

**Univerzita Karlova v Praze  
1. lékařská fakulta  
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství**

---

**Bakalářské studium ošetrovatelství**

## **ZÁVĚREČNÁ PRÁCE**

**Hospicová ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem rektosigmoidea  
Hospic Nursin Care for a Patient with Carcinoma Rectosigmoidei**

**2006/2007**

**Kateřina Kafková**

**Vedoucí práce: PhDr. Helena Chloubová**

# OBSAH

<b>A. ÚVOD</b> .....	<b>4</b>
<b>B. KLINICKÁ ČÁST</b> .....	<b>5</b>
1. CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ.....	5
2. ZÁKLADNÍ IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE .....	11
3. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A DIAGNÓZY .....	12
4. PŘEHLED PROVEDENÝCH DIAGNÓZ, VÝZNAMNÝCH VYŠETŘENÍ.....	13
5. PŘEHLED TERAPIE.....	15
6. PRŮBĚH HOSPITALIZACE.....	17
<b>C. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST</b> .....	<b>20</b>
1. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A HODNOCENÍ STAVU PŘI PŘIJETÍ 2. 4. 2007.....	20
2. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY .....	25
3. PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE .....	26
4. ZÁVĚR A PROGNOZA.....	36
<b>D. ZDROJE INFORMACÍ A POUŽITÁ LITERATURA</b> .....	<b>38</b>

PŘÍLOHY č. 1 Hodnocení intenzity bolesti

    č. 2 Barthelův test základních všedních činností

    č. 3 Škála Waterlow – riziko vzniku dekubitů

    č. 4 Ošetřovatelská anamnéza

    č. 5 Spolupráce s rodinou

    č. 6 Plán ošetřovatelské péče

„UZDRAVIT JE MOŽNÉ NĚKDY,  
POTĚŠIT VŽDYCKY“

HIPPOKRATES

## PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou bakalářskou práci vypracovala samostatně, veškerou použitou literaturu jsem náležitě označila.

10. 5. 2007

Kateřina Kafková

## A. ÚVOD

Pro zpracování závěrečné bakalářské práce jsem si vybrala Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Už několik let zde vypomáhám a o hospicovou péči se zajímám. Hospic je místo, kde si snadněji může každý uvědomit hodnotu lidského života a poznat touhu po smíření se svým okolím, životem a smrtí.

Pacient, kterého jsem si vybrala, byl sotva čtyřicetiletý muž s karcinomem rektosigmoidea. Nebyl typickým adeptem pro vznik tohoto nádoru a proto mne napadla otázka: „Proč právě on?“. Jeho pouť po zdravotnických zařízeních začala před rokem a půl banální operací hemoroidů. Tehdy jistě netušil, kolik bolesti a útrap prožije. I přes špičkovou práci lékařů se nepodařilo zhoubné bujení potlačit a nyní stál pan M. ve dveřích hospice. Byl plný očekávání a ohromně toužil se uzdravit. On ani jeho rodina si nechtěli připustit, že by následující měsíce mohly být posledními.

Česká republika je ve výskytu kolorektálního karcinomu na prvním místě na celém světě. Je to velmi smutný, alarmující výsledek. Přes vyspělou diagnostiku a léčbu umírá u nás stále mnoho lidí. A co je úkolem nás, zdravotníků? Působit v prevenci, diagnostice, léčbě a také na konci pacientova života. Zde zůstává často opuštěn a potřebuje možná nejvíce naši podporu, čas a pochopení.

## B. KLINICKÁ ČÁST

### 1. CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

#### 1. 1 Kolorektální karcinom

Jednou z nejčastějších onkologických diagnóz je kolorektální karcinom. Česká republika se může pochlubit prvenstvím v počtu onemocnění u mužů a druhým místem u žen. Každý rok je diagnostikováno asi 5 600 nových onemocnění, což je 13 – 14 % ze všech diagnostikovaných onkologických onemocnění. Úmrtnost je kolem 8 %, a to převážně pro pozdní diagnostiku. Incidence za posledních 10 let stoupla o 190 %.

Podle lokalizace se tyto nádory dělí na karcinomy tračnicku, nádory rektosigmoideálního spojení a nádory vlastního konečnicku. Toto onemocnění je nejčastější ve věku 65 – 75 let, ale čím dál častěji se setkáváme s pacienty mladšími a výjimkou nejsou ani lidé staří 20 let.

**Patogeneze.** Nádor je tvořen buňkami sliznice, kdy dojde k poruše regulace sliznice a změně fenotypu. Z patogenetického hlediska rozlišujeme nádory na sporadické (asi 80 %, bezprostřední příčinu neznáme, ale rizikovými faktory jsou chronická zánětlivá onemocnění), na podkladě familiární adenomatózní polypózy (hlavně výskyt v nižších věkových skupinách) a hereditární nepolypózní kolorektální karcinomy (také výskyt v nižších věkových kategoriích).

Rizikové faktory dělíme na genetické a vnější vlivy. Mezi genetické řadíme polypózu tlustého střeva, anamnézu kolorektálního karcinomu v rodině, ulcerózní kolitidu, adenomatózní, adenovillózní a vilózní polypy. Nejvýznamnějšími vnějšími rizikovými faktory jsou dietní návyky (konzumace nasycených tuků, alkoholu, nedostatek vlákniny), nízká fyzická aktivita a stres.

**Příznaky.** Liší se podle místa vzniku nádoru. Nádory pravého tračnicku jsou často dlouhou dobu bez příznaků. Prvními příznaky bývají anémie, slabost, hubnutí a někdy i hmatný nádor. Objevují se stesky na bolest břicha. Nádory v colon descendens a v sigmatu se projevují poruchami pasáže až zácpou.

Objevují se kolikovitě bolesti břicha a zácpa může přecházet v průjem. V pokročilém stádiu může být ileus, který se projevuje zvracením. Nádory rekta poruchu pasáže nezpůsobují. Dominantním příznakem jsou tenezmy a defekace krvavého hlenu nebo enteroragie. V časných stádiích se může projevovat nadýmáním, průjmem a zácpou. Někdy se jako první příznaky objeví obtíže způsobené jiným orgánem, ve kterém jsou již metastázy (např bolesti jater v podžebří, ikterus, ascites, pocení). U pokročilých nádorů může dojít k perforaci střeva s difúzní peritonitidou nebo k tvorbě píštělí. Jako komplikace se objevuje obstrukce močového měchýře.

**Diagnostika a staging.** Velký význam zde má anamnéza, včetně anamnézy rodinné. Pokud se nádor vyskytl u příbuzných 1. stupně, je velmi pravděpodobné, že jde o nádor dědičný. Na prvním místě je zařazena důkladná palpce břicha a vyšetření per rectum, protože velká část nádorů je dostupná digitálnímu vyšetření. Test na okultní krvácení má nezastupitelný význam v prevenci a záchytu nádoru v široké populaci. Dalším vyšetřením je rektoskopie a endorektální ultrasonografie, která určí stupeň invaze nádoru stěnou rekta. Irigografie prováděná dvoukontrastní látkou může být matoucí. Klíčovou metodou je koloskopické vyšetření. Jeho výhodou je odebrání bioptického vzorku. U větších nádorů je nutné provést CT a USG břicha.

Z laboratorních vyšetření se využívá stanovení nádorových markerů k monitorování efektů léčby. Potřebná je informace o stupni diferenciaci nádoru, proliferační aktivitě a stupni cévní proliferace, kterou získáme z histopatologického a molekulárně biologického vyšetření. Z výsledků ostatních laboratorních hodnot bývá anémie, zvýšené hodnoty jaterních enzymů a vyšší koncentrace a-globulinů.

Staging slouží bližšímu určení velikosti nádoru, jeho metastáz a postižených uzlin. Používá se k tomu dvou stupnic podle Dukese nebo TNM klasifikace. Více užívaná je TNM klasifikace, pro svoji větší přesnost. T=tumor (nádor) hodnotí výskyt primárního nádoru a poškození okolních struktur. N=nody (uzliny) označuje postižení regionálních uzlin. M=metastázy udává výskyt vzdálených metastáz. K jednotlivým písmenům TNM se přidávají číselné indexy podle množství a velikosti vyskytujících se úkazů. Klasifikace dle Dukese se rozděluje do čtyř stádií: A, B, C, D podle stádia nádorového růstu.

**Léčení** kolorektálních karcinomů se různí podle lokalizace a rozsahu nádoru a podle stadia onemocnění.

Důležitou metodou je chirurgické odstranění. Profylaktická chirurgie je doporučována již u prekanceróz. Mutilující výkon (např. subtotální kolektomie, ileorektální anastomóza) je nezbytný pro zastavení onemocnění a zabránění jeho šíření. Hlavní léčebnou metodou je kurativní chirurgie, kdy kromě radikální resekce jsou odstraněny mezokolické a pararektální uzliny a jsou histologicky vyšetřeny. Paliativní chirurgie je nepostradatelná v odstranění pokročilých obturujících nádorů, někdy s možnou rekanalizací střeva nebo stomií.

Radioterapie se nejčastěji používá v předoperační péči u nádoru konečníku. Pooperační radioterapie má význam u nádorů prorůstajících stěnou střev a po kontaminaci operačního pole nádorovými buňkami.

Chemoterapie je využívána především jako adjuvantní chemoterapie a má nezastupitelné místo v celkové léčbě. Nejčastěji je podávána v infuzích, perorálně nebo intramuskulárně.

Chemoprevence se provádí u nemocných se zvýšeným rizikem vzniku kolorektálního karcinomu (FAP).

Imunoterapie je experimentální metoda uplatňovaná v adjuvantní léčbě. Jsou zkoušeny různé látky pro oddálení příznaků a zlepšení účinnosti léčby.

**Ošetrovatelská péče** v onkologii je zaměřena na vyhledávání a uspokojování potřeb nemocného. Kromě uspokojení základních potřeb je hlavní úkol sestry zaměřit se na psychiku nemocného. Povzbuzení a motivace pacienta k podstoupení náročných léčebných procedur jsou důležité pro výsledek léčby.

Specifikem onkologické ošetrovatelské péče je příprava pacienta na chemoterapii a radioterapii a kontrola po jejich aplikaci. Důležité je pacienta poučit a vysvětlit mu, co ho čeká, zodpovědět veškeré jeho otázky, naučit ho pečovat o ozařovaná místa.

Specifikem v péči o pacienta s karcinomem rektosigmoidea je často ošetřování kolostomie.

Sestra v onkologické péči by měla být citlivá k pacientům a zároveň odolná vůči stresu.



**Prognóza** závisí na klinickém stavu pacienta, tedy na pokročilosti onemocnění v době prvního záchytu. V mladém věku a u hereditárních forem je velké nebezpečí vzniku dalších primárních nádorů ve zbytku střeva. Další prognóza závisí na pečlivosti dispenzarizace a odstraňování prekanceróz. Prognóza nádorů omezených na sliznici střevní je příznivá. U prorůstání do svaloviny se vyskytuje asi 30 % recidiv. Nepříznivé jsou zejména nízký stupeň diferenciacce, invaze do cév, perforace stěny střeva a kontaminace břišní dutiny. Postižené regionální uzliny prognózu zhoršují o 30-40 % vyléčených po 5 letech. Medián přežití u nemocných s jaterními metastázami je 9 - 12 měsíců. Intenzivní chemoterapií a adjuvantní léčbou lze medián prodloužit na 18 - 24 měsíců. Podaří-li se jaterní metastázy resekovat, přežití nad 5 let je 30 %. Diseminace plicní, kostní či peritoneální má vždy infaustní průběh a končí obvykle během 6 měsíců.

## **1. 2 PALIATIVNÍ HOSPICOVÁ PÉČE**

„Paliativní péče je aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná nemocným, kteří trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu. Jejím primárním cílem není vyléčení pacienta, či prodloužení jeho života, ale prevence a zmírnění bolesti a dalších, tělesných i duševních strádání, zachování pacientovy důstojnosti a podpora jeho blízkých.“ (WHO)

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti. Hospic se snaží o to, aby nemocný netrpěl nesnesitelnou bolestí, byla respektována jeho lidská důstojnost a nebyl v posledních chvílích života sám. Důraz je kladen na kvalitu života. Díky myšlence hospice se vrací do povědomí lidí doprovázení nemocných a umírajících, které bylo dříve samozřejmostí.

Hospic je pro lidi s onkologickou diagnózou, u kterých již skončila terapie a nemocniční léčba již nemá smysl. Současně se pro nedostatek vybavení, odborných znalostí či z jiných příčin nedá zvládnout domácí péče. V hospici rodinní příslušníci mohou být se svým nemocným a v rámci možností se o něho starat. Prostředí je více domácí než nemocniční.

### **1. 3 CELKOVÁ BOLEST**

„Bolest je to, co říká pacient a existuje, když to pacient tvrdí“ (Mc Caffery). Jde o nepříjemnou senzorickou a emocionální zkušenost, která je vyvolaná skutečným nebo potencionálním tkáňovým poškozením organismu. V onkologické léčbě ztrácí bolest svou funkci, nemocného obtěžuje a vyčerpává. Ač je nádorová bolest řazena mezi bolest chronickou, metody léčby se liší. Chová se jako bolest akutní, pacient ztrácí chuť k jídlu, trpí nespavostí, ztrátou libida, zácpou a změnami osobnosti. Celková bolest se často mění a zdravotnický personál musí pružně reagovat a bolest účinně tlumit.

### **1. 4 LIDSKÁ DŮSTOJNOST**

Důstojnost člověka je složitá entita. Je daná úctou k sobě samému, k druhým lidem a lidí k nám. Úcta ukazuje hodnotu sebe i druhých. Pocit vlastní důstojnosti získáváme zapojením se do děje kolem nás, možností rozhodovat o sobě a ovlivňovat okolí, být autonomní a rovnoprávný.

Ztráta důstojnosti bývá vyvolána těžkým onemocněním, ztrátou zaměstnání, osamělostí, nudou a apatií. Abychom mohli pečovat o druhé s úctou, měli bychom brát ohledy na jeho zájmy, zapojit ho do rozhodování o sobě, dobře informovat, nevystavovat zbytečnému riziku, neponižovat, nebýt lhostejný a hlavně podporovat jeho nezávislost.

### **1. 5 FÁZE UMÍRÁNÍ PODLE KÜBLER – ROSSOVÉ**

Autorka po dlouhých letech rozhovorů s umírajícími a lidmi, kteří je doprovázejí, sestavila pravděpodobný průběh přijetí průběhu smrtelného onemocnění a smíření se se smrtí. Psychologicky daná skutečnost, že vytěšňujeme myšlenky na smrt, nám komplikuje přijetí vlastní smrtelnosti. Smrt v nás vyvolává hrůzu a bezmoc, které se neumíme zbavit. Kübler – Rossová definovala pět fází při smířování se se smrtí. Tyto fáze nejdou vždy za sebou tak, jak jsou očíslovány. Mohou se střídát rychle, pomalu, prolínat se, vracet se nebo

chybět. V ideálním případě člověk umírá v páté fázi – smíření. Není tomu však tak vždycky. Hlavním úkolem doprovázejících je jednotlivé fáze rozpoznat a pacientovi pomoci dospět ke smíření.

Obvyklý průběh jednotlivých fází a jak se při nich chovat:

1. fáze – negace. „Ne, já ne, to není možné! To je určitě omyl. Zaměnili výsledky.“ To je klasická reakce na první sdělení smrtelného onemocnění. Člověk o tom nechce slyšet, úplně popře důkazy, snaží se nepříjemnou zprávu vytěsnit. V tomto stádiu je vhodné postupně získat jeho důvěru a opatrně s ním mluvit o budoucnosti.

2. fáze – agrese. „Proč zrovna já? Kdo za to může? Vždyť mi nic nebylo.“ Vinu svádí na zdravotníky, rodinu, zaměstnání,... Cítí nespravedlnost. Slovně napadá své okolí. Je velmi těžké pečovat o nemocného v této fázi. Trpělivost a snaha o abreakci pacienta je jediným správným přístupem při ošetřování.

3. fáze – smlouvání. Nastává doba hledání zázraků, nových léčiv, léčitelů, velkých slibů. Snaha oddálit nevyhnutelné jakýmkoliv prostředky. Objevuje se riziko, že nemocný vyhledá podvodníka. V péči doprovázejícího by měla být trpělivost a pochopení. Hlavně nebrat naději.

4. fáze – deprese. Objevuje se smutek z utrpěné ztráty a z očekávaných událostí. Strach z účtování, obava o rodinu a blízké, o vše, co tu bude muset zanechat. V této fázi dochází nejčastěji k urovnání vztahů v rodině, často i v majetkových poměrech. Umožňuje pomalu se rozloučit s pozemskými věcmi. V přístupu k nemocnému je důležité naslouchání. Pomoci urovnat vztahy.

5. fáze – smíření. Je to souhlas se skončením boje. Člověk v této fázi umírá klidný a vyrovnaný. Dokáže mluvit o smrti i o svém životě bez negativních emocí. Je vhodná přítomnost někoho blízkého, nejsou potřeba slova.

## 2. ZÁKLADNÍ IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

### 2.1 OSOBNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: J. M.

Oslovení: pan M.

Rodné číslo: 680000/0000

Věk: 39 let

Stav: ženatý, 2 děti

Vzdělání: středoškolské bez maturity

Povolání: skladník, řidič

Adresa: Náchodsko

Národnost: česká

Pojišťovna: 111

Vyznání: bez vyznání

Kontaktní osoby: manželka, přijata spolu s pacientem, přítomna po celou dobu mého ošetřování

Telefon: pevná linka ano, mobil ano

Hospitalizace: od 2. 4. 2007

Hlavní diagnóza při přijetí: karcinom rektosigmoideálního spojení, algický syndrom

Zařízení: Hospic Anežky České v Červeném Kostelci

Datum mého ošetřování: od 2. 4. do 5. 4. 2007

(1, 3)

### 3. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A DIAGNÓZY

Osobní anamnéza: ureterolithiasa vlevo 1994

astma bronchiale

operace hemoroidů 10/2005

operace rektosigmatu pro Ca s metastázami do jater 12/2005

(resekce s odlehčující kolostomií, která byla 6/2006 zanořena)

probíhá paliativní chemoterapie (Xeloda)

Alergická anamnéza: negativní

Farmakologická anamnéza: lineární dávkovač s Morfinem, Sevredol,  
chemoterapie

Sociální anamnéza: žije s manželkou a dvěma dětmi v rodinném domě

Nynější onemocnění: přijat z domova pro regresi bolestí při základní diagnóze,  
progrese v posledních třech dnech a proto upoután na  
lůžko, dříve chodil s dopomocí, občas pády

Objektivní hodnocení: ležící, při vědomí, schvácený bolestí, orientován všemi  
kvalitami, bez klidové dušnosti, cyanózy, ikteru, hydratace  
v normě

Hlava: pokleповě nebolí, zornice izokorické, skléry bílé, spojivky prokrvené, jazyk  
plazí středem, odřeniny na nose po pádu

Krk: štítná žláza nezvětšena, lymfatické uzliny nezvětšeny, náplň krčních žil  
v normě

Hrudník: akce srdeční pravidelná 80/min. ozvy ohraničené, dýchání čisté,  
sklípkové

Břicho: lehce nad niveau, palpačně bolestivé, podkožní meta nad pupkem, hepar  
+2 cm, lien nehmatám, peristaltika +

Dolní končetiny: prosaky ke kolenům více v pravo, lýtka volná, pulzace do  
periferie zachována

(3, 5)

## LÉKAŘSKÁ DIAGNÓZA

Zhoubný novotvar rektosigmoideálního spojení (TNM stadium pT3, pN1, pM2 generalizace na peritoneum, do jater, suspektně do plic)

Algický syndrom

Kachexia tumorosa

(3)

## 4. PŘEHLED PROVEDENÝCH DIAGNÓZ, VÝZNAMNÝCH VYŠETŘENÍ

### 4.1 FYZIOLOGICKÉ FUNKCE

Vědomí – po celou dobu mého ošetřování byl při plném vědomí, orientován osobou, časem a místem.

	2. 3.	3. 3.	4. 3.	5. 3.
TK	130/95	120/80	110/85	120/80
P	84´	70´	76´	68´
TT	37,4°C	37,2°C	36,8°C	36,7°C
D	19´	20´	18´	16´

Hmotnost 58 kg

Výška 185 cm

BMI 17 – podváha

### 4.2 VÝKONY A VYŠETŘENÍ

CT - 13.2. 2007

nativní a postkontrastní vyšetření od bránice po symfýzu

játra zvětšená, od poslední kontroly (11/2006) výrazná progrese velikosti a počtu metastáz v játrech do velikosti 10x11x12 cm, na plicním parenchymu zachycena

patrná metastáza dorzobazálně vpravo velikosti 15 mm a další v laterobazálním segmentu velikosti 5 mm

Histologie - 16.1. 2007

Invadující adenóza s meta do perikolické tukové tkáně, 8 uzlin negativních, v okolí 4 nádorové uzlíky G2

RTG - 13.2. 2007

Plíce - progrese velikosti a počtu metastáz v obou plicních křídlech

Na 13.4. 2007 objednáno CT

#### 4. 3 LABORATORNÍ VÝSLEDKY

Základní biochemické vyšetření moči - 10.3. 2007

PH	6,5	5-6	!
HUST	1020	1015-1020 kg/m <sup>3</sup>	
KREV	Negativní		
LEU	+		!
NITR	Negativní		
GLU	Negativní		
KETO	+		!
UBG	++		!!
BILI	+		!
ERY	10,10	0-10 el/ul	!
LEU	20	0-20 el/ul	
VAL	3,3	0-2 el/ul	!!
EPIk	4,3	0-6 el/ul	!!!
BAKT	2519	0-4700 el/ul	
KVAS	0	0-5 el/ul	

Základní biochemické vyšetření krve - 10.3. 2007

UREA	2,6	0-8,3 mmol/l	
KREA	50,0	62-106 umol/l	
KMOC	253	0-420 umol/l	
Na	135	136-145 mmol/l	
K	3,9	3,50-5,10 mmol/l	
Cl	100	98-108 mmol/l	
BBS	38,9	38-46 mmol/l	
OSMV	275	265-295	

		mOsm/kg	
BIL	22,1	0-17,1 umol/l	!!
BILK	13,2	0-3,4 umol/l	!!!
ALT	0,53	0,17-0,83 ukat/l	
AST	2,45	0,17-0,83 ukat/l	!!!
GMT	6,61	0,17-1,10 ukat/l	!!!
ALP	7,22	0,67-2,15 ukat/l	
AMS	0,91	0,47-1,70 ukat/l	
LPS	0,30	0,22-1,00 ukat/l	
PROT	66,8	66,0-87,0 g/l	
CRP	167,9	0-5,0 mg/l	
GLU	4,70	4,11-5,89 mmol/l	

(1, 3)

## 5. PŘEHLED TERAPIE

Invazivní vstupy - i. v. katetr do v. portae, v levém podklíčku, zaveden pro cytostatickou terapii, v hospici nebyl využíván

- i. v. kanyla na pravém předloktí, zavedena 2. 4. pro infuzní terapii

- s. c. kanyla pod pravým podklíčkem, zavedena 30. 3. pro léčbu lineárním dávkovačem

### 5. 1 FARMAKOTERAPIE

#### Per os

- Lactulosa, Lactulosi solutio, solutio

10 ml p.o. 1-0-1

hepatikum, NÚ: bolesti břicha

- Xeloda, Capecitabinum, tabulettae

500 mg p.o. 1-0-1 (19.3.-1.4., nyní probíhá týdenní cyklus bez podání Xelody)

cytostatikum, NÚ: nevolnost, zvracení, zánět dutiny ústní, mravenčení kůže, vyrážka, únava, průjem, bolest na hrudi



### **Per rectum**

- Glycerinové čípky, Glycerolum, suppositorium

1 čípek p.r. 0-1-0 (3. 4.)

laxativum, NÚ: dráždění konečníku se svěděním a pálením

### **Infuzní terapie**

- Syntophillin, Theophyllum monohydricum, solutio

10ml i.v. 1-0-1 v infusi F1/1 100 ml

bronchodilatancium, antiastmatikum, NÚ: bolesti hlavy, třes, neklid, tachykardie, nevolnost, zvracení, zesílená diuréza

- Dexamethasoni natrii phospas, solutio

1ml i.v. 1-0-1 v infusi F1/1 100 ml

glukokortikoid, NÚ: anafylaktická reakce, cushingoidní obličej, hirsutismus, zvýšená tělesná hmotnost, osteoporóza

### **Injekční terapie i.v.**

- Thiethylperazini hydrogenomaleas, solutio

2ml i.v. dle potřeby, podáno 2.4. 12:00hod.

antiemetikum, antivertiginózum, NÚ: spavost, závratě, bolesti hlavy, křeče

- Metoclopramidi dihydrochloridum, solutio

2ml i.v. 1-0-0

antiemetikum, antivertriginózum, NÚ: únava, ospalost, neklid, vertigo, střevní obtíže

### **Injekční terapie i. m.**

- Tramal 50, Tramadoli hydrochloridum, solutio

2 ml i.m. podle potřeby při bolesti, podáno 2.4. 23:00 hod., 4.4. 0:45 hod., 5.4. 22:00 hod.

analgetikum-anodynum, NÚ: závratě, pocity na omdlení, bolesti hlavy, otupělost, změny chuti k jídlu, chvění

- Algifen, Tramadoli hydrochloridum, solutio

1ml i.m., 1-0-0 (4. 4.)

spazmolytikum, NÚ: sucho v ústech, zácpa, vyrážky, poruchy vidění

### **Injekční terapie lineárním dávkovačem s. c.**

- Morphini hydrochloridum trihydricum, solutio

12 ml/24 hod, lineární dávkovač s.c.

2ml s.c. dle potřeby při bolesti, podáno 2.4. 11:30 hod, 3.4. 12:00 hod. a 23:00 hod., 4.4. 12:00 hod., 5.4. 12:00 hod.

analgetikum-anodynum, NÚ: celkový útlum, nauzea, zvracení, útlum dýchání, zácpa, retence moči

(3)

### **5. 2 DIETOTERAPIE**

Dieta 3 dle výběru pacienta se sippingem ovocného Nutridrinku, poloviční porce

Příjem potravy: 2.4. pouze tekutiny – asi 2 l, 3.4. snědl asi 60 %, 4.4 asi 50 %, 5.4. asi 60 %

(3, 5)

### **5. 3 FYZIOTERAPIE**

Pacient ležící, polohování s antidekubitární matrací, po ztlumení bolesti možný pohyb na invalidním vozíku

(3, 5)

### **5. 4 PSYCHOTERAPIE**

3. 4. a 4. 4. rozhovor s psychoterapeutkou

## **6. PRŮBĚH HOSPITALIZACE**

2.4. Pacient s karcinomem rektosigmoidea byl akutně přijat z domova pro nesnesitelné bolesti a snížení soběstačnosti. Hned po přijetí (asi 11:00) mu byla upravena medikace bolesti, byl zvýšen kontinuálně podávaný Morfin a aplikovány ještě 2 ml morfinu s.c. Pacient se celkově zklidnil a pospával.

Odpoledne se dostavily nevolnosti a pacient několikrát zvracel. Byl aplikován Torecan. Celkově byl velmi spavý, na bolest si znova stěžoval večer, kdy mu byl aplikován Tramal, na který velmi dobře reagoval. V noci spal klidně. Stravu skoro nepřijímal, pouze pil minerální vody. Bylo zrušeno CT vyšetření a kontrola na onkologii, která se měla konat druhý den.

3.4. Ráno se cítil odpočatý, měl chuť k jídlu. Ranní hygiena byla provedena na lůžku za pomoci sestry a manželky, která ho doprovází. Došlo po pěti dnech po podání glycerinového čípku k vyprázdnění stolice. V poledne aplikován Morfin pro zesilující bolest. Během dopoledne si na bolest nestěžoval. Navštívila ho psychoterapeutka. Snědl asi 60 % stravy. Pacient byl klidný, odpoledne spavý. K večeru se chtěl pan M. postavit, ale pokus byl neúspěšný. Objevily se u něho pocity bezmoci a selhání. Během dne měl několik návštěv.

4.4. Ráno byl unavený. Stěžoval si na špatný spánek kvůli bolesti. Před hygienou mu byl podán Algifen proti bolesti. Hygiena na lůžku s dopomocí sestry a manželky. Projevil zájem si o svém onemocnění a prognóze promluvit s lékařem. Přesto, že svou diagnózu zná, byl velmi rozrušen. Dopoledne odpočíval. Kolem oběda si stěžoval na bolest, byl mu aplikován Morfin. Odpoledne byl podrážděný a neklidný. Povídal si s psychoterapeutkou. Snědl asi 50 % podané stravy. Odpoledne ho navštívili děti a rodiče.

5.4. Noc proběhla v klidu, ráno se cítil odpočatý. Byl bez bolesti. Hygienu zvládl sám na lůžku s dopomocí manželky. Snědl asi 60 % stravy. Odpoledne se vertiklizoval a v chodítku ušel 20 m. Byl klidný a spokojený. Odpoledne měl několik návštěv a byl velmi dobře naladěný.

(1, 2, 5)

## 6. 1 SUBJEKTIVNÍ VNÍMÁNÍ NEMOCI A HOSPITALIZACE

Pacient ani jeho rodina nejsou s diagnózou smrtelného onemocnění smířeni. Vědí o ni, ale snaží se ji potlačit. V prvních chvílích hospitalizace byl pan M. euforický, protože se mu po dlouhých dnech ulevilo od bolesti a získal jistotu, že tu nezůstane sám bez pomoci. V průběhu hospitalizace začali on i jeho manželka

o konci života přemýšlet. Nejkritičtějším dnem v průběhu mého ošetřování byla středa 4.4., kdy se zhoršil hlavně psychický stav nemocného.

U pana M. se střídaly fáze negace, agrese a deprese. Jeho manželka prožívala převážně fázi deprese a vyjednávání, i když se snažila, aby manžel její pocity a obavy nepoznal. Jak na nemoc otce reagují děti, jsem nemohla posoudit, ale jeho rodiče se nevzdávají naděje, že se vše zlepší.

Od hospitalizace si pan M. slibuje, že se mu ztlumí bolesti, začne alespoň trochu chodit a chtěl by se ještě na nějaký čas vrátit domů. V Hospici se mu velmi líbí, je spokojen s personálem i chodem oddělení.

(2)

## C. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

### 1. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A HODNOCENÍ STAVU PŘI PŘIJETÍ 2. 4. 2007

#### TĚLESNÉ POTŘEBY

##### Dýchání

Pan M. asi od svých dvaceti let trpí bronchiálním astma. Projevy tohoto onemocnění se zhoršují na jaře a na podzim a po námaze. Nekouřil. V posledních dvou měsících se mu hůře dýchá.

Pocit dušnosti a bolest na hrudi se objevuje asi po dvou až třech větách a nutí pacienta, aby se odmlčel a chvíli odpočíval. Mluvení je pro něho zatěžující činnost. Je to pravděpodobně způsobeno plicními metastázami a nežádoucími účinky morfinové terapie. Na dušnost má vliv také intenzita bolesti.

##### Bolest

Bolestí trpí asi od prosince roku 2006. V lednu, kdy mu již nezabírala perorální léčba bolesti, mu lékař předepsal subkutánní lineární dávkovač s morfinem, o který se starala domácí ošetřovatelská služba. Dávka morfinu byla postupně zvyšována až na 8 ml/24 hod. V posledních třech dnech se intenzita bolesti velmi rychle zvětšovala. Včera odpoledne a večer již byla nesnesitelná a museli zavolat pohotovost.

Pan M. byl do hospice přijat ihned po podání žádosti pro tlumení nezvladatelných bolestí. Bolest mu bránila v pohybu a v mluvení. Pan M. popisuje bolest jako tupou, úmornou a nesnesitelnou, od prsních bradavek dolů až po konečky prstů. Bolest se velmi zhoršuje při pohybu. Objektivně pozorují bolestivé grimasy a tělo ve ztuhlé poloze na zádech. Brání se pohybu. Bolest se projevuje i zvýšenou tělesnou teplotou (kolem 37, 4°C). Na desetistupňové škále určil bolest jako maximální – 10. Záznam a vývoj bolesti přikládám na příloze č. 1. Po přijetí do hospice bylo množství morfinu zvýšeno na 12 ml/24 hod a byly přidány jednorázově ještě 2 ml s.c. Asi po hodině se bolest zmírnila o šest stupňů na desetistupňové škále.

## Výživa

Jídlo bylo oblíbenou činností pana M. Dříve snědl vše, co mu bylo nabídnuto. Na začátku nemoci se jeho chutě nijak neměnily. Asi v listopadu loňského roku začal jíst menší porce. V průběhu posledního měsíce mu dělal potíže příjem velmi tuhé stravy, kterou omezil a na doporučení lékaře ji nahradil ovocnými nutridrinky. Klasické mléčné výrobky a mléčné nutridrinky odmítá. V posledních třech dnech, kdy se zvyšovala intenzita bolesti, stravu skoro nepřijímal. Trpěl nechutenstvím.

Pan M. je muž vysoký 185 cm a nyní váží 58 kg. Jeho původní hmotnost byla 90 kg. BMI je 17 – podváha. Trpí nechutenstvím. Hned po příjmu pacient zvracel a bylo mu velmi nevolno, pravděpodobnou příčinou byl převoz, silná bolest a terapie morfinem. Stav chrupu a dutiny ústní je dobrý. Soběstačnost při jídle je závislá na intenzitě bolesti. Pomoc při jídle zajišťuje manželka.

## Hydratace

S příjmem tekutin neměl pan M. nikdy obtíže. Vypil denně 2 litry tekutin. Pil denně asi 2 kávy, nyní mu nedělá dobře na žaludek. Občas si rád dal alkohol, ale jen v přiměřeném množství.

Hydratace pacienta je dobrá. I nyní je denní příjem tekutin 2 l. Má pocity suchosti v ústech. Nabídla jsem mu bonbóny, ledové kostky a ovocné mražené dřeně, ale vše odmítl. Po malých doušcích popíjí minerálky a slabý studený čaj. Kávě a alkoholu se vyhýbá. Má otoky na dolních končetinách, více na pravé noze.

## Spánek a odpočinek

Dříve neměl pan M. se spánkem problémy. Po návratu z práce si vždy na několik minut lehl. Po chirurgickém zákroku v roce 2005 špatně usínal. Uplynulý měsíc se skoro každou noc několikrát vzbudil. V posledních třech dnech nespál vůbec pro nesnesitelné bolesti, které se v noci zhoršovaly. Pouze po subkutánní injekci morfinu na pár hodin usnul. Je zvyklý spát v tmavé, tiché, dobře větrané místnosti. Speciální rituály před spaním nedodrží.

Pan M. je nyní velmi unavený, doufá, že po ztlumení bolestí bude moci lépe spát.

## Hygienická péče

Hygienu si pacient obstarával sám nebo s pomocí manželky. Byl zvyklý se dvakrát denně sprchovat, protože se velmi potí. V uplynulých třech dnech prováděla hygienu na lůžku manželka.

Má mastné vlasy, ale jinak znečištěný není. Nehty má upravené. Má povadlou visící kůži po rychlém úbytku hmotnosti. Kůže není mastná ani příliš suchá, má nažloutlý nádech. Na nose, čele a koleni jsem objevila strupy po včerejším pádu na zem. Hojí se per primam a není třeba speciálního ošetření. V levém podklíčku má implantovaný portální katetr pro aplikaci cytostatik, pod pravým podklíčkem má zavedenou subkutánní kanylu pro kontinuální aplikaci morfinu. Při přijetí byla do pravého předloktí zavedena i. v. kanylou. Vstupy jsou klidné, bez známek infekce. Je pod ním umístěna antidekubitní podložka. Podle škály Waterlow vyšlo riziko vzniku dekubitů 21 bodů (max. počet je 60 bodů, přesto je riziko vzniku dekubitů celkem veliké), hodnocení na příloze č. 3

## Vyprazdňování moči

S močením pacient nikdy obtíže neměl.

Nyní neudává žádná omezení. Frekvence močení, barva a zápach jsou fyziologické. V důsledku upoutání na lůžko spontánně močí do močové lahve.

## Vyprazdňování stolice

V průběhu léta 2005 se občas objevovaly zácpy, které se nedařilo řešit běžnými antiobstipancii. Po vyšetření lékařem byl pan M. objednan k operaci hemoroidů. Zácpy se objevovaly stále. V prosinci 2005 byla provedena paliativní resekce části tlustého střeva s dočasnou kolostomií. Po ní pocítil pan M. úlevu a vyprazdňování se urovnalo. Kolostomie byla 6/2006 zanořena. V průběhu posledního měsíce se opět objevily zácpy. Poslední stolici měl pacient před čtyřmi dny (29. 3.) a žádná laxativa neužíval. Stolica byla formovaná, bez příměsí.

Pacient cítí tlak v dolní části břicha. Hned byla zahájena terapie Lactulosou. K zácpě přispívá opioidová léčba a nedostatek pohybu. Pro upoutání na lůžko jsem pacientovi nabídla podložní mísu, kdyby se bolesti zmírnily, mohl by užít WC židli.

### Tělesná a psychická aktivita

Pan M. byl do začátku onemocnění aktivní sportovec. Hrál závodně fotbal a rekreačně jezdil na kole. Rád pracoval na zahradě. Po vzniku obtíží mu ubývaly síly a musel se vzdát nejdříve fotbalu a později i cyklistiky. V uplynulém měsíci začal používat berle, aby nabyl větší jistoty při chůzi. V posledních třech dnech byl upoután na lůžko a při pokusu vstát spadl.

Při příjmu do hospice nebyl schopen přesunout se z lůžka na lůžko a poté jen strnule ležel. Pokud by ho bolest neomezovala, myslím, že by byl schopen pohybu na invalidním vozíku, možná i několika metrů chůze. Jeho koníčkem jsou křížovky a hlavolamy. Rád přijímá návštěvy a aktivně s nimi hovoří.

### Teplo a pohodlí

Pan M. má většinou pocit tepla a proto hodně větrá. Manželka jeho větrání respektuje. Od začátku onemocnění se silně potí a velmi ho to obtěžuje.

V hospici je umístěn na jednolůžkovém pokoji s přistýlkou pro manželku. Lůžko se mu zdá pohodlné a oceňuje jeho polohovatelnost, kterou může sám ovládat.

### Sexualita

Pacient žije se svou manželkou, se kterou má velmi pěkný vztah. Otázky týkající se pohlavního života nebyly položeny.

## **PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY**

### Jistota a bezpečí

Vzhledem k závažnému smrtelnému onemocnění a zhoršujícímu se stavu, cítí pan M. velkou nejistotu. Bojí se smrti a neznáma, ale snaží se tyto myšlenky vytěšňovat. Má strach o manželku a děti. Po vzniku nezvladatelných bolestí se jeho nejistota stupňovala. Nevěděl, na koho se má o víkendu obrátit, když potřeboval změnit analgetickou léčbu.

Pocit jistoty a bezpečí se po přijetí do hospice zlepšil. Celkově se uvolnil a jeho nálada se zlepšila. K personálu cítí důvěru, přesto si přeje, aby zde s ním zůstala manželka a v rámci svých možností o něho pečovala. Po zmírnění bolestí získal naději na návrat domů. Pan M. souhlasí s hospicovým řádem a bez obtíží se mu



podřídil. Podle Kübler – Rossové se nacházel ve fázi deprese a smlouvání, snažil se na svou diagnózu nemyslet. Manželka byla ve fázi negace.

### Soběstačnost

Až do doby vzniku silných bolestí (před třemi dny) byl schopný se o sebe s malou dopomocí manželky postarat. V posledních třech dnech byl plně odkázán na pomoc jiných. Pro silné bolesti se radši nehýbal.

Při příjmu byl pacient nesoběstačný, po prvním ztlumení velkých bolestí se obsloužil v rámci lůžka. Soběstačnost jsem hodnotila Barthelovým testem všedních činností. Dne 2.4. vyšel stupeň závislosti na 20 bodů – tedy vysoce závislý (opakováno 5.4. - 60 bodů – závislost středního stupně), viz příloha č. 2. U lůžka byly zvednuty postranice, nad sebou měl hrazdičku a zvonek pro přivolání sestry. Vše využíval. Riziko pádu bylo malé.

### Informace

Panu M. byla sdělena jeho diagnóza až v lednu 2006. O svém onemocnění má dobré informace. Aktivně se zajímá o své onemocnění. Informace hledal na internetu a v knihovně. Už před přijetím znal instituci hospice a jeho poslání.

Po přijetí jsem pacienta informovala o chodu oddělení a možnostech, které hospic nabízí. Lékař ho poučil o možnostech léčby. Pacient se sám aktivně ptal na vše, co ho zajímalo. On i jeho manželka měli důvěru k personálu. Komunikace byla ztížená pro pacientovu dušnost, která mu dovolila říci pár vět a pak se musel odmlčet a vydýchat. Při zvýšené intenzitě bolesti hůře artikuloval.

### Rodina a sociální zázemí

Pacient bydlí v rodinném domku na vesnici poblíž okresního města. Žije s manželkou a dvěma dětmi, kterým je 15 a 17 let. Se svými rodiči i dvěma sourozenci má hezký vztah. Velmi dobře také vychází s rodiči své manželky a jejími sourozenci. Často se navštěvují, zvláště teď se snaží být oporou. V prosinci minulého roku mu byl přiznán plný invalidní důchod.

Pan M. často přijímá návštěvy, převážně rodinné. Rodina je funkční. Sociální situace rodiny je dobrá. V hospici je s ním na pokoji hospitalizovaná manželka. Rodinná anamnéza viz příloha č. 5.

## Sebepojetí a sebeúcta

Pan M. má narušený pocit intimity pro ztrátu soběstačnosti a závislosti na svém okolí. Zvláště je mu nepříjemné vyprazdňování do močové lahve a podložní mísy. Poučila jsem manželku, že by bylo vhodné, aby o manžela pečovala co nejvíce ona - my jí budeme pomáhat. Také jsou narušeny potřeby důstojnosti a sociálních rolí, zvláště pro upoutání na lůžko, závislosti na okolí, pocitů dyskomfortu z důvodu bolesti a nemožnosti se seberealizovat.

## Duchovní potřeby

Pan M. se nehlásí k žádné církvi. Jeho onemocnění ho však motivovalo ke hledání něčeho nad námi, neumí to však pojmenovat.

Nabídnutý rozhovor s knězem by uvítal. Projevil zájem o povídání s psycholožkou, která do hospice dojíždí 2x týdně. Snaží se smířit s onemocněním a s možností konce. Je to pro něho velmi nesnadné a proto tuto myšlenku potlačuje. Obzvláště nyní, kdy se mu ulevilo od bolesti a daří se mu relativně dobře.

(1, 2, 4, 5)

## 2. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

2. 4. 2007

**1** – Celková nesnesitelná bolest z důvodu závažného onemocnění, projevující se bolestivými grimasami, ztuhlostí celého těla, dušností, nespavostí a verbálním sdělením, změnami fyziologických funkcí (TT).

**2** – Celková únava z důvodu vážného onemocnění, chemoterapie, projevující se celkovým tělesným vyčerpáním, upoutáním na lůžko a depresivním chováním.

**3** - Žaludeční nevolnost z důvodu transportu a vlastního onemocnění, opiátové terapie, projevující se nauzeou, bolestmi břicha a zvracením.

**4** - Strach z hospitalizace a budoucnosti z důvodu nedostatku informací a psychoterapie, projevující se psychickým neklidem a otázkami pacienta a manželky.

**5** - Porucha vyprazdňování stolice z důvodu vlastního onemocnění, snížené fyzické aktivity, sníženého příjmu potravy a medikace projevující se zácpou.

**6** - Porucha příjmu potravy z důvodu nechutenství a vlastního onemocnění projevující se kachexií.

**7** - Porucha sebeděče z důvodu upoutání na lůžko pro bolest a vyčerpání, projevující se sníženou soběstačností při hygieně, v příjmu potravy, ve vyprazdňování.

**8** – Zhoršená komunikace pro dušnost, bolest a únavu, projevující se mluvením v krátkých větách s pauzami, odmlkami.

**9** - Riziko vzniku komplikací z důvodu porušené integrity kůže.

3. 4.

**10** – Změna sebepojetí pro smrtelné onemocnění, projevující se pocity selhání, méněcennosti, studu, ztrátou sociálních rolí.

4. 4.

**11** – Strach ze smrti z důvodu uvědomění si vlastní konečnosti, projevující se podrážděností, neklidem a smutkem.

**12** – Porucha spánku z důvodu bolesti, projevující se únavou a neschopností usnout.

### **3. PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

**1** – Celková nesnesitelná bolest z důvodu závažného onemocnění, projevující se bolestivými grimasami, ztuhlostí celého těla, dušností, nespavostí a verbálním sdělením, změnami fyziologických funkcí (TT).

Cíl: Pacient vnímá bolest jako snesitelnou (snížení o 5 – 8 stupňů vizuální analogové škály)

Pacient lépe komunikuje a cítí se spokojenější

Pacient spolupracuje při hodnocení a snižování bolesti

Plán péče: Monitorovat subjektivní i objektivní vyjádření bolesti pacienta  
Navázat s pacientem důvěryhodný vztah a ujistit ho, že nebude zbytečně trpět a bude mu vždy pomoheno, uklidnit pacienta.  
Zjistit, co pacientovi na bolest pomáhá (úlevová poloha, obklady, rozptýlení, která medikace se mu osvědčila před hospitalizací)  
Zajistit co největší pohodlí  
Podávat přesně naordinované léky a léčbu bolesti při jakékoliv změně konzultovat s lékařem  
Pacientovi zajistit nejméně obtěžující analgetickou terapii

Realizace: Pacienta jsem poučila o monitorování bolesti a pravidelně jsem se o bolest zajímala a zapisovala ji do tabulky. Povídali jsme si o jeho bolesti a o tom, jak to zvládal doma, co mu pomáhalo. Ubezpečila jsem ho, že je zbytečné, aby jakkoliv trpěl bolestí a aby mě při každé změně bolesti informoval. Vysvětlila jsem mu funkci a možné nežádoucí účinky při léčbě kontinuálním dávkovačem s morfinem. Konzultovala jsem léčbu bolesti s lékařem, protože současná terapie byla málo účinná. Poučila jsem pacienta o důležitosti jeho spolupráce a včasného oznámení vzrůstající bolesti.

Zhodnocení: Bolest se zmírnila na únosnou mez, její hodnoty se pohybovaly na hodnotách 2 a 3 na desetistupňové škále. Zpočátku se bolest zvyšovala častěji, ale díky dobré spolupráci pacienta jsme ji mohli vždy včas potlačit. Po zmírnění bolesti dušnost téměř vymizela a nemocnému se lépe komunikovalo. Pacient se brzy naučil monitorovat bolest a vyjadřovat ji na desetistupňové škále.

**2 – Celková únava z důvodu vážného onemocnění, metastáz plic, chemoterapie, projevující se celkovým tělesným vyčerpáním, upoutáním na lůžko a depresivním chováním.**

Cíl: Pacient je odpočatý

Pacient se cítí uvolněně

Plán péče: Zjistit všechny příčiny celkové únavy

Podporovat psychiku pacienta

Monitorovat poměr spánek - bdění

Zvyšovat pacientovo sebevědomí

Realizace: Povídala jsem si s pacientem o jeho únavě, která mu brání vykonávat sebeobslužné činnosti. Chtěla jsem ho povzbudit a dodat mu sebevědomí, rozptýlit ho a přivést na nové myšlenky.

Zhodnocení: Celková únava přetrvává, pacient je uvolněnější.

**3 - Žaludeční nevolnost z důvodu transportu a vlastního onemocnění, opiátové terapie, projevující se nauzeou, bolestmi břicha a zvracením.**

Cíl: Pacient nepocituje nevolnost a nemá pocity na zvracení.

Pacient je dostatečně hydratován

Pacient zná příčiny svých nepříjemných žaludečních obtíží

Plán péče: Monitorovat zvracení a pocity nevolnosti

Podávat antiemetika dle ordinace lékaře

Udržovat pacienta v čistotě

Omezit přísun dráždivých jídel

Zajistit dostatečný příjem tekutin a sledovat možné projevy dehydratace

Při nemožnosti dodávání tekutin p.o. konzultovat lékaře o podání infuzí.

Zlepšit pocit v ústech (cucání ledových kostek, bonbónů, coca coly, mraženého ananasu)

Realizace: Aplikovala jsem antiemetika dle předpisu lékaře, pravidelně jsem sledovala stav pacienta, frekvenci zvracení. Udržovala jsem pacienta i lůžko v čistotě. Doporučila jsem pacientovi, aby zhluboka dýchal a snažila jsem se odvést jeho pozornost na jiné věci. Podávala jsem mu sladký čaj po lžičkách.

Sledovala jsem projevy dehydratace – pocity žízně, kožní turgor, náplň krčních žil a vlhkost bukalní sliznice. Nabízela jsem pacientovi mražený ananas, coca colu a ledové kostky.

Zhodnocení: Pocity nauzey a zvracení v průběhu odpoledne odezněly a více se už neopakovaly. Projevy dehydratace jsem nezaznamenala.

**4** - Strach z hospitalizace a budoucnosti z důvodu nedostatku informací a psychoterapie, projevující se psychickým neklidem a otázkami pacienta a manželky.

Cíl: Pacient nepociťuje strach

Pacient je dobře informován o chodu oddělení, o léčbě, o své prognóze

Je klidný a vyrovnaný

Manželka je dobře informovaná, je klidná, zná svou úlohu a možnosti, jak doprovázet manžela

Plán péče: Zjistit, čeho se pacient bojí konkrétně

Získat jeho důvěru a navázat komunikaci, ujistit ho, že nebude sám a že jsme ochotni kdykoliv pomoci

Pravdivě zodpovídat všechny jeho dotazy

Umožnit abreakci negativních pocitů

Informovat manželku a snažit se ji zapojit do péče o manžela, komunikovat s ní, vysvětlit jí důležitost její přítomnosti.

Konzultace s psychoterapeutem

Podporovat manželku, umožnit jí abreakci a ventilaci negativních pocitů

Aktivně vyzývat pacienta ke komunikaci a trpělivě naslouchat

Realizace: Poučila jsem pacienta a jeho manželku o chodu oddělení, o možnostech, které přináší hospicová léčba. Ujistila jsem ho, že strach je normální reakce na nové prostředí. Do komunikace jsem se snažila zapojit i jeho manželku, která zde s ním zůstává během dne i přes noc. Naslouchala jsem jeho

obavám a snažila jsem se zodpovědět všechny jeho dotazy. Monitorovala jsem míru jeho strachu. Nabídla jsem mu možnost rozptýlení četbou, televizí nebo vyjížděnkou na terasu. Umožnila jsem manželce se vypovídat z negativních pocitů, snažila jsem se dodat jí odvalu k další péči o manžela. Nabídla jsem a zprostředkovala kontakt s psychoterapeutem.

Zhodnocení: Pacientův strach sice přetrvává, ale výrazně se zmírnil po předání informací. Manželka je informovaná, ale neklidná.

**5** - Porucha vyprazdňování stolice z důvodu vlastního onemocnění, snížené fyzické aktivity, sníženého příjmu potravy a medikace projevující se zácpou.

Cíl: Pacient se pravidelně vyprazdňuje

Zná vhodnou stravu podporující vyprazdňování, zná laxancia a umí je používat

Zná příčiny poruchy vyprazdňování

Plán péče: Monitorovat vyprazdňování

Edukovat pacienta o příčinách zácpy

Naučit pacienta defekačnímu reflexu

Konzultovat s pacientem vhodnou skladbu stravy

Poučit pacienta o vhodných typech laxancií

Zajistit soukromí a vhodnou polohu při defekaci a následně dostatečnou hygienu

Realizace: Konzultovala jsem s pacientem druhy stravy, které mají laxativní účinky a motivovala ho k jejich konzumaci. Poučila jsem ho také o nácviku defekačního reflexu a doporučila laxancia, která jsou šetrná k organismu pacienta. Pokud by to jeho zdravotní stav a bolest dovolily, nabídla jsem mu WC židli nebo odvoz na WC. To velmi uvítal. Snažila jsem se udržet co největší soukromí při defekaci.

Zhodnocení: Během mého ošetřování se pacient vyprázdnil pouze jednou a to po podání glycerinového čípku, k pravidelnému vyprazdňování nedošlo. Pacient byl

poučen o vhodné stravě, zná stravu, která podporuje vyprazdňování a snaží se ji konzumovat.

**6** - Porucha příjmu potravy z důvodu nechutenství a vlastního onemocnění projevující se rychlým úbytkem hmotnosti a kachexií.

Cíl: Pacient přijímá dostatečné množství stravy

Zastavení úbytku na váze

Plán péče: Zjistit, co pacientovi chutná

Kontaktovat dietní sestru a zajistit výběr jídla

Motivovat pacienta k příjmu potravy

Prostředí i jídlo upravit tak, aby pacient jedl i očima a měl na jídlo chuť

Monitorovat množství přijímané potravy

Monitorovat tělesnou hmotnost

Zajistit klid a vhodné prostředí

Realizace: Diskutovala jsem s pacientem nad vhodnou stravou a důležitosti jejího příjmu a nad zvyklostmi jeho stravování. Do diskuze jsem se snažila zapojit i manželku a také ji informovat o důležitosti příjmu potravy a motivovat ji k povzbuzování manžela. Kontaktovala jsem dietní sestru, která sestavila pro pacienta speciální jídelníček (pacientovo BMI je 17). Spolu se sestrou jsme navrhly poloviční porce, aby pacient získal pocit, že je schopen alespoň něco sníst a nebylo mu vyhozeného jídla líto. Snažila jsem se vždy před jídlem vyvětrat a na pokoji zpříjemnit prostředí úklidem a urovnáním věcí na stolku. Sledovala jsem množství, které pacient snědl a jeho rozvržení v průběhu dne. Sledovala jsem intenzitu bolesti, která by příjem potravy také mohla ovlivnit. Pacientovi byl doporučen sipping Nutridrinku, poučila jsem ho o této metodě.

Zhodnocení: Příjem potravy se u pacienta oproti domácí péči a prvnímu dni zvýšil. Snědl asi 50 % - 60 % podaného jídla. Zvýšení hmotnosti nebo zastavení úbytku nemůžu posoudit vzhledem ke krátké době mého ošetřování.



7 - Porucha sebezpečení z důvodu upoutání na lůžko pro bolest a vyčerpání, projevující se sníženou soběstačností při hygieně, v příjmu potravy, ve vyprazdňování.

Cíl: Pacient má zajištěnou pomoc při hygieně, příjmu potravy, vyprazdňování

Nejsou patrné žádné známky imobilizačního syndromu

Pacient nemá pocity studu, bezmocnosti a závislosti na okolí

Plán péče: Zajistit pomoc při hygieně

Motivovat manželku k provádění hygieny, vysvětlit a ukázat jí správný postup, podpořit manželku v aktivní pomoci při příjmu jídla a při vyprazdňování

Pravidelně pacienta polohovat, při úlevě bolesti s ním zkusit jednoduchá cvičení na pohyb kloubů

Monitorovat známky začínajícího imobilizačního syndromu

Vyzývat pacienta k aktivnímu pohybu a motivovat ho alespoň k částečné sebeobsluze, kterou zvládne sám

Realizace: Hned druhý den jsem naučila manželku provádět hygienu na lůžku a byla jí vždy nablízku, kdyby potřebovala pomoci. Paní byla velmi šikovná a sama se aktivně zajímala o veškerou péči o manžela. Vysvětlila jsem pacientovi důležitost pravidelného polohování. Za pomoci manželky cvičil jednoduché cviky na lůžku. Pokud mu to bolesti dovolily, sám se přetáčel z boku na bok a měnil polohy. Vysvětlila jsem mu možnosti automatického ovládní postele. Pravidelně jsem sledovala predilekční místa pro vznik dekubitů a rozsah pohybu v kloubech. Při testování podle škály Waterlow na vznik dekubitů vyšlo 21 bodů – celkem velké riziko vzniku dekubitů. Při přijetí dosahoval v Barthelově testu všedních činností 20 bodů – tedy vysoké závislosti. 5.4. byl test proveden ještě jednou s výsledkem 60 bodů – lehká závislost.

Zhodnocení: Pomoc při hygieně byla zajištěna manželkou a pocity studu se proto výrazně omezily. Pocity bezmoci a závislosti na okolí přetrvávaly, přestože v průběhu ošetřování se podle testů zlepšila soběstačnost z úplné závislosti

na závislost středního stupně. Znamky imobilizačního syndromu jsem nezaznamenala.

**8** – Zhoršená komunikace pro dušnost, bolest a únavu, projevující se mluvením v krátkých větách s pauzami, odmlkami.

Cíl: Pacient má jistotu, že jsme mu dobře porozuměli

Pacient chápe, co způsobuje jeho obtíže při mluvení

Plán péče: Tlumit bolest a odstraňovat únavu

Vyhradit si potřebný čas na komunikaci

Povzbuzovat pacienta ke komunikaci

Sdělený obsah shrnout a ujistit se, zda jsme dobře rozuměli

Zapojit do komunikace manželku

Realizace: Komunikovala jsem s pacientem v klidu, ujišťovala jsem se, že jsem všemu dobře porozuměla. Snažila jsem se monitorovat bolest a účinně ji tlumit, aby pacienta neomezovala při komunikaci a nezvyšovala dušnost. Zapojovala jsem do komunikace i manželku.

Zhodnocení: Pacientovi jsem porozuměla. Ví, co zhoršuje jeho mluvení.

**9** - Riziko vzniku komplikací (infekce, obstrukce) z důvodu porušené integrity kůže.

Cíl: Nebudou patrné žádné známky infekce v místech porušené integrity kůže

(portální katetr, s. c. kanyla, i.v. kanyla), ani celkové projevy infekce

Pacient bude mít funkční a průchodné všechny invazivní vstupy

Plán péče: Pravidelně kontrolovat místa vstupu katetrů

Dodržovat aseptické postupy při převazech a aplikaci léků

Monitorovat známky celkové infekce

Používat bariérovou ošetrovatelskou péči  
Zjišťovat funkčnost a průchodnost katetrů  
Zapojit do kontroly pacienta a manželku

Realizace: Každý den jsem kontrolovala místa vstupu katetrů, jejich okolí, bolestivost a sterilně je převazovala a proplachovala. Kontrolovala jsem známky projevu celkové infekce. Před a po péči o pacienta jsem si myla ruce. Každý den jsem zkoušela funkčnost i.v. a s.c. kanyly. Poučila jsem pacienta a manželku o známkách infekce a špatné funkčnosti kanyl.

Zhodnocení: K infekci při mém ošetřování nedošlo. Místa vpichu byla klidná, bez známek infekce. Celkové příznaky infekce jsem nepozorovala. Invazivní vstupy byly průchodné.

**10 – Změna sebepojetí pro smrtelné onemocnění, projevující se pocity selhání, méněcennosti, studu, ztrátou sociálních rolí.**

Cíl: Pacient nalezne smysl života, alespoň krátkodobý  
Uvědomuje si důležitost a nezastupitelnost ve své rodině  
Ví, jakou hodnotu má pro své nejbližší  
Zachová si stále svou důstojnost

Plán péče: Navázat s pacientem důvěryhodný vztah  
Zjistit, co konkrétně ho rápí a zneklidňuje  
Povzbudit ho a motivovat k zájmu o své blízké  
Promluvit s rodinou o složité situaci, ve které se nachází nejen pacient, ale celá rodina a vyjádřit jim účast personálu  
Doporučit kontakt s psycholožkou, popřípadě knězem  
Podporovat jeho sebedůvěru, statečnost, důležitost  
Umožnit pozitivní bilancování života

Realizace: Naslouchala jsem pacientovi, co ho trápí a snažila se ho povzbudit a rozptýlit jeho chmurné myšlenky. Snažila jsem se mu vysvětlit, že přes veškeré

obtíže má rodinu, která se o něho vzorně stará a má ho ráda. I když je jeho prognóza nejistá, má neustále pro co žít. Nabídla jsem mu pomoc psycholožky a kněze. Snažila jsem se mu ukázat, že jeho život má smysl a že udělal mnoho dobrého.

Zhodnocení: I po rozmluvě, kterou jsme spolu vedli, pacient nepociťuje velkou úlevu a zlepšení. Uvědomuje si však svou nenahraditelnost pro své nejbližší. Chmurné myšlenky se snaží vytěsnit.

**11 – Strach ze smrti z důvodu uvědomění si vlastní konečnosti, projevující se podrážděností, neklidem a smutkem.**

Cíl: Pacient přijme vlastní konečnost a smíří se se smrtí

Pacient mluví o smrti, zajímá se o ni a ptá se

Manželka je vyrovnaná se ztrátou partnera a aktivně pomáhá i jemu

Plán péče: Konzultovat s psycholožkou a lékařkou toto téma, jejich intervence

Informovat personál ve službě o způsobu komunikace

Pravdivě odpovídat na všechny otázky, které nemocný a jeho rodina položí

Netabuizovat téma smrti, udělat si na rozhovor s nemocným čas

Respektovat jeho přání, ujistit ho, že jsme nablízku a jsme ochotni být kdykoliv s ním i s jeho manželkou

Podporovat manželku a zajistit jí možnou abreakci

Realizace: Povídala jsem si pacientem i s jeho manželkou a snažila se je povzbudit v jejich vzájemném vztahu. Téma smrti se jim příliš otvírat nechtělo, respektovala jsem jejich přání. Tolerovala jsem pacientovu podrážděnost a neklid. Poučila jsem manželku, že je velmi důležité, aby si odpočala a šla nabrat síly mimo zařízení hospice, aby mohla být i nadále podporou manželovi. Sestra zajistila kontakt s psychoterapeutkou a lékařkou.

Zhodnocení: Po promluvě s lékařkou a psychoterapeutkou se strach ze smrti zmírnil. Při mém ošetřování ke smíření s blížícím se koncem života nedošlo ani u pacienta, ani u jeho manželky. Velkým úspěchem bylo, když se pacient o smrt a umírání začal aktivněji zajímat a ptát se.

**12** - Porucha spánku z důvodu bolesti, projevující se únavou a neschopností usnout.

Cíl: Pacient je po nočním spánku odpočatý

Jsou odstraněny všechny vlivy, které ruší spánek

Plán péče: Monitorovat bolest

Podávat léky na bolest dle předpisu lékaře

Pobízet pacienta, aby včas identifikoval všechny rušivé vlivy

Informovat o škodlivosti denního spánku

Večer připravit vhodné prostředí pro spaní

Zjistit návyky a rituály, které pacient dodržoval doma a navodit příjemnou atmosféru

Před spaním omezit přísun potravy a tekutin

Realizace: Vzhledem k mé nepřítomnosti v nočních hodinách jsem poprosila sloužící sestru, aby více dbala na zjištění večerní bolesti a poučila pacienta, že si může kdykoliv zazvonit a bolest mu bude ztlumena. Doporučila jsem manželce, aby dbala na pohodlnou polohu pacienta a před spaním více větrala. Informovala jsem pacienta, aby večer už nic nejedl a nepil.

Zhodnocení: Ráno se pacient cítil odpočatý, celou noc klidně spal.

Riziko prohloubení depresivních pocitů z důvodu nesmíření se s diagnózou.

## 4. ZÁVĚR A PROGNÓZA

Pan M. byl přijat z domova pro nezvladatelné bolesti při základní diagnóze karcinom rektosigmoidea. Ihned po přijetí mu byly tlumeny bolesti, které mu bránily v pohybu a komunikaci. Po prvních třech dnech se podařilo bolest výrazně zmírnit a celkový stav pana M. se zlepšil natolik, že byl schopen se obsloužit v rámci lůžka a v chodítku ujít asi 20 metrů. Jeho hlavním cílem bylo vrátit se alespoň na nějaký čas domů.

Pan M. byl velmi milý a spolupracující. Byl optimista a rád komunikoval s lidmi. Zda-li se pan M. vrátí domů, nevím. Doufám však, že bude mít dostatek času na smíření se se smrtí.

Ošetřování tohoto pacienta mi přineslo spoustu zkušeností z psychologické oblasti. Velmi dobře jsem si procvičila komunikaci s umírajícím a s jeho rodinou. Díky této praxi jsem si znovu a hluboce uvědomila cenu lidského života.

## D. ZDROJE INFORMACÍ A POUŽITÁ LITERATURA

1 pacient

2 pozorování

3 dokumentace

4 rodina

5 zdravotnický personál

ČERVINKOVÁ, Eliška. VORLÍČKOVÁ, Hilda. PŘIKRYLOVÁ, Libuše. MALINKOVÁ, Marie. KOMÍNKOVÁ, Helena. *Ošetrovatelské diagnózy: Pomůcka k výuce ošetrovatelského procesu v rámci programu Leonardo*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 56 s. ISBN 80-7013-303-1

DOENGES. E. Marillyn. MOORHOUSE, Frances, Mary. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8

KLENER, Pavel. *Klinická onkologie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2002. 726 s. ISBN 80-7262-151-3

KÜBLER – ROSSOVÁ, Elisabeth. *Hovory s umírajícími*. 1. vydání. Hradec Králové: Signum Unitatis, 1992. 135 s. ISBN 80- 85439-04-2

SOFAER, Beatrice. *Bolest: příručka pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 1997. 104 s. ISBN 80-7169-309-X

STAŇKOVÁ, Marta. *Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 55 s. ISBN 80-7013-323-6

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 5. vydání. Praha: Ecce Homo, 2003. 150 s. ISBN 80-902049-4-5

