

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Pavλίna Beranová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Specifická symptomatologie terminální fáze nemoci

Bakalářská práce

2020

Pavλίna Beranová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Pavčina Beranová**
Osobní číslo: **Z15041**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Specifická symptomatologie terminální fáze nemoci**
Zadávatel katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

MERY, Justin. Opravdu praktický průvodce dětskou paliativní péčí pro doktory a zdravotní sestry kdekoli na světě. V Praze: pro Českou společnost paliativní medicíny vydalo nakladatelství Cesta domů, 2017. ISBN 978-80-88126-34-8.

KISVETROVÁ, Helena. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf, [2018]. ISBN 978-80-7345-496-8.

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. *Sestra (Grada)*. ISBN 978-80-247-3171-1.

ROKYTA, Richard. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2. nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-849-0.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2016**
Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2020**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.
děkanka

PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 9. března 2020

Prohlášení autora

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 7.7.2020

Pavčina Beranová

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji za velmi cenné rady a připomínky mé vedoucí práce PhDr. Kateřině Horáčkové, DiS., a za její nesmírnou trpělivost při vytváření této práce.

ANOTACE

Bakalářská práce „*Specifická symptomatologie terminální fáze nemoci*“ je prací teoreticko-praktickou. V teoretické části představuje problematiku paliativní péče, hospice v ČR, a specifické symptomy pro umírání. V praktické části se prezentuje Hospic Chrudim v číslech – počtu hospitalizovaných, zemřelých a nejčastějších diagnózách a na případu kazuistik představí specifickou péči o umírající pacienty v Hospici Chrudim spolu se symptomy, které bývají spojené s náročnou péčí.

KLÍČOVÁ SLOVA

Symptom, terminální fáze nemoci, paliativní péče, hospic

TITLE

The specifics of the symptomatology of the terminal phase of the disease

ANNOTATION

The bachelor's thesis "Specific symptomatology of the terminal phase of the disease" is a theoretical-practical work. The theoretical part presents the issue of palliative care, hospice in the Czech Republic, and specific symptoms for dying. The practical part presents the Chrudim Hospice in numbers - the number of hospitalized, deceased and the most common diagnoses, and in the case of case reports it presents specific care for dying patients in the Chrudim Hospice together with the symptoms that are often associated with demanding care.

KEYWORDS

Symptom, terminal stage of the disease, palliative care, hospice

Obsah

1	Paliativní péče.....	14
1.1	Definice paliativní péče.....	14
1.2	Terminální fáze	15
1.3	Formy paliativní péče.....	17
2	Hospic	18
2.1	Vznik a vývoj hospicového hnutí.....	18
2.2	Filosofie hospice	19
2.3	Hospicové hnutí v zahraničí.....	20
2.4	Lůžkové hospice v České republice	20
2.5	Domácí hospicová péče.....	21
2.6	Stacionární hospicová péče	22
3	Symptomatologie	22
3.1	Dušnost.....	22
3.2	Bolest.....	24
3.3	Maligní rána	25
3.4	Zmatenost, halucinace	27
3.5	Delirium	27
3.6	Deprese.....	28
3.7	Poruchy výživy.....	30
4	Shrnutí teoretické části.....	31
5	Metodika a organizace výzkumného šetření.....	32
6	Hospic Chrudim.....	33
6.1	Kazuistika 1.....	37
6.2	Kazuistika 2.....	42
7	Diskuze	47

8	ZÁVĚR	50
9	Použitá literatura	52
10	Přílohy.....	55

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Tabulka 1 - Přehled lůžkových hospiců v ČR dle jejich vzniku.....	21
Tabulka 2 - Krytí rány podle typu	26
Tabulka 3 - Farmakoterapie úzkosti v paliativní péči.....	28
Tabulka 4 - Farmakoterapie deprese v paliativní péči	29
Tabulka 5 - Přehled počtu hospitalizovaných pacientů	33
Tabulka 6 - Počet zemřelých celkově s onkologickou diagnózou	34
Tabulka 7 - Počet hospitalizovaných pacientů s primárním tumorem.....	35
Tabulka 8 - Nejčastější neonkologické diagnózy přijetí pacientů do Hospice Chrudim.....	36
Tabulka 9 - Statistický přehled Hospic na Svatém Kopečku.....	49

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

APHPP	Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče
ČR	Česká republika
CNS	Centrální nervová soustava
ČSPM	Česká společnost paliativní medicíny
PŽK	Periferní žilní katetr
CŽK	Centrální žilní katetr
Sb.	Sbírka zákonů
SSRI	Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	World Health Organization
s.c.	podávání léků pod kůží
i.m.	podávání léků do svalu
i.v.	podávání léků nitrožilně
p.o.	podávání léků ústy
tbl	tableta, léková forma
PMK	permanentní močový katetr
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
OL	ordinace lékaře

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je Specifická symptomatologie terminální fáze nemoci, která dle mého názoru poukazuje na netradiční problematiku, se kterou se v hospicích můžeme setkat a na lidskou důstojnost, na kterou by se nemělo nikdy zapomínat. Kvalita života je nedílnou součástí při péči o nevléčitelně nemocné.

Bakalářská práce se věnuje problematice specifických symptomů u terminálně nemocných pacientů a ukazuje, jak je důležitý individuální přístup k jednotlivým pacientům. V praktické části se věnuje představení Hospice Chrudim, součástí je statistický přehled počtu pacientů se kterými se setkávají, a s jakými nejčastějšími diagnózami se zde můžeme setkat a popisu kazuistik u vybraných pacientů. Cílem této práce je poukázat na důležitost zachování přání pacienta, i v oblasti medicínské, zachování důstojnosti pacienta a náležitých pietních úkonů i po jeho úmrtí. Důležitá je i péče o rodinu během hospitalizace jejich blízkého, ale i po jeho úmrtí nebo propuštění do domácí péče. Je důležité pamatovat i na individuální potřeby jednotlivých rodin a respektovat jejich přání, že se již do hospice nechtějí vrátit.

Paliativní péče je v dnešní době hodně moderní trend ve zdravotnictví. Ještě v minulém století bylo umírání a smrt velmi tabuizované téma a umírání z „*domácího modelu umírání*“ se začalo proměňovat za umírání „*za bílou plentou*“. V České republice již máme hodně odborníků, kteří se zabývají paliativní medicínou a pomáhají lidem, kterým už se kurativní léčbou pomoci nedá. Vždyť první hospic v České republice byl otevřen v roce 1996 což je už před více než 24 lety. Od té doby se v hospicovém hnutí stala řada věcí a vznikly i další hospice a stále se buduje. Dalším otevřeným hospicem by měl být do pár let Hospic mezi stromy v Havlíčkově Brodě, což poukazuje na stálý a zvětšující se zájem pacientů a rodin o tuto službu. V nemocnicích se zřizují paliativní jednotky a paliativní týmy pro řešení závažných situací u pacientů v terminální fázi onemocnění.

Paliativní péče je zaměřená na celého člověka a na celý jeho život, který má svůj smysl od začátku až do konce, tedy i v nemoci a slabosti. Chrání důstojnost člověka a snaží se, aby mohl svůj život žít plně až do konce. K tomu napomáhá především kvalitní léčba bolesti a dalších symptomů provázejících umírání, zájem o pacientova přání a životní hodnoty, dobrá komunikace a spolupráce s rodinou nemocného. Paliativní péče vidí člověka v jeho jedinečnosti i v jeho vztazích, snaží se tedy poskytovat pomoc rodině i po smrti pacienta. (Loučka, Špinka, Špinková, 2015, s. 41).

CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Teoretický cíl práce

Vytvoření uceleného teoretického rámce pro empirickou část.

Praktický cíl práce

Představení hospicového zařízení a jeho individuálního přístupu k jednotlivým pacientům.

Přehled statistických údajů z Hospice Chrudim.

Prezentace nejčastější symptomatologie terminální fáze nemoci u onkologicky nemocných pacientů včetně léčby a péče.

I. TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část práce představuje problematiku paliativní péče a nejčastější symptomy u terminálně nemocných pacientů.

Poznatky zde uvedené vycházejí z aktuální literatury a článků předních českých odborníků jako jsou MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D., MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D., Prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc., dr. h. c., MUDr. Marie Svatošová a mnozí další.

1 PALIATIVNÍ PÉČE

„Bez ohledu na stupeň pokročilosti onemocnění lze vždy něco udělat pro zlepšení kvality zbývajících života“ (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011, s. 27).

1.1 Definice paliativní péče

Dle Markové (2010, s. 19) existuje definic paliativní péče několik. Důvodem toho je její vývoj, kdy v průběhu několika let prošla mnoha změnami a úpravami. Ve všech verzích je kladen důraz na kvalitu života, léčbu symptomů a specifikaci skupin pacientů, kteří jsou příjemci péče.

V roce 1990 vymezila Světová zdravotnická organizace (WHO) paliativní péči jako „aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin“ (Bužgová, 2015, s. 16)

Definice paliativní medicíny podle WHO z roku 2002, kterou použil Vaňásek (2013) ve své publikaci. *„Paliativní péče je přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů a rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení včasnou identifikací a dokonalým zhodnocením a léčbou a mírněním bolesti dalších problémů, fyzických, psychosociálních i duchovních.“ (Vaňásek et al., 2013, s. 6)*

Definice paliativní péče dle zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách (§5) Paliativní péče je druhem zdravotní péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí. (Sláma, Kabelka, Loučka, 2016, s. 4)

Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života. (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011, s. 25)

V definicích se hovoří o nemocných, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu, kteří trpí progredujícím, pokročilým onemocněním. Paliativní léčba a péče se tedy netýká jen lidí bezprostředně před smrtí, ale i v průběhu trvání onemocnění, kdy mají být kontinuálně řešeny všechny potíže s onemocněním spojené. Velmi důležité je, že dle definice WHO paliativní medicína zahrnuje léčbu a péči nejen o pacienta, ale i o jeho blízké. A tato definice průlomově zdůrazňuje, že nemocný a jeho blízcí jsou jednou jednotkou a že pokud je jim péče věnována odděleně, nebo jedné části neposkytovaná vůbec, nemůžeme hovořit o kvalitní paliativní péči a léčbě. (Marková, 2010, s. 19)

1.2 Terminální fáze

V terminální fázi dochází k postupnému nezvratnému zhoršování celkového stavu v důsledku závažného selhávání jednoho nebo více funkčních systémů. Za terminální fázi považujeme obvykle poslední týdny a dny onemocnění. Cílem péče v této fázi je minimalizovat diskomfort, který pacientovi onemocnění působí, a umožnit nemocnému klidnou a důstojnou smrt. Cílem není smrt za každou cenu oddálit. Z této perspektivy je třeba přistupovat k diagnostice a léčbě. Intenzivní a resuscitační péče obvykle nejsou indikovány. V optimálním případě máme již předem nebo aktuálně vyjádřený a dokumentovaný názor pacienta na jejich užití. Tento případ je v ČR zatím stále bohužel spíše výjimečný. (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011, s. 29)

Dle Kupky (2014) je synonymem terminálního stavu v lékařské terminologii umírání. Terminální stav znamená, že dochází k progredujícím a nezvratným poruchám důležitých život podmiňujících funkcí. Důsledek je zánik jedince. V klinické praxi se pod pojmem umírání rozumí různě dlouhé časové období, které končí terminálním stavem. Z praktického a didaktického hlediska mnozí odborníci rozdělují proces umírání na tři časově nestejná, ale výrazná období – kvalitativně odlišná období: pre finem, in finem, post finem.

Pre finem

Fáze pre finem může být velmi dlouhá a časově může obsáhnout nejen několik měsíců, ale i let. V případě onkologicky nemocných dominuje otázka pravdy na nemocničním lůžku a problematika změny životního stylu. Vždy je třeba usilovat o remisi, tedy stav různě dlouhého a různě kvalitního příměří s nemocí, která dříve či později vysoce pravděpodobně vzplane znovu. S ohledem na pochopitelné obavy nemocného i s respektem k reálným nadějím je třeba úskalí nemoci pacienta citlivě vést. Podstatou psychické pomoci, jejíž potřeba vzrůstá v dobách relapsů, je emotivní podpora zaměřená na aktivní spoluúčast nemocného v boji s nemocí. (Vorlíček, Adam, et al., 1998, s. 369-370)

In finem

Fáze in finem reprezentuje umírání ve vlastním slova smyslu. Z praktického i etického hlediska se zde otevírají dva problémové okruhy: ritualizace smrti, a to zejména v podmínkách hospitalizace, a problematice eutanazie. (Vorlíček, Adam, et al., 1998, s. 370)

Post finem

Fáze post finem je charakteristická péčí o mrtvé tělo a zahrnuje též péči o pozůstalé, zejména patří-li do některé z rizikových skupin. Samostatným problémem je tzv. komercializace smrti a současný způsob pohřebních úkonů. (Vorlíček, Adam, et al., 1998, s. 370)

V rámci paliativní péče nadále posuzujeme:

Kvalita života: Jedná se o komplexní a zastřešující pojem, do značné míry subjektivní, který zahrnuje jak vnímání vlastního zdraví a funkčního stavu, tak sociální interakce a celkovou spokojenost s vlastním životem. Cílem veškerých opatření by mělo být právě zlepšení či zachování kvality života pacienta s ohledem na jeho přání a hodnoty. (Holmerová, 2014, s. 86)

Potřeba smíření: Může se stát, že rodinu nebo pacienta trápí také nějaká konkrétní nevyřešená záležitost. Pak je nutné na ni zareagovat a pomoci nalézt řešení. To se zase může udát jedině v rozhovoru, ve kterém se zdravotník stává důležitým partnerem jako protějšek, který má odstup a není citově vtažen do děje a svými postřehy a návrhy může rodině otevřít nový pohled na věc. (Marková, 2010, s. 81)

Úzkost, smutek a deprese: Nevyléčitelné onemocnění znamená velmi zásadní změnu v lidském životě v tělesné, duševní i duchovní oblasti. Nemocný je postaven před úkol

vyrovnávat se s mnoha změnami a adaptovat se na nové situace: stává se závislým na pomoci druhých, přestává být schopen se o sebe postarat a jeho aktivity jsou omezené. S tím souvisejí ztráty v oblasti životních cílů a aspirací, je omezena realizace zájmů a realizace životních rolí. Střídají se především emoce hněvu, úzkosti, strachu, smutku a deprese. (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011, s. 237)

1.3 Formy paliativní péče

Dle Slámy (2011) by měla paliativní péče zahrnovat tyto formy – lůžkový hospic, domácí hospic, ambulance paliativní medicíny, oddělení paliativní péče, stacionární paliativní péče a speciální hospicová poradna.

1. Lůžkový hospic: má se spíše podobat domovu než nemocnici. Důraz je kladen hlavně na kvalitu života klientů a jejich blízkých. Nabízí obvykle jednolůžkové pokoje s přistýlkou pro blízkého umírajícího, ti ovšem neošetřují nemocného, pouze doprovázejí. Návštěvy si koriguje nemocný sám, nejsou časově omezené. Průměrná doba hospitalizace je okolo tří týdnů, pacient může být hospitalizován i opakovaně. (Kupka, 2014, s. 28-29)
2. Domácí hospic: tuto péči lze realizovat pouze tehdy, pokud existuje fungující rodinné zázemí. Představuje ideální formu péče o umírající, pacient je ošetřován v prostředí, které důvěrně zná, poskytovaná péče je maximálně individualizovaná. Garantuje trvalou dostupnost péče pacientovi. Může se doplňovat s jinými službami. Podmínkou je ovšem dostupnost služby domácího hospice a ochota převzít zodpovědnost za kontinuální péči o pacienta a spolupodílet se na ní. Tato péče může představovat pro rodinu velkou psychickou, fyzickou i ekonomickou zátěž. (Kupka, 2014, s. 29)
3. Ambulance paliativní medicíny a konziliární paliativní tým: skládá se minimálně z lékaře, zdravotní sestry a sociálního pracovníka. Přináší expertní znalost paliativní medicíny do ostatních lůžkových zařízení. Pacient tedy zůstává na jakémkoliv oddělení. Tento tým může ovlivňovat kvalitu paliativní péče, zároveň i přispívá k postupné edukaci pacientů a jejich blízkých, ale také zdravotnického personálu. (Kupka, 2014, s. 29)
4. Oddělení paliativní péče: nabízí v rámci zdravotnického zařízení komplexní paliativní péči o nemocné, kteří potřebují pro diagnostiku i léčbu komplement nemocnice. Naplňuje též roli edukační a slouží jako základna pro konziliární paliativní tým. (Kupka, 2014, s. 29)

5. Stacionární paliativní péče: fungování hospicového stacionáře vypadá tak, že pacient je přijat ráno a odpoledne nebo k večeru se vrátí domů. Dopravu zajišťuje buď rodina, nebo hospic. Tato forma je vhodná pouze pro pacienty v místě nebo poblíž hospice. Důvody k přijetí mohou být respitní (odlehčovací), psychoterapeutické, rehabilitační, diagnostické, terapeutické. (Kupka, 2014, s. 29)
6. Speciální hospicová poradna: nabízející poradenství telefonické, internetové i přímé pro pacienty, pečující i pozůstalé. (Kupka, 2014, s. 29)

2 HOSPIC

Hospice (hospitium – hospitia) existovali již za Římské říše a ve středověku. Jednalo se o útulky nebo přístřešky při cestách, v nichž si mohli poutníci odpočinout, těhotné ženy porodit a nemocní buď se pozdravit a pokračovat v cestě anebo v klidu zemřít. Moderní hnutí pro obnovu hospiců, tentokrát s určením pro klidné umírání nemocných (pojem hospic je používán nejen pro budovy ale i pro koncepci péče svrchu uvedené), započalo v Londýně díky práci Dr. Cicely Saunders, která založila a uvedla do provozu Hospic sv. Kryštofa v r. 1967. (Munzarová; 2002, s. 60).

„Anglický výraz hospic znamená útulek nebo útočiště. Termín byl původně používán ve středověku pro tzv. domy odpočinku. Středověký hospic poskytoval v elementární úrovni vše, co můžeme dnes nazvat bio-psycho-sociální a spirituálním komfortem.“ (Haškovcová, 2000, s. 39)

2.1 Vznik a vývoj hospicového hnutí

Kolébkou hospicového hnutí je Velká Británie. Tam se někdy po druhé světové válce zrodila v hlavě sestry Cicelly Saundersové myšlenka hospice. Vystudovala kvůli tomu medicínu. Později skutečně dr. Cicelly Saundersová založila St. Christopher Hospice, známý dnes po celém světě. Od britské královny dostává za své zásluhy titul „dame¹“. Nezůstalo totiž jen při jednom hospici. Myšlenka obletěla celý civilizovaný svět, kde je v současné době kolem 3000 hospiců! St. Christopher hospic zajišťuje odbornou metodickou službu pro zájemce ze všech světadílů. Za optimální pokládají v průměru pět hospicových lůžek na sto tisíc obyvatel. (Svatošová, 2008, s. 123)

¹ "Dame" neboli Velitelka je řád britské říše

„Lékař může vyléčit někdy, ulevit často, potěšit vždycky“ - tato slova prof. Hutchinsona (19.stol) nikdy nepřestanou platit. K posunu od té doby ale došlo, bohužel oběma směry. Moderní paliativní medicína udělala pokrok velký, dehumanizace medicína však mnohem větší. Potěšující ale je, že ve všech zemích, kde vznikly hospice, se s odstupem času výrazně zlepšil přístup celé společnosti ke smrti a umírání. Vývojem prošlo od šedesátých let i celé hospicové hnutí. Zpočátku byl hospic chápán jako „něco méně než nemocnice“. S rozvojem paliativní medicíny a logickou integrací hospiců do systému zdravotnictví je dnes uznáván jako „něco víc než nemocnice“. Poskytuje totiž jako nemocnice léčbu a péči a ještě něco navíc. Běžná nemocnice v tomto smyslu většinou poskytuje služby neúplné. Na otázku, proč nestačí nemocnice, odpovídá výstižně Kübler-Rossová: „Myšlenka hospice je velice užitečná, protože může vybrat personál, který se dokáže postarat o umírající a který vytvoří ovzduší lásky, uznání, péče a naděje. Zároveň se mohou lékaři a sestry stát v péči o smrtelně nemocné odborníky, kteří jsou schopni udržet pacienty v dobré tělesné a duševní kondici.“ (Adam, Vorlíček et al., 1998, s. 449)

Hospice ve světě mají podle místních podmínek různé formy, ale jejich myšlenka je stejná. Tam, kde je menší zaměstnanost žen, jsou i dobré podmínky pro domácí formu hospicové péče. Ta převládá například v USA, ovšem ani tam nestačí vždycky. Potřebuje-li nemocný lůžko, jsou tu „ošetřovatelské domy“, které byly u nás v padesátých letech minulého století nerozumně zrušeny. Dodnes scházejí. (Svatošová, 2008, s. 123)

2.2 Filosofie hospice

Dle Adama a Vorlíčka (1998) hospic není dům a už vůbec to není „dům smrti“, jak někdy zlí jazykové tvrdí. Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti a z potřeb pacienta: biologických, psychických, sociálních a spirituálních. Ctí autonomii nemocného, jeho individuální právo rozhodnout se. Hospic je alternativou. V zásadě jde o to respektovat priority pacienta. To neznamená, že s nimi musíme souhlasit. V hospici jde o doprovázení smrtelně nemocného a jeho blízkých těžkým úsekem života. Hospic poskytuje pacientovi paliativní, především symptomatologickou léčbu a péči a současně se snaží uspokojit jeho potřeby psychické, sociální, spirituální. Neslibuje uzdravení, ale také nebere naději. Neslibuje vyléčení, slibuje léčitelnost. (Vorlíček, Adam et al., 1998, s. 449)

Dle Svatošové (2008) hospic pacientovy zaručuje:

- nebude trpět nesnesitelnou bolestí,
- za všech okolností bude respektována jeho lidská důstojnost,
- v poslední chvíli života nezůstane osamocen.

V hospici tedy nejde o prodloužení života, ale o jeho slušnou kvalitu až do konce. (Vorlíček, Adam, et al., 1998, s. 449)

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. (Svatošová, 2008, s. 115)

2.3 Hospicové hnutí v zahraničí

Hospicové hnutí je u nás v plenkách, v zemích na západ od ČR, ale také v Polsku je rozvinuté. V některých státech mají skutečně značně praktické zkušenosti s hospicovým programem (např. Anglie, USA, Rakousko), jinde je situace složitější. Například v Německu je poměrně rozsáhlé hospicové poradenství, ale hospiců je nedostatek. Podobná situace ve Francii je však vyvážena existencí tzv. jednotek léčby bolesti. Česká republika na tom není ve srovnání s jinými zeměmi výrazně špatně, ale podstatným způsobem je třeba zlepšit světovou osvětu. Popularizace hospicových principů nepochybně přispěje k jejich začlenění do stávajícího systému péče (tedy do běžných nemocnic) i k zakládání dalších speciálních zařízení, tj. hospiců. (Haškovcová, 2000, s. 63)

2.4 Lůžkové hospice v České republice

Průkopnicí hospicového hnutí a zakladatelka prvního českého hospice v Červeném Kostelci je MUDr. Marie Svatošová. Vzhledem k narůstajícímu počtu hospiců je do textu vložena Tab 1 s přehledem lůžkových hospiců na území České republiky řazených dle data otevření.

Tabulka 1 - Přehled lůžkových hospiců v ČR dle jejich vzniku

	Obec	Rok založení	Název hospice
1	Červený Kostelec	1996	Hospic Sv. Anežky České
2	Plzeň	1998	Hospic Sv. Lazara
3	Praha 8	1998	Hospic Štrasburk
4	Rajhrad	1999	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
5	Litoměřice	2001	Hospic Sv. Štěpána
6	Olomouc	2002	Hospic na Svatém Kopečku
7	Zlín	2003	Hospic Hvězda
8	Valašské Meziříčí	2003	Hospic Citadela
9	Brno	2004	Hospic Sv. Alžběty
10	Mladá Boleslav	2004	Dům péče ČČK (<i>lůžkové zařízení hospicového typu</i>)
11	Prachatice	2005	Hospic Sv. Jana Nepomuka Neumanna
12	Most	2005	Hospic v Mostě
13	Ostrava	2007	Hospic Sv. Lukáše
14	Čerčany	2008	Hospic Dobrého pastýře
15	Chrudim	2009	Hospic Chrudim
16	Frýdek Místek	2011	Hospic Frýdek Místek
17	Praha 4	2011	Hospic Malovická
18	Liberec	2016	Hospic Sv. Zdislavy

zdroj: www.hospice.cz

2.5 Domácí hospicová péče

Mobilní hospic nebo též domácí hospic je tým terénních pracovníků, kteří poskytují komplexní péči nevléčitelně nemocným pacientům a jejich rodinám, které se o ně doma starají. (Marková et al., 2015, s. 12)

Je pro nemocného zcela ideálním, ale ne vždy dostačující. Na hranice jejích možností se narazí brzy tam, kde rodinné zázemí buď vůbec schází, nebo se časem vyčerpá, prostě dojdou síly. Ale důvody mohou být i jiné, například prostorové. (Svatošová, 2008, s. 118)

2.6 Stacionární hospicová péče

Svatošová uvádí (2008), že je pacient do hospicového stacionáře přijat z různých důvodů, jako například diagnostické důvody, léčebné, psychoterapeutické nebo azylové. Ať už je důvod jakýkoliv, pacient je z pravidla přijímán ráno a odchází odpoledne nebo navečer. Dopravu nemocného zařizuje buď rodina, nebo hospic. Je pochopitelné, že tato forma je vhodná pouze pro nemocné v místě nebo v blízkém okolí. V určité fázi onemocnění může být pro některé nemocné tím nejvhodnějším řešením.

3 SYMPTOMATOLOGIE

Dle Arandy (2005) je zmírnění symptomů klíčovou součástí veškeré paliativní péče, a proto by se jí mělo věnovat zvláštní pozornost.

Slovo „symptom“ je odvozeno z latinského slova *synthoma* („dění“ nebo „neštěstí“), které se začalo v souvislosti s příznaky onemocnění více používat v 17. století. (Aranda, O'Connor, 2005, s. 79)

3.1 Dušnost

„Je to strašný pocit, kdy si myslíme, že už se nenadechneme. Protože ho provází strach, panika a svíravý pocit, můžete ve skutečnosti pociťovat sevření v hrudníku i na duši.“ (O'Driscoll, Corner, Bailey, 1999, cit. Aranda, O'Connor, 2005, s. 101)

Dle Mary Bredin (2005) je dušnost jednou z a nejhůře snášených symptomů. Dýchat znamená žít, proto nepřekvapuje, že jakékoliv ohrožení této funkce vyvolává závažnou fyzickou a emocionální tíseň. (Aranda, O'Connor, 2005, s. 101)

Dušnost je subjektivní pocit dechového dyskomfortu a nedostatku vzduchu. Její intenzita nekoreluje s objektivními parametry ventilace, jako například saturace O₂ měřená pulsním oxymetrem. Cílem léčby dušnosti je mírnit dechový dyskomfort a nikoliv normalizovat saturaci O₂. (Marková et al., 2015, s. 58)

Dušnost v posledních 6 týdnech života je pozorována u 50 až 70% nemocných s nádorovým onemocněním. Dušnost se může objevit akutně (během několika minut až hodin), subakutně (během dnů až týdnů) nebo může být chronická (měsíce až roky). (Vorlíček, Adam et al., 1998, s. 119)

Akutní dušnost

Příčiny akutní dušnosti dle Slámy, Kabelky, Vorlíčka et al. (2011) jsou: plicní embolie, infekce, úzkost, levostranné srdeční selhání, méně časté – pneumothorax, hemothorax.

Chronická dušnost

Příčiny chronické dušnosti dle Slámy, Kabelky, Vorlíčka (2011) se nejčastěji kombinují z několika příčin: Obstrukce dýchacích cest (nádozem), pleurální výpotek, plicní lymfostáza (snížená elasticita plic, zhoršení alveolo-kapilární propustnosti), masivní metastatické postižení plic (významná redukce funkčního plicního parenchymu), metabolická acidóza způsobená jaterním a ledvinným selháváním, anémie, slabost a únava dýchacích svalů při malnutrici a kachexii.

Symptomatická farmakologická terapie dušnosti

Dle Slámy, Kabelky, Vorlíčka (2011) se dá dušnost léčit více způsoby dle předpokládaných obtíží. Do možné léčby se dá zařadit velká škála medikace: opioidy, anxiolytika, kortikosteroidy, bronchodilatancia, mukolytika, expektorancia, antibiotika, diuretika. Nejpoužívanější z nich jsou:

Opioidy: u záchvatové nebo akutní dušnosti lze podat morfin 5-10 mg s.c. (např. Morfin 1% amp.), nebo p.o. (např. Sevredol 10-20 mg). U chronické dušnosti jsou někdy vhodnější retardované formy opioidů (např. MST Continus tobolky, Durogesic atd.). Dávky jsou většinou ve srovnání s analgetickými dávkami nižší (např. MST Continus 20-60 mg za 24 h). (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011, s. 170)

Anxiolytika: užívá se alprazolam (např. Neuro, Xanax) 0,25 – 1,0 mg 3-4x denně, bromazepam (např. Lexaurin) tbl. 3x1,5-3 mg denně, v injekční formě midazolam (např. Dormicum) 3x2-5mg s.c. nebo i.v. V léčbě těžké dušnosti terminálně nemocných i neonkologických pacientů je někdy třeba přistoupit k cílené farmakologické sedaci (morfin 20-40mg/d, midazolam 20-50 mg/d formou kontinuální i.v. nebo s.c. infuze). (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011, s. 170-171)

Kortikosteroidy: jsou indikovány tam, kde předpokládáme přítomnost edému kolem tumorózních ložisek nebo bronchokonstrikci. Začínáme vyššími dávkami, prednisolon (např. Prednison) 20-60 mg p.o., methylprednisolon (např. Solumedrol) v dávce 40-250 mg i.v. (nejrychlejší nástup účinku), dexamethason 8-32 mg i.v. nebo p.o. Pokud není po několika

dnech užívání zřetelný léčebný efekt, v podávání kortikoidů nepokračujeme. (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011, s. 171)

3.2 Bolest

Bolest je jedním z nejčastějších symptomů pokročilých stádií onemocnění, kterými se paliativní medicína zabývá. Má zásadní vliv na momentální komfort a náladu, ale také na radost ze života, naději, motivaci pacienta k životu i spolupráci při léčbě. Všechny uvedené faktory zároveň zpětně ovlivňují to, jak pacient bolest snáší a jak ji vyjadřuje. (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011, s. 39)

Bolesti se vyskytují u 37% nemocných v časném stadiu, u 70% pacientů v pokročilém stadiu a u 73% pacientů v terminálním stadiu onkologického onemocnění. Každý den na světě trpí více než 4 miliony nemocných bolestmi související s nádorovým onemocněním. (Vorlíček, Adam, et al., 1998, s. 27)

Nádorová bolest

Nádorovou bolest lze charakterizovat jako akutní bolest (je vyvolána tkáňovým poškozením), která však trvá v čase (nejednou řadu měsíců až let) a může způsobit změny v nervovém systému typické pro bolest chronickou. (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011, s. 41)

Faktory podílející se na vnímání bolesti

Jakkoliv je akutní bolest velmi důležitým signálem pro náš organismus, chronická bolest se zdá být úplně zbytečná a výrazně snižující kvalitu pacientova života. Léčba bolesti se velmi často podceňuje. Proto je primárním úkolem sester bolest správně monitorovat, hodnotit, obhajovat pacientův zájem a snažit se, aby bolest všech pacientů byla správně léčena. (Marková, 2010, s. 97)

Příčiny bolestí u onkologických nemocných

Použití zjednodušujícího dělení příčin bolesti na organické a psychogenní není u onkologických pacientů na místě. Každý onkologicky nemocný trpí v první řadě organicky podmíněnými bolestmi. Čistá forma psychogenní bolesti je u těchto pacientů velmi vzácná. Nicméně psychologické faktory a psychický stav pacienta mohou výrazně ovlivňovat práh bolesti a tím i intenzitu jejího vnímání. Bolest je komplexní biopsychosociální jev a pod kontrolu ji lze dostat na základě diagnózy (hodnocení) a terapie (intervence) na všech třech

úrovních. Kvalitní znalost příčin bolesti usnadňuje stanovení správné diagnózy před zavedením cílené léčby. (Vorlíček, Adam et al., 1998, s. 27)

Obecné zásady léčby bolesti

Dle Slámy, Kabelky, Vorlíčka (2011) je léčba bolesti součástí komplexní onkologické terapie. Modality, kterých při léčbě bolesti využíváme, lze rozdělit na kauzální a symptomatologické.

Protinádorová (kauzální) terapie: Kauzální léčba nádorové bolesti spočívá ve využití postupů protinádorové léčby. Jejich obecným principem je zmenšení nebo odstranění nádoru (chirurgický zákrok, chemoterapie, hormonální léčba, radioterapie) nebo snížení jeho biologické aktivity (paliativní radioterapie, biologická léčba). Z hlediska vlivu na bolest mají v klinické praxi největší význam metody chirurgické, např. přímé operační odstranění nádoru nebo stabilizace páteře a dlouhých kostí při patologických frakturách, a radioterapie, např. zevní ozáření kostních metastáz nebo aplikace radionuklidů při mnohočetné kostní diseminaci. (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011, s. 46)

Symptomatologická analgetická léčba: Symptomatická léčba bolesti zahrnuje farmakoterapii, psychologickou léčbu, invazivní postupy anesteziologické a neurochirurgické, fyzikální terapii. Medikamentózní léčba perorální, případně transdermální a rektální, se uplatňuje v 75 až 85 % případů, podkožní a intravenózní aplikace léků v 5 až 20 %, epidurální a intratékální podávání analgetik ve 2 až 6 % a nervové blokády, paliativní a ablativní chirurgické zákroky v 1 až 5 % případů. (Vorlíček, Adam et al., 1998, s. 36-37)

Medikamentózní léčba: Je-li terapie medikamenty vedena přesně a správně, je možné udržet bolest pod kontrolou u 80 až 90 % onkologických pacientů. Základem léčby bolesti podmíněné nádorem jsou analgetika. Spolu s nimi je velmi často potřebné podávat doplňující léky – hovoříme o komedikaci. (Vorlíček, Adam et al., 1998, s. 37)

3.3 Maligní rána

V paliativní péči často není naším primárním cílem zhojení ran – někdy to ani není možné – nýbrž co nejrychlejší přinesení úlevy od bolesti a dalších negativních projevů chronické rány. (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011, s. 205)

Chronická rána zasahuje všechny úrovně lidské osobnosti, zhoršuje kvalitu života. Člověk strádá v rodině tělesné, duševní, duchovní i sociální. Do všech těchto úrovní musí směřovat i

naše léčebné a ošetrovatelské uzdravující úsilí. (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011, s. 210)

Základní typy chronických ran v paliativní péči dle Markové (2015)

Mezi tyto chronické rány patří: Exulcerované nádory, dekubity, diabetické defekty, rozpadlé operační rány, bércové vředy.

Příčiny vzniku chronických ran v paliativní péči dle Kabelky, Slámy, Vorlíčka (2011)

Obecné příčiny vzniku a špatného hojení ran jsou:

poruchy prokrvení (zhoršení okysličení a výživy tkání – imobilizační syndrom, cévní poruchy, diabetické angio-neuropatie, kachexie), poruchy inervace a imunity (stavy po mozkových příhodách, sepse, nádor), primární poškození kůže (ragády, odřeniny, opruzeniny, macerace, otlaky, plísně), kontaminace, kolonizace, infekce

Péče o maligní rány: Cílem je potlačení zápachu, léčba nadměrné sekrece, prevence a léčba krvácení, péče o kůži v okolí rány, prevence a léčba infekce. (Marková et al., 2015, s. 119)

Podle Markové (2015), krytí rány podle typu přehledně ukazuje Tab 2 a poukazuje jaký krycí materiál je vhodný použít, na jaký typ rány, dle základního rozdělení.

Tabulka 2 - Krytí rány podle typu

Rána	
Povleklá	hydrogely, oplachové roztoky, obvazy s aktivním uhlím, hydrokoloidy, Hydrofiber, debridement, antiseptika, algináty
Infikovaná	obvazy s aktivním uhlím, antiseptické obvazy s krytím AG, oplachové roztoky, algináty
Epitelizující	Transparentní filmová krytí, tenké hydrokoloidy, polyuretanové pěny, neadherentní krytí, hydrogely
Granulující	Polyuretanové pěny, Hydrofiber, hydrokoloidy, bioaktivní krytí, kolageny, hydroaktivní krytí, hydrogely
Nekrotická	Hydrogely, debridement, aktivní uhlí

zdroj: Marková et al, 2015, s. 119.

3.4 Zmatenost, halucinace

Při posuzování zmatenosti je třeba rozlišit chronickou zmatenost jako trvalý stav, který je příznakem demence, a akutní zmatenost, která je častým projevem v paliativní medicíně. Setkáváme se také s termíny delirium nebo akutní mozkový syndrom. Nerozpoznaná akutní zmatenost může mít negativní vliv na vzájemnou komunikaci rodiny i zdravotníků s nemocným. Může být také signálem, že s pacientem se dějí nějaké změny (blíží se smrt, netoleruje nový lék, apod.). (Marková, 2010, s. 114)

Profylaxe a terapie: Je třeba vždy provést základní diferenciální diagnostiku k vyloučení jiných častých příčin, např. infekce, močová retence, postižení CNS, dehydratace, hyponatrémie, hyperkalcémie, infarkt myokardu, vliv ostatních léků: benzodiazepiny, tricycká antidepressiva atd. V léčbě lze užít některou z následujících strategií: hydratace (tam, kde je podezření na dehydrataci), snížení dávky opioidů, rotace opioidů, antipsychotika např. haloperidol (Haloperidol) 0,5-2 mg p.o. nebo s.c. po 4-6 h, tiaprid (Tiapridal, Tiapra) 100 mg p.o. nebo s.c., i.m., i.v. 1-3x denně. (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011, s. 75)

3.5 Delirium

Jde o akutně vzniklou poruchu vnímání, pozornosti a psychomotorických jevů. Porucha může být oběma směry: hypoaktivní delirium a agitované delirium. Agitované terminální delirium se projevuje výrazným psychomotorickým neklidem, kolísavým stavem vědomí, svalovými záškuby až křečemi. Jde o velkou zátěž především pro rodinu, v zařízení pak pro ostatní pacienty a jejich blízké. Hypoaktivní delirium bývá někdy omylem pokládáno za agonií, a tudíž neřešeno. To může nemocnému a rodině znemožnit dokončit důležité úkoly na konci života. (Marková, 2010, s. 114-115)

Edukace rodiny: Příbuzní se často za chování pacienta stydí, situace je pro ně velkou zátěží. Potřebují podporu a vedení, aby situaci porozuměli, měli by dostat příležitost hovořit o věcech, které je trápí. Důležité je naučit rodinu s delirantním pacientem komunikovat. (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011, s. 247)

Farmakologická terapie: Farmakologickou symptomatickou léčbu deliria je třeba zahájit co nejdříve po stanovení diagnózy, současně s pátráním po příčině. Primárním cílem je zbavit

pacienta nepříjemných symptomů, aniž bychom ho utlumili. Někdy je však farmakologické tlumení součástí léčby. (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011, s. 247)

3.6 Deprese

Deprese patří mezi poruchy nálady a jde o patologický smutek. Vyvolává dlouhodobý útlum nálady, pacient se nedokáže radovat ani těšit na nic. Depresivní pacient nevyhledává společnost, vlastní aktivity téměř není schopen. Deprese je v závěru života nemocí, která zahrnuje adekvátní psychologickou pomoc a psychiatrickou léčbu. (Marková, 2010, s. 114)

Smutek a slzy samy o sobě, dokonce i když jsou spojeny s chvilkovými myšlenkami na sebevraždu, nedávají důvod k diagnostikování deprese nebo k předepsání antidepressiv; často bývají součástí potíží spojených s prožíváním těžké životní situace. Někteří pacienti jsou spíše demoralizovaní než klinicky depresivní a dobře reagují na léčbu symptomů a psychosociální podporu. (Marková et al., 2015, s. 78)

Diferenciální diagnostika: Symptomy deprese a rakoviny a symptomy deprese a smutku se překrývají. Jsou-li pochybnosti, zda pacient trpí depresí, potížemi spojenými s těžkou životní situací nebo smutkem, opakujeme šetření po 1-2 týdnech a/nebo konzultuje stav nemocného s odborníkem (psychiatrem). (Marková et al., 2015, s. 79)

Farmakologická léčba: přehled medikamentózní léčby úzkostných stavů dle Slámy, Kabelky, Vorlíčka (2011) v Tab 3.

Tabulka 3 - Farmakoterapie úzkosti v paliativní péči

Léková skupina	Poznámka
Benzodiazepiny	
oxazepam (např. Oxazepam) alprazolam (např. Neurol, Xanax)	Oxazepam je vhodný i u těžkého jaterního selhání.
Antipsychotika	
haloperidol (např. Haloperidol) tiaprid (např. Tiapridal) olanzapin (např. Zyprexa) risperidol (panř. Risperen)	Úzkost, která nereaguje na benzodiazepiny. Úzkost v organickém psychosyndromu a při deliriu.
Antidepresiva	
dosulepin (např. Prothoaden) citalopram (např. Citalec)	Vhodné v případě úzkosti při agitované depresi.

zdroj: Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011, s. 240.

Farmakologická terapie deprese v paliativní péči dle Slámy, Kabelky, Vorlíčka (2011) představuje jednoduchý přehled medikace Tab 4 s doporučeným dávkováním antidepresiv v léčbě deprese.

Tabulka 4 - Farmakoterapie deprese v paliativní péči

Léky	Obvyklá počáteční dávka	Obvyklá účinná dávka
Tricyklická antidepresiva		
amitriptylin (např. Amitriptylin)	12,5 – 25mg na noc	25-50 mg 1-3x denně
dosulepin (např. Prothiaden)	10-25 mg na noc	50-150 mg na noc
SSRI		
sertralin (např. Serlift)	10-20 mg 1x denně	20-40 mg 1x denně
citalopram (např. Seropram, Citalec)	10-20 mg 1x denně	20-40 mg 1x denně
Ostatní		
mirtazapin (např. Remeron)	15 mg na noc	30-45 mg na noc
venlafacin (např. Effektine)		
trazodon (např. Trittico)	37,5 mg 1x denně	50-100 mg 2-3x denně
	50-75 mg na noc	150-300 mg denně
Psychostimulancia		
methylphenidat (např. Ritalin)	10 mg ráno	30 mg denně

zdroj: Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011, s. 241.

3.7 Poruchy výživy

Snížený příjem potravy při závažném onemocnění může být způsoben řadou příčin, jeho následkem je malnutrice, kachexie, slabost, únava. Špatná výživa v průběhu onemocnění vede k jeho horšímu průběhu. K terminální fázi onemocnění – několika posledním dnům – však patří a není třeba nutit nemocného do jídla. Naopak je na místě věnovat se blízkým nemocného, kteří „nekrmení“ mohou považovat za osobní selhání. (Marková, 2010, s. 105)

Syndrom anorexie-kachexie: Tento syndrom provází pokročilá stádia nádorových, ale i nenádorových onemocnění. Typický je například v konečném stádiu srdečního selhání nebo demence. Příčina nechutenství je komplexní a jen zčásti je vysvětlitelná metabolickými změnami. (Marková et al, 2015, s. 34)

Nechutenství: V paliativní péči se s nechutenstvím setkáváme často v souvislosti s protinádorovou léčbou. Obecně lze říci, že téměř každé závažné onemocnění může být

provázeno sníženou chutí k jídlu. Svou roli zde opět hraje i složka psychická. Strach, úzkost, obavy z dalších vyšetření, nejasná prognóza, to vše může být příčinou. (Marková, 2010, s. 105)

Nauzea je nepříjemný subjektivní pocit doprovázený vegetativními projevy, jako jsou bledost, pocení, slinění a tachykardie. Pokud nevolnost přetrvává, může být pro pacienta závažnější obtíž samotné zvracení. Mnoho nemocných snáze toleruje epizodické zvracení, pokud v mezidobí netrpí nevolností. Přetrvávající nevolnost se navíc často sdružuje s nechutenstvím a může vést k závažné ztrátě tělesné hmotnosti. (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011, s. 115)

Zvracení je vypuzení žaludečního obsahu způsobené silnou přetrvávající kontrakcí břišního a bráničního svalstva. Obvykle je spojeno s relaxací nebo atonií žaludku a zvýšenou motilitou tenkého střeva, spolu s relaxací pylorického a dolního jícnového svěrače. Návaly na zvracení mají podobný patofyziologický základ, usnadňující regurgitaci žaludečního obsahu do jícnu. (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011, s. 115)

4 SHRUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Teoretická část představuje obecné pojetí paliativní péče a hospic. Zaměřuje se na poskytování paliativní péče a její využití v hospicovém zařízení. Dále představuje nejčastější symptomy, se kterými se u terminálně nemocných setkáváme, a podává nástin možné léčby daných příznaků, což bude prakticky představeno na kazuistikách u vybraných pacientů v hospici Chrudim.

II. EMPIRICKÁ ČÁST

Cíle empirické části:

1. Vytvořit přehled statistických údajů z Hospice Chrudim – celkový počet hospitalizovaných pacientů, počet zemřelých žen a mužů, nejčastější diagnóza úmrtí u hospitalizovaných pacientů hospice.
2. Prostřednictvím kazuistik popsat specifickou symptomatologii terminální fáze nemoci u vybraných pacientů.
3. Prostřednictvím kazuistik představit individuální přístup k pacientům vycházející z filozofie hospicového zařízení.

5 METODIKA A ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Tato bakalářská práce je prací teoreticko-praktickou. Praktická část navazuje na část teoretickou. Je zaměřena na nejčastější symptomy v terminální fázi nemoci a k dokreslení problematiky, byly vytvořeny kazuistiky pacientů, kteří byli hospitalizováni v Hospici Chrudim.

Prvním krokem této práce byla analýza dokumentů, webových stránek a výročních zpráv Hospice Chrudim a dokumentace pro dohledání statistických údajů.

Dalším krokem bylo vytvoření kvalitativního výzkumu za využití kazuistik². Pro dané kazuistiky byli vybíráni respondenti záměrně kvůli své specifčnosti v dané problematice symptomatologie v terminální fázi umírání.

Kazuistiky byly vytvořeny podle vzoru kazuistiky z odborného časopisu pro nelékařské zdravotnické pracovníky Sestra 09/2010. Autorkou článku je Věra Grygerková, zabývající se kazuistikou na témě Bazální stimulace v péči o klienta ve stavu apalického syndromu. Kazuistika byla jako vzor vybrána z důvodu jejího členění a struktury (popisuje průběh hospitalizace, zdary i nezdary v rámci ošetrovatelské péče u klienta v terminálním stádiu nemoci, detailně popisuje jednotlivé dny, kdy došlo k nějakému zvratu ve zdravotním stavu pacienta, zabývá se i popisem psychického stavu pacienta a jeho reakcemi, nedílnou součástí je i zapojení rodiny do ošetrovatelského procesu péče).

² Kazuistika je popis a výklad konkrétních případů, zpravidla místo teoretické analýzy pojmových znaků.

6 HOSPIC CHRUDIM

V této práci byla čerpána data z hospice Chrudim, proto jeho krátké představení. Součástí statistik jsou počty pacientů, ovšem ne všichni jsou z Pardubického kraje. Hospic Chrudim přijímá pacienty ze všech koutů České republiky.

10. února 2003 bylo založeno občanské sdružení Smíření – hospicové sdružení pro Pardubický kraj s cílem vybudovat a provozovat lůžkový hospic. Postupně se podařilo sdružení získat potřebné finanční prostředky a v letech 2008 až 2009 byla budova dostavěna.

1. října 2009 byl zahájen provoz lůžkového hospice, v České republice 14. v pořadí, s 27 registrovanými lůžky pro umírající pacienty.

1. ledna 2014 díky změně Občanského zákoníku došlo k transformaci sdružení na ústav a změnil se název organizace na Hospic Chrudim z. ú.

Hospic Chrudim je součástí celosvětově rozšířeného hospicového hnutí. Jako ostatní hospice má i svou vlastní historii, žije svým vlastním životem. (Hospic Chrudim, 2019)

Hospic Chrudim v číslech

V Tab 5 je uvedeno srovnání počtu hospitalizací od otevření hospice 1. října 2009 do konce roku 2019. Celkem bylo v hospici Chrudim hospitalizovaných přes 3 706 pacientů. Pouze v prvním roce působení jsou čísla výrazně nižší. V dalších letech se počet výrazně nemění. Počty hospitalizovaných pacientů se liší, protože se hospitalizace někdy opakují. Mezi nejčastější důvody opakovaných hospitalizací bývá hospitalizace v nemocničním zařízení pro podání transfuze pacientům, nebo pro návrat do domácího prostředí.

Tabulka 5 - Přehled počtu hospitalizovaných pacientů

Rok	Počet hospitalizovaných	Počet hospitalizací
2009	66	68
2010	306	336
2011	351	409
2012	362	412
2013	353	385
2014	377	408
2015	371	399
2016	384	407
2017	375	409
2018	378	405
2019	383	401

Zdroj: www.hospicchrudim.cz

V tabulce 6 je znázorněn počet zemřelých s diagnostikovaným onkologickým onemocněním a je rozdělen na počet zemřelých mužů a počet zemřelých žen. Je zde znázorněn velký početní rozdíl v průběhu let. Jedním z nejmladších zemřelých pacientů v Hospici Chrudim je dívka, které bylo pouhých 25 let, budeme se jí nadále věnovat v kazuistice.

Tabulka 6 - Počet zemřelých celkově s onkologickou diagnózou

Rok	Počet úmrtí	Ženy	Muži
2009	34	17	17
2010	176	89	87
2011	183	128	55
2012	218	109	109
2013	219	99	120
2014	242	126	116
2015	242	132	110
2016	269	133	136
2017	236	119	117
2018	249	115	134
2019	355	246	109

Zdroj: Hospic Chrudim, 2020

V tabulce 7 je znázorněn počet nejčastějších hlavních onkologických diagnóz pacientů hospitalizovaných v Hospici Chrudim. Ne vždy se u všech pacientů vyšetřuje primární tumor, proto se v tabulce objevují i sekundární zhoubné novotvary. V hospici se často setkáváme s pacienty, kteří vyšetření, ale i léčbu onkologických onemocnění z nejrůznějších důvodů odmítají.

Tabulka 7 - Počet hospitalizovaných pacientů s primárním tumorem

Kód diagnózy	Název diagnózy	Počet pacientů
C787	Sekundární ZN jater	619
C795	Sekundární ZN kosti a kostní dřeň	472
C780	Sekundární ZN plic	410
C793	Sekundární ZN mozku a mozkových plen	230
C61	ZN předstojné žlázy	206
C349	ZN průdušky a plíce	185
C64	Zhoubný novotvar ledviny mimo pánvičku	164
C786	Sekundární ZN retroperitonea a peritonea	137
C250	ZN hlava slinivky břišní	118
C348	ZN léze přesahující průdušku nebo plíci	114

Zdroj: Hospic Chrudim, 2020

V tabulce 8 je přehled nejčastějších neonkologických diagnóz přijetí pacienta. Hospic je určen pacientům v terminální fázi nemoci a ne zdaleka všichni umírají na onkologické nemoci. Jedním z posledních trendů je i přijímání pacientů z domovů pro seniory, kteří jsou na konci terminální fáze nemoci a domov pro seniory jim není schopen zajistit plně kvalitní zdravotnickou péči. Často jsou to geriatrickí pacienti vícekrát předešle hospitalizovaných v nemocnicích.

Tabulka 8 - Nejčastější neoncologické diagnózy přijetí pacientů do Hospice Chrudim

Kód diagnózy	Název diagnózy	Počet pacientů
I259	Chronická ischemická choroba srdeční	446
G301	Alzheimerova nemoc s pozdním nástupem	137
F013	Smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence	117
J449	Chronická obstrukční plicní nemoc	112
N189	Chronické onemocnění ledvin	109
I709	Generalizovaná a neurčená ateroskleróza	92
I693	Následky mozkového infarktu	86
I48	Fibrilace a flutter síní	79
G20	Parkinsonova nemoc	77
I702	Ateroskleróza končetinových tepen	68

Zdroj: Hospic Chrudim, 2020

6.1 Kazuistika 1

Následující kazuistika zachycuje konec životního příběhu dvaceti pěti leté slečny K., která byla přijata do Hospice Chrudim v terminální fázi života s diagnostikovaným primárním adenokarcinomem plic, sekundárním zhoubným novotvarem kostí a kostní dřeně, sekundárními zhoubnými novotvary mozku a mozkových plen, sekundárním zhoubným novotvarem nadledvin, a se stavem po oboustranné hluboké femorální trombóze.

Do hospice byla přeložena z Pardubické krajské nemocnice z interní kliniky z oddělení kardiologie, kam byla přeložena z klinické a radiační onkologie po paliativním ozařování. Na kardiologické oddělení se dostala pro silné bolesti dolních končetin, kde po ultrazvukovém vyšetření byla diagnostikována oboustranná hluboká femorální trombóza. Dále nemohla být pacientka více vyšetřována pro velkou bolestivost a obtížnost při manipulaci. Další

onkologická léčba nebyla indikována a pacientce byl doporučen hospic pro následnou péči, se kterou souhlasila.

Primární nádor na plicích jí byl diagnostikován 1,5 roku před nástupem do hospice. V rodinné anamnéze má z matčiny strany brzké úmrtí obou prarodičů, babička zemřela v 63 letech na nádor na mozku a dědeček zemřel v 56 letech na rakovinu plic.

Při příjmu byla pacientka plně při vědomí, orientována, stěžovala si na velkou bolestivost v zádech v oblasti bederní páteře, nemá vlasy. Z převozu sanitkou byla unavená, mírně úzkostná, ihned se aktivně dotazovala na podávání kyslíku, na který byla zvyklá z předchozí hospitalizace. Udávala, že trpí na stavy dušnosti, když se rozruší. Na pokoj jí byl ihned dovezen přenosný koncentrátor kyslíku, po kterém se psychicky uklidnila. Dále sdělovala, že nemůže hýbat dolními končetinami a bála se jakéhokoliv pohybu, tolerovala pouze polohu na zádech a na levém boku. Byl znatelný strach v očích, strach z budoucna a stavů dušnosti a bolestí. Přijela se zavedeným PMK, a dle prvních ordinací lékaře bylo pokračováno léčbou bolesti Morphinem v lineárním dávkovači v dávce 40mg Morphinu s.c. na 24 hodin, který pacientce vyhovoval a velmi si jej chválila.

Před diagnostikovanou nemocí se živila jako servírka, žila ve společné domácnosti s rodiči, matka pracovala na poště, otec se živil jako zedník, vídali se pouze večer. Bavil jí tanec, ráda pracovala na počítači, brouzdala po internetu. V době nemoci jí nejvíce zajímalo sledování léčby, vyhledávání informací o podávaných lécích a jejich účinku. O svých diagnózách byla plně informována a znala prognózu.

Její nemoc jí sblížila s její matkou, která se jí neustále snažila přesvědčit, že se uzdraví a vše bude zase v pořádku jako předtím. Matka si vůbec nechtěla připustit nevléčitelnost nemoci své dcery, avšak svým optimismem dodávala dceři odvalu. Celkový stav své dcery matka nesla špatně, nejen že K. byla její jediné dítě, ale zároveň byla na dceru více fixovaná, protože měla velké problémy otěhotnět a měla za sebou několik potratů.

Hned druhý den hospitalizace při ranní hygieně měla záchvat dušnosti a hysterie při nabídnutí celkové koupele ve vaně, dle ordinace lékaře byl podán Olanzapin 5mg dispergovatelný³ v ústech a podán kyslík kontinuálně. Po chvíli se uklidňuje, proběhl soukromý pohovor s lékařem (psychiatrem). K celkové koupeli ve vaně nedošlo na žádost pacientky. Omlouvá se personálu za své chování, prý neví, co se to s ní stalo, po zbytek dne klidná, líbí se jí prostředí hospice. Odpoledne strávila návštěvu maminky venku na terase.

³ Dispergovatelná tableta je rozpustná za pomoci slin v dutině ústní a vstřebává se v celém zažívacím traktu.

Pátý den hospitalizace je klidná, vděčná za péči. Předchozí dny prožila bez významných obtíží. Odpoledne náhlá dušnost, udává bolesti zad a dolních končetin, rozrušena. Dle ordinace lékaře podána tableta Olanzapin 5mg dispergovatelný, přeměřeny fyziologické funkce a naměřena hypertenze. Dále podán Morphin 10mg s.c., pacientka byla poučena o možnosti přidání Morphinu navíc podle potřeby na zvyšující se bolesti. Udává, že Morphin jí pomáhá i na dušnost. Nadále je plně orientovaná, bez psychosyndromu (bez poruch paměti, koncentrace nebo pozornosti, bez změny osobnosti – při diagnostikovaných metastázách na mozku). Na hypertenzi nasazen Furon tbl 40mg téměř bez efektu. Pacientka je z hypertenze úzkostná, vyhledává možnosti na internetu, přiznává, že plánovala návrat domů, až se její stav zlepší, ale to se dle jejího očekávání neděje, je smutná.

Šestý den hospitalizace se dostávají opět pocity dušnosti, je ráda za pobyt venku na čerstvém vzduchu, kam je vožena na lůžku. Stupňuje se strach z dušnosti, po pohovoru s lékařem, souhlasí s podáváním anxiolytik pravidelně. Nechává si na žádost připichovat Morphin 1-2x denně, poté se jí vždy uleví. Nově je zaveden PŽK dle ordinace lékaře a lineární dávkovač s Morphinem převeden z aplikace s.c. na i.v. Stále ji trápí hypertenze, která na antihypertenzní medikaci nezabírá. Fyzicky má hypertenzi bez projevů (bez bolestí hlavy, pocitu bušení srdce), ale i tak to u ní vzbuzuje strach. Je ráda za návštěvy, maminka dojížděla každý den, otec docházel na návštěvy hlavně o víkendech. Další z častých návštěv pacientky byl její bratranec a teta z matčiny strany. Své přátele vidět nechtěla. Po návštěvách je vždy vyčerpaná, hodně přes den prospí. Večer náhle vzniklá další dušnost, dle OL podán Hydrocortizon 100mg i.v. bez efektu, proto po 5 min podán Syntophyllin 240mg i.v. s efektem, poté se pacientka uklidnila, ale je vidět, že se čím dál více obává budoucnosti. Pro zlepšení psychické pohody domluveno promítání filmu na přání v zasedací místnosti hospice, kde je velká promítací plocha. Velmi si to chválí, připadá si jako v soukromém kině, domlouváme se, že když bude chtít, může jezdit na film kdykoliv. Každá ataka dechové tísně jí psychicky hodně vyčerpá, většinu času byla úzkostná nebo spala.

Od devátého dne prospí téměř celý den i noc, na dotaz se vždy vzbudí. Odmítá polohování, odmítá hygienu, jak ve vaně, tak i na lůžku. Dle domluvy s lékařem krevní tlak měřen 1x denně ob den, aby nebyla pacientka zbytečně zatěžována. Hypertenze přetrvává (140/100 – 160/110), medikace bez efektu. Začíná si stále častěji stěžovat na bolesti, pokud se vzbudí, dle OL podávána tableta Olanzapin 5mg s efektem, poté bolesti ustupují. Sama pacientka přiznává, že má bolesti někdy jen psychického rázu. Nemá již energii ani na promítání filmu.

Třináctý den je PŽK nefunkční, stupňující se dechové ataky, lék první volby je Syntophyllin i.v., pokud je bez efektu, podán navíc Morphin 10mg i.v. Pro nemožnost zavést PŽK lékař rozhodl o zavedení CŽK. Ten zaveden bez obtíží. Zdravotní stav se výrazně zhoršil. Pacientka nově desorientovaná, stále úzkostná. Lékař dlouze hovořil s rodiči o zhoršujícím se zdravotním stavu – maminka popírá, nepřijímá danou situaci, nechce tomu věřit.

Čtrnáctý den hospitalizace zhoršení zmatenosti, neustále zvoní na personál, bojí se, neví, proč zvoní. Častější návštěvy personálu a 15 minut, poté klidnější. Obtížné podávání Olanzapinu z medikace převedeno na aplikaci Zyprexy i.m., s efektem, poté zlepšení psychického stavu i zmateností. Odpoledne další zhoršení zdravotního stavu – porušené vědomí bez medikamentózního přičinění náhle soporózní až komatózní. Rodiče informováni. Příjem per os nelze, nově nasazeny infuze s Apaurinem pro zachování hladiny anxiolytik. Večer nelze vzbudit ani na bolestivý podnět. Před půlnocí se náhle probouzí, křičí, neví kde je, žádá otevřít balkonové dveře i přes chladné počasí, žádá medikaci na spaní. Po chvíli opět usíná.

Patnáctý den se při přítomnosti personálu na pokoji probouzí, milá a vděčná. Během dopoledne návštěva rodiny okolo deseti členů. Každou chvíli přicházejí, že se pacientce špatně dýchá a je dušná. Při příchodu personálu na pokoj si pacientka na nic nestěžuje. Odpoledne personál promlouvá s rodinou, pacientka je velmi unavená. Snažíme se o redukci návštěvy pouze na rodiče, rodina chápe a odchází. Zhruba za hodinu se opět vrací více členů rodiny na návštěvu. Pacientka během té doby spí a nebudí se. Večer zůstávají jen rodiče přes noc, zdravotní stav se zhoršil. Pacientka již nelze vzbudit, nereaguje ani na bolestivý podnět. Nástup kómatu, dýchání již klidné.

Šestnáctý den hospitalizace, za přítomnosti obou rodičů ve 2:15 dochází k zástavě dechu a srdeční činnosti. Matka se psychicky zhroutila, vyhrožuje, že vyskočí z okna a půjde za svou jedinou dcerkou. Otec pacientky byl celou situací zdrcen, uklidňuje manželku. Přivolal na pomoc bratrance pacientky, se kterým byla pacientka domluvena, že se po její smrti postará o vše potřebné a vypraví pohřeb.

U péče o tělo zemřelé si rodiče nepřáli být, těsně po úmrtí pacienty byla zapálena svíčka na jejím pokoji a otevřeno okno, jakožto standardizovaný pietní hospicový postup. Tělo mladé slečny bylo srovnáno na záda, a byly porovnány končetiny podél těla. Rodina byla ponechána na pokoji, aby se mohli rozloučit. Bylo jim nabídnuto ustrojení těla, které odmítli. Šaty si donesli až na pohřební službu, bydlí daleko a už se nechtěli vracet.

Ve 3 hodiny ráno rodiče odjíždějí z hospice za doprovodu bratrance pacientky, ten se ráno vrací vyřídit potřebné dokumenty, šaty do rakve s sebou nemá. Po 3 hodině ráno bylo tělo omyto, byl proveden podvaz brady a pacientka byla oblečena do hospicového erárního oblečení – do halenky a černých látkových kalhot, péči o tělo zemřelé vykonali sloužící 2 ošetrovatelky. A po 4 hodině ráno bylo tělo zavezeno do chlazené místnosti hospice umístěno v přízemí budovy označeného márnici, kde vyčkalo až do příjezdu pohřební služby, kdy tělo vydala sloužící sestra.

Ani jeden z rodičů již do hospice nikdy nepřijeli, s žádným lékařem už nechtěli mluvit, pouze maminka po telefonu s vedoucí lékařkou (psychiatrickou) probrali celou situaci. Dle slov bratrance pacientky byli rodiče rádi, že s ní mohly být až do konce, i když je to pro ně těžké.

Maminka pacientky na rady hospicového lékaře začala docházet do psychiatrické ambulance, nikoliv do ambulance hospicového lékaře – již nechtěla být v kontaktu s nikým z hospice, celá záležitost jí připomínala skon života její jediné dcery.

Na pozvání akcí hospice nikdy nereagovali.

Souhrn:

Nejčastější symptomy pacientky byla dušnost, bolest a úzkost. Často jí na bolest pomáhal lék Olanzapin (podáván off label⁴), který je antipsychotikem, je nutné vyzorovat, kdy se jedná o skutečnou bolest, a kdy o psychické obtíže.

Za celou dobu hospitalizace se K. bála budoucna, nechtěla si připustit otázku smrti, a co bude po ní, odmítala takové rozhovory s lékařem, sama toto téma nikdy nevyhledávala ani s pečujícím personálem.

Rodina pacientky, hlavně její maminka, odmítala možnost, úmrtí a smrti. Nechtěli se smířit s faktem, že se již domů nevrátí. Byla jim nabídnuta možnost návštěvy pacientky s jejich pejskem, aby se viděli – to matka odmítla s tím, že svého psa K. uvidí až doma, již se neshledali.

Rodiče zemřelé odmítli následnou pomoc po úmrtí jejich dcery, odmítli jak psychickou pomoc, tak i následné pozvání na akce pořádané Hospicem Chrudim.

⁴ Aplikace léků off label znamená použití léku pro jiné léčebné účely, než jak je uvedeno ve schváleném souhrnu informací o léku.

Současně možnost mít připravené oblečení v případě úmrtí zavrhlí již na začátku hospitalizace – stále doufali.

Celkem byla K. hospitalizována v Hospici Chrudim 16 dní, domů se již nevrátila.

6.2 Kazuistika 2

Manželský pár, podobná diagnóza, jiné symptomy. U paní O. onkologická léčba proběhla, její manžel J. však veškerou léčbu odmítl. Paní byla hospitalizována celkem 2 dny. Její manžel byl do hospice přijat 18 dní po jejím úmrtí. Oba měli k dispozici jednolůžkový pokoj. Pán byl hospitalizován celkem 24 dní.

Paní O. byla přijata ve svých šedesáti devíti letech do hospice Chrudim z domácího prostředí, kam za ní dojížděla domácí hospicová služba. Měla dvě dcery z předchozího manželství a manžela, kteří se o ní starali doma, ale pro vyčerpanost a stupňující se bolesti již doma péči nezvládali.

Dva roky před hospitalizací v hospici jí byl diagnostikován tumor přední části spodiny ústní, který metastazoval do uzlin. Chirurgické řešení nebylo možné, proto jí byla nabídnuta paliativní léčba (ozařování), a současně jí byl zaveden PEG, do kterého byla schopna se sama stravovat pro polykací obtíže. Dále prodělala onkologickou léčbu pro karcinom prsu před více jak čtrnácti lety. Byla po oboustranné mastektomii.

Při příjmu byla velmi schvácená bolestmi, kachektická, přijela se zavedeným lineárním dávkovačem s nastavenou dávkou 20mg Morphia na 24 hodin a nalepenou opiátovou Fentanylovou náplastí. Přijela v doprovodu dcery, ta nám podává bližší informace o tumorózním defektu na hlavě. Tumorózní defekt v oblasti spodiny ústní prorůstající až ke krku, silně zapáchající, pacientka odmítá jakékoliv ošetření – je z domu zvyklá si přikládat jen utěrku. Defekt silně sekretuje hnis, sliny, nepatrně krvácí. Je vidět až na horní patro do úst, jazyk je deformovaný. Okolí rány je zarudlé. Snese pouze oplachování okolí rány Prontosan roztokem pro zasychající sekret. Pacientka je ohledně rány velmi svérázná, chce nechat defekt otevřený, odmítá jakékoliv mulové čtverce i na vypodložení defektu. Při příjmu není schopná mluvit, tak to už má pryč několik měsíců. Co potřebuje, pouze naznačuje, je ovšem velmi unavená. Toleruje pouze polohu v sedě s oporou těla, jakékoliv polohování odmítá. Výplachy úst odmítá.

Dle ordinace lékaře ihned po příjmu podáno navíc 10mg Morphia s.c. téměř bez efektu. Do PEG podána tbl Olanzapin 10mg, zaveden PŽK a podán Novalgin 2ml i.v. s efektem, poté udává úlevu od bolestí, po chvíli usíná. Odpoledne klidně spí, nelze vzbudit, žádná medikace dále již nebyla nutná podávat. Večer upadá do kómatu, příjem tekutin nelze, proto podána infuze Fyziologický roztok 500ml i.v. Pacientka je klidná, postupný rozvoj apnoických pauz. Dcery o zhoršení zdravotního stavu informovány – nepřijedou, mají velké starosti s nevlastním otcem, nechce s nikým mluvit, sám má polykací obtíže jako jejich maminka.

Druhý den hospitalizace v 3:00 dochází k zástavě dechu a srdeční činnosti. Na pokoji byla zapálena svíčka a otevřeno okno z pietních důvodů. O půl hodiny později byla provedena hygiena zemřelého těla a podvaz brady spolu s převazem tumorózního defektu ve spodní čelisti suchým mulovým čtvercem a obdélníkovým zetuwittem pro zakrytí rány. Pacientka byla oděna do čisté noční košile a látkových tepláků, které byli erárním oblečením hospice. Okolo 5 hodiny ranní bylo tělo zemřelé svezeno do přízemí budovy do chlazené místnosti nazývané márnice, kde čekalo do příchodu rodiny.

Dcery o úmrtí pacientky byly telefonicky informovány lékařem. Během dopoledne přijely, přivezly oblečení do rakve, rozloučit se s pacientkou šel pouze manžel do rozlučkové místnosti hospice. Dcery si chtěly uchovat maminku ve vzpomínkách živou.

Celkem byla paní O. hospitalizována v Hospici Chrudim necelých 24 hodin. O 18 dní později byl do Hospice Chrudim přijat pacientčin manžel s nově diagnostikovaným onkologickým onemocněním.

Pán J. byl hospitalizován v Hospici Chrudim pro nově diagnostikovaný tumor kořene jazyka s infiltrací na epiglottis v blízké lokalizaci u obou karotid. Dále mu byl diagnostikován sekundární zhoubný novotvar mízních uzlin hlavy, obličeje a krku. Bolesti v krku mu trvaly přibližně rok, dle nevlastní dcery. Nabízenou chirurgickou léčbu odmítl, zavedení PEG odmítl, další nabízenou onkologickou léčbu (chemoterapie, radioterapie) též odmítá. Další onkologická vyšetření odmítl i přes časté upomínání onkologické ambulance. Pacient je spíše uzavřený, špatně nese smrt manželky, samotářský. Má jednoho syna z prvního manželství, s ním není v kontaktu, nechce o něm mluvit, nechce ho nijak kontaktovat, nepřeje si, aby mu byly podávány jakékoliv informace o jeho zdravotním stavu. Vše bude zařizovat nevlastní dcera Ž. A. Chronickou medikaci jinak neužívá, s ničím se dosud neléčil, pouze si bere analgetika podle potřeby na doporučení svého praktického lékaře (Paralen, Ibalgin).

Při příjmu orientovaný, má chrapot občas dysartrie. Téměř nejí, nepije. Zvládne spolknout kašovitou stravu. Chodící, zesláblý, vyhublý, hypotenzní (90/70). Udává bolesti hlavy, špatnou hybnost krku, nezvedne hlavu, viditelná tumorózní deformita krku bez porušené kožní integrity. Zajímá se, kam může chodit kouřit, a zda mu budeme vařit kávu, ukázána kuchyňka pro pacienty a rodiny nedaleko jeho pokoje a atrium, kam může chodit kouřit podle libosti. Je rád za jednolůžkový pokoj. Udává, že má rád svůj klid, a že se nechce s nikým moc vidat. Pro nízký příjem tekutin ústy (okolo 500ml denně) mu byla naordinována lékařem infuze Fyziologického roztoku 500ml + 1A Dexamedu i.v. a nově zavedený PŽK, s čímž pacient souhlasí. Stravu si přeje podávat mixovanou, špatně polyká, dcera nás upozorňuje, že se stravuje postupně celý den, stravu prosí ponechávat na pokoji.

Druhý den hospitalizace má pacient dlouhý rozhovor s lékařem, ten mu vysvětluje výhody PEG, co by to pro něho znamenalo, a jaké by měl dále možnosti se stravováním a podáváním tekutin, PEG prozatím nechce. Pacient vypráví o strachu z bolestí, jako měla manželka – viděl, jak probíhala její nemoc, nechce mít otevřenou, sekretující a zapáchající ránu jako měla manželka. Udává, že nechce poslouchat plané naděje, jako dávali jí a nechce se zúčastnit obíhání lékařů za nejistým výsledkem. Nejradši tráví čas sám na pokoji, návštěvy též nevyhledává, sleduje televizi, aby přišel na jiné myšlenky, chodí kouřit, denně vypije dvě kávy. V rámci pokoje je pacient soběstačný.

Další dny probíhají stejně, na personál je nemluvný, straní se, nic nechce, pouze vařit kávu. Pravidelně podávána jedna infuze dle rozpisu z prvního dne. Na bolesti si nestěžuje.

Pátý den hospitalizace ráno přivolává personál, má bolesti a tlak na krku s iradiací až k temeni hlavy, dle ordinace lékaře podána 1 tbl Targin 20mg/10mg s efektem, do půl hodiny udává úlevu od bolesti. Lékař zvažuje nasazení transdermální opiatové náplasti podle vývoje bolesti.

Šestý den po půlnoci jednorázově zvrací, udává úlevu, medikaci navíc odmítá. Danou noc moc nespál, viditelně nauzea, možná bolesti, ale nic od ošetřujícího personálu nechce, na aktivní dotaz na bolesti udává, že je vše v pořádku a personál vykazuje z pokoje. Ráno lékař o zvracení informován, nově do rozpisu medikace přidán Degan tbl při nausee nebo zvracení na vyžádání pacienta. Pacient jí poloviční porce mixované stravy postupně po celý den, nesní ani poloviční porci najednou. Odpoledne se zúčastnil koncertu ve společenské hale hospice, večer udává, že se mu koncert líbil, seděl sám v zadní části haly, po koncertu odchází zase zpět do pokoje. Po koncertu opět zvrací, udává úlevu, antiemetika odmítá, už je mu lépe, večeri odmítá. Nadále plně soběstačný.

Devátý den po půlnoci opět zvrací malé množství stravy. Na žádost pacienta podána 1 tbl Deganu s efektem, postupná změna chování, zdá se, že personálu začíná věřit, zkouší užít nabízenou medikaci, zavolá si o pomoc. Dopoledne nově vykašlal krevní sraženinu, dle ordinace lékaře nově do rozpisu medikace přidána Pamba tbl 1-1-1, tu si pacient chválí, od nasazení Pamba tbl již krev nevykašlává. Medikace podávána drcená se stravou kvůli polykacím potížím, tablety v celku nepolkne.

Třináctý den pobytu v hospici nově po půlnoci nalezen na pokoji zmatený, všude svítí, neví co je za den, jaká je denní doba, kde je. Vyhazuje všechno jídlo do koše, už prý nikdy jíst nechce, vše mu vázne v krku, po domluvě s personálem ulehá ke spánku. Ráno pohovor s lékařem, nově nasazen Olanzapin 5mg tbl 0-0-1-1, vysvětlen i účinek antiemetický, s tím souhlasí, uvědomuje si noční zmatenost, omlouvá se za své chování. Jídlo po celý den odmítá. Odpoledne přichází dcera, pokoj mu vyzdobila Vánočně, na to pacient náležitě pyšný a všem kdo za ním přijde, s radostí výzdobu ukazuje. Dcera přichází na sesternu sdělit, že má pacient bolesti krku a hlavy, nechce nás prý obtěžovat, ani dcera nám to prý nesmí říct. Prý si nikdy na nic nestěžoval a i doma tiše trpěl. Danou situaci dcera probírá i s lékařem, domlouvají se na opiatové náplasti, prý ta by ho nemusela omezovat, a mohl by jí tolerovat, dcera se pacientovy snaží ještě domluvit, aby nám bolesti sděloval. Nově nasazena transdermální náplast Transtec 35µg/h.

Následující dny probíhají stejně, krev nevykašlává, chodí kouřit už jen zřídka, odmítá jakoukoliv stravu, pije pouze kávu, tekutiny doplňovány infuzemi, odmítá i doplňky stravy jako Nutridrink jakékoliv příchuti, tekutiny špatně polyká, zahuštění škrobovou látkou též odmítá, uzavírá se čím dál tím víc do sebe, na personál někdy až nerudný, vzteklý když mu někdo nerozumí, po chvíli se uklidňuje. Tumorózní resistance na krku se postupně zvětšuje, i nadále bez porušené kožní integrity. Dcery z jeho psychického stavu nešťastné – prý byl celý život uzavřený, samotářský. Jediná osoba, kterou si kdy připustil k tělu, byla manželka, ale ani tu už nemá.

Dvacátý první den hospitalizace ráno nalezen v koupelně u zrcadla lékařem, snaží se odkašlat, v umyvadle nalezeny sliny s příměsí krve, téměř se až dusí. Dle ordinace lékaře podán 1ml Morphia i.v. a k lůžku podán sirup Ambrobene 15mg/5ml, po podání Morphia udává okamžitou úlevu. Pamba z medikace vyměněna za Dicynone i.v. 1 ampule 3x denně. Desorientovaný, vychází na chodbu, neví co potřebuje, po chvílce opět zachází do pokoje. Pro zmatenost mu byli z pokoje odebrány cigarety a zapalovač, ponecháno na sesterně, kdykoliv

si může přijít, kouří neomezeně. Nově rozvoj psychosyndromu – rychle ztrácí pozornost, nepamatuje si, desorientován v místě a čase, osobou orientován.

Od dvacátého druhého dne téměř celý den prospí, nechce jíst ani kouřit, medikace per os zrušena. Navíc přidána druhá infuze Fyziologického roztoku 500 ml + 1 ampule Haloperidolu 5mg/ml na noc pro doplnění tekutin. Na dotaz se probouzí, nic nechce, bolesti neudává. Dcery informovány o zhoršeném zdravotním stavu, odpoledne přijíždějí na návštěvu. Lékařem sdělena vážnost zdravotního stavu a nabídnuta možnost mít připravené oblečení v případě úmrtí, to dovezli s sebou, oblek uložen do skladu, aby ho neměl pacient ve skříni na pokoji. Dotazujeme se na syna pacienta, ani nevlastní dcery o něm nic nevědí, nejsou s ním v kontaktu, prý žije na okraji společnosti a s nikým z rodiny není v kontaktu. Od večera již pacient spí – upadá do kómatu, zahájeno polohování po 2 hodinách.

Dvacátý pátý den hospitalizace v 5:45 dochází k zástavě dechu a srdeční činnosti. Do té doby se již pacient neprobudil. Umírá v klidu za přítomnosti personálu hospice. Dcery již na návštěvu ani doprovázení nepřijely. Na pokoji zemřelého bylo otevřeno okno a zapálená svíčka. Pacient byl omyt, byl proveden podvaz brady ošetřujícím personálem a pán byl ustrojen do připraveného obleku. Po 8 hod ráno bylo tělo převezeno do chladicí místnosti v přízemí budovy, kde vyčkalo do příjezdu pohřební služby.

Dcery se na hospic od té doby nevrátili, nechtěli žádnou z pacientových věcí, ani fotografie s manželkou, ani vánoční výzdobu. Cennosti pacient na pokoji neměl, doklady předány pracovníkům pohřební služby na žádost dcer.

Souhrn:

Nejčastější symptomy pacienta byla bolest, zmatenost – desorientace, krvácivé projevy z dutiny ústní. Bolest často disimuloval, nechtěl přiznat ani lékařům, ošetřujícímu personálu, ani rodině.

Za celou dobu hospitalizace si pán J. minimálně stěžoval, byl hodně uzavřený a nechtěl nic. Na jeho přání ponechán svým myšlenkám, do ničeho nenucen.

Viditelně stále truchlil po manželce, společnost nevyhledával.

Rodina pacienta znala prognózu onemocnění, dcery se bály, že v krátkém časovém úseku přijdou i o druhého rodiče, snažili se s tím smířit. Nabídnuta psychiatrická pomoc, odmítly.

Celkem byl pán J. hospitalizován v Hospici Chrudim 25 dní.

7 DISKUZE

V empirické části bakalářské práce jsme se věnovali statistickým údajům poskytnuté hospicem Chrudim, jakožto jediným kamenným hospicem v Pardubickém kraji. Prezentace sledovaných symptomů u jednotlivých pacientů bylo znázorněno ve dvou kazuistikách a to na příkladu mladé pětadvacetileté slečny a manželského páru, který zemřel na onkologické onemocnění v podobné části těla a s počínajícími stejnými symptomy a v brzké době po době – do dvou měsíců.

Prvním ze statistických údajů bylo znázornění počtu hospitalizací, a hospitalizovaných pacientů. Často se stává, že u neonkologicky nemocných pacientů se domlouvají překlady do nemocničního zařízení pro další vyšetření nebo hemosubstituci, kterou hospic není schopen zajistit. U onkologicky nemocných pacientů dochází k propouštění do domácí péče a opětovnému návratu zpět, pokud dané symptomy nejsou v domácím prostředí schopni zvládnout, nebo se zdravotní stav pacienta zhorší natolik, že musí být opět hospitalizován.

Dále jsem sledovala počty zemřelých pacientů, které byly nejvyšší za rok 2019 a oproti předchozím letům přesáhly více než o sto pacientů. Bohužel se za rok 2019 přijalo hodně pacientů pouze na krátký časový úsek (několik hodin nebo jen pár dnů). Valná většina takových to pacientů byla přeložena z oddělení akutní péče.

Tabulka 9 představuje statistický přehled Hospice na Svatém Kopečku v Olomouci pro možnost porovnání dvou lůžkových Hospiců. Hospic na Svatém Kopečku Olomouc má kapacitu 30 lůžek. Doložené statistické údaje byly použity z výročních zpráv hospice. Bohužel ještě není k dispozici nejaktuálnější výroční zpráva 2019, proto jsou údaje hodnocené od roku 2018.

Celkový počet hospitalizovaných za pozorovaných 5 let je 1221 lidí.

Můžeme vidět, že i zde je větší zastoupení pacientek než pacientů u obou kamenných hospiců.

Hospic Chrudim má v pozorovaných 5 letech o 664 lidí větší počty hospitalizovaných než Hospic na Svatém Kopečku.

Tabulka 9 - Statistický přehled Hospic na Svatém Kopečku

Rok	Celkový počet hospitalizovaných	Počet zemřelých žen	Počet zemřelých mužů
2018	255	159	96
2017	229	130	99
2016	255	145	110
2015	246	142	104
2014	236	136	100

Zdroj: www.hospickopecek.charita.cz

A v neposlední řadě se tato bakalářská práce věnuje i nejčastějším hlavním diagnózám přijetí pacientů do hospice. S hlavními diagnózami se často pojí i specifická symptomatologie u terminálně nemocných pacientů, kteří do hospice přicházejí. Nejčastější symptom, který se řeší individuálně u každého pacienta, je bolest.

Podle Markové (2010) jsou nejčastější ošetrovatelské diagnózy bolest, dušnost, úzkost, zmatenost, krvácivé projevy a tumorózní defekt, obtíže při polykání. Na tom stejném se shoduje publikace Slámy, Kabelky, Vorlíčka - Paliativní medicína pro praxi (2011). I z kazuistik dané příznaky vycházejí jako nejčastější, se kterými se u umírajících pacientů setkáváme.

Praktická část se nadále zabývala kazuistikami, které se pokouší nastínit specifickou péči o hospicové pacienty a jejich rodiny. Poukazuje na individualitu přístupu nejen k medicínskému řešení symptomů, ale i zachování přání pacientů. Důležitou součástí poskytované paliativní péče je i péče o rodinu jako celek.

Podle Markové (2011) je důležitý sběr rodinné anamnézy a na jejím základě i navazování vztahu, jak s pacientem, ale i s rodinnými příslušníky. Bakalářská práce Bakešové (2016) též pokazuje na důležitou část psychické podpory ze strany rodiny, ovšem nesmíme zapomínat na podporu rodiny samotné. Diplomová práce Pospíšilové (2016) udává, že rodina je důležitý člen při procesu umírání pacienta a sama potřebuje emocionální podporu.

Z mé vlastní zkušenosti působení v Hospici Chrudim od roku 2011 se málo kdo z rodin chce vracet a vzpomínat na hospic, většinou byli s péčí spokojeni, ale utrpení z úmrtí zastře vše dobré. Často si chtějí uchovat rodinného příslušníka ve vzpomínkách s dobrou náladou a zdravého. Nejčastěji využívají možnost psychologické a psychiatrické pomoci hospicových lékařů, ale na oddělení hospice se vrací pouhá hrstka rodinných příslušníků.

V bakalářské práci Obrusníkové (2014) se shodujeme, že holistický a individuální přístup k jednotlivým pacientům v hospicích je jedním z velmi důležitých parametrů paliativní péče.

Specifičnost daných symptomů je založena i na míře praxe v hospicových zařízeních, umění pozorovat a naslouchat. Snahy se pacientovy dopřát co největšího pohodlí a vyhovět jeho přání.

Na příkladu kazuistiky 1 jsme mohli vidět i možnost využití medikace off label. Ne vždy je bolest bolestí a dušnost dušností. Strach a úzkost jsou nedílnou součástí symptomů, které trápí pacienty hospice a je tenká hranice mezi bolestí a úzkostí a strachem, a je důležité pacientů naslouchat. I nepřijetí diagnózy a čekání na zázrak v podobě reakce rodičů pacientky je na místě, v takových případech, by jsme měli obzvláště dávat zvláštní pozornost na chování členů rodiny a na jejich zranitelnost v těžkých chvílích samotného umírání, nabídnutí pomocné ruky je na místě, a nebo jen tichá společnost, pokud je rodinou vyžadována.

V kazuistice 2 jsme viděli případ manželského páru, který měl onkologické onemocnění v oblasti hlavy a krku. Zde jsme věnovali velkou pozornost i tumorózním ránám a jejich chování. Nastavovala se vhodná léčba bolesti jak injekční, tak i transdermální využití opiátů.

U pacientky nebylo možné domluvy a zjištění psychického stavu, vzhledem k závažnému stavu, ve kterém byla přijata, pouze jsme sledovali sekret z rány a bolesti. U jejího manžela bylo vše úplně jinak. Za své dlouhodobé působení na hospici jsem se téměř nesetkala s tak uzavřeným pacientem. Bylo nutné velké sledování symptomů, aktivní dotazování nemělo význam – pacient si nestěžoval a byl uzavřený po celou dobu hospitalizace. Byl pochopitelně smutný z úmrtí manželky, a uzavřený. Pouze u krvácivých projevů žádal o pomoc. Další těžkou zkouškou pro pacienty bývá zmatenost, hlavně když si jí zpětně uvědomují a nerozumí, proč je tomu tak. Zde byla na místě hlavně tolerance k přání samoty v kontrastu bolestí, které pacient prožíval a krvácivých projevů uzavřené tumorózní rány v dutině ústní.

8 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala problematikou specifické symptomatologie terminální fáze nemoci u pacientů hospitalizovaných v hospici Chrudim. Cílem práce bylo poukázat na nejčastější symptomy u terminálně nemocných pacientů, a poukázat na individualitu každého pacienta se zachováním jeho přání. Nezapomínat, že pacient je náš partner a je důležité vyslechnout jeho přání pro zachování jeho lidské důstojnosti do konce života.

Cílem teoretické části bylo utvořit ucelený přehled nejčastějších symptomů, se kterými se setkáváme u pacientů v terminální fázi nemoci. Představení paliativní péče a hospice, jako instituce, které se daná problematika týká.

Součástí statistických údajů je i zmínka o malém procentu pacientů, kteří využijí hospicovou péči, a jsou schopni se ještě vrátit domů (v případě zhoršení zdravotního stavu a nemožnosti pečujícího zvládat zhoršující se zdravotní stav je rodinám nabízena možnost opakovaného příjmu). Proto jsou rozdílná data u počtu hospitalizovaných a počtu hospitalizací.

Cílem praktické části bylo jednak představení Hospice Chrudim, a jeho individuálního přístupu ke každému pacientovi a jeho rodině, a doložení statistických údajů Hospice Chrudim pro porovnání, kolik takto nemocných pacientů vůbec využije hospicových služeb nejen v Pardubickém kraji, ale i kraji Olomouckém. Nadále byly použity i údaje s nejčastějšími nemocemi, se kterými pacienti hospicovou péčí vyhledávají, ať se jedná o pacienty onkologicky nemocné, nebo neonkologické diagnózy terminálně nemocných pacientů, kteří v hospici mají své místo. Na příkladu dvou kazuistik byl ukázán příběh tří pacientů, rozličného věku a přístupu k jejich vnímání nemoci a přístupu rodin k jejich těžké životní zkoušce. Nejen rozličná doba hospitalizace, ale i častá komunikace s rodinami nedokáže vždy a všechny připravit na umírání a smrt a ani je dopředu smířit s tím, co je čeká. Každý jsme individuum a různé fáze života přijímáme jinak. I v hospici je vidět, že ne vždy všichni odcházejí smířením, s uspořádanými rodinnými vztahy a s vyřikávanými křivdami z minulosti, ne každý si uvědomuje svou smrtelnost. Pracovníci hospice musí být připraveni na jakoukoliv reakci rodiny v případě úmrtí a bohužel se často setkávají s umíráním, kdy rodič doprovází na poslední cestě své dítě, takové situace bývají nejtěžší.

Je vhodné připravit rodinu na symptomy, které uvidí, ať se jedná o dušnost, chrčivé dýchání, bolest nebo další. Jejich zvláštností si dokáže všimnout i laik, a pro zlepšení poskytované péče se pracovníci hospice s návštěvami domlouvají, aby změny chodili hlásit zaměstnancům pro možnost přidání léků, vysvětlení situace a celkově pomoci při doprovázení rodin.

Jako nejproblematictější část bakalářské práce byl popis některých dní hospitalizace, kdy se zdravotní stav pacientů zhoršoval, symptomy se stupňovaly, a ne vždy byl popis dané situace zcela přesný. Někdy je těžké poukázat na to, co se slovy dá jen těžce popsat a vystihnout atmosféru daného životního příběhu.

Vypracováním této bakalářské práce bych ráda poukázala na problematiku specifické symptomatologie terminální fáze nemoci. Příznaků v paliativní medicíně je hodně, a pro důkladné prostudování dané problematiky bych byla pro zvětšení hodinového fondu praxe u studentů jednak středních zdravotnických škol, ale i vyšších a vysokých zdravotnických škol. Je velký rozdíl si o něčem číst, něco se naučit nazpaměť jako básničku pro splnění testu, ale více si zapamatujeme životní příběh, nepříznivý osud, netradiční zájmy, příznaky, které jsou u každé nemoci jiné nebo se naopak podobají.

Do hospiců jsou přijímáni různí lidé s různými nemocemi, ale jednu věc mají společnou, a tou je smrtelnost.

9 POUŽITÁ LITERATURA

1. **MARKOVÁ, Monika.** *Sestra a pacient v paliativní péči.* Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.
2. **BUŽGOVÁ, Radka.** *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života.* Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.
3. **VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ.** *Paliativní péče v onkologii.* Pardubice: Univerzita Pardubice, 2013. ISBN 978-80-7395-586-1.
4. **SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK.** *Paliativní medicína pro praxi.* 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-849-0.
5. **KUPKA, Martin.** *Psychosociální aspekty paliativní péče.* Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4650-0.
6. **MUNZAROVÁ, Marta.** *Vybrané kapitoly z lékařské etiky.* 2. opr. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2002. ISBN 80-210-3017-8.
7. **SVATOŠOVÁ, Marie.** *Hospice a umění doprovázet.* 6., dopl. vyd., (V KNA 1.). V Kostelním Vydří: APHPP, 2008. ISBN 978-80-7195-307-4.
8. **ADAM, Zdeněk a Jiří VORLÍČEK.** *Paliativní medicína.* Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-437-1.
9. **TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODÁČKOVÁ.** *Rozvoj hospicové péče a její bariéry.* Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4.
10. **HAŠKOVCOVÁ, Helena.** *Thanatologie: nauka o umírání a smrti.* Praha: Galén, c2000. ISBN 80-7262-034-7.

11. **HOLMEROVÁ, Iva.** *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče.* Praha: Grada Publishing, [2014]. ISBN 978-80-247-5439-0.
12. **MARKOVÁ, Alžběta.** *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy.* 2. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů, 2015, 12 s. ISBN 978-80-905809-4-7.
13. **O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA.** *Paliativní péče: pro sestry všech oborů.* Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2005. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1295-4.
14. **LOUČKA, Martin, Štěpán ŠPINKA a Martina ŠPINKOVÁ.** *Eutanazie: víme, o čem mluvíme?.* 2., přepracované vydání. Praha: Cesta domů, 2015. ISBN 978-80-88126-08-9.

ČASOPIS

15. **Grygerková, Věra.** Bazální stimulace v péči o klienta ve stavu apalického syndromu. *Sestra*, Místo: Mladá Fronta, Praha, 2010, měsíčník, s. 34-36. ISSN 1210-0404.

INTERNETOVÉ ZDROJE

1. **KABELKA, Ladislav, Ondřej SLÁMA a Martin LOUČKA.** Paliativní péče v České republice 2016: Situační analýza. *Www.paliativnimedicina.cz* [online]. 2016 [cit. 2019-04-06]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/12/situacni-analyza-paliativni-pece.pdf>
2. Seznam lůžkových hospiců. *Hospice.cz*. [online]. © 2005-2011 [cit. 2019-04-06]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/adresar-hospicu/>.
3. www.hospicchrudim.cz
4. <https://www.hospickopecek.charita.cz>

POUŽITÉ AKADEMICKÉ PRÁCE

1. OBRUSNÍKOVÁ, Lýdie. *Ošetrovatelská péče o pacienta v hospicové péči*. Praha, 2014. Bakalářská práce. 3. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze. Vedoucí práce PhDr. Marie Zvoníčková.
2. BAKEŠOVÁ, Iveta. *Spokojenost rodinných příslušníků s poskytovanou péčí v hospici*. Pardubice, 2016. Bakalářská práce. Fakulta zdravotnických studií Univerzita Pardubice. Vedoucí práce PhDr. Marie Macková, Ph.D.
3. POSPÍŠILOVÁ, Jana, Bc. *Možnosti a formy paliativní péče v praxi*. Diplomová práce. Fakulta zdravotnických studií Univerzita Pardubice. Vedoucí práce PhDr. Kateřina Horáčková, Dis.

10 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Použitá kazuistika</i>	28
---	----



Bazální stimulace v péči o klienta ve stavu apalického syndromu

Následující řádky vystihují náhle vzniklou životní situaci muže ve věku 41 let, který se při zkušebním ponoru freedivingu nevyhořil a byl v hloubce 4 metrů nalezen v bezvědomí.

Po úspěšné kardiopulmonální resuscitaci byl převezen na anesteziologicko-resuscitační oddělení FN Ostrava-Poruba a později na JIP neurologického oddělení Městské nemocnice Ostrava. Ošetřovatelská péče o tohoto klienta byla prováděna podle konceptu bazální stimulace.

Při příjmu byl pacient spontánně ventilující – podáván O₂ kyslíkovou maskou, dýchání klidné, odkašlává si, výrazně nehlení. Je při vědomí, sleduje okolí, rozhlíží se kolem sebe, zafixuje na osoby kolem lůžka. Jestliže zaslechne hlasy, otáčí se za nimi a sleduje, odkud přicházejí. Na lůžku se otáčí ze strany na stranu, je patrný výrazný psychomotorický neklid. Objektivně je pacient kvadrupastický, horní končetiny jsou ve flekčním držení s hypertonem a počínajícími kontrakturami, spontánní hybnost končetin je však zachována. Na výzvu, aby mi stiskl ruku, nevyhoví. Dolní končetiny jsou rovněž ve flekčním postavení, je zde hyporeflexie, zdá se být ochablé. Při manipulaci, přesunu na lůžku a polohování se snaží cíleně bránit. Zdá se, že rozumí jednoduchým výzvám a pokynům. Je patrná i snaha o navázání slovního kontaktu, který zatím není možný z důvodu poškození mozku. Pacient má zaveden PEG, kterým je kontinuálně vyživován. Rovněž má zajištěnu v. subclaviu dx., kde probíhá infuzní program, má zaveden PMK pro nutnost sledování bilance tekutin. Po převzetí a vyšetření staničním lékařem neurologie JIP je po domluvě s lékařem ARO zajištěn první pobyt v hyperbarické komoře na následující den v ranních hodinách.

Hyperbarická oxygenoterapie (HBO) je léčebná metoda, která využívá schopnosti krve při vyšším atmosférickém tlaku dopravit orgánům vět-

ší množství kyslíku. Dochází k plnému dosycení hemoglobinu kyslíkem, což je hlavním důvodem, proč byla HBO u pacienta indikována. Vzhledem k momentálnímu stavu, kdy pacient nebyl zcela při vědomí a schopný spolupracovat, mohlo by při pobytu v hyperbarické komoře dojít k poškození zvukovodu v důsledku zvyšujícího se tlaku ve středouší při kompresi v komoře. Před první expozicí bylo nutné provést oboustrannou paracentézu, která byla úspěšně provedena v odpovídajících hodinách lékařem ORL.

Přetrvává výrazný psychomotorický neklid na lůžku, pacient je opocený, zdá se být rozrušený. K mírnému zklidnění stavu dochází po příchodu manželky, která jej přišla navštívit. Ke zlepšení zdravotního stavu, především zlepšení spolupráce a kontaktu, celkovému zklidnění mělo přispět také ošetřování pacienta podle konceptu bazální stimulace. Za tímto účelem jsme od manželky odebrali autobiografickou anamnézu. Zjišťujeme, že pracoval jako THP pracovník ve firmě zabývající se výrobou zámků do aut. Hovoří plynně anglicky a italsky. K jeho zájmům patří paragliding, potápění, hra na kytaru a basu. Společně s manželkou vychovává třiletého syna. Manželka nám také ochotně vypracovala denní režim pacienta, jak probíhal před nynějším onemocněním. Podle odebrané autobiografické anamnézy jsme manželku požádali, aby mu přinesla také známé předměty k uspořádání jeho okolí. Byl mu přinesen starší mobil, volant od auta a také kytara, na kterou hrával.

První pobyt v hyperbarické komoře pacient zvládl bez výraznějších problémů, pouze s mírným psychomotorickým neklidem, proto byla lékařem naordinována sedativa a antipsychotika pro celkové zklidnění. Na lůžku se otáčí za

SOUHRN Kazuistika zachycuje využití konceptu bazální stimulace u klienta, který byl na JIP neurologického oddělení přijat po úspěšné kardiopulmonální resuscitaci ve stavu apalického syndromu. U klienta byla indikována oxygenoterapie v hyperbarické komoře.

Klíčová slova: koncept bazální stimulace, apalický syndrom, psychomotorický neklid, autobiografická anamnéza, hyperbarická komora, oxygenoterapie

SUMMARY The case study presents using the concept of basal stimulation in a client who was admitted to neurologic ICU after successful CPR with apallic syndrome. The client was indicated for oxygenotherapy in hyperbaric chamber.

Key words: concept of basal stimulation, apallic syndrome, psychomotor restlessness, autobiographical history, hyperbaric chamber, oxygenotherapy

hlasy, stáčí se na pravý bok a dává nohy přes postel, v noci byl neklidný, téměř nespal, poprobkoval si. Ráno před odjezdem do hyperbarické komory je provedena celková zklidňující koupel, cítí se spokojený, klidnější. Po návratu z komory pospává, je unavený, odmítá spolupracovat, probouzí se až po příchodu manželky, na kterou reaguje vstřícně, na pozdrav manželky „buon giorno“ se usmívá, poznává ji, směřuje k ní pohled. Manželka mu donesla fotografie syna a CD s nahrávkami hlasu syna, oblíbené pohádky a také nahrávky kolegů z práce, pracovní jednání s kolegy v italštině. Výživa pacienta podávána pomocí PEG, zatím není schopen polknout, snažíme se ho pouze orálně stimulovat poživatinami, které má rád – káva, Nutella. Stále, i v noci, přetrvává i ve spánku neklid, záškuby zejména dolních končetin. Po třetím pobytu v HBO dochází k mírnému zlepšení spolupráce, pacient se snaží o navá-



SOUTĚŽ KAZUISTIKA ROKU

Máte jedinečnou možnost stát se součástí „redakčního týmu“. Vyzkoušejte si roli autora odborného článku, jehož příspěvek bude založen do soutěže Kazuistika roku. Více na www.sestra.cz (Kazuistika roku). Blíží informace k dispozici také v redakci časopisu Sestra, tel. 225 276 355.



zání slovního kontaktu, mimikou naznačuje manželce, že chce pus, snaží se jí dotknout levou rukou a posunuje její ruku ke svým ústům. Je výrazně klidnější a na dotaz „Kde je Vojta?“, což je jeho syn, se otáčí vpravo, kde má pověšenu synovu fotografii. Od prvního dne pobytu za ním dochází klinická logopedka, se kterou začíná pomalu spolupracovat, kývne na dotaz souhlasně či záporně, rozumí, co se mu říká. Vyhoví výzvě – otevře ústa, vyplázne jazyk. Stále se snaží o slovní kontakt, vydává zvuky a daří se mu vyslovit jednoduchá slova, např. bolí, zima. Daří se mu již polknout zahuštěnou tekutinu – džus a pár lžiček jogurtu.

Šestý den hospitalizace dochází k vzestupu TT, je opoceny a zchvácený, odmítá spolupracovat. Stav je komplikován uroinfektem, proběhla výměna PMK a podle odebraných vzorků na kultivaci byla nasazena antibiotika. Během dvou dnů dochází ke zvládnutí infekce, pacient je afebrilní. Protože příjem stravy a tekutin přes PEG a také částečně p. o. je dostačující, je ukončena infuzní terapie a zrušena v. subclavia. U pacienta probíhá intenzivní rehabilitace, pasivní cvičení na lůžku, také je posazován na lůžku s oporou zad. Naznačuje bolestivost končetin, po nasazení medikace uvolňující spazmy a křeče a také analgetik se stav upravuje a spolupráce je zlepšena.

V noci již pacient spal klidně, ráno se snažil spolupracovat při provádění osvěžující koupele na lůžku. Spolupracuje při čištění zubů, pravou horní končetinou si snaží přidržovat kartáček u úst. Po koupeli je oblečen do svého oblíbeného trička. Při převozu do hyperbarické komory je mu do rukou vložen přinesený volant z auta, který mu má připomínat ranní cestu do práce. Reaguje spokojeně a usmívá se. V odpoled-

ních hodinách aktivně spolupracuje s klinickou logopedkou, snaží se opakovat slova, některá zatím stále nesrozumitelně, přetrvává dysartrie. Sleduje také kytaru a pokouší se brnkat na strunu, opakovaně třikrát za sebou. I v dalších dnech přetrvává občasný psychomotorický neklid na lůžku, snaží se otáčet na boky, dává pravou dolní končetinu přes postraníci postele, jakoby chtěl z lůžka vylézat. Výrazně se potí, je zchvácený, unavený. Objevují se dyskinézy všech končetin a orální automatismy. Pacient je nadále vyživován přes PEG a stále lépe se mu daří polykat kašovitou stravu – jogurt, omáčky, po doušek také popíjí kávu z hrnečku. Nadále pokračují pobyty v HBO.

Pro celkové zlepšování zdravotního stavu, spolupráce a kontaktu je naplánováno celkem dvanáct pobytů v hyperbarické komoře. Rehabilitační péče probíhá dvakrát denně s rehabilitačním pracovníkem a také manželka, která jej chodí pravidelně navštěvovat, provádí podle instruktaže rehabilitačního pracovníka pasivní cvičení na lůžku. Došlo k výraznému zlepšení spasticity končetin.

V následujících dnech bývá pacient dočasně negativistický, odmítá spolupracovat, nevyhoví výzvám, nesnaží se o navázání jakéhokoli kontaktu s okolím. Bývá plačtivý, zdá se, že se zlepšujícím stavem vědomí si stále více uvědomuje svůj nynější zdravotní stav, své upoutání na lůžko a bezmoc. Často, hlavně po příchodu manželky, je labilní, pláče, je apatický a také s ní odmítá komunikovat a spolupracovat.

Trpělivým přístupem a laskavou péčí manželky se však téměř vždy zklidní, zdá se, že v ní vidí oporu a věří jí, že mu „pomůže“ se uzdravit.

Po dvaceti dnech hospitalizace na našem oddělení a dvanácti pobytech v HBO je pacient přeložen k další péči do FN Ostrava – Poruba, odkud k nám přišel. V dalších týdnech byl hospitalizován v RÚ Hrabyně.

Nyní, po roce od této nešťastné životní události, je pacient v domácí péči. Zvládá v doprovodu chůzi po rovině asi 10 m, chůzi po schodech nahoru i dolů, chodí plavat do bazénu, pravidelně na rehabilitační cvičení a logopedii. Reč je stále ne zcela srozumitelná, ale většina známých a příbuzných mu rozumí. Je však stále snadněji unavitelný a má zpomalenější reakce. Dá se však říci, že jeho život, i když ne v plné kvalitě, opět začíná mít smysl.

Závěr

Cílem zpracované kazuistiky klienta s poškozením mozku v důsledku hypoxie bylo doložit skutečnost, že mozek je schopen si v paměťových drahách uchovat své životní návyky a cílenou stimulací těchto vzpomínek a návyků postupně umožnit znovu navrácení jeho dřívější aktivity.

Věra Grygerková

neurologické oddělení JIP, Městská nemocnice Ostrava
(grygerkova@seznam.cz)

LITERATURA

Friedlová, K.: Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. 1. vydání. Praha, Grada Publishing 2007. 168 s.

Využití bioaktivního krytí v oblasti hojení ran

Výhody bioaktivního vstřebatelného krytí spočívají nejen v tom, že je atraumatické, ale zároveň je i hypoalergenní, takže nevyvolává nežádoucí imunitní reakce ani senzibilitu po opakovaném použití.

Traumacel Biodress je sterilní vstřebatelné krytí z přírodní oxidované celulózy. Jedná se o moderní krytí určené

k léčbě akutních a chronických ran (chronické bércové ulcerace, dekubity, popáleniny, traumata apod.). Krytí podporuje granu-

lací i epitelizaci rány a již po 2 týdnech léčby dochází ke zmenšení plochy defektu. Optimálně zajišťuje příznivé vlhké mikroklima a zmenšuje bolest rány. Inaktivuje matrix metaloproteinázy a urychluje hojení, podílí se na snižování iontových ztrát z rány a snižuje hnisavou sekreci. Má výrazné hemostatické účinky. Je plně biodegradabilní, je resor-