oddělení. U každého pacienta je denně hodnocena bilance tekutin. V období pacientových posledních dní, kdy už není schopen přijímat ani stravu, ani větší množství tekutin, mu jsou minimálně zvlhčována ústa.

#### **2.2.4 Úzkost, deprese**

Pacient, který je přijat na naše oddělení, postupně poznává realitu, ve které se nachází. Někdy ani nerozumí, proč je zrovna zde, na tomto oddělení, probíhají rozhovory s lékařkou – často až zde dochází k Rozhovoru s velkým R (20)! Pacient se dozvídá, že léčebné intervence jsou u konce. Často se tomu brání, nechce se vzdávat umělé výživy, léků, na které si v posledních desetiletích zvykl, atd. Najednou se stává jeho život nevyhnutelně ohraničeným. Probíhá proces vyrovnávání se s vlastní smrtelností. Každý člověk tuto realitu přijímá svým způsobem, nikdy nelze pacienta zařadit do určitého vzorce chování, ačkoliv se o to pokusila již lékařka Kübler-Rossová. Z její teorie se ale v každém případě můžeme připravit na různé situace, které mohou nastat v průběhu péče o pacienta. Úzkost je jednou z fází procesu vyrovnávání se se smrtí, ale může nastat i z jiných příčin. Například

psychosociální úzkost vedoucí k depresi, jejímž vyvolavatelem mohou být špatné vztahy v rodině, s přáteli, nepochopení z různých stran od různých lidí. Nebo pacientův stav může být svým způsobem nestabilní, takže jeho prudké změny (průlomové bolesti, kolapsové stavy, krvácení atd.) mohou vyvolat v pacientovi úzkostnou ataku.

Péče o pacienta s úzkostnou nebo depresivní poruchou vyžaduje dobré komunikační schopnosti, případně v druhé řadě i farmakologické řešení. Příkladem je tato kazuistika.

### **2.2.5 Péče o pacienta s bolestí**

V rámci symptomatické léčby je nejčastěji pečováno o tlumení bolesti, která provází prakticky každé onemocnění v terminální fázi. Zde jde o velice úzkou spolupráci sestry a lékaře. Sestra je ta, která se minimálně během rozdávání pravidelných léků ptá, zda pacienta něco nebolí, ale i mimo tyto pravidelné časy je nejčastěji první, kdo se o pacientově bolesti dozví. Lékař sice nastavuje farmakologickou léčbu bolesti, ale jde především o aktivní přístup sestry, která lékaře informuje, že stávající dávka již na pacientovu bolest nefunguje apod. Sestra může příležitostně využít i nefarmakologických postupů léčby bolesti.

Hodnocení bolesti nejčastěji probíhá formou numerické analogové škály, kdy pacient stanoví míru své bolesti na stupnici od 0 (tzn. bez bolesti) do 10 (nesnesitelná bolest). Existuje ale řada dalších možností hodnocení. Důležité je učit se vnímat i pacientovy nonverbální projevy, zejména v případě, kdy není schopen komunikace. Stále je třeba hledět na míru pacientova komfortu, nikdy nesmí jít o to, aby se pacient chvilku přemohl a něco vydržel. On už toho za celou dobu své nemoci vydržel spoustu, na nás je, abychom mu nyní ulehčili. V terminálních fázích, kdy už má pacient před sebou poslední dny nebo hodiny života, se může bolest prudce zvyšovat a někdy se přistupuje k tzv. paliativní sedaci, kterou jsem již popisovala výše. V tomto případě je ale dobré o této možnosti s pacientem hovořit dopředu.

### **2.2.6 Péče o invazivní vstupy**

Onkologicky nemocní pacienti na oddělení poměrně často přicházejí se zavedenými žilními přístupy nejrůznějšího typu – centrální žilní katétr, midline nebo picc katétr, venózní port. Výjimečně je potřeba zavedení periferní žilní kanyly, což bývá často spojeno s nepříjemnými komplikacemi. Obzvláště u onkologicky nemocných pacientů, jejichž žíly bývají poškozeny předchozími léčebnými zásahy nebo například u pacientů s rozsáhlými edémy. Kanyly tak nemají dlouhého trvání nebo je téměř nemožné je vůbec zavést. U všech přístupů je nutné dbát zásad asepse, opatrný přístup při manipulaci a kontrola známek infekcí.

### **2.2.7 Péče o pacienta s dušností**

Dušnost se objevuje u onemocnění různé etiologie (CHOPN, plicní nádory nebo metastázy, kardiologická onemocnění atd.). V případě indikace kyslíkové terapie je třeba dbát o správnou aplikaci, případně aplikaci ordinovaných inhalací. Důležitá je kontrola zvlhčování aplikovaného kyslíku a péče o dutinu ústní.

### **2.2.8 Prevence vzniku dekubitů a péče o dekubity**

U pacientů v závěru života toto riziko většinou roste, jednak z důvodu progredujícího omezení mobility nebo vyhledávání úlevové polohy. Velice opatrní musíme být při polohování pacientů, kteří to již sami nezvládají, protože každý pohyb je pro ně velice bolestivý a vyčerpávající. Pokud pacient přichází s již vytvořeným dekubitem, pečujeme o něj dle standardů oddělení.

### **2.2.9 Péče o rozsáhlé defekty a maligní rány**

Jde o specifikum péče o pacienty s pokročilým nádorovým onemocněním, kdy maligní ložisko prostoupí vně kožního krytu. Může se vyskytovat na různých částech těla, setkáváme se s ranami v oblasti obličeje a krku, po ablaci prsu nebo poměrně často v oblasti konečníku. Často jde o rány se sekrecí, je tedy nutné zajištění savé vrstvy krycího materiálu, kontrolu prosaku a častější převazy. Pacienti s tímto typem ran mohou být omezeni jejich lokalizací: v obličeji nebo na krku provázejí potíže s příjmem potravy a



komunikací; v oblasti konečnicku jde o velké potíže s vyprazdňováním. Rány mohou produkovat i různě silný zápach, který je nepříjemný pro samotného pacienta a zároveň omezuje jeho sociální život (nelze ho umístit na pokoj s dalším pacientem, nepříjemné je to i pro rodinu a přátele, kteří pacienta navštěvují).

### **2.2.10 Péče o tělo zemřelého**

Chvilé, kdy pacient naposledy vydechne, je vždy očekávaná. Nejčastěji brzy po přijetí pacienta na oddělení někdo z personálu požádá doprovázejícího o šaty, do kterých bude oblečen po smrti. Vždy, když se tato chvíle blíží v řádu hodin, je rodina orientačně informována lékařkou, aby se rozhodla, zda v tuto chvíli, chce být u svého blízkého, (zda on to chce), případně kdy chce být informována o jeho úmrtí. Jde spíše o noční čas, kdy si rodina zvolí, zda chce dostat informaci i za cenu toho, že ji vzbudí telefon, nebo se to dozví až ráno. Následně se vyřizuje pozůstalost, na kterou ale nikdo nespěchá, vždy s ohledem na to, jak rodina situaci zvládá.

Bezprostředně po posledním vydechnutí pacienta umyjeme a oblékneme do připraveného oděvu. Často je to spíše slavnostní oblečení, někteří si ale zvolí oblečení, které bylo jejich oblíbené, bez ohledu na formálnost. Většinou pacient dostane do rukou květinu nebo předmět, který byl pro něho důležitý v jeho posledních dnech (například růženec), na stole rozsvítíme svíčku a otevřeme okno. Tak je tělo připraveno k poslednímu rozloučení s rodinou i s personálem, který ho do této chvíle doprovázel.

Pacienta je vždy třeba vnímat především jako člověka. Těžko si tak lze nevytvořit osobní vztah k pacientovi, pokud o něho má sestra pečovat tak, jak si člověk svou důstojností zaslouží. Poprvé za svou praxi jsem tak poznala intuitivní přístup sester, který neupřednostňuje byrokratickou náplň práce, nikdy se nevymlouvá na nedostatek času a první zásadou je být u pacienta. Viděla jsem sestry, které raději píší záznam služby ještě hodinu po předání pacientů další směně. Viděla jsem, jak sestra místo zápisu záznamů o noční

službě sedí u pacientky, která ani po své pravidelné dávce injekcí nemohla z úzkosti spát, a četla jí z maličkého vydání Nového Zákona, který ležel na nočním stolku. A poznala jsem sestry, které jsou spokojené s tím, co dělají pro druhé. Tím, kdo má na starosti péči o duševní hygienu je především staniční sestra, která tolik dbá o potřeby všech sester i ošetřovatelů, sanitářů, dobrovolníků i paní uklízečky. Důležitý je ale i vnitřní postoj každého z nich. Nemůžu tvrdit, že všichni, kdo takto pečují o umírající pacienty, musí být nutně smířeni s vlastní smrtelností, protože to nevím. To, co sama zakouším a mohu potvrdit, že je důležité pro vyrovnávání se v takto psychicky zátěžovém prostředí, je nesporně možnost posledního rozloučení se zesnulým pacientem. Ve chvíli, kdy pacient zemře, je naposledy opečováno jeho tělo a připraveno k rozloučení s rodinou. Je-li postaráno i o rodinu, smí se s pacientem rozloučit i personál, který je právě přítomný na oddělení. Jde o krátkou modlitbu, ať už jsme všichni věřící (jakéhokoliv vyznání) či nevěřící. Tak je péče našeho oddělení dokončena a pacient je propuštěn. Na různé pacienty někdy ještě dlouho společně personál vzpomíná a někteří z nich jsou dokonce vystaveni na fotografiích na okně sesterny nebo v kronice oddělení.

### ***2.2.11 Péče o pozůstalé***

Jak jsem se již zmínila v první kapitole, paliativní tým je zaměřen na péči nejen o pacienta, ale i o jeho blízké, kteří ho doprovází v jeho nemoci a umírání. Doprovázení člověka v tomto období života není vůbec jednoduchým úkolem, proto i samotní doprovázející potřebují určitou oporu. Sami se přeci jen musí vyrovnávat s odchodem blízkého člověka, zhodnotit čas investovaný do vztahu s umírajícím a společně toto období uzavírat a loučit se. Důležitým krokem v tomto vztahu může být urovnávání nedorozumění a zranění, ke kterým během jejich společného života došlo, a mnoho zkušených paliativních odborníků potvrzují, jak je v procesu umírání nezbytně důležité odpuštění. Jak ze strany pacienta, tak ze strany rodiny. Jak těžko odchází lidé s nevyjasněnými rozbouřenými vztahy, jak často pacienti „čekají“ svůj odchod, dokud nedojde k důležitému setkání provázející právě vzájemné odpuštění.

Rodina, která je se svým blízkým do posledního výdechu, velmi potřebuje naši pozornost. Potřebuje vědět, že je někdo, kdo stojí za ní jako opora a kdo ji podpoří v téhle těžké situaci. I rodina prožívá různé obavy, někdy je to její první setkání se smrtí a tak jsou zde obavy z toho, že tu chvíli nerozpozná. Často neví, jak se u pacienta, který už jen občas pootevře oči, většinu času spí a ztěžka, čím dál mělčeji a postupně s většími pauzami se nadechuje, má chovat. Co říct, co jsme pro něj ještě neudělali a měli bychom? Vnímá nás? Bolí ho to? A je mnoho dalších otázek, které víří v hlavě těch nejbližších. S blížícím se koncem pozemského přebývání je třeba řešit i praktické otázky, jako například oblečení, do kterého má být pacient oblečen po smrti, má personál rodinu informovat i kdyby došlo k úmrtí během noci ihned nebo počkat do rána, zda se chce rodina u těla zesnulého ještě sejít a naposledy se rozloučit atd.

Bezprostředně po smrti pacienta je důležité nechat rodinné příslušníky vyplakat, ujistit je, že všechno je tak, jak má být a že pro zesnulého udělali všechno, jak nejlépe mohli. Je třeba trpělivě odpovídat na otázky, které společně s personálem rodina řešila už nesčetněkrát a přesto v této situaci, v panice a úzkosti, potřebují znovu slyšet, co teď má dělat. Zármutek potká v tuto chvíli každého člověka bez rozdílu. Liší se jen jeho průběh, který závisí na mnoha faktorech ze strany zesnulého (jeho věk, příbuzenský poměr, okolnosti úmrtí) i ze strany truchlícího (pohlaví, věk, rodinné faktory, víra, osobnostní faktory, sociokulturní vlivy...) a jejich vzájemný vztah (hloubka, intenzita). Proto je od personálu stále třeba trpělivého sdílení a naslouchání potřebám daného člověka.

Smrtí pacienta a odevzdáním jeho těla pohřební službě ale péče o pozůstalé nekončí. Stejně jako ve většině zařízení paliativní péče je snaha o zachování kontaktu s rodinami zemřelých pacientů a pravidelně se proto pořádají setkání pozůstalých. Jde o neformální posezení u kávy, někdy s doprovodným programem. Rodiny zde mohou sdílet své pocity a načerpat sílu s vědomím, že ve své situaci nejsou osamocení. Na našem oddělení tato setkání probíhají dvakrát za rok v klubovně přímo na oddělení. (9)

## 3 Kolorektální karcinom - teoretická východiska

### 3.1 Epidemiologie

Podle údajů nádorové databáze (Global cancer observatory) WHO se v celosvětovém žebříčku incidence kolorektálního karcinomu řadí na třetí místo – po plicním karcinomu a karcinomu prsu. Ve zhodnocení mortality na nádorová onemocnění je KRK na místě čtvrtém - po plicních, jaterních a žaludečních karcinomech (údaje z roku 2012 – viz Příloha 1 a 2).

Země s vyšší frekvencí výskytu KRK jsou především ty Evropské, v roce 2008 se Česká republika zařadila v jeho incidenci na 5. místo, předcházelo nás na prvním místě Slovensko, dále Maďarsko, Dánsko a Nizozemsko. Míra úmrtnosti nás sice posouvá až na 9. místo, přesto jsme stále v „TOP 10“ (viz grafy v Příloze 3 a 4).

V rámci České republiky je ročně nově diagnostikováno kolem 8000 pacientů s tímto karcinomem a téměř 4000 pacientů na něj zemře. Incidence i mortalita je vyšší u mužů než u žen. Závažnějším faktem je, že ve velké části nově zjištěných diagnóz KRK jde o karcinomy ve III. a vyšším klinickém stadiu (tedy Tx,N1-3/x,M0-1 v obecně používané TNM klinické klasifikaci). Věková kategorie pacientů s diagnostikovaným KRK se nejčastěji pohybuje v rozmezí 65-69 let (asi 18% všech případů), přesto je ale kolem 19% všech nemocných méně než 60 let. (26)

### 3.2 Patofyziologie

Kolorektální karcinom je maligní epitelový nádor, který se vyznačuje penetrací do submukózy, ale i do ostatních částí střevní stěny. Nejčastěji se vyskytuje v rektosigmoideu, ale může se objevovat i v ostatních částech tlustého střeva. „Makroskopicky má dvě základní formy: *polypózní* (květákovitě rostoucí do střevního lumen) a *vředovou* (infiltrující stěnu střeva).“ (1) Histologicky je 95% všech kolorektálních karcinomů adenokarcinomy s různým množstvím sekrece mucinu. Histologicky se rozlišují další typy podle mikroskopického vzhledu: tubulární

adenokarcinom, mucinózní karcinom, karcinom z prstenčitých buněk, adenoskvamózní, medulární nebo nediferencovaný (anaplastický) adenokarcinom. Šíření karcinomu probíhá buď přímým šířením prorůstáním do vnějších vrstev střevní stěny, nebo do okolních struktur podle jeho lokalizace. Z dalších způsobů šíření se nejčastěji uplatňuje lymfogenní cesta, hematogenní rozsev prostřednictvím portální žíly (ca tračníku) nebo hypogastrických žil do dolní duté žíly (ca rekta). Je možné i šíření intraperitoneálně – implantace nádorových buněk na peritoneu (tzv. karcinózní peritonea) – nebo intraluminálně, kdy se spolu se střevním obsahem posunou nádorové buňky do následujících částí střeva. (6)

Ve většině případů je výskyt kolorektálního karcinomu sporadický. Mezi faktory vzniku patří dědičnost i vnější faktory. Dědičně predisponující mohou být buď syndromy mnohotné adenomatózní polypózy (např. Gardnerův syndrom) nebo syndromy familiárního výskytu nepolypózních karcinomů tlustého střeva (Lynchův syndrom I, II – charakteristicky autozomálně dominantní typ přenosu a časný začátek onemocnění). Mezi exogenní faktory se řadí nadbytek tuků a nedostatek fermentabilní vlákniny v potravě, nevhodná tepelná úprava stravy, hypersekrece žlučových kyselin do stolice se vznikem fekapenů, nedostatek vápníku v potravě, který způsobuje sníženou schopnost detoxikace žlučových kyselin ve střevě, dále také nedostatek vitaminů A, C, E a selenu, jehož důsledkem je snížená ochrana před toxicitou volných kyslíkových radikálů. K vnějším faktorům, které významně přispívají ke vzniku karcinomu v oblasti konečníků, patří kouření a alkohol. (6)

### **3.3 Symptomatologie**

Zpočátku se onemocnění projevuje asymptomaticky, později může nastat změna rytmu vyprazdňování stolice, může se vyskytnout enteroragie, bolest břicha nebo anemický syndrom.

První klinickou známkou přítomnosti KRK je krev ve stolici, krvácet ale může ze střevní stěny i okultně. Krvácení může vést k anemickému syndromu.

S růstem nádoru se vytváří chronický subileus až ileus. Klinicky se u pacientů vyskytují zácpy a kolikovitě bolesti v břiše. Při karcinomu lokalizovaném v rektu se střídají zácpy s průjmy. Všechny příznaky se postupem času stupňují, přispívají ke vzniku nechutenství a kachektizaci. (1)

### 3.4 Vyšetřovací metody

Pro diagnostiku kolorektálního karcinomu je vždy požadování histologické potvrzení, určení lokalizace, rozsahu a určení biologického chování nádoru. Nezbytnou součástí fyzikálního vyšetření je vyšetření per rektum. (25)

K vyšetřovacím metodám patří **laboratorní diagnostika**, která využívá základního biochemického vyšetření krve a moči. Ten však bývá pozitivní až v pozdních stadiích onemocnění. Důležitou roli mají nádorové markery (tzv.onkomarkery), tedy „látky produkované maligními buňkami či organismem jako odpověď na nádorové bujení“(6). Pro kolorektální karcinom je hlavním onkomarkerem karcinoembryonální antigen (CEA) v kombinaci s markerem druhé volby CA 19-9. Významným diagnostickým prostředkem se stávají ale spíše během léčby. Není tedy vhodným prostředkem pro screening, primární nebo diferenciální diagnostiku onemocnění. (6)

K nejvyužívanější a především nejpřesnější vyšetřovací metodě patří **endoskopické vyšetření** (koloskopie, rektoskopie, anoskopie). Výhodou tohoto typu vyšetření je nejen zobrazení lumina tlustého střeva a konečníku, ale je také léčebnou metodou, která se využívá pro polypektomii, nebo pro odběry vzorků na histologické vyšetření. Absolutní kontraindikací je u koloskopie perforační peritonitis, mezi další kontraindikace patří zánět tlustého střeva, závažná akutní kardiopulmonální vyšetření, doba kratší než tři týdny po operaci na tlustém střevě, rozsáhlé aneuryzma abdominální

aorty, třetí trimestr gravidity. K provedení výkonu je nutný informovaný souhlas pacienta, nesouhlas nebo nespolupráce pacienta se stává též kontraindikací. (6)

Z oblasti **radiodiagnostiky a endosonografie** se využívá především počítačová tomografie, především během procesu určování rozsahu onemocnění (tzv. staging) se vyšetření doplňuje CT břicha, malé pánve, skiagram hrudníku, pro oblast rekta i endosonografie nebo zobrazení malé pánve magnetickou rezonancí (MRI). Jako neinvazivní metoda oproti koloskopii se využívá spíše k dovyšetření při nekompletní koloskopii CT kolonografie. K objasnění nejasných ložisek v játrech je možné využít vyšetření s kontrastní látkou nebo MRI. (25)

### 3.5 Terapie

V léčbě kolorektálního karcinomu vládne chirurgická léčba společně s chemoterapií a radioterapií. Jako u většiny onemocnění, nejlepších výsledků léčby se dosahuje při včasném zachycení nálezu. V časných stadiích může stačit endoskopické odstranění maligně zvrhlého polypu. Nádory rekta lze odstranit operačním rektoskopem. Nejčastěji se ale v časném stadiu provádí chirurgická resekce. Pro pokročilejší stadia lokálně rozšířeného nádoru lze využít tzv. neoadjuvantní chemoradioterapie před operačním výkonem. Tímto krokem je větší naděje na zmenšení nádoru a větší úspěch resekce bez nutnosti vyvedení kolostomie. Po resekci je třeba rozhodnout, zda pokračovat adjuvantní chemoterapií k zajištění pacienta

V rámci onkochirurgické léčby kolorektálního karcinomu se používá pojmu paliativního výkonu ve smyslu řešení neresekabilních nebo metastazujících karcinomů. V tomto případě jde o kolostomii nebo by-pass obcházející nádorové ložisko. U metastazujících nádorů je indikace k výrazně ekonomicky náročnějším chemoterapiím.

Účinnost léčby může zvýšit i tzv. biologická (cílená) léčba cytostatiky, které se zaměřují proti nádorovým buňkám. I již vzniklé metastázy je možné resekovat (jaterní, plicní i jiné). (25)

### 3.6 Komplikace

- Změny v režimu defekace až do obstrukce střešní pasáže – kolostomie
- Rozšiřování léze do okolních struktur, tvorba píštělí
- Metastázy – nejčastěji do jater, plic, ale i jiných orgánových struktur
- Anemický syndrom
- Nádorová bolest

### 3.7 Prognóza

Jak jsem již zmínila, při zachycení nálezu v časných stadiích je vyšší pravděpodobnost úspěšnosti léčby a kontroly vývoje onemocnění. Diviš v souvislosti s léčbou pokročilých stadií KRK uvádí, že „při využití nejmodernějších režimů chemoterapie v kombinaci s cílenou léčbou přesahuje medián přežívání nemocných dvouletou hranici. V případě chirurgického odstranění metastáz více než 50% nemocných přežívá 5 let.“ (25)

### 3.8 Screening

K zavedení plošného vyšetřování rizikových skupin pacientů na základně adresného zvaní došlo v roce 2014. Mezi rizikové skupiny patří lidé ve věku 50-54 let a lidé starší 55 let. Mezi screeningové metody patří pravidelné testy okultního krvácení do stolice (TOKS) a primární screeningová kolonoskopie (PSK). TOKS je doporučován první rizikové skupině, zatímco lidé v druhé skupině si mohou zvolit jedno z těchto vyšetření sami.

TOKS je založen na imunochemických testech (iTOKS), které za pomoci monoklonální látky detekují protein (lidský hemoglobin) ve stolici pacienta. Tyto testy se dělí na kvalitativní (výsledek je pozitivní nebo negativní) a kvantitativní (měří přímo koncentraci HbG ve vzorku stolice). U tohoto vyšetření je nutné dodržovat pravidelné intervaly.

Od 55. roku života si pacient může zvolit místo pravidelných testů okultního krvácení primární screeningovou kolonoskopií. Ta je v případě



negativního nálezu na 10 let odložena, pokud je zaznamenán pozitivní nález, stanovuje gastroenterolog další postup. (25)

### 3.9 Prekancerózní stavy

Crohnova nemoc se řadí mezi idiopatické záněty střev s nejasnou etiologií. Příčina tedy není známa, ale jako možné faktory ovlivňující její vznik se uvádí genetická predispozice (jen asi u 5%), infekce viry spalniček nebo pomalými viry, případně vliv bakteriálních nebo virových toxinů, dále je možnou příčinou autoimunitní porucha (zvýšená propustnost střevní sliznice, alergické reakce) nebo dlouhodobé působení jiných nepříznivých faktorů, jako různé potraviny, ale i vdechované látky.

Charakteristické jsou pro Crohnovu chorobu segmentární zánětlivé poškození, která mohou postihovat kteroukoliv část střeva, nejčastěji však terminálním ileum. Zánět probíhající v postižených oblastech připomíná tuberkulózní infekci. Postupem času se střevní stěna ztlušťuje a tuhne, místy je zvrhovatělá, hrbolatá, připomínající kočičí hlavy. Místy tak dochází k zúžení střevního lumen až ileu, ke krytým perforacím, penetracím a píštělím. Mezi jednotlivými úseky mohou vznikat srůsty. Zpočátku se onemocnění manifestuje 2-4 kašovitými stolicemi denně, kolikovitými bolestmi, malabsorpce způsobuje kachektizaci. Onemocnění je typické střídajícími se obdobími prudké manifestace onemocnění a období remise. Příznaky mohou být zdůrazňovány vlivem kouření. (1)

Na toto onemocnění neexistuje způsob, kterým by se zcela vyléčilo. Dosavadní léčba je schopna pouze zpomalit rozvoj onemocnění a léčit somatické projevy. Pro pacienty trpící Crohnovou nemocí je nevyhnutelná resekce střeva. Chronické dráždění sliznice zánětem se stává rizikovým faktorem vzniku kolorektálního karcinomu.

## PRAKTICKÁ ČÁST

### 4 Kazuistika

Pacienta, kterého jsem vybrala pro zpracování této kazuistické práce, byl na Paliativním oddělení hospitalizován 109 dní. Informace jsem získávala od samotného pacienta, ze zdravotnické dokumentace a od sester, které o pacienta pečovaly nejintenzivněji – obzvláště v posledních dnech jeho života. Pacient byl informován o použití získaných údajů pro účely bakalářské práce a souhlasil s ním.

#### 4.1 Základní údaje a parametry

*Jméno – iniciály:* **M.Č.**                      *Pohlaví:* **muž**  
*Věk:*                      **41 let**  
*Datum přijetí:*        **19.10.2016**                      *Datum odběru anamnézy:* **3.12.2016**  
*Stav:* **rozvedený**                      *Povolání:* **tesař, řidič dodávky**

#### Fyziologické funkce

<i>Pulz:</i>	<i>Krevní tlak:</i>	<i>Dechová frekvence:</i>	<i>SpO2:</i>
<b>86´</b>	<b>97/54mmHG</b>	<b>16´</b>	<b>97%</b>
<i>Tělesná teplota:</i>	<i>Hmotnost:</i>	<i>Výška:</i>	<i>BMI:</i>
<b>37,3°C</b>	<b>54kg</b>	<b>178kg</b>	<b>17</b>

#### 4.2 Lékařská anamnéza

RA: Zánětlivé střevní choroby v rodině nejsou, rodiče jsou zdraví, má jednoho bratra, který má astma bronchiale, syn je zdravý.

SA: Je již 10 let rozvedený, s bývalou manželkou se nestýká, se synem (21 let) se vídá jen občas. Častěji se stýká s matkou z Mladé Boleslavi. Dosud žil na ubytovně v Písku, kde do září 2016 pracoval na plný úvazek ve dvanáctihodinových směnách ve výrobě výfuků (jezdil s vysokozdvížným vozíkem).

FA:

- *infuzní terapie*: Plasmalyte 500ml + KCl 7,45% 20ml/8h 1x denně
- *parenterální výživa*: Nutrison nebo Isosource Multifibre (kont. 60ml/h, v noci pauza od 22:00-6:00)
- *i.v.*: Metronidazole 500mg à 8h (od 6.10.2016)

s.o.s. Morphin 1% 10mg/20ml FR při bolesti a jako premedikace před převazy, minimální odstup mezi aplikacemi 4h

Kontinuálně (lineární dávkovač): Morphin 1% 120 mg + 8ml FR (1,6ml/h)

- *s.c.*: Clexane 0,4ml (ve 20:00)
- *p.o.*: s.o.s. Dormicum 7,5mg při nespavosti 1tbl.  
Mirtazapin 15mg tbl. (ve 22h)

AA: neudává

OA:

- V dětství diagnostikována revmatoidní artritida
- m. Crohn od r. 2002, stp. resekci kolon (2002), stp. resekci rekta a ileostomii (2003), stp. operaci píštěle asi 8x (naposledy 2009)
- operace menisku
- operace mandibuly z důvodu chronické osteomyelitis

NO: Pacient byl přeložen z interního oddělení NMSKB, kde byl od 6.10.2016 léčen z důvodu sekrece z mnohočetných perianálních píštělí, bolesti, malnutrici (v souvislosti s m.Crohn). Z histologického vyšetření byl v perianálním zánětlivém defektu zjištěn adenokarcinom, onkologické konzilium vzhledem k povaze základního onemocnění, zánětlivým komplikacím v malé pánvi a těžké malnutrici kontraindikovalo chemoterapii, biologickou léčbu a rovněž radioterapii. Na paliativní lůžko je pacient

umístěn pro nastavení léčby bolesti, která je špatně kontrolovatelná, dále pro zajištění ošetrovatelské péče o rozpadající se ránu v perianální oblasti. Pokračuje se dále v substituci tekutin parenterální cestou, perorální příjem je dobrý, ale nedochází ke vstřebávání. Dále stále pokračuje léčba Metronidazolem a profylaktická léčba LMWH (z důvodu prokoagulačního paraneoplastického stavu a přítomnosti CŽK).

### **4.3 Ošetrovatelská anamnéza**

K odebrání ošetrovatelské anamnézy jsem využila formulář Ústavu ošetrovatelství 3. LF UK sestavenou pro studijní účely. Ručně vyplněnou ji přikládám jako přílohu bakalářské práce. V této kapitole vyzdvihnu její zásadní části pro vytvoření celkového obrazu pacientova stavu.

#### **4.3.1 Stav vědomí**

Pacient je při vědomí (Glasgow Coma Scale hodnota 15 bodů), zcela orientovaný osobou, místem i časem. Je si vědom svých možností.

#### **4.3.2 Hodnocení bolesti**

Ve chvíli odběru anamnézy byl pacient bez bolestí. Udává však chronickou bolest v kombinaci s akutní bodavou bolestí v oblasti hýždí (v rozsahu defektu a vnitřního rozsáhlého karcinomu). Intenzitu bolesti hodnotí v numerické škále bolesti (0-10) od 7-10. Pacient je zvyklý bolest hlásit lékařkám i sestřám, samostatně si požádá o analgetika. Mimo to se na tuto problematiku sestra pravidelně dotazuje. Je informovaný o způsobu léčby bolesti a je si vědom svých možností (do jaké intenzity bolest zvládá) i možností farmakologického tišení bolesti. Z nefarmakologických způsobů tišení bolesti využívá úlevovou polohu, nejčastěji na pravém boku – má svůj vlastní způsob bezbolestného ukládání se do postele. Podrobněji jsem zhodnotila bolest pomocí dotazníku BPI (viz níže).

#### **4.3.3 Dýchání**

Potíže s dýcháním, kašel ani dušnost neudává. Je aktivním kuřákem od mládí, kouří přibližně 5-10 cigaret denně.

Chodí pravidelně ven kouřit, aspoň dvakrát dopoledne a odpoledne i třikrát, někdy ještě s návštěvou.

#### **4.3.4 Stav kůže**

Výrazné změny na kůži má v oblasti hýždí, kde je rozsáhlé zjizvení po mnohočetných píštělích. V horní části pravé hýždě má vyvedeny dva penrose drény. Perianálně a na perineu hluboký nepravidelný defekt, který je ošetřován Debricasan Gelem se sterilním krytím a savou vrstvou přes defekt a drény. Kůže hýždí je kryta pastami Zinc a Menalind. Celá oblast je kryta nesterilní savou vrstvou a prubanovými kalhotkami. Převezky probíhají 2x denně nebo dle potřeby. Půlhodiny před plánovaným převazem pacient dostává jako premedikaci Morphin 1% 10mg/20ml FR i.v.

Na pravém boku má otlak, asi 5x5cm s centrálním defektem asi 1,5cm.

Dále deformace a infiltrace penisu, ústí uretry je volné, scrotum je s otokem a zjizvené.

#### **4.3.5 Vnímání zdraví**

Pacient již 20 let žije s Crohnovou chorobou, která ho postupně omezovala ve vykonávání povolání tesaře, kterým se vyučil, až musel práci změnit. S rozvojem zhoubného nádoru postupná neschopnost vykonávání zaměstnání. Snaží se zachovat si co nejvíce soběstačnost ve vykonávání základních činností.

#### **4.3.6 Výživa, metabolismus**

V souvislosti s diagnózou Crohnovy choroby a kolorektálním karcinomem má pacient bezezbytkovou dietu, tedy s vynecháním veškeré vlákniny. Přesto tuto dietu striktně nedodržuje, protože většinou nemá chuť na to, co mu přichází k jídlu z nemocniční kuchyně. Vzhledem k závažnosti diagnózy a nastavení režimu paliativního oddělení není ani na místě tento problém nějak výrazně řešit, pacient si většinou sám nakoupí v kantýně jídlo, které mu chutná a není důvod mu v tomto jednání bránit. Zaživací potíže neudává.

S hmotností 54kg a výškou 178cm vychází hodnota Body Mass Indexu 17, tedy výrazná podvýživa. Pacient přijímá výživu také enterální cestou, přípravek Nutrison nebo Isosource Multifibre. Za den vypije asi 1 až 1,5 litru tekutin, nejčastěji jde o ovocnou šťávu.

Potíže s chrupem neudává, umělý chrup nemá.

#### **4.3.7 Vyprazdňování**

Potíže s močením pacient neudává.

Má vyvedenou ileostomii, o kterou je sám zvyklý pečovat.

#### **4.3.8 Aktivita, cvičení**

Pacient je samostatně chodící bez doprovodu, chodí ven kouřit nebo do kantýny. Bez rizika pádu. Ve výsledku Barthelové testu vychází jako lehce závislý, pouze s omezením chůze po schodech, která mu trochu dělá potíže kvůli defektu na hýždích.

#### **4.3.9 Spánek, odpočinek**

Pacient je zvyklý spát 6-7 hodin přes noc. Usíná mezi 23. a 24. hodinou. Spánek nemívá příliš kvalitní, v tuto chvíli ale dostává na noc Dormicum, po kterém spí dobře. Někdy usne na chvíli i během dne.

#### **4.3.10 Vnímání, poznávání**

Neudává žádné smyslové potíže (zrak, sluch i řeč jsou bez omezení). Žádné kompenzační pomůcky nepoužívá. Je orientovaný místem, časem i osobou.

#### **4.3.11 Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu**

Emocionálně vypadá klidně, o pocitech strachu nehovoří. Je plně spolupracující, snaží se udržet si svou soběstačnost v co největší míře. Možnost propuštění do domácí péče není možný (rodiče na péči již nemají kapacitu), kvůli zápachu z rány není ani možné, aby byl umístěn na pokoji s dalším pacientem. Pacient je rozvedený, s manželkou v kontaktu není. Má jednoho syna. V kontaktu s oddělením je maminka pacienta a syn, kterého

maminka kontaktovala po dlouhé době, kdy se s otcem nestýkal. Otec pacienta navštívil oddělení jednou.

#### **4.3.12 Invazivní vstupy**

Pacient má zavedeny dva penrose drény v oblasti horní poloviny pravé hýždě.

Dále centrální žilní katétr od 6.10.2016, ve vena subclavia sinistra. Okolí je klidné, bez známek infekce, katétr je funkční. Využívaný k infuzní, antibiotické a analgetické terapii.

Od 13.10.2016 zavedena nazogastrická sonda, která je využívána pro nutriční podporu.

Ileostomie (od r. 2003), jejíž okolí je klidné, pacient o ni pečuje sám. Denně odvádí přibližně 1000ml.

### **4.4 Průběh hospitalizace**

#### **4.4.1 Příjem**

Pacient byl přijat na oddělení 19.10.2016 překladem z interního oddělení, kde byl od 6.10. hospitalizován pro sekreci z píštělí v perianální oblasti. Při příjmu neví přesně, proč je zde, ptá se na důvod návštěvy onkologa. Od začátku chce být o všem plně informován, aktivně se zajímá o to, co se bude dít. Lékařka podává opatrně základní vysvětlení.

25.10. proběhl pohovor s pacientem a jeho rodiči. Lékařka pacientovi vysvětlila, jak je jeho onemocnění rozsáhlé a rozebrala možnosti další léčby. Rodiče uznávají, že na domácí péči nemají kapacitu. Pan Č. se rozhoduje pro pokračování paliativní péče zde na oddělení. Všechny informace přijímá velice klidně. Uvažuje racionálně, snaží se získat lékařskou zprávu, aby si mohl zařídit invalidní důchod.

#### **4.4.2 Vývoj pacientova stavu od příjmu po odebrání anamnézy**

Pacient si zvykl na prostředí oddělení. Neprojevuje nespokojenost, je zde rád. Probíhá úprava léčby bolesti, která je pro něho nejvýraznějším

dyskomfortem. Od příjmu měl k pokrytí bolesti transdermální náplast Durogesic (uvolňující 100µg/h, po navýšení 200µg/h) Jako s.o.s. medikaci měl naordinován Morphin 10mg s.c., o kterou žádal 3-4x za den a efekt byl pouze částečný (z VAS 9 na 5), proto byl navýšen na 20mg, na kterých se bolest celkem stabilizovala. V prvním listopadovém týdnu se zvýšil sekret z defektu v perianální oblasti pod pravou hýždí, kde došlo k nahromadění abscedovaného sekretu. Tento stav provázely silné bolesti, oblast abscesu nebyla zarudlá, ale v oblasti gluteální rýhy došlo k vytvoření drobných perforací, ze kterých vytékal hustý žlutý sekret. Došlo k chirurgickému konziliu, které rozhodlo provést odlehčovací výkon k uvolnění abscesu. Výkon byl proveden ještě téhož dne v pacientově pokoji, za analgosedace byly založeny 2 penrose drény. Ráno po výkonu měl pacient bolesti, které byly pokryty s.o.s. medikací a přidána další - Morphin 10mg ve 10ml fyziologického roztoku, která se využívá především před převazy jako premedikace nebo v případě silných průlomových bolestí. Již další den dochází ke stabilizaci a kontrole bolestí. Pacient preferuje intravenózní aplikaci léků, která má rychlejší nástup a podle jeho slov má „už dost všeho píchání a řezání“. Zároveň se u něho projevila nižší tolerance poslední kapky a sám udává, že se bojí každého dalšího zákroku. Nově se na okraji defektu v perianální oblasti vytvořila asi 2cm velká bulka s tvorbou sekretu s příměsí krve. Stále se snaží zachovat si maximální soběstačnost. Chodí několikrát za den kouřit, jídlo si často kupuje v nemocniční kantýně podle vlastní chuti.

V polovině listopadu pacient pociťuje silnější bolesti, obzvláště třetí den po výměně transdermální náplasti. Lékařka nabízí převedení léčby bolesti na kontinuální podávání, kterému se pacient nejdříve ze strachu brání, ale nakonec souhlasí. Jeho strach se týkal především omezení mobility, ke které tímto krokem nedojde, protože je využíván přenosný lineární dávkovač, který může mít kdekoliv při sobě. Problémy se spánkem nemá tolik jako při průlomových bolestech, ale protože spí většinou na pravém boku, což je jediná poloha, při které opravdu usne, vytváří se v této oblasti otlak s drobným defektem. 16.11. došlo k převedení na kontinuální podání



Morphinu 80mg + 12ml fyziologického roztoku rychlostí 0,8ml/h (lze podle bolesti regulovat) a transdermální náplast byla vysazena. Tento den přišel za pacientem 21letý syn, se kterým se dlouhou dobu nestýkal, a kterého po příjmu na naše oddělení pacientovi rodiče slíbili zkontaktovat. Pacient má velikou radost, kterou sdílí i s personálem. Dále dochází k úpravě léčby bolesti, postupně se navyšuje rychlost na rozmezí 1,6-2 ml/h. Nakonec se navýší celá dávka na 100mg Morphinu + 10ml fyziologického roztoku. Přesto pacienta po několika dnech trápí bolest, která ho budí přes noc při jakékoliv změně polohy a i přes den, kdy musí být stále ve střehu, aby se nešikovně nepohnul. Dávka Morphinu je opět navýšena na 120mg + 10ml FR (1,6ml/h). Poté jsou bolesti dostatečně tlumené. Bulka vytvořená na okraji velkého defektu roste na přibližně 3x2cm. Potíže s příjmem potravy ani vyprazdňováním pacient neudává. Uznává, že je slabší, trochu omezil i vycházení ven.

Koncem měsíce poprvé přijímá pomoc při oblékání po hygieně. Pacient je zvyklý chodit do sprchy půl hodiny po podání premedikace před převazy. Zde mu sestra většinou ošetří defekt, připraví čisté krytí, pacient se sám osprchuje a společně se sestrou kryjí defekt velkými savými vrstvami. Sám se následně obléká. Nedlouho po příjmu došlo k vysazení antibiotické léčby, po čemž se výrazně zvýšila sekrece z defektů. Lékařka tedy znovu nasadila Metronidazol, který sekreci opět mírně utlumil. Drény po chirurgickém zákroku jsou částečně odhojeny, objevuje se jen mírné zakrvácení. Pacient nyní udává silné průlomové bolesti v oblasti anu. Bolusová aplikace s.o.s. medikace probíhá přibližně 3x za den. Stupňuje se slabost, závratě nebo kolapsové stavy však pacient neudává.

#### **4.4.3 Období od odběru anamnézy**

Pacient se cítí „v rámci možností“ dobře, nestěžuje si, je velice klidný. Je moc spokojený na oddělení. Líbí se mu, že je na pokoji sám. Vyprávěl o dřívějším pobytu na LDN, kde „furt vozili mrtvoly, to tady je to úplně v pohodě“. Přístup personálu hodnotí kladně. Mluví o pravidelných návštěvách maminky, která mu nosí jeho oblíbená jídla (nejradši má

těstoviny s oblíbenou omáčkou). Říká, že má skvělého syna. O manželce a jejich dřívějším manželství vůbec mluvit nechce, tvrdí, že se o něho od doby rozvodu nezajímá, tak proč by se měl zajímat o ni. Také vyprávěl o tom, jak měl rád své povolání řezbáře, které mohl vykonávat jen krátkou dobu, než onemocněl. Potom musel jezdit s vysokozdvížným vozíkem, ale nebylo to nejhorší.

Nyní tráví čas sledováním televize a chozením ven na zakouření. Je čím dál slabší, ale stále se snaží zachovávat i svou soběstačnost. Při sprše ho všechno bolí, ale opioidy navyšovat nechce. Sekrece z defektu je mírnější. Metronidazol byl opět vysazen. Postupně dochází ke zhoršení kontroly bolesti. Efekt s.o.s. medikace není dostatečný, dávka se navyšuje na 20mg Morphinu ve 100ml FR + Analgin 1 amp/100ml FR po 6 hodinách. Odezva na navýšení je dobrá. Drény už jsou částečně uvolněny. Drobnými píštělemi v oblasti hýždí vytéká sekret.

8.12. šel s obtížemi propláchnout centrální žilní katétr. Následovala zimnice a třesavka, došlo ke zvýšení tělesné teploty. Po podání hydrokortizolu příznaky odezněly. Následující den byla zavedena periferní kanyla a CŽK odstraněno. Okolí jizvy je nyní klidné klidné. Vysazena nízkomolekulární heparinová léčba.

V dalších dnech došlo ke zhoršení kontroly bolesti. Pacient se během nocí budí bolestí, zvýšila se opět sekrece z rány. S.o.s. ordinace Morphinu byla nastavena po 4 hodinách. Očekávaný efekt však úplně nenastoupil, kontrola bolesti je stále hraniční. Lékařka přidala jako premedikaci před převazy Calypsol injekční roztok k podání na bukalní sliznici, se kterým se efekt dostavil.

19.12. je znovu zaveden centrální žilní katétr z důvodu nutnosti podávání vysokých dávek analgetik a rychlých zániků periferních kanyl. Opět nasazena terapie LWMH (Fraxiparine 0,8 ½ amp.). Následující den pacienta místo vpichu pobolívalo. Stále je schopen pohybu po nemocnici a snaží se o maximální soběstačnost. Během týdne mu jedna ze sester přinesla papírový Betlém, aby měl nějakou zábavu. Rád tuto nabídku přijal, vždy měl v oblíbě

skládání modelů, a tak nyní intenzivně pracuje. 21.12. Betlém dokončuje, je umístěn u vchodu na oddělení, kde ho společně se sestrami naaranžoval.

#### **4.4.4 Zlomové období**

23.12. došlo během převazu k masivnímu krvácení z rány. Lékařka indikovala oplach rány adrenalinem. Po dokončení převazu ale došlo opět k velkému krvácení. Opět aplikován adrenalin, použita silnější vrstva savého krytí. Pacient je uložen na lůžko. Byla vysazena antikoagulační léčba. Následující dny krvácení ustalo. Štědrý den prožil s maminkou na oddělení. Na návštěvu přišel syn.

25.12. dostal zimnici a třesavku, CŽK je průchozí, jen okolí je mírně zarudlé (krytí Inadine). Po Paracetamolu zlepšení. Následující den se zimnice a třesavka opakovaly, měl zvýšenou teplotu. Pacient se cítí unavený, je velice úzkostný, neklidný, plakal... Stále chodí kouřit, i když méně, než dřív. Slabost stále progreduje, přes den častěji spí. Ptal se na ATB léčbu, kterou lékařka neindikovala (s odůvodněním, že pochází-li infekce z abscesu, není zde kauzální řešení). Během večera na Silvestra znovu mírně zakrvácel, opět proběhla zimnice s třesavkou bez ferbrilie. Je sice unavený, ale stále chodí kouřit.

Během prvních dní nového roku došlo k domluvě mezi lékařkou a pacientem, že v případě nutnosti při velkém krvácení spojeném s tísní a neklidem, je možné podat s.o.s. Midazolam 5mg ve 20 ml fyziologického roztoku k navození útlumu a spánku.

9.1. si stěžuje na opakované vertigo při vstávání, je v úzkosti a slabý. Kontrola bolesti je dostatečná. Po domluvě s lékařkou dochází ke změně režimu. Odstraňujeme nazogastrickou sondu, k čemuž se sám po dohodě s lékařkou rozhodl. Převazy budou od nynějška probíhat na lehátku v koupelně, ven z oddělení bude jezdit pouze na lůžku. Od té doby s pacientem jezdíme střídavě „na kouřovou“. Na oddělení je pacientka se stejnou diagnózou, která má v tomto období stejný režim, a tak se spolu spřátelují, domlouvají se na společných „výjezdech“... Pacient se takto cítí

bezpečněji, přesto si uchovává naději, že se zase postaví na vlastní nohy a bude moct chodit sám. Plánuje, kdy to zase zkusí. O svém zhoršujícím se stavu a křehkosti je plně informován, přesto o tom otevřeně nemluví. Stále se snaží být silný a chce žít. Když ho doprovázím na kouřovou, často mluví o svém synu, je na něj velice hrdý, říká, že „si vychoval hodného kluka“. Někdy se dívá na domy lemující výhled na Hradčany, vzpomíná na období, kdy byl v Praze na učilišti.

Průběžně s pacientem chodí hovořit lékařka. Postupně mu pomáhá vyrovnávat se se změnou režimu, někdy pláče. Je ale velice statečný, hrdý a úzkost se snaží zvládat. Projevuje se velice klidně a rozumně. Má strach chodit, aby nezačal krvácet, jeho pohyb v kyčlích je ale i tak velice omezený rozsahem defektu. Přesto to ještě chce zkusit, po domluvě s personálem je mu toto umožněno.

18.1. si stěžuje, že špatně spí, proto jsou upravena hypnotika. V odpoledních hodinách opět zakrvácel. Reagoval úzkostně, v tomto mu pomáhá cigareta. Zároveň se zvětšují bolesti.

20.1. jsou bolesti mírnější, přes noc spí. Večer měl mírnou nevolnost a regurgitace s pyrózou – dostal od maminky dobroty z KFC. Podán Anacid susp., který byl s efektem. Dále pyrózu zmírňuje vynechání citrusových džusů na doporučení lékařky.

27.1. měl zvýšenou TT s bolestí hlavy, pravděpodobně může být nastydlý z výjezdů ven. Podán Paracetamol s efektem.

#### **4.4.5 *Poslední dny***

30.1. dostává od lékařky informaci o úmrtí spolupacientky, se kterou jezdil kouřit. Neprojevoval příliš emoce, ale utekla mu slza. Reagoval poznámkou, že sám na tom není tak špatně... Chtěl by ještě začít chodit.

Bolest je nyní přijatelně kontrolována, zatím nekrvácel, ale je hodně slabý. Projevuje hodně snahu o kontrolu převazů. Stále dobře jí a stomie odvádí. Z defektu odchází hojný páchnoucí sekret.

2.2. ráno měl výrazněji zakrvácený obvaz, během převazu stále povrchově krvácel. Je v tenzi, bolestivý, třese se. Byl uložen na bok s tamponádou krvácejícího defektu. Frakcionálně aplikován Midazolam s efektem sedace. Odpoledne u něho byla na návštěvě maminka.

Krvácení pokračuje i následující den. 4. února brzy ráno pacient klidně umírá.

## **4.5 Ošetrovatelské problémy**

### **4.5.1 Bolest**

Mírnění bolesti je jedním z hlavních témat péče o pacienty na konci života. Bolest je hlavním ze symptomů napříč nejrůznějšími chorobami. Její význam stoupá především tím, že sama o sobě způsobuje další potíže. Jednoduchým příkladem je pouhá bolest hlavy, kterou zná snad každý člověk, a všichni víme, jak snadno nás vyřazuje z provozu. Samotná bolest může způsobovat další fyzické potíže jako poruchy spánku, omezení chuti k jídlu, velký vliv má ale také na psychiku – zvětšuje utrpení pacienta, může podmiňovat změny chování, deprese, úzkosti... V období konečné fáze onemocnění pacienta je důležitý jeho komfort, který bolest značně snižuje, proto je potlačení bolesti primárním zájmem paliativní péče.

Oblast nastavení léčby bolesti a ordinace vhodných kombinací léků po konkrétního pacienta je úlohou lékaře. Rolí sestry v péči o pacienta s bolestí je především její hodnocení a komunikace s pacientem. Je to nezbytný článek mezi pacientem a lékařem, přestože i sám lékař bolest musí umět zhodnotit a pacienta informovat o možných postupech a účincích. Sestra je ta, která s pacientem tráví nejvíce času a je vždy nablízku. Musí umět citlivě komunikovat, aby pacient neměl pocit, že je pro personál zátěží a nebál se požádat o podání analgetik i když ještě neuplynula doba, kdy by měl mít nárok na další dávku. Je důležité mít ohled na to, že každý člověk má jiný práh bolesti, a není cílem, aby se pacient jakkoliv přemáhal. Hlavním pravidlem je vědomá toho, že pacient má reálně bolest vždy, když to sám udává. Pro pacienty nikdy není lehké bolest popisovat, proto během hodnocení sestra

nejčastěji využívá numerickou škálu (od 0 do 10), která v tomto pacientovi pomáhá určit její míru. U pacientů, kteří nejsou schopni takto svou bolest popsat, je možné použít vizuální analogovou škálu nebo pomocí obličejové škály. Důležité je sledovat a hodnotit i nonverbální chování pacienta. U pacientů s demencí je možným způsobem hodnocení „Abbey pain scale“, který vychází ze zhodnocení šesti faktorů (hodnoty 0-1-2-3), ke kterým patří hlasový projev, výraz v obličeji, poloha těla, změny chování, fyziologické a psychické změny. K hodnocení nádorové bolesti je ve světě využíván dotazník bolesti BPI (Brief Pain Inventory).

Protože pan Č., byl naprosto spolupracující, orientovaný pacient, hodnocení bolesti pro něj nebyl problém. Od začátku věděl, že se na sestry může kdykoliv obrátit a byl zvyklý si vždy požádat o s.o.s. medikaci, měl-li větší bolesti. V hodnocení tedy problémy nebyly. Ovšem samotné nastavení léčby bolesti je dlouhodobější proces. I to byl jeden z důvodů, proč se pacient ocitl na našem oddělení, že již neměl šanci bolest nádorového charakteru, který je kombinací akutní a chronické bolesti, zvládnout. Lékařka od počátku k pravidelným dávkám analgetik ordinovala i tzv. s.o.s. medikaci, která mohla být podána vždy v případě zhoršených bolestí.

Po odběru anamnézy jsem ke komplexnímu zhodnocení bolesti využila již zmíněny PBI dotazník bolesti, který překládá Příručka pro domácí paliativní týmy od Cesty domů (12, viz Příloha č.6). Ačkoliv v průběhu anamnézy pacient neudával žádnou bolest a obecně ji hodnotil v rozmezí VAS 7-10, tento podrobnější dotazník ukázal daleko širší rozpětí reálné bolesti. Dotazník je zaměřen na hodnocení bolesti v posledních 24 hodinách. Jako nejhorší bolest v této době ohodnotil pacient číslem 9, zatímco nejnižší 3 a stejně tak i bolest, jakou pociťoval v tuto chvíli. Účinnost léčby bolesti, kterou má nyní nastavenou, hodnotí s 90% úspěšností. Ačkoli je bolest tlumena kontinuálním podáváním Morphinu, 3-4x za den žádá o s.o.s. medikaci. Vliv bolesti na další oblasti bio-psycho-socio-spirituálních dimenze (celkovou aktivitu, náladu, schopnost chodit, běžnou práci, vztahy s jinými lidmi, spánek a radost ze života) nebyl nikdy nižší než 5 z 10. Z tohoto

objektivního zhodnocení je zřejmé, že bolest má velký vliv na celkové prožívání pacientova života. Zároveň ukazuje, že přes všechny dostupné prostředky, není možné při tak rozsáhlém nádorovém onemocnění být zcela bez bolesti. To, co je možné, je její maximální snížení na co nejnižší hodnoty.

Úprava léčby bolesti tedy u pana Č. probíhala průběžně po celou dobu jeho přítomnosti na paliativním oddělení. Výrazně pozitivním krokem, ke kterému pacient i přes předchozí nedůvěru přistoupil, byl přechod na kontinuální intravenózní aplikaci anagletik přenosným lineárním dávkovačem. Sám pacient si ho pochvaloval, protože ho mohl mít kdekoli u sebe, zvláště dokud mohl samostatně chodit. V závěrečné fázi onemocnění, kdy docházelo k častějšímu krvácení, přistoupil na paliativní sedaci, která mu umožnila projít těmi nejtěžšími chvílemi.

#### **4.5.2 Péče o defekty**

Pacient přicházel na oddělení již s rozsáhlými mnohočetnými píštělemi v oblasti hýždí, které zjizvenatěly, v některých místech prosakuje čirá sekrece. V perianální oblasti postupně rostl hluboký nepřehledný nádorový defekt, s povleklou spodinou a hnisavou sekrecí, občas s příměsí krve. V tomto stavu byly prováděny převazy minimálně dvakrát denně (ráno a večer, případně další dle potřeby). Hluboký defekt v perianální oblasti byl ošetřován obkladem s hydroaktivním DebrīEcaSan gelem. Secernující defekt vyžadoval silnou sací vrstvu. Jizevnatá krajina byla ošetřována zinkovými pastami. Jako sekundární krytí byly využívány velké mulové obdélníky v silných vrstvách, které byly upevněny prubanovými kalhotkami.

Sekrece, která byla z části potlačena antibiotickou léčbou (Metronidazol) se s vysazením ATB výrazně zvýšila. Poté byl identifikován steklý absces pod pravou hýždí, který částečně odtékal drobnými perforacemi (hustý žlutý sekret). Po chirurgickém konziliu byl indikován k odlehčovacímu chirurgickému výkonu v analgosedaci, se kterým pacient souhlasil. Po odstranění abscesu se pacientovi výrazně ulevilo. Byly založeny

dva penrose drény. Rána po incizi je následně vyplachována Betadine roztokem.

Asi o týden později se začíná na okraji kráterovitého defektu tvořit bulka cca 2cm s malou hemoragickou sekrecí. Ten se postupně o několik milimetrů zvětšuje.

Během dalších dnů se začíná tvořit počínající dekubitus I. stupně nad pravou lopatou kyčelní. Ten je způsoben úlevovou polohou, kterou pacient vyhledává především vleže na pravém boku. Ošetřován je zinkovými pastami, pacient se snaží polohy na boku střídat. Během převazů dochází k silným průlomovým bolestem, které jsou nyní řešeny premedikací (půl hodiny před plánovanými převazy).

S nasazením antibiotik (Metronidazol) se výrazně zmenšila sekrece. Koncem měsíce už se drény postupně zhojují, jen občas dochází k mírnému zakrvácení.

Začátkem prosince se ošetření velkého defektu v perianální oblasti mění na betadinové proplachy. Sekrece se opět zvyšuje. Postupně dochází k plošnému postižení píštělkami, které produkují sekret. V polovině prosince sekrece zapáchá čím dál silněji. Občas probíhá drobnější krvácení.

Po Vánocích dochází k prvnímu masivnímu krvácení z defektu. Lékařka indikuje oplach Adrenalinem (1 ampule ve 100ml NaCl 0,9%). Od této epizody je pacient upoután na lůžko, zároveň progreduje celková slabost. Frekvence krvácejících atak se zvyšuje a vyvrcholí v závěrečných dnech pacientova života. Do té doby je krvácení ošetřováno adrenalinovými oplachy. Převazy probíhají vždy na lehátku ve sprše. Pacient vždy převazy kontroluje a chce být o všem informován. V případě velkých krvácivých epizod provázených úzkostnými atakami má možnost analgosedace.

### **4.5.3 Výživa**

Pacient byl po celou dobu pobytu schopen přijímat do určité míry potravu per os. Navzdory ordinované bezsezbytkové diety pacient jedl především to, na co měl v danou chvíli chuť. Nejčastěji chodil na „dobroty“ do



nemocniční kantýny, s výjimkou dnů maminciných návštěv, kdy mu dovážela jeho oblíbená jídla (například těstoviny s omáčkou typu pomodoro, smažený obalovaný řízek apod.). Kromě stravy per os byla výživa pacienta zajišťována enterální cestou, která byla indikována z důvodu malnutrice při m. Crohn. nazogastrickou sondou, kterou měl pacient zavedenou od 13.října, byl podáván sterilní přípravek Nutrison Multi Fibre. Výživa byla podávána kontinuálně s noční pauzou od 22:00 do 6:00 a pravidelnými proplachy. Enterální výživa byla podávána až do ledna, kdy následně po krvácivých epizodách došlo ke změně celkového režimu a zároveň ukončení i umělé výživy.

#### **4.5.4 Ileostomie**

Pacienti s Crohnovou chorobou mohou podstupovat resekce postižených částí střeva v různém rozsahu, s vytvořením anastomózy a ileostomie. Ta může být dočasná (má ochrannou funkci při hojení anastomózy) nebo trvalá.

Po totální proktokolektomii, kterou pacient podstoupil v roce 2003, byla zavedena trvalá terminální ileostomie. Pacient si zvykl pečovat o ni sám, samostatně si ji vypouštěl i měnil sáčky. Jedinou intervencí ze strany personálu bylo sledování množství a vzhledu odpadu. Množství odpadu se pohybovalo konstantně kolem 1 litru řídké stolice denně. V období, kdy byl pacient upoután na lůžko, pokaždé v případě potřeby poprosil sestru o vypuštění. Protože odpady obsahovaly velké množství tekutiny i s minerály, byly ztráty hrazeny organismu formou parenterální hydratace (Plazmalyte + KCl 7,45%, rychlostí 80ml/h).

#### **4.5.5 Žilní vstupy**

Pro pacienty v konečné fázi onemocnění se stává velkou výhodou venózní vstup, kterým je možné podávat úlevovou medikaci s rychlým efektem. Jsou také vhodné pro kontinuální podávání analgetik. U pacientů s nádorovým onemocněním obecně platí křehkost žilní stěny, která je způsobena hlavně předchozí léčbou (chemoterapie). Periferní žilní kanylace

proto často nemá šanci dlouhodobější funkčnosti, a proto se přistupuje k zavedení centrálních žilních katétrů. U pacientů, kteří mají dlouhodobě zavedený CŽK je pro prokoagulační stav indikována terapie nízkomolekulárním heparinem.

Pan Č. byl přijat na oddělení s již zavedeným centrálním žilním katétreem přes vena subclavia dextra do horní duté žíly. Dvoucestný CŽK byl zpočátku využíván především pro náhradu tekutin organismu, který vylučoval velké množství vody i minerálů ileostomií. Brzy se ale začínal využívat k tlumení bolestí. Začátkem prosince ale došlo k zanesení infekce, která způsobila zvýšenou tělesnou teplotu, zimnici a třesavku, proto byl katétr odstraněn. Po podání hydrokortizonu příznaky vymizely, jizva po kanylaci se zhojila bez komplikací. Deset dní byly k intravenózní aplikaci medikace využívány periferní žilní kanyly, které ale neměly dlouhou životnost a způsobovaly flebitidy, a tak lékařka po konzultaci s pacientem zvážila znovuzavedení centrálního katétru. Pro prokoagulační stav je profylakticky opět nasazena terapie nízkomolekulárním heparinem.

#### **4.5.6 Soběstačnost**

Hodnocení soběstačnosti probíhá nejčastěji formou testu základních všedních činností Barthelové (ADL – activities of daily living). Jednotlivé složky jsou hodnoceny podle samostatnosti provedení činnosti pacientem: 10 bodů (samostatně bez pomoci), 5 (s pomocí) a 0 (neprovede). Hodnotí se schopnost najíst a napít se, oblékání, koupání, osobní hygiena, kontinence moči a stolice, použití WC, přesun z lůžka na židli, chůze po rovině a chůze po schodech.

Pan Č. se po celou dobu hospitalizace na oddělení snažil opravdu o maximální soběstačnost, jaké byl schopen. Poměrně dlouhou dobu chodil samostatně v rámci nemocnice (kouřit nebo do kantýny), což mu umožňoval výtah, který vede z 2. patra k východu, protože chůze po schodech pro něj nebyla prakticky možná (z důvodu stavu oblasti hýždí a bolestí při těžších pohybech). Velkým omezením pro něho byla nemožnost sedu, takže pokud jedl, tak v pololeže na boku nebo ve stoje. Měl nacvičený způsob, jak si s co

nejmenší bolestí lehat do postele a naopak z ní vstávat. I přes značnou deformitu penisu byla kontinence moči po celou dobu zachována. Kontinence stolice sice z důvodu založené stomie byla ztracena, jak jsem již zmínila, obsluhu stomie byl ale pacient schopen zajišťovat sám. Osobní hygienu a sprchování vykonával pacient v době odběru anamnézy sám, ale za přítomnosti sestry, která pečovala o převaz defektů. K oblékání dlouhou dobu pomoc nepotřeboval. Jíst a pít byl schopen také samostatně.

K omezení soběstačnosti došlo po krvácivých epizodách, kdy se přidaly stavy závratí ve stoji. Proto byl nucen zůstat v lůžku, ačkoliv měl neustále touhu a snahu začít zase chodit. Byla to jeho naděje, kterou udržoval i svůj psychický stav v období, kdy docházelo k postupnému úbytku sil.

#### **4.5.7 Psychosociální péče**

Úlohou paliativního týmu je nejen profesionální lékařská, ošetrovatelská a spirituální péče, ale také péče o psychosociální dimenzi potřeb pacienta. Důležitá byla intervence v oblasti rodinných vztahů, kdy přes komplikované vztahy mezi pacientem a rodiči, přišel jednou na návštěvu i otec pacienta. Velikou událostí byla mobilizace syna, se kterým se pacient nestýkal řadu let (od rozvodu). 21letý syn začal dojíždět za tatínkem pravidelně jednou za dva týdny. Vznikl mezi nimi krásný vztah, na který pacient rád upozorňoval a byl šťastný, že má tak hodného syna.

Jako další sociální kontakt, který pacient vytvořil během hospitalizace na našem oddělení, bylo přátelství s pacientkou a jejím manželem, se kterými trávil společné chvíle při kouření v zahradě. Nejprve se tak nějak potkávali a prohodili občas pár slov, ale jejich vztah se prohloubil hlavně v době, kdy už pan Č. nemohl chodit sám a jezdil „na kouřovou“ v posteli s doprovodem. To se pak společně domlouvali, v kolik hodin vyrazí společně na další, plánovali to tak, aby časově nezatížili personál a podobně. Nakonec do kroniky oddělení byla zařazena i fotografie zachycující právě tyto dva na společném „kouřovém lehánku“ – jak tyto chvíle sami nazvali.

Dalším problémem byl čas, který pacient strávil po celou dobu v areálu nemocnice. Chodil kouřit, do kantýny nebo se díval v pokoji na televizi, která nic moc nenabízela. Pacient nakonec vícekrát dával najevo, že je to „fakt nuda“, i přesto že mu zde bylo lépe než při dřívějších hospitalizacích. Do tohoto stavu přišla jedna ze sester s prosbou, zda by pacient nesložil model auta pro jejího syna. To byla téměř zázračná intervence, protože si pacient vzpomněl na své mládí, které věnoval lepení modelů a od té doby mu personál donášel nejrůznější auta, nákladáky nebo letadla ke složení. Před Vánoci se pan Č. pustil do tvorby Betlému, který během svátků zdobil prostor u nohou sochy sv. Anežky u vchodu na oddělení.

#### **4.5.8 Duchovní péče**

Pan Č. Byl mladý pacient, který nikdy nechtěl být závislým na druhých. Byl velkým bojovníkem proti svému onemocnění, které bylo velice dlouhé a těžké. V tomto boji se ale rozhodl jít sám, bez pomoci někoho dalšího, již v době, kdy přestal docházet na kontroly k lékaři, které se mu zdály být tak zbytečné... V období, které prožil na paliativním oddělení, se hodně upnul na svoji soběstačnost a kontrolu svého stavu. Protože si zvykl na osamoceny život díky onemocnění, které ho vyřazovalo do velké míry z přirozeného sociálního prostředí (ileostomie, bolesti, zápach z rány a deformity), prožíval I období na konci života velice uzavřeně a ani nebyl schopen se více otevřít někomu dalšímu. Tato skutečnost, která se nám kolem něho zdála být omezující, byla pro něj zkrátka přirozená a jemu vlastní. Byl to jeho způsob, který mu vyhovoval a chtěl to tak mít. Nabídku duchovní péče, kterou poprvé dostal již na interním oddělení, odmítl tehdy a znovu I na našem oddělení. Se sestrou Ladou I otcem Markem se potkával v areálu nemocnice, ale za celou tu dobu nedošlo k navázání bližšího kontaktu, bez jakéhokoliv náznaku nějaké potřeby. Již jsem se ale zmínila o tom, že pro pacienta byla důležitá kontrola vlastního stavu, velice racionálně o svém fyzickém stavu hovořil s lékařkou, kontroloval každý výkon, který u něho vykonávaly sestry (napojování infuzí, léky, převazy). V období, kdy byl upoután na lůžko, o to více kontroloval v průběhu převazů na sprchovacím lehátku, zda nekrvácí.

Byl dobře informován lékařkou o tom, co krvácení může znamenat a v tomto kontextu se také projevovaly úzkostné stavy během epizod silného krvácení. V rámci své potřeby kontroly velice uvítal možnost paliativní sedace, díky které bylo jeho umírání tak poklidné. Celkově se ukázalo, že nakonec měl pod kontrolou i své duchovní potřeby, které sice v průběhu hospitalizace nijak neventiloval, ale co se k překvapení nás všech stalo několik dní před smrtí, že požádal o návštěvu kněze, který mu udělil svátost smíření a svátost nemocných. Den před smrtí ještě toužil mluvit s maminkou, která přijela, a tak mohl odejít smířený se sebou, se svými blízkými i s Bohem.

## DISKUZE

Zpracovaná kazuistika ve světle předložené teorie ukazuje, že rozvoj paliativní péče u nás ještě zdaleka nedosahuje na žádané úrovni. Beze sporu by časně integrovaná složka paliativní péče o pacienta mohla výrazně přispět ke zvýšení kvality života. Otázkou je, do jaké míry by byl pacient ochotný podstupovat další intervence, ovšem předpokládám, že kdyby došlo k zapojení dobré psychosociální podpory již po diagnostice Crohnovy choroby, pan Č. by možná mohl svoje onemocnění lépe pochopit a přijmout. Poté by mohlo dojít k zapojení jednoho kvalifikovaného pracovníka, který by s pacientem mohl komunikovat o jeho aktuálním stavu, o vyhlídkách do budoucnosti, o přáních, která pacient má ohledně své léčby. Především by mělo jít o člověka, který je odborně způsobilý podávat adekvátní informace nebo je minimálně schopen vysvětlit informace, které pacient dostal od ošetřujícího lékaře o léčbě a jeho fyzickém stavu (měl by být tedy rozhodně v kontaktu s ošetřujícím lékařem pacienta a komunikovat s ním), ale zároveň by měl být zdatný v komunikaci, která je v oblasti paliativní péče velice důležitá, jak jsem se zmínila v teoretické části práce. Důležité je budování důvěrného vztahu s pacientem, říkat mu vždy pravdu, ale citlivým způsobem, ne hned všechno naráz. Pak by paliativní léčba mohla být úspěšná souběžně s kurativní léčbou i po jejím ukončení. Pacient by nebyl tak náhle překvapován špatnými zprávami, mohl by na ně být lépe připraven. Zvláště pan Č., který se opravdu čile zajímal o svůj stav, chtěl být od lékařky informován o všem, co se s ním dělo. Na druhou stranu reálně došlo k určitému zanedbání lékařských prohlídek a diagnostika prokazující maligní karcinom proběhla ve velmi pokročilém stadiu, takže nemocnice zareagovala odpovídajícím a v tu chvíli nejlepším způsobem, jakým mohla. Pacient byl přijat jako člověk se svou důstojností. Nedošlo k žádné výrazné stigmatizaci pacienta za zanedbání léčby, což je především o dobrém kolektivu a charakterních členech týmů celé nemocnice. Nakonec pravděpodobně díky respektu a úctě k individualitě pacienta, se podařilo pana Č. doprovodit až do úplného konce tak, jak si to on sám přál.

## ZÁVĚR

S pohledem na práci jako celek mě zaujalo, jak je paliativní péče oborem, který je velice flexibilní, co se týče individuality každého pacienta. Nic nevnucuje ani od pacienta neočekává určité chování. Zkrátka jde s pacientem tak rychle, jak to on sám zvládá a chce, přizpůsobuje své kroky jeho krokům. Marie Svatošová se někdy ptá, kdo koho vlastně doprovází. Ti, kdo poskytují paliativní péči, mohou být teoreticky skvěle připraveni, ale nakonec je nejlepším učitelem vždy konkrétní pacient. A je to právě on, kdo nás doprovází na naší cestě ve službě druhým. Pan Č. nás učil například velké pokoře. My, jako pracovníci v pomáhající profesi, máme tendence někdy pomáhat až moc, nechceme při ničem chybět, potřebujeme mít pocit, že děláme pro své pacienty všechno, ale vlastně se v takovém případě pacienti stávají spíše obětí naší nevybouřené pečovatelské potřeby. Nakonec se cítíme uraženi, jak někdo mohl odmítnout naši pomoc, vždyť pro všechny chceme to nejlepší! Pan Č. od nás potřeboval především upřímnost a jistotu, že v tom všem není sám. Potřeboval, abychom ho nevnímali jako hromádku problémů, ale jako každého jiného člověka. Uchoval si i velkou naději přesto, že věděl, jakým směrem se jeho stav ubírá. Nebyl jen optimistou, který věří, že bude lépe. Byl nositelem naděje, tedy byl si vědom toho, že on sám je spolutvůrcem této lepší budoucnosti, a utvrdil se v tomto postoji i na konci, kdy přijal právě svátost smíření a pomazání nemocných, jako projev naděje daleko hlubší.

Tato práce je zachycením jen nepatrné částičky díla, které roste už přes 11 let. Mám radost, že dochází k mobilizaci nemocnic, aby mělo více pacientů šanci projít vážným onemocněním s pomocí kvalifikované paliativní podpory.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BÁRTOVÁ, J. *Přehled patologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum 2015. 191 s. ISBN 978-80-246-2745-8.
2. *Bible*. Písmo svaté Starého a Nového zákona (včetně deuterokanonických knih). Český ekumenický překlad. 18. (9. opravené) vydání. Praha: Česká biblická společnost 2012. ISBN 978-80-87287-53-8.
3. FRANKL, V. *Utrpení z nesmyslnosti života*. Psychoterapie pro dnešní dobu. 1. vydání. Praha: Portál, 2016. 128 s. ISBN 978-80-262-1038-2.
4. HALÍK, T. "Poslední věci" v křesťanské tradici. In: *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*. Praha: Cesta domů, 2010. 116 s. ISBN 978-80-904516-3-6.
5. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. Nauka o umírání a smrti. 2. přepracované vydání, Praha: Galén 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
6. HOLUBEC, L. a kol. *Kolorektální karcinom*. Současné možnosti diagnostiky a léčby. 1. vydání, Praha: Grada Publishing 2004. 194 s. ISBN 80-247-0636-9.
7. HOŠŤÁLKOVÁ, M. Péče o spirituální potřeby umírajících. *Ošetřovatelství*. Teorie a praxe moderního ošetřovatelství. Hradec Králové: Lékařská fakulta UK, 2009. č.3-4. s. 41-43. ISSN 1212-723X
8. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0
9. KUBÍČKOVÁ, N. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. 1. vydání. Praha: ISV nakladatelství, 2001. 267 s. ISBN 80-85866-82-X.
10. KÚBLER-ROSS, E. *O smrti a umírání*. Co by se lidé měli naučit od umírajících. 2. přepracované vydání. Praha: Portál, 2015. 320 s. ISBN 978-80-262-0911-9.
11. LOUČKA, M.; ŠPINKA, Š. a ŠPINKOVÁ, M. *Eutanazie*. Víme, o čem mluvíme? 2. přepracované vydání. Praha: Cesta domů, 2015. 51 s. ISBN 978-80-88126-08-9.



12. MARKOVÁ, A. a kol. *Hospic do kapsy*. Příručka pro domácí paliativní týmy. 2. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů, 2015. 155 s. ISBN 978-80-905809-4-7.
13. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1.vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 128 stran. ISBN 978-80-247-3171-1.
14. NEZBEDA, O. *Průvodce smrtelníka*. Prakticky o posledních věcech člověka. 1. vydání, Praha: Nakladatelství Paseka s.r.o., 2016. 288 s. ISBN 978-80-7432-747-6.
15. O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. české vydání, Praha. Grada Publishing, a.s., 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
16. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 5. doplněné vydání. Praha: Ecce homo 2003. 150 stran. ISBN 80-902049-4-5.
17. SVATOŠOVÁ, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4107-9.
18. TRACHTOVÁ, E., FOJTOVÁ, G. a MASTILIAKOVÁ, D. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
19. TŘEŠŇÁK, Petr. *Kdo se nebojí smrti*. Do hrobu míří s klidem nejen hluboce věřící, ale kupodivu i ateisté. Respekt. 2017, XXVIII(14), 63. ISSN 0862-6545.
20. VOLANDES, A. *Umění Rozhovoru o konci života*. 1. vydání. Praha: Cesta domů 2015. 203 s. ISBN 978-80-88126-03-4.
21. WHO: *National cancer control programmes*. Policies and managerial guidelines. 2. vydání. Geneva: World Health Organization, 2002. 180 s. ISBN 92 4 154557 7.

#### **Internetové zdroje**

22. APHPP: Standardy hospicové paliativní péče [online]. Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016 [cit. 15.5.2017].

- Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/wp-content/uploads/2017/01/STANDARDY%202016.pdf>
23. BACK, A.L., PARK, E.R., GREER, J.A., JACKSON, V.A., JACOBSEN, J.C., GALLAGHER, E.R. a TEMEL, J.S. Clinician roles in early integrated palliative care for patients with advanced cancer: a qualitative study. *Journal Of Palliative Medicine* [online]. 2014, 17(11), 1244-8 [cit. 15.5.2017]. Dostupné z: 10.1089/jpm.2014.0146. ISSN 15577740
  24. Český statistický úřad. Náboženská víra obyvatel podle výsledků sčítání lidu – 2011. 1. Změny struktury obyvatel podle náboženské víry v letech 1991, 2001 a 2011. Český statistický úřad, 2014 [cit. 15.5.2017]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20551795/17022014a01.pdf/1dc65aec-0fb6-4513-ab65-d3beb0141b35?version=1.0>
  25. DIVIŠ, P., DIVIŠOVÁ, K., KATOLICKÁ, J. a ROTNÁGLOVÁ, S. Kolorektální karcinom: Současný pohled na diagnostiku a léčbu. *Medicína pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2016, 2016(13 (1), 34-38 [cit. 2017-05-15]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2016/01/07.pdf>.
  26. GREGOR, J., MALÚŠKOVÁ, D., MUŽÍK, J. a ŠNAJDROVÁ, L. Epidemiologie kolorektálního karcinomu v České republice. *Kolorektum.cz – Program kolorektálního screeningu v České republice* [online]. Masarykova univerzita, Brno, 2017. [cit. 15.5.2017]. Dostupný z: <http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-odborniky--epidemiologie-kolorektalniho-karcinomu--epidemiologie-kolorektalniho-karcinomu-v-cr>
  27. Metodický pokyn o duchovní péči ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče poskytovatelů zdravotních služeb. *Věstník MZ ČR*. 2017, částka 4, 1-8. Dostupné též z: <http://www.mzcr.cz/Legislativa/Soubor.ashx?souborID=29857&typ=application/pdf&nazev=Vestnik-MZ-2017-04.pdf>.
  28. Nadační fond Avast. Spolu až do konce: Výsledky 3. ročníku programu zaměřeného na podporu péče o umírající v ČR [online]. Praha: Nadační

- fond Avast, 2017 [cit. 15.5.2017]. Dostupné z: <http://files.avast.com/files/marketing/foundation/v2016/cz/spolu-az-do-konce/2016.pdf>.
29. RUSINOVÁ, K. a KOPECKÝ, O. ODDICUS - prospektivní observační studie –kvalita paliativní péče ve VFN [online]. Praha: Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 1. LF UK a VFN, ©2007-2016 [cit. 15.06.2017]. Dostupné z: [www.csim.cz/dokument/ondrej-kopeccky-oddicus-preliminary-results/](http://www.csim.cz/dokument/ondrej-kopeccky-oddicus-preliminary-results/).
30. SLÁMA, O., ŠPINKOVÁ, M. a KABELKA, L. Standardy paliativní péče 2013 [online]. Praha a Brno: Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, 2013 [cit. 15.5.2017]. Dostupné z: [https://www.paliativnimedcina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp\\_cspm\\_2013\\_def.pdf](https://www.paliativnimedcina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf).
31. Umírání.cz: *Adresář služeb* [online]. Praha: Cesta domů, 2004 [cit. 2017-05-15]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/adresar-sluzeb>.
32. What are palliative care and end of life care? *Marie Curie: Care and support through terminal illness* [online]. London: Marie Curie, ©2017 [cit. 15.5.2017]. Dostupné z: <https://www.mariecurie.org.uk/help/terminal-illness/diagnosed/palliative-care-end-of-life-care>.
33. WHO. The World Health Organization Quality of Life [online]. Geneva: WHO, 2012 [cit. 15.5.2017]. Dostupné z: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/whoqol/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/).
34. WHO. WHO Quality of Life-BREF [online]. Geneva: WHO, 2012 [cit. 15.5.2017]. Dostupné z: [http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/whoqolbref/en/](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/).

## SEZNAM PŘÍLOH

### **PŘÍLOHA Č.1:**

GRAF Č.1: **INCIDENCE NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ VE SVĚTĚ V R. 2012** ..... 78

### **PŘÍLOHA Č.2:**

GRAF Č.2: **MORTALITA NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ VE SVĚTĚ V R. 2012** ..... 78

### **PŘÍLOHA Č.3:**

GRAF Č.3: **INCIDENCE KRK V R. 2008**..... 79

### **PŘÍLOHA Č.4:**

GRAF Č.4: **MORTALITA KRK V R. 2008** ..... 80

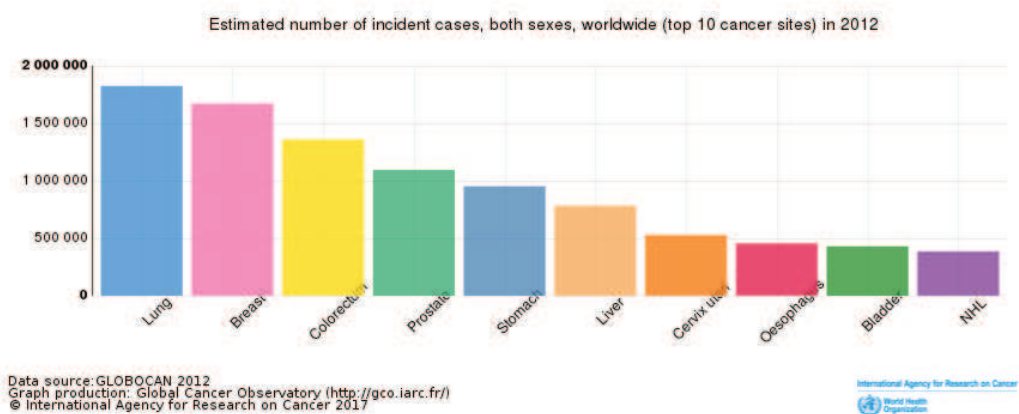
### **PŘÍLOHA Č.4:**

Ošetrovatelská anamnéza ..... 81

## PŘÍLOHY

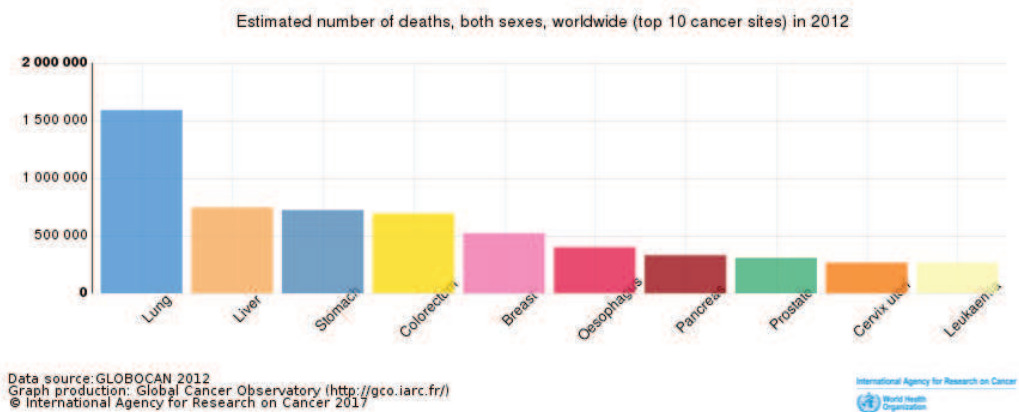
### Příloha č.1:

*Graf č. 1: Incidence nádorových onemocnění ve světě v r. 2012*



### Příloha č.2:

*Graf č. 2: Mortalita nádorových onemocnění ve světě v r. 2012*

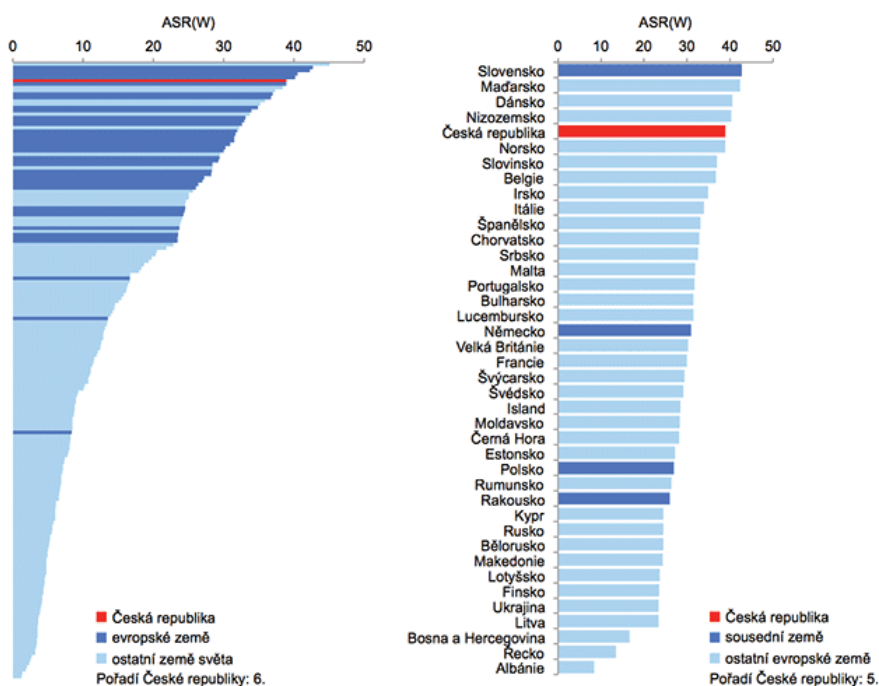


## Příloha č.5:

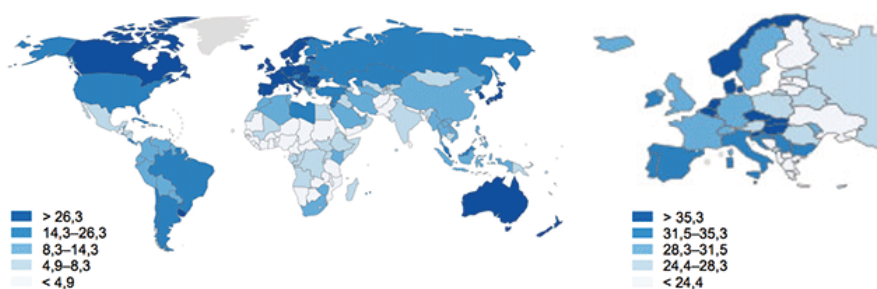
Graf č. 3: Incidence KRK v r. 2008

Incidence nádorů tlustého střeva a konečnicku u obou pohlaví v mezinárodním srovnání.

ASR(W) - počet nově diagnostikovaných nádorů na 100 000 osob  
věkově standardizovaný na světový věkový standard.



Zdroj: Ferlay, J., Soerjomataram, I., Ervik, M., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., Parkin, D.M., Forman, D., Bray, F.: GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [online]. International Agency for Research on Cancer, Lyon (France) 2013. Available from: <http://globocan.iarc.fr>.



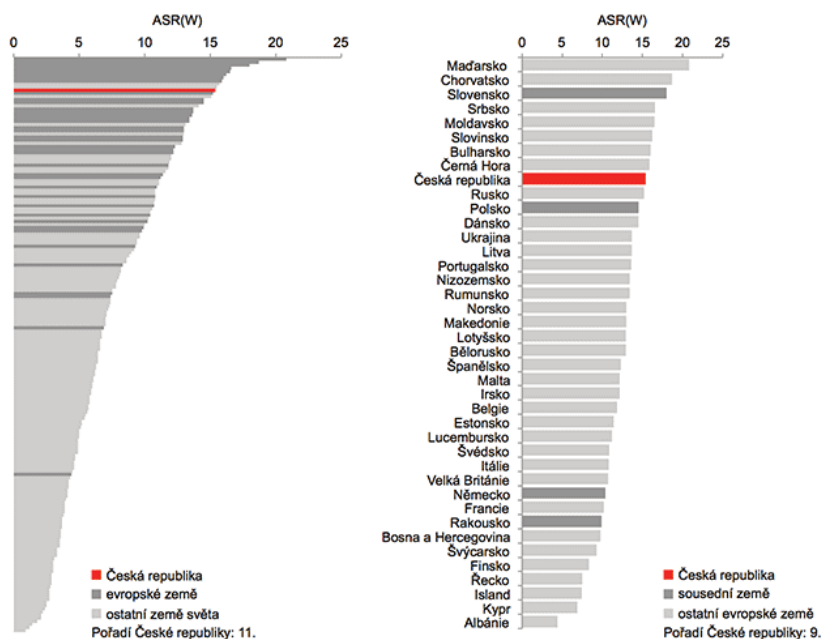
Zdroj: <http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-odborniky--epidemiologie-kolorektalniho-karcinomu--epidemiologie-kolorektalniho-karcinomu-v-mezinarodnim-srovnani> [cit. 15.5.2017]

## Příloha č.4:

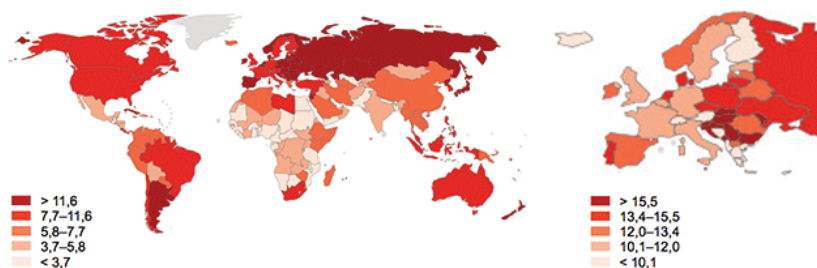
Graf č. 4: Mortalita KRK v r. 2008

Mortalita nádorů tlustého střeva a konečniku u obou pohlaví v mezinárodním srovnání.

ASR(W) - počet zemřelých na nádor na 100 000 osob  
věkově standardizovaný na světový věkový standard.



Zdroj: Ferlay, J., Soerjomataram, I., Ervik, M., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., Parkin, D.M., Forman, D., Bray, F.: GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [online]. International Agency for Research on Cancer, Lyon (France) 2013. Available from: <http://globocan.iarc.fr>.



Zdroj: <http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-odborniky--epidemiologie-kolorektalniho-karcinomu--epidemiologie-kolorektalniho-karcinomu-v-mezinarodnim-srovnani> [cit. 15.5.2017]

Příloha č.5

Ošetrovatelská anamnéza

**Ošetrovatelská anamnéza**  
(Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK – pro studijní účely)

Oddělení : Paliativní péče NMSKB  
Datum a čas odběru anamnézy : 3.12.2016 13<sup>30</sup>  
Jméno (iniciály) : M.Č. Pohlaví: muž Věk : 41  
Datum přijetí : 19.10.2016  
Stav: rozvedený Povolání: vyučení, tesář, posl. zaměst. řídicí dodávky  
Rodina informována o hospitalizaci : ano  ne   
Diagnóza při přijetí (základní): ca. anu  
Chronická onemocnění : Crohnova nemoc  
Anemie z nedostatku Fe  
Malnutrice  
stř. operací, nemiskuj, nikotinismus  
Infekční onemocnění:  NE  ANO  
Režimová opatření: .....

Léčba:  
Operační výkon: ..... Pooperační den: .....  
Farmakoterapie: i.v.: Piazolyte 500ml + KCl 3,45l: 1/den  
Metronidazol 500mg/100ml FR 6-14-22  
s.c.: Morphín 1% 10mg/20ml FR i.v.: při bolesti & premedikace před převazy (odstup min 4h)  
s.c.: Morphín 1% 120mg (12ml) + FR 8ml (cykla 1,6ml/h)  
s.c.: Oxycodone 40mg  
p.o.: Dormicum 35mg: při nespavosti 1tbl  
Mirtazapin 15mg tbl 0-0-0-1  
Jiné léčebné metody: .....

Má nemocný informace o nemoci :  ano  ne  částečně  
Alergie :  ano  ne jaké: .....

Fyziologické funkce: P : 86' TK : 97/54 D : 16' SpO2 : 97% TT : 37,3°C

**1) Vědomí**  
stav vědomí :  při vědomí  porucha vědomí  bezvědomí GSC : 15h  
 Orientovaný  Deorientovaný

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK ©





### 5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleká choroba).....*dlouhodobá choroba (m. Crohn 20 let)*  
.....*snaha o maximální soběstačnost - zatím zklamána*

Úrazy:  ano  ne jaké: *zlomenina kotníku v 1. třídě 25'*

### 6) Výživa, metabolismus

Dieta: *5 - bezobylková* Nutriční skóre:.....

Hmotnost: *54 kg* Výška: *178 cm* BMI: *17*

Chut' k jídlu:  ano  ne

Potíže s přijímáním potravy:  ano  ne jaké:.....

Užívá doplňky výživy:  ano  ne jaké:.....

Enterální výživa *Nutrison / Biosource Fibre* Parenterální výživa:.....

Denní množství tekutin: *1-1,5 l* Druh tekutin: *šťáva*

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době:  ano  ne o kolik:.....

Umělý chrup:  ano  ne  horní  dolní

Potíže s chrupem:  ano  ne

*v souv. s odvajněním organismu*

### 7) Vyprazdňování

problémy s močením:  ano  pálení  řezání  retence  inkontinence  
 ne

problémy se stolicí:  ano  průjem  zácpa  inkontinence  
 ne

stolice pravidelná:  ano  ne

datum poslední stolice: *3.12.*

Způsob vyprazdňování: podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení:.....

Rektální odvodný systém:.....

Stomie *ileostomie*

### 8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: *chodí samostatně*

Barthel test: *lehce závislý (85 b.)*

Riziko pádu: ANO skóre:.....

NE

Pohyblivost:  chodící samostatně

chodící s pomocí

ležící pohyblivý  ležící nepohyblivý

pomůcky jaké: *francouzské hole*

### 9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku: *6-7h* hodina usnutí: *23-24*

poruchy spánku:  ano  ne jaké: *probouzení bolestmi*

hypnotika:  ano  ne

návyky související se spánkem: .....

### 10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem:  ano  ne jaké: .....

potíže se sluchem:  ano  ne jaké: .....

porucha řeči:  ano  ne jaká: .....

kompenzační pomůcky:  ano  ne jaké: .....

orientace:  orientován

dezorientovaný  místem  časem  osobou

### 11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu

Emocionální stav:  klidný  rozrušený

Pocit strachu nebo úzkosti:  ano  ne

Úroveň komunikace a spolupráce:  dobrá  obtížná

### Plánování propuštění

Bydlí doma sám:  ano  ne

kdo bude o klienta pečovat po propuštění: .....

kontakt s rodinou:  ano  ne

### 12) Invazivní vstupy

Drény:  ano  ne jaké: *2x pentrose* Datum zavedení: *7.11.*

Permanентní močový katétr:  ano  ne

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

Stav: .....

centrální datum zavedení: *6.10.* kde: *v. subcl. sin*

stav: *funkční, okolí klidné!*

ne

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©

Sonda :  ano  ne      jaká : *NGS* ..... datum zavedení : *13.10.*.....  
 Stomie :  ano  ne      jaká : *ileostomie* ..... stav : *odvádí, pacient si ošetřuje sám*  
 Endotracheální kanyla :  ano  ne      č.ETR : ..... datum zavedení : .....  
 Tracheotomie :  ano  ne      č.: ..... od kdy: .....  
 Arteriální katétr :  ano  ne  
 Epidurální katétr:  ano  ne  
 Jiné invazivní vstupy: .....

## Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

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

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

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

#### Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

0-40 bodů: vysoce závislý  
 45-60 bodů: závislost středního stupně  
 65-95 bodů: lehce závislý  
 100 bodů: nezávislý

*85b.*

## 2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

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

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

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně. (28)

## 3. Hodnocení nutričního stavu

### NRS – Nutritional Risk Screening

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

Hodnocení:

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

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

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

## 4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

### Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

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

26.

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©

## 5. Hodnocení vědomí

### Glasgow Coma Scale

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

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

### Ošetřovatelské zhodnocení

Pacient je klidový, orientovaný, spolupracující.  
 Snaží se o co největší soběstačnost - chodí samostatně v rámci  
 areálu nemocnice (koupit / do kantýny), na toaletu samostatně,  
 o stomii je zvyklý, pečovat sám.  
 Domácí péče při převážech - 2x denně.  
 O svém stavu chce být informován.  
 Na návštěvu chodí maminka a syn.

## Příloha č. 6

### Dotazník bolesti – Brief Pain Inventory

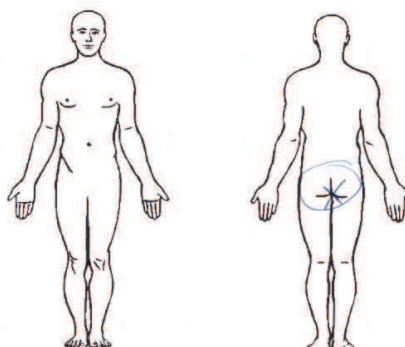
#### Dotazník bolesti

(BPI – Brief Pain Inventory)

1. Po celý život většinu z nás čas od času něco zabolí (hlava, výron kotníku, zub). Cítil jste dnes jinou bolest, než takovou všední?

Ano – Ne

2. Na obrázku vybarvěte místa, která Vás bolí. Nejbolestivější místo nebo místa označte X.



3. Ohodnoťte, prosím, svou bolest zakroužkováním čísla, které odpovídá Vaší nejhorší bolesti za posledních 24 hodin.

0 1 2 3 4 5 6 7 8  9 10

4. Ohodnoťte, prosím, svou bolest zakroužkováním čísla, které odpovídá Vaší nejmenší bolesti za posledních 24 hodin.

0 1 2  3 4 5 6 7 8 9 10

5. Ohodnoťte, prosím, svou bolest zakroužkováním čísla, které odpovídá Vaší průměrné bolesti za posledních 24 hodin.

0 1 2 3 4  5 6 7 8 9 10

6. Ohodnoťte, prosím, svou bolest zakroužkováním čísla, které vypovídá, jakou bolest máte právě teď.

0 1 2  3 4 5 6 7 8 9 10

7. Jaké užíváte léky proti bolesti či jakou léčbu bolesti jste podstoupil?

*kontinuálně Morphin 11.120mg + 8ml FK (16ml/h)*

*sos: Morphin 11.10mg/20ml FK i.v. (premedikace před přerazky + při bolesti)*

8. Jak velkou úlevu Vám přinesla léčba nebo léky proti bolesti v posledních 24 hodinách?

*léky pomáhají, bez nich by to bylo mnohem horší, hodně pomáhají  
dávky léků navíc, když si o ně poprosí*

9. Označte procento, které nejlépe vypovídá o tom, jak moc Vám léky nebo léčba uleví.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

10. Označte číslo, které popisuje, jak během posledních 24 hodin bolest ovlivnila vaši

a) celkovou aktivitu:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

b) celkovou náladu:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

c) schopnost chodit:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

d) běžnou práci:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

e) vztahy s jinými lidmi:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

f) spánek:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

g) radost ze života:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10