

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

---

**Studijní program: ošetrovatelství  
Studijní obor: ošetrovatelství  
ID studijního oboru: 5341R003**

***Lucie Řeháková***

**Ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem žlučníku**

*The nursing process in patient with gallbladder carcinoma*

**Bakalářská závěrečná práce**

**Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Eva Marková, R. N.**

**Praha 15. 5. 2009**

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury.

Řeháková Lucie

V Hronově, 15. 5. 2009

## Poděkování

Děkuji tímto Mgr. Evě Markové za vedení, cenné rady a připomínky, které mi pomohly při psaní mé bakalářské práce.

V Hronově, 15. 5. 2009

## Obsah:

A	Úvod	7
B	Klinická část	8
	1 Nádory žlučníku a žlučových cest	8
	2 Nádory jater	9
	3 Hospic, hospicová péče	9
	4 Bolest u onkologicky nemocných	13
	5 Základní identifikační údaje pacienta	15
	6 Lékařská anamnéza	16
	7 Lékařské diagnózy	17
	8 Diagnostická vyšetření	18
	8.1 Fyziologické funkce	18
	8.2 Laboratorní vyšetření	19
	8.3 Ultrazvukové vyšetření	21
	8.4 Počítačová tomografie	21
	8.5 Biopsie jater	21
	8.6 Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie	21
	9 Přehled terapie	22
	9.1 Farmakoterapie	22
	9.2 Dietoterapie	24
	9.3 Pohybový režim, fyzioterapie	25
	10 Psychický stav pacienta	26
	11 Průběh hospitalizace	26
C	Ošetrovatelská část	27
	1 Ošetrovatelská anamnéza a současný stav pacienta	27
	1.1 Subjektivní náhled pacienta na nemoc a hospitalizaci a objektivní hodnocení sestrou	27
	1.2 Základní somatické potřeby	28

	1.3 Psychosociální potřeby	33
	2 Ošetrovatelské diagnózy	36
	3 Plán ošetrovatelské péče a realizace	37
	4 Závěr a prognóza	44
D	Zdroje informací	45
E	Použitá literatura	46
F	Přehled použitých zkratk	47
G	Přílohy: příloha č. 1 Hodnocení rizika vzniku dekubitů podle Nortonové	
	příloha č. 2 Vizuální analogová škála, monitorace bolesti	
	příloha č. 3 Barthelův test základních všedních činností	
	příloha č. 4 Hodnocení rizika vzniku komplikací v dýchacích cestách	
	příloha č. 5 Nutriční skóre	
	příloha č. 6 Vstupní ošetrovatelský záznam	
	příloha č. 7 Plán ošetrovatelské péče	

**„Kdyby už nebyla žádná naděje,  
naše srdce by puklo“**

**T. Fuller**

## A ÚVOD

Pro zpracování mé závěrečné bakalářské práce jsem zvolila Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Pacient, kterého jsem si vybrala je onkologický terminálně nemocný sedmdesátiletý muž s karcinomem žlučníku s metastázami v játrech a plicích. Pan J. přišel zhruba před dvěma měsíci k lékaři pro úbytek na váze a nespecifické příznaky. Krátce na to mu lékaři oznámili, že jeho stav je velmi vážný a nádor žlučníku už nelze operovat. Pan J. od té doby bojuje s faktem, jak přijmout a smířit se s touto náročnou životní situací, která by ho ještě před dvěma měsíci vůbec nenapadla. Zařízení hospice jsem si vybrala proto, že i já v tomto hospici několik let vypomáhám a měla jsem zde i člena své rodiny v roli umírajícího pacienta.

## B KLINICKÁ ČÁST

### 1 NÁDORY ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST

Nádory žlučníku tvoří asi 3 % ze všech nádorů a jsou častější u starších žen. Více než 90% nádorů tvoří adenokarcinomy s různým stupněm diferenciací. Ročně vzniká v ČR asi 1000 nových případů, takže nádory žlučníku a extrahepatálních žlučových cest jsou poněkud častější než nádory jater. Etiologie není jasně definována. Predisponující změny nádoru žlučníku jsou “porcelánový“ žlučník u chronické cholecystitidy - karcinom vzniká až u 60 % pacientů s tímto nálezem, cholecystolithiáza se nachází u 70-90% pacientů s karcinomem žlučníku.

K predisponujícím změnám nádorů žlučových cest patří ulcerózní kolitida, Crohnova choroba, hereditární změny typu biliární atrezie a cystická fibróza. (Blaha, 1999, Bauer, 1994)

Nádor žlučníku postupně prorůstá do jater, omenta a na peritoneum. Velmi brzy metastazuje do mízních uzlin v jaterním hilu, vyvolá žloutenku útlakem žlučových cest. Časté jsou metastázy v plicích a peritoneu. Diagnóza je stanovena většinou pozdě, až je hmatná rezistence nebo zjevná žloutenka. K diagnostickým metodám řadíme klinické vyšetření, laboratorní, ultrazvukové, počítačovou tomografii, endoskopickou retrogradní cholangiopankreatografii. Operativní řešení není možné, kurativní léčbou je pouze radikální chirurgický výkon. V případě diseminace je léčba paliativní. Lze provést choledochoduodenoanastomózu nebo perkutánní cestou drenáž žlučových cest, aby došlo ke zmírnění icteru. Chemoterapie má minimální léčebný efekt. (Blaha, 1999, Bauer, 1994, Adam, Vorlíček, Koptíková, 2003)

Z drobných žlučovodů vyrůstá karcinom, který nazýváme cholangiom. Je zhoubnější nežli hepatocelulární karcinom. Vzájemné odlišení je možné jen histologicky na základě provedení jaterní biopsie nebo peroperačně. Nádor nereaguje na žádnou léčbu, není ani operabilní, není úspěšná ani transplantace jater, protože nádor příliš brzy zakládá metastázy. (Blaha, 1999, s. 143)

Mortalita těchto nádorů je vysoká, medián přežití se pohybuje kolem půl roku od stanovení diagnózy, takže počet úmrtí se téměř rovná počtu nových onemocnění. Skrining není definován. Ultrasonografické vyšetření při existující cholecystolithiáze nerozliší ohraničeně rostoucí karcinom. Prevence není definována. Při známkách



„porcelánového“ žlučníku je indikována cholecystektomie bez větší časové prodlevy. (Bauer, 1994, s. 49)

## **2 NÁDORY JATER**

Primární nádory jater nejsou časté. Daleko častěji se v játrech nalézají druhotná ložiska nádorů - metastázy. Jejich včasné poznání, když nevíme o tom, že pacient byl pro rakovinu operován nebo léčen, je těžké. Klinicky se ohlásí pozdě, protože 20% jaterního parenchymu stačí k zajištění normální funkční zdatnosti. Hlásí se buďto tlakem v podjaterní krajině při značně zvětšených játrech nebo ještě později vznikem žloutenky. Včas můžeme poznat metastázy nádorů, když po nich pátráme u nemocného, který má známé primární ložisko. Játra je třeba vždy vyšetřit scintigraficky, sonograficky nebo tomograficky, protože přítomnost vzdálených metastáz mění taktiku onkologické léčby a v podstatě vylučuje radikální chirurgické řešení. Nejčastěji do jater metastazují nádory z oblasti břišní dutiny, ale také nádory ledvin, plic a mléčné žlázy. Játra jsou při přítomnosti metastáz zvětšená, tuhá a hrbolatá, takže již z palpačního nálezu můžeme na jejich přítomnost bezpečně usoudit. Jaterní metastázy limitují délku života nemocného s rakovinou, časem zákonitě vzniká ikterus, často ascites a zvyšují se ukazatelé poškození jaterní buňky. Léčba je pouze paliativní, staráme se o výživu nemocného a odstranění bolestí. Neznáme-li primární ložisko rakoviny, můžeme je přibližně zjistit provedením jaterní biopsie pod kontrolou ultrazvuku. Je to ovšem jen záležitost informativní. (Blaha, 1999, s. 131)

## **3 HOSPIC, HOSPICOVÁ PÉČE**

Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Hospic nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen.

Kolébkou hospicového hnutí je Velká Británie. Zdravotní sestra Cecilly Saundersové přišla s myšlenkou hospice. Vystudovala kvůli tomu medicínu. Později založila St. Christopher hospic, známý dnes po celém světě. Myšlenka obletěla celý civilizovaný svět, kde je v současné době kolem 2000 hospiců. U nás první hospic vznikl v roce 1995. Je to Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, o jeho vznik se zasloužila Dr. Marie Svatošová, která má zásluhu i na vzniku dalších hospiců u nás. Právě v tomto hospici jsem si vybrala pacienta pro psaní závěrečné bakalářské práce.

Existují tři formy hospicové péče

1) Domácí hospicová péče

Je pro nemocného ideální, pokud je kvalitní rodinné zázemí, zájem rodiny se o nemocného starat, péče není obzvláště náročná na odbornost. V domácnosti jsou podmínky prostorové a další.

2) Stacionární hospicová péče (denní pobyty)

Pacient je do stacionáře přijat ráno, a odpoledne se vrací domů. Důvody pro tuto formu hospicové péče mohou být různé, často pro kontrolu bolesti, za účelem aplikace léků, ale i azylový důvod bývá dosti častý. Pokud nemoc trvá dlouho, je vyčerpaná i rodina, která se o nemocného stará. Tímto způsobem je možné zabránit vyčerpání rodiny a konfliktům, které mohou nastat.

(Svatošová, 2003)

3) Lůžková hospicová péče

Důvodem lůžkové hospicové péče může být vše, co bylo uvedeno u péče stacionární, a to tehdy, není-li možné každodenní dojíždění nemocného, buď pro jeho zdravotní stav, nebo vzdálenost bydliště od hospice. Byl by zásadní omyl si myslet, že nemocný, který si přijde lehnout na hospicové lůžko, musí na něm i zemřít. Samozřejmě může, ale nemusí. Většina nemocných, nejčastěji s nádorovým onemocněním, využívá hospic velice účelně. A co je nesmírně důležité, přicházejí na krátkodobé, zpravidla opakované pobyty zcela svobodně a dobrovolně, tehdy, kdy oni sami cítí, že je to pro ně dobré. Když vidí, že doma se to už dobře nezvládá a přitom pobyt v nemocnici není nutný.

Záleží na pacientovi, zda chce v hospici pobývat se svým průvodcem nebo bez něho, záleží na pacientovi, jak si s rodinou dohodne návštěvy. Ty jsou v hospicích zásadně neomezené, tj. jsou možné nepřetržitě po 24 hodin denně po všech 365 dnů v roce. Nikomu nepřekáží, naopak jsou vítány jako nezbytná součást péče o těžce nemocného. Od návštěvy se neočekává, že bude nemocného ošetřovat, ale je-li toho schopna, je jí to umožněno. Může to být i milé pacientovi, ale může se to později ukázat jako velice prospěšné i tomu, kdo se na ošetřování podílel. Vědomí, že člověk udělal pro svého blízkého všechno, co udělat mohl je nejlepším prostředkem na tišení bolesti z jeho odchodu.

(Svatošová, 2003, s. 129)

## Hospicový tým

K pracovníkům hospice bychom mohli zařadit více profesí, od administrativních pracovníků, technických profesí, kuchařů, až po zdravotnický personál, ke kterému patří lékaři, sestry, ošetřovatelé, fyzioterapeut a psycholog. Důležitými osobami v týmu jsou i dobrovolníci a duchovní. Dobrovolníci z Červeného Kostelce a z nejbližšího okolí přicházejí podle svých možností pravidelně určitý den v týdnu a věnují se činnosti, která jim nejlépe vyhovuje. Někteří zajišťují služby v recepci, jiní se starají o květinovou výzdobu, navštěvují pacienty nebo pomáhají sestřám a ošetřovatelkám v tom, co je momentálně potřeba. Už se nám tu o prázdninách vyskytli i dobrovolníci z daleka, kteří věnovali ze svého volna týden nebo dva službě nemocným.

Z následující tabulky č. 1 vyplývá, že by bylo chybou hospic chápat pouze jako péči v období umírání „in finem“. Je proto důležité aby nemocný a jeho rodina kontaktovali hospic co nejdříve, tím více pro ně hospic může udělat. Nesmírně důležitá je i spolupráce ošetřujících lékařů a nemocnic s hospicovým týmem.

**Tabulka č. 1 - Hospicová péče z hlediska časového**

1. OBDOBÍ (prae finem)	Péče a doprovázení nemocného a jeho blízkých od okamžiku zjištění závažné diagnózy až po nástup terminálního stavu (viz fáze podle Kübler-Rossové)
2. OBDOBÍ (in finem)	Péče a doprovázení nemocného a jeho blízkých během terminálního stavu, tj. umírání v užším slova smyslu
3. OBDOBÍ (post finem)	Kromě péče o tělo zemřelého doprovázení pozůstalých podle potřeby i dlouhodobě, zpravidla po dobu 1 roku

(Svatošová, 2003, s. 132)

## Co prožívá nemocný a jeho nejbližší

I přesto, že jsou reakce jednotlivých lidí na náročné životní situace různé a závisí na řadě vnějších okolností, na zkušenostech a osobnosti člověka, určité zákonitosti zde

jsou. Je proto důležité se s nimi seznámit. Na základě svých mnohaletých zkušeností s těžce nemocnými a umírajícími popsala dr. Elisabeth Kübler-Rossová následující fáze. Především je třeba vědět, že uvedenými fázemi neprochází jen pacient, ale i jeho nejbližší. Od těch se často očekává i nadlidský výkon. Proto musí mít možnost si odpočinout. I to je důvodem, aby se do doprovázení zapojilo i širší okolí nemocného. V hospicích v této souvislosti máme na mysli pomoc dobrovolníků.

Fáze, které popsala dr. Elisabeth Kübler-Rossová nemusí přicházet za sebou tak, jak jsou seřazeny v následující tabulce č. 2, ale mohou přicházet opakovaně, střídát se a navzájem se prolínat. Je třeba si uvědomit, že nemocný a jeho nejbližší nemusí tutéž fázi prožívat společně, ale každý z nich může v daném okamžiku prožívat jinou fázi. Například nemocný už může být ve fázi smíření, kdy svoji nemoc přijal a jeho blízký je ve stadiu deprese, smutku, může to být nemocnému na škodu. Měla by se rodina s nemocným snažit vyrovnat krok. Někdy to však rodina nezvládne, ale i to je lidské. V takovém případě potřebuje rodina a nemocný někoho, kdo se ujme doprovázení. Může to být někdo z příbuzných rodiny, ale i dobrovolník nebo zkušená sestra. Fakt, na který je důležité pamatovat, je umět rozlišit fázi smíření od rezignace. Smíření znamená přijmout neodvratitelnou skutečnost. Rezignace je něco jiného. Dr. Elisabeth Kübler-Rossová popisuje rozdíl mezi těmito skutečностями takto:

„Pacienti, kteří svůj osud přijali, získávají velmi osobitý výraz vyrovnanosti a míru. V jejich tvářích se odráží stav vnitřní důstojnosti. Lidé, kteří jen na svůj osud rezignovali, tento výraz postrádají, naopak v jejich tvářích můžeme vidět zahořklost a duševní trýzeň jako výraz pocitu marnosti, zbytečného usilování a chybějícího smíru. Tento výraz je velmi snadno odlišitelný od výrazu lidí, kteří dosáhli opravdového stadia přijetí pravdy.“ (Svatošová, 2003, s. 28)

**Tabulka č. 2 – Fáze, kterými člověk prochází v období umírání**

<b>FÁZE PODLE KÜBLER-ROSSOVÉ</b>		
<b>FÁZE</b>	<b>PROJEVY</b>	<b>CO S TÍM</b>
<b>NEGACE</b> ŠOK, POPÍRÁNÍ	“Ne, já ne, pro mne to Neplatí. To není možné.“ “To je určitě omyl.“ “Zaměnili výsledky.“	Navázat kontakt, Získat důvěru.

<b>AGRESE</b> HNĚV, VZPOURA	“Proč zrovna já?” “Čí je to vina?” “Vždyť mi nic nebylo.” Zlost na zdravotníky, Zlost na zdravé lidi. Vyčítá nespravedlivost ap.	Dovolit odreagování, nepohoršovat se.
<b>SMLOUVÁNÍ</b> VYJEDNÁVÁNÍ	Hledání zázračných léků, léčitelů a diet, pověr. Ochoten zaplatit cokoliv. Činí velké sliby.	Maximální trpělivost, ale pozor na podvodníky.
<b>DEPRESE</b> SMUTEK	Smutek z utrpěné ztráty. Smutek z hrozící ztráty. Strach z účtování. Strach o zajištění rodiny.	Trpělivě naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení (zajištění rodiny ap.).
<b>SMÍŘENÍ</b> SOUHLAS	Vyrovnání, pokora, skončil boj, je čas loučení. “Dokonáno jest.” “Do Tvých rukou...”	Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utřít slzu. Pozor – rodina možná potřebuje pomoc víc než pacient!

(Svatošová., 2003, s. 29)

#### 4 BOLEST U ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH

Bolest je nepříjemná senzorická a emociální zkušenost, která je vyvolaná skutečným nebo potencionálním tkáňovým poškozením organismu. Nádorová bolest ztrácí svou funkci ochrannou (varovný příznak nemoci), nemocného obtěžuje a vyčerpává.

Léčení bolesti u nemocných s maligním nádorem je důležitou součástí podpůrné léčby, která je často podceňována. Bolest bývá doprovázena pocitem úzkosti, strachu a deprese. Zvláště dlouhodobá bolest se stává dominantou, která vyžaduje léčebný zásah.

##### **Příčiny bolesti u onkologických nemocných lze rozdělit na:**

1. bolest způsobenou vlastním nádorem
2. bolest způsobenou léčbou (pooperační bolesti, stomatitida po chemoterapii)
3. bolest spojenou s celkovým oslabením nemocného (zácpa),
4. bolest bez vztahu k nádoru (myofasciální, osteoartikulární).

Bolest způsobená nádorem může vycházet z kostí, z komprese nervů, z expanse procesu do měkkých tkání, z postižených útrobníků, ze zvýšeného nitrolebního tlaku nebo svalových spasmů. Na pečlivém rozboru bolesti je závislá úspěšnost léčby. Diagnóza bolesti je základním krokem k účinné léčbě.

(Vorlíček, Vorlíčková, Konečný, 1993, s. 53)

### **Schéma použití analgetik pro léčbu bolesti u onkologických nemocných**

Tímto způsobem postupují i lékaři v hospicovém zařízení, přednost dávají formě, které pacienta minimálně zatěžuje. Například využití transdermálních náplastí při aplikaci analgetik, které pacienta nijak nezatěžují, pokud se vrací na víkendy do domácího prostředí.

1. neopiátové analgetikum+ - pomocný lék  
bolest trvá, nebo sílí
1. slabý opiát + - neopiátové analgetikum + - pomocný lék  
bolest trvá nebo sílí
2. silný opiát + - neopiátové analgetikum + - pomocný lék

## 5 ZÁKLADNÍ IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: M. J.

Oslovení: pane J.

Věk: 76 let

Rodinný stav: vdovec

Vzdělání: vyučený

Dřívější povolání: zámečník

Povolání nyní: starobní důchod

Adresa: Hronov

Národnost: ČR

Pojišťovna: 111

Vyznání: církev římskokatolická, pouze pokřtěný, neproaktující

Kontaktní osoby: děti, syn a dcera, pacient přijat bez doprovodu

### **Hlavní důvod hospitalizace**

Hlavním důvodem hospitalizace pacienta bylo celkové zhoršení stavu u karcinomu (CA) žlučníku s metastázami do jater a plic. Pacient byl přijat jako akutní příjem z domova pro slabost a celkové zhoršení stavu. Pacient hospitalizován v terminálním stádiu nemoci, je indikován k hospitalizaci v lůžkovém hospicovém zařízení. Pacient je o své nemoci a prognóze informován, ale není připraven skutečnost přijmout. Okolnosti své nemoci vytěšňuje.

Pacient byl v hospici hospitalizován od 2. 4. 2009.

Já jsem pacienta ošetřovala ve dnech 7. 4., 8. 4., 9. 4. 2009.

## 6 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA

Pacient byl při přijetí do hospice vyšetřen lékařem, který také odebral pacientovu anamnézu.

Alergická anamnéza: pacient neudává žádnou alergii

Farmakologická anamnéza:

Léky per os: viz str. 24

Moduretic tbl. 1 – 0 – 0

Euthyrox 100 tbl. 1,5 – 0 – 1

Digoxin 0,125 0 – 1 – 0

Warfarin 3 mg tbl., střídá ob den 1 tbl. a 1,5 tbl. (nyní clexane)

Sociální anamnéza: Pacient bydlí sám v bytě 3+1 bez výtahu, ve druhém patře. Syn bydlí ve stejném městě, je od něho vzdálený asi 2 km. Často se navštěvují. Dcera bydlí se svojí rodinou v Děčíně.

Abusus: neguje, pouze příležitostně alkohol, má rád pivo

Pracovní anamnéza: Dříve pracoval jako zámečnick, dnes je ve starobním důchodu.

Rodinná anamnéza: Rodiče zemřeli v pokročilém věku, matka v 80 letech, otec v 77 letech, pacient nezná příčinu smrti, zřejmě dlouhověkost.

Osobní anamnéza: Nádor (TU) žlučníku prorůstající do pravého laloku jaterního, metastáze v pravém laloku, zvětšení uzlin v ligamentu hepatoduodenale, paraaortálně a supradiafragmaticky, metastáze v zachycené části obou plicních křídel, chronická fibrilace síní (Fis) v antikoagulační (AK) terapii., ischemická choroba srdeční (ICHS) syndrom angíny pectoris (AP), dnava artritida, hypothyreóza v substituční terapii, benigní hyperplazie prostaty (BHP), Menierova choroba

Nynější onemocnění: Pacient přijat v terminálním stádiu nemoci pro TU žlučníku s metastázami do jater a plic, bolesti hrudníku, zad a končetin.

Objektivní nálezy: Pacient při vědomí, orientovaný časem, místem, osobou, spolupracuje, kontakt dobrý, poloha aktivní, normální tělesné konstituce.

**Hlava:** bez zevních známek traumatu, všemi směry volně pohyblivá, na poklep nebolestivá, bulby ve středním postavení, zornice izokorické, na sklérách známky ikteru, spojivky přiměřeně prokrvené, jazyk vlhký, nepovleklý, na kůži známky icteru



**Krk:** souměrný, všemi směry volně pohyblivý, anteflexe nebolestivá, náplň jugulárních žil přiměřená, pulsace a. karotis hmatná symetricky, štítná žláza je nezvětšená, krční uzliny jsou nehmatné

**Hrudník:** souměrný, poklep nad plícemi jasný, dýchání čisté sklípkové, akce srdeční (AS) pravidelná, šelest neslyším, axilární uzliny nehmatné

**Břicho:** v niveau, dýchá celé, měkké, palpačně citlivé v pravém podžebří, kde je suspektní rezistence, bez známek peritoneálního dráždění, peristaltika +, tapotment bilaterálně negativní, inguinální uzliny nehmatné

**Horní končetiny (HK):** bez traumatických změn

**Dolní končetiny (DK):** DK bez otoků a známek zánětu, pulzace hmatná

**Pánev:** pevná, palpačně nebolestivá

**Páteř:** poklepově nebolestivá  
per rektum nevyšetřován

## 7 LÉKAŘSKÉ DIAGNÓZY

Pacient byl přijat do hospicového zařízení s těmito diagnózami.

- Tumor žlučníku prorůstající do pravého laloku jaterního, metastáza v pravém laloku, zvětšení uzlin v ligamentu hepatoduodenale, paraaortálně a supradiafragmaticky, metastázy v zachycené části obou plicních křídel
- Cholecystolithiaza
- Stav po zavedení duodeno biliární drenáže (DBD)
- Chronická fibrilace síní (Fis) v antikoagulační terapii
- Ischemická choroba srdeční (ICHS) syndrom angíny pectoris
- Dnavá artritida
- Hypothyreóza v substituční terapii
- Benigní hyperplazie prostaty (BHP)
- Menierova choroba

(6)

## **8 DIAGNOSTICKÁ VYŠETŘENÍ**

Kapitola diagnostická vyšetření obsahuje vyšetření, které byly provedeny za hospitalizace v nemocnici a fyziologické funkce sledované v hospici v době mého ošetřování.

### **8.1 FYZIOLOGICKÉ FUNKCE**

Fyziologické funkce jsem sledovala všechny dny mého ošetřování. Dvakrát jsem zaznamenala dušnost, ostatní hodnoty byly v mezích normy.

#### **7. 4. 2009**

**Vědomí:** Pacient je klidný, spolupracuje, orientovaný časem, místem, osobou.

Krevní tlak (TK) – 120 / 70 torrů

Puls – 70 / min, pravidelný, dobře hmatný

Dech – 16 / min, hluboký, klidný, pravidelný

Tělesná teplota (TT) – ráno – 36,3 st. Celsia

večer – 36,7 st. Celsia

#### **8. 4. 2009**

**Vědomí:** Pacient je klidný, spolupracuje, orientovaný časem, místem, osobou.

TK – 110 / 70 torrů

Puls – 76 / min, pravidelný, dobře hmatný

Dech – ráno 17 / min, hluboký, klidný, pravidelný

večer bolest hrudníku, výrazně dýchání neomezila,

frekvence 18 / min

TT – ráno – 36,0 st. Celsia

večer – 36,6 st. Celsia

#### **9. 4. 2009**

**Vědomí:** Pacient je klidný, spolupracuje, orientovaný časem, místem, osobou.

TK - 130 / 80 torrů

Puls – 73 / min, pravidelný, dobře hmatný

Dech – ráno 17 / min, hluboký, klidný, pravidelný

odpoledne bolesti hrudníku a zad, při pohybu dušný  
s frekvencí 23 / min, dýchání povrchové

TT – ráno – 36,3 st. Celsia

večer – 36,5 st. Celsia

V době mého ošetřování jsem zjistila **antropometrické údaje:**

**Váha** – 76,5 kg

**Výška** – 175 cm

**Index tělesné hmotnosti (BMI)** – 25 – norma

## 8.2 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

V přehledu uvádím laboratorní vyšetření, hematologii (tabulka č. 3), koagulaci (tabulka č. 4), biochemii (tabulka č. 5), která byla provedena v době hospitalizace pacienta ve zdravotnickém zařízení.

Červeně zvýrazněny – zvýšené laboratorní hodnoty

### Hematologie

**Tabulka č. 3 - Krevní obraz**

	<b>Hodnoty z 5.3</b>	<b>Referenční hodnoty</b>
<b>Leukocyty</b>	8,7. 10 <sup>9</sup> /l	3,9 – 10. 10 <sup>9</sup> /l
<b>Erytrocyty</b>	4,9. 10 <sup>12</sup> /l	3,60 – 5 . 10 <sup>12</sup> /l
<b>Hemoglobin</b>	147,0 g/l	120 – 160 g/l
<b>Hematokrit</b>	0,438 g/l	0,340 – 0,460 g/l
<b>Destičky</b>	281. 10 <sup>9</sup> /l	150 – 400 10 <sup>9</sup> /l

**Tabulka č. 4 - Koagulace**

	<b>Hodnoty z 5.3.</b>	<b>Referenční hodnoty</b>
<b>APTT</b>	34,3	24,3 – 35 s
<b>QUICK</b>	17,1	9,0 – 12,6
<b>QUICK - %</b>	61	142 - 78
<b>INR</b>	1,37	0,81 – 1,13

**Biochemie**

**Tabulka č. 5 – Biochemie krve**

	<b>Hodnoty z 5.3.</b>	<b>Referenční hodnoty</b>
<b>kreatinin</b>	107 umol/l	40 – 115 umol/l
<b>Urea</b>	7,5 mmol/l	3,2 – 10,0 mmol/l
<b>Na</b>	139 mmol/l	137 – 144 mmol/l
<b>K</b>	3,5 mmol/l	3,6 – 4,9 mmol/l
<b>Cl</b>	95 mmol/l	97 – 108 mmol/l
<b>AST</b>	0,94 ukat/l	0,20 – 0,55 ukat/l
<b>ALT</b>	0,23 ukat/l	0,20 – 0,50 ukat/l
<b>bilirubin</b>	9,3 umol/l	5 – 20 umol/l
<b>ALP</b>	2,4 u kat/l	0,7 – 1,9 ukat/l
<b>GMT</b>	2,76 ukat/l	0,20 – 1,20 ukat/l
<b>CRP</b>	49,4 mg/l	0,50 – 5,0 mg/l
<b>ALB</b>	35,7	34,0 – 48,0 g/l
<b>GLU</b>	6,80	4,11 – 5,89 mmol/l
<b>CHOL</b>	3,60	≤ 5,8 mmol/l
<b>TAG</b>	1,55	0,8–1,9 mmol/l
<b>PSA</b>	1,51	≤ 2,5 – 6,5 µg/l dle věku

### **8.3 Ultrazvukové (UZ) vyšetření**

25. 2. 2009 bylo provedeno ve zdravotnickém zařízení UZ vyšetření epigastria se závěrem: objemné ložisko pravého laloku jater, další vícečetná ložiska v okolí, nejspíše se jedná o metastázy eventuelně hematom a menší metastázy v okolí, nelze vyloučit souvislost se žlučníkem, cholecystolithiasa, splenomegalie, doporučeno vyšetření počítačové tomografie (CT) břicha.

15. 3. 2009 bylo opět provedeno UZ břicha. Závěr vyšetření: mírná progresse velikosti TU v hilu jater, dilatace žlučových cest.

### **8.4 Počítačová tomografie (CT) vyšetření**

Počítačová tomografie byla u pacienta provedena 28. 2. 2009. CT vyšetření nadbřišku se závěrem: Cholecystolithiasa, tumor žlučníku prorůstající do pravého laloku jaterního, metastázy v pravém laloku, zvětšení uzlin v ligamentu hepatoduodenale, paraaortálně a supradiaphragmaticky, meta v zachycené části obou plicních křídel, ojediněle korové cysty pravé ledviny.

### **8.5 Biopsie jater**

20. 3. 2009 byla provedena cc biopsie z pravého laloku jater pod CT kontrolou se závěrem: infiltrace jaterní tkáně málo diferencovaným adenokarcinomem, na prvním místě nutno vyloučit primární cholangiocelulární karcinom jater, eventuelně prorůstání karcinomu žlučníku či metastázu karcinomu pankreatu.

### **8.6 Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie (ERCP)**

Dne 19. 3. 2009 bylo provedeno ERCP vyšetření se závěrem: tumorosní stenosa střední třetiny hepatocholedochu délky 15 mm s prestenotickou dilatací extra i intrahepatických biliárních cest – diferenciální diagnóza TU žlučníku × cholangiokarcinom

- papilosfinkterotomie
- cytobrushing + dilatace stenosisy
- plastický drén (DBD) 10 Fr. 90 mm

Věku odpovídající nález na pankreatickém ductu

## 9 PŘEHLED TERAPIE

### 9.1 FARMAKOTERAPIE

Pacient měl ordinovanou farmakoterapii od svého praktického lékaře, v jehož péči byl od propuštění ze zdravotnického zařízení v březnu 2009. V tabulce č. 6 je červeně označeno, které léky byly vysazeny.

**Tabulka č. 6 - *Per os aplikace* před hospitalizací v hospici**

**7. 4. - 9. 4. 2009**

Název léku	Generický název	forma	Čas dávkování	Skupina
Moduretic	Amiloridi hydrochloridum dihydricum 5,68 mg	tablety	0 – 0 – 1 od 2. 4. EX (vysazen)	Diuretikum, antihypertenzivum
Digoxin 0,125	Digoxinum	tablety	0 – 1 - 0	Kardiotonikum
Warfarin 3 mg	Warfarinum natricum	tablety	ob den 1 tbl. a 1,5 tbl. od 2. 4. EX (vysazen)	Antikoagulans

Dále uvádím přehled farmakoterapie, kterou jsem seřadila tak, že nejprve zmiňuji farmakoterapii bolesti (tabulka č. 7), která má v paliativní péči důležité místo. U pacienta se vyskytovaly bolesti hrudníku a zad při pohybu. Pokračuji výčtem léků rozdělených podle způsobu podání, parenterální (tabulka č. 8) a per os (tabulka č. 9).

**Tabulka č. 7 - Léčba bolesti**

7.4. - 9. 4. 2009

<b>Název léku</b>	<b>Generický název</b>	<b>Forma aplikace</b>	<b>Čas dávkování</b>	<b>Skupina</b>
Durogesic 25 mg	Fentanylum	transdermální náplast	á 72 hodin	Analgetikum, anodynum
Dolmina	Diclofenacum natricum 25 mg v 1 ml inj. roztoku	Injekční roztok i.m.	při bolesti	Antirevmatikum, antiflogistikum, analgetikum
Novalgin	Metamizolum natrium monohydicum	Injekční roztok i.m.	při bolesti	Analgetikum, antipyretikum

**Tabulka č. 8 - Injekční aplikace**

7.4. - 9. 4. 2009

<b>Název léku</b>	<b>Generický název</b>	<b>i.m. forma</b>	<b>Čas dávkování</b>	<b>Skupina</b>
Dolmina	Diclofenacum natricum 25 mg v 1 ml inj. roztoku	Injekční roztok	při bolesti	Antirevmatikum, antiflogistikum, analgetikum
Novalgin	Metamizolum natrium monohydicum	Injekční roztok	při bolesti	Analgetikum, antipyretikum
Clexane 0,2 ml	Enoxaparinum 100 mg (10%) v 1 ml inj. roztoku	Injekční roztok	1 – 0 - 1	Antitrombotikum, antikoagulans

### Tabulka č. 9 - Per os aplikace

7. 4. - 9. 4. 2009

Název léku	Generický název	forma	Čas dávkování	Skupina
Euthyrox 100	Levothyroxinum natricum	tablety	1,5 – 0 - 0	Hormon štítné žlázy
Hypnogen	Zolpidemi tartras	tablety	na noc	Hypnotikum
Digoxin 0,125	Digoxinum	tablety	0 – 1 - 0	Kardiotonikum

## 9.2 DIETOTERAPIE

Zde popisuji pacientovu dietoterapii a okolnosti pacientova stravování. Pacienti v hospici mají možnost podílet se na rozhodování, jak danou stravu upravit, popřípadě jak velkou porci pacient sní, na jaké ovoce má chuť. S ohledem na možnosti zařízení a jeho zdravotním stavu. V době, kdy jsem pacienta ošetřovala, měl pacient dietu s omezením tuků (dieta číslo 4). Je to plnohodnotná, lehce stravitelná, dlouhodobě užitelná dieta se sníženým obsahem tuků. Do diety nejsou zařazeny potraviny, které mají vyšší obsah cholesterolu, proto má dieta také mírně protisklerotický charakter. Ordinuje se obvykle při onemocnění žlučníku, v odeznívajícím akutním stádiu onemocnění slinivky břišní a při onemocnění jater. Množství snědeného jídla zapisujeme v procentech, hodnotíme pouze orientačně, je to dle zvyku tohoto zařízení. Jako doplněk stravy byl zařazen Nutridrink, protože pacient trpěl nechutenstvím a přijímal menší množství stravy.

7. 4. 2009 Již pátý den od přijetí má pacient dietu č. 4 s omezením tuků vzhledem ke svému onemocnění žlučníku a žlučových cest. Dnes snědl jeden krajíc chleba k snídani, k svačině nutridrink, 70% oběda, pacient udává, že mu jídlo chutnalo. K večeru snědl jen půlku rohlíku a nutridrink.



8. 4.2009 Pacient má i nadále dietu č. 4. Dnes si stěžoval, že nemá chuť k jídlu, z celého dne snědl asi 40% a vypil tři nutridrinky.

9. 4.2009 Pacient i dnes udává nechutenství a pocit nadýmání, snědl 30%, odpoledne měl chuť na bílý jogurt. Dle lékaře je nechutenství přisuzováno základnímu onemocnění.

Podle nutričního skóre je nutriční riziko vysoké, uvádím v příloze č. 5. U pacienta je nutný zásah nutričního terapeuta, ten není v hospicovém zařízení k dispozici, proto jsem o tomto problému informovala lékaře. Podle ošetřujícího lékaře je množství stravy, kterou pacient přijímá zatím dostačující. Pokud se bude tento problém zhoršovat, přistoupí se k parenterální výživě.

### **9.3 POHYBOVÝ REŽIM, FYZIOTERAPIE**

U pana J. došlo doma k celkovému zhoršení stavu, krátce poté, co se dozvěděl o závažnosti svého zdravotního stavu. Pan J. byl přijat do Hospice s velmi omezenou soběstačností, s pomocí se zvládl přesunout do křesla.

7. 4.2009 První den mého ošetřování pacient nejvíce času trávil na lůžku (sed v lůžku), ale zvládl se i s pomocí postavit a udělat pár kroků. V chůzi byl nejistý. Oběd jedl v lůžku, říkal, že sedět u stolu se ještě necítí. Dle Barthelova testu základních všedních činností (ADL) jsem stanovila závislost středního stupně. (Viz příloha č.3)

8. 4. 2009 Pan J. zvládl chůzi s pomocí do sprchy. Chůze je nejistá, sed v lůžku zvládá sám. Při vstávání a chůzi je nutná dopomoc.

9. 4. 2009 Chůze s pomocí po pokoji a do sprchy. Většinu času pacient tráví v lůžku, cítí se unavený.

**Fyzioterapie** – Po domluvě s ošetřujícím personálem (lékaři, sestry) fyzioterapeutka docházela za panem J. podle momentálního zdravotního stavu. Za dobu mého ošetřování byla fyzioterapeutka u pacienta pouze 8. 4. 2009. S panem J. nacvičovala chůzi v chodítku, pacient chodil po chodbě, ale cítil se unavený. Měl radost, že zvládnul i delší chůzi a jeho soběstačnost se zlepšila.

U pacientovy soběstačnosti pozoruji mírné zlepšení dne 9. 4. 2009, ale dle testu ADL má pacient závislost středního stupně, jak tomu bylo i první den mého ošetřování. V lůžku se pohybuje sám, ale při vstávání a chůzi je nutná dopomoc.

## **10 PSYCHICKÝ STAV PACIENTA**

Pacient udává, že ho nejvíce trápí bolesti nohou od kolen dolů. V noci špatně spí a chtěl by silnější prášek na spaní (doma nic neužíval). Pan J. by chtěl zlepšit svoji soběstačnost a pak by chtěl pokračovat v léčbě na onkologii. Se závažností svého zdravotního stavu byl lékařem seznámen i v hospici, ale své onemocnění vytěšňuje. Rozhovoru o jeho onemocnění se vyhýbá. Pacient vůbec nepoužívá slova jako je nádorové onemocnění, rakovina. Pan J. je ve fázi negace (dle Kübler-Rossově). Pacient byl většinu času spíše smutný, ale měl zájem si povídat. Bylo na něm poznat, že ho těší můj zájem o něho. V době mého ošetřování se jednou uskutečnil rozhovor s psychologkou, která konstatovala, že pacient ještě není úplně připravený přijmout skutečnost onemocnění. Pan J. mi řekl, že mluvil s psychologkou, ale tento rozhovor více nekomentoval ani nehodnotil. Pan J. má dvě děti syna a dceru, které jsou o jeho zdravotním stavu informovány. Byla jim nabídnuta pomoc od hospicového personálu, ale o tuto možnost zatím neprojevíli zájem.

## **11 PRŮBĚH HOSPITALIZACE**

Pacient byl přijat jako akutní příjem z domova do lůžkového hospicového zařízení 2. 4. 2009 pro celkové zhoršení stavu se základním onemocněním CA žlučníku s metastázami do jater a plic. V následujícím textu shrnuji průběh hospitalizace ve dnech, kdy jsem pacienta ošetřovala.

7. 4. 2009 Ráno si pacient stěžoval na časté probouzení v noci a cítil se unavený. Měl chuť na snídani a snědl celý krajíc chleba. I k obědu snědl téměř celou porci. Ráno u něho byla provedena hygiena na lůžku, v něm také téměř celý den setrval. Při manipulaci jsme zaznamenali bolestivost, ale pan J. odmítl další léky na bolest (kontinuálně měl náplast Durogesic 25 mg, náplast). S malou pomocí se posadil v lůžku

při jídle, jinak se cítil unavený. Na bolest si nestěžoval. Pan J. udává, že je dnes celý den bez bolesti.

8. 4. 2009 Pan J. říkal, že se dnes vyspal celkem dobře. Snídani odmítá, pouze čaj. Udává nechutenství. Z celého dne snědl cca 40%. Pacient měl zájem se osprchovat, s pomocí dvou osob personálu zvládl chůzi do sprchy. Měl radost, že po delší době zvládl pár kroků. Večer udával bolesti zad a hrudníku, také si stěžoval na bolesti nohou. Byl mu aplikován Novalgin + Dolmina i.m. Pan J. informoval ošetřovatelský personál, že bolest odezněla do hodiny. Pana J. navštívil odpoledne syn, na kterého se od rána těšil.

9. 4. 2009 Noc proběhla v klidu, ráno se cítil odpočatý. Na snídani neměl chuť ani dnes. Nechutenství přetrvávalo celý den a pacient si stěžoval na nadýmání. Snědl 30%. Odpoledne chodil s fyzioterapeutkou v chodítku, při námaze se objevila dušnost, která za chvíli odezněla. K večeru si opět stěžoval na bolesti zad a dolních končetin od kolen dolů. Pacient hodnotil svou bolest na vizuální analogové škále (VAS) č. 3 – 4. Byl mu aplikován Novalgin + Dolmina i.m. a pacient udává odeznění bolesti. Asi v devět hodin usnul. Pan J. byl většinu času mého ošetřování spíše smutný, rozhovoru o jeho nemoci a prognóza se snaží vyhýbat. Podle fází Kübler-Rossové se pacient nachází ve stadiu negace, popírání skutečnosti.

Informace o pacientovi jsem předala ošetřujícímu personálu s upozorněním, kdy se u pacienta vyskytla bolest a jak na ní reagoval, dušnost, v jakých směrech se zlepšila jeho soběstačnost. S lékařem jsem konzultovala jeho psychický stav, domluvili jsme se, že i nadále budeme pokračovat v rozhovoru o jeho nemoci velmi pomalu, po částech, jak pacient bude schopen realitu přijímat.

(B 9.1, 9.2, 9.3)

# C OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

## 1 Ošetřovatelská anamnéza a současný stav pacienta

V ošetřovatelské části popisují, jak pacient vnímá svoji nemoc a hospitalizaci v hospicovém zařízení. Jsou zde rozebrány jeho základní somatické potřeby a psychosociální potřeby. Stanoveny ošetřovatelské diagnózy a plán péče ve dnech mého ošetřování 7.4., 8.4., 9.4. 2009.

### 1.1 Subjektivní náhled pacienta na nemoc a hospitalizaci a objektivní hodnocení sestrou

Pacienta jsem požádala o spolupráci při psaní kazuistiky, pan J. mě neodmítl, ale pozorovala jsem na něm jisté obavy, co ho asi čeká. Později jsem na pacientovi viděla, že je rád, když se mu hodně věnuji, zajímám se o jeho problémy a může si se mnou popovídat. Pan J. dříve nikdy vážně nestonal. Pravidelně dochází na kontroly na kardiologii, urologii a léčí se na štítnou žlázu. Pan J. o své nemoci hovoří jako o vážném onemocnění. Plánuje si, že v Hospici bude pouze dočasně a až se zlepší jeho stav, zejména soběstačnost, bude pokračovat s léčbou na onkologii. Další dny nahlas přemýšlí i o tom, jestli má cenu s onkologickou léčbou začínat. Zda by to nebylo zbytečné trápení. Přál by si vrátit se na nějaký čas ještě domů.

Pan J. s diagnózou není smířený. Je ve stádiu negace. Byl seznámen s vážností své nemoci od lékařů v nemocnici i od lékaře v hospici, ale snaží se skutečnost vytěsnit a mluví o onkologické léčbě. Já jsem se mu snažila naznačit, že onkologická léčba by jeho fyzický stav spíše zhoršila. S jeho dětmi mluvili pouze ostatní členové personálu. Dozvěděla jsem se, že jsou svému tatínkovi velkou oporou. Nejsem seznámena, jak moc jsou s touto situací smíření, protože pomoc personálu zatím odmítají. Během dalších dnů jsem vycítila z rozhovoru, že pan J. začíná přemýšlet o možnosti zůstat u paliativní péče.

(B 9.4)

## 1.2 ZÁKLADNÍ SOMATICKÉ POTŘEBY

### DÝCHÁNÍ

**Před hospitalizací:** Pan J. udává, že pociťuje dušnost při větší námaze, přisuzuje to k ICHS, díky které je sledován na kardiologii. Nijak významně ho tento problém neomezoval. Jiné problémy neudává.

**V době mého ošetřování:** Pacientovi se chvílemi hůře dýchá posledních čtrnáct dní. Tento problém konzultoval s lékařem, od kterého se dozvěděl, že je to důsledek jeho onemocnění. Dušnost se objeví spíše při námaze nebo delším mluvení. Nevyskytuje se každý den. Většinou ustoupí, když si pacient chvíli odpočine nebo po lécách proti bolesti. První den mého ošetřování bylo dýchání hluboké, klidné, pravidelné s frekvencí 16 / min. Další dny mého ošetřování se objevily bolesti hrudníku a zad. Pacient byl chvíli dušný s frekvencí 23 / min, dýchání povrchové, příznivě reagoval na podání analgetik a úlevovou polohu. Tyto bolesti a dušnost jsou přisuzovány metastázám v plicích. Pacient nemá rýmu ani kašel. Vyskytly se při námaze a delším mluvení. Jelikož se u pacienta objevily problémy s dýcháním, změřila jsem riziko vzniku komplikací v dýchacích cestách (DC). Pacient je ohrožen vznikem komplikací v DC. viz příloha č. 4

(B 8.1.1)

### HYDRATACE

**Před hospitalizací:** Pan J. udává, že se doma snažil dodržovat pitný režim. Vypije 1,5 – 2 l za den. Nejčastěji pije ovocné šťávy a čaje. Po obědě si většinou vařil šálek kávy. Na tu v poslední době nemá moc chuť, má strach, že mu bude těžko. Příležitostně má rád pivo nebo víno. Vypije 3 – 4 piva za týden. Víno pije výjimečně.

**V době mého ošetřování:** Nejčastěji pil čaje a šťávy, na kávu neměl chuť. Za den vypil 1,5 l. Pan J. nemá pocit žízně.

Objektivně: Objektivně pacient nejeví známky dehydratace (suché sliznice, stojící kožní řasa, teplá, suchá kůže, snížená náplň krčních žil, popraskané rty, snížený pohyb očních bulbů, závratě, suchý drsný jazyk, suché podpaží, špatně hmatný puls, tachykardie, hypotenze, žízeň, únava, bolesti hlavy, zhoršené kognitivní funkce). Nejsou přítomny ani známky hyperhydratace (otoky, dušnost, bolest hlavy).

## VÝŽIVA

**Před hospitalizací:** Nechutenství a časté pocity nadýmání spolu s dalšími problémy přivedli pana J. k lékaři. Občas se vyskytla nauzea, ale nezvracel. Tyto problémy pozoruje asi dva až tři měsíce. Za měsíc zhubl 9 kg. Snažil se většinou dodržovat pravidelné stravování. Přiznává, že mezi jeho oblíbená jídla patří spíše mastná a kořeněná strava. Velmi rád má vepřové se zelím a knedlíkem, ale taková jídla mu poslední dobou způsobila nadýmání. Doma byl ve stravování zcela soběstačný, dokud nenastalo celkové zhoršení stavu. Pan J. má fixní, nesnímatelnou zubní náhradu, při stravování nemá problém s rozmělněním potravy. Dutina ústní je bez defektu a jiných patologických známek.

**V době mého ošetřování:** Od prvního dne hospitalizace má pacient dietu č. 4 – s omezením tuků, vzhledem ke svému onemocnění. První den mého ošetřování snědl téměř celé porce, které dostal a měl chuť k jídlu. K pacientům v hospici dochází každé ráno vedoucí kuchyně a domluví se s pacientem na co má ten den chuť a pokud je to možné snaží se pacientům vyhovět. I pan J. využíval této možnosti a byl za to vděčný. Další dny přetrvávalo nechutenství a pocit nadýmání. Snědl 30 – 40%. Měl chuť na bílý jogurt, který celý snědl. Při stravování byl pacient téměř soběstačný. Bylo nutné pouze přichystat jídlo k lůžku. Jako doplněk stravy byl pacientovi nabídnut nutridrink. Pan J. tento přípravek užíval většinou třikrát denně. Chutnaly mu i různé příchutě.

Objektivně: Pan J. je vysoký 175 cm a jeho váha je 76 kg, za poslední měsíc zhubl 9 kg. Jeho index tělesné hmotnosti (BMI) je 25 - normální tělesné hmotnosti. Podle nutričního skóre, které uvádím v příloze č. 5, je nutný zásah nutričního terapeuta, ten není v hospicovém zařízení k dispozici, proto jsem o tomto problému informovala lékaře. Podle ošetřujícího lékaře je množství stravy, kterou pacient přijímá zatím dostačující. Pokud se bude tento problém zhoršovat, bude nutné přistoupit na parenterální výživu.

(B 9.2)

## VYPRAZDŇOVÁNÍ MOČI

**Před hospitalizací:** Pan J. se léčil na urologii pro benigní hyperplazii prostaty, přesto udává, že s močením neměl problémy, pouze chodí močit častěji, než tomu bylo, když byl mladší.

**V době mého ošetřování:** Pacientovi byl v den příjmu zaveden permanentní močový katétr (PMK), celou dobu průchozí, bez známek infekce. První den mého ošetřování byl PMK vyndán. Pacient močil do močové lahve, neměl s tím problémy. Neudává žádné pálení ani bolesti při močení.

Objektivně: Moč je bez příměsí, charakteristické barvy a zápachu. Diuréza neměřena, zda pacient močí v dostatečném množství jsem sledovala pouze orientačně při vylévání močové lahve.

## VYPRAZDŇOVÁNÍ STOLICE

**Před hospitalizací:** Pan J. neměl před hospitalizací problémy s vyprazdňováním. Většinou chodil pravidelně za 1 – 2 dny, obvykle ráno. Udává, že občas trpěl průjmem při nepravidelném stravování nebo při stresových situacích. Datum poslední stolice 5. 4. 2009, pacient stolicí popisuje tuhou, bez příměsí.

**V době mého ošetřování:** Pacient měl stolicí 8. 4. Vyprázdnil se na WC. Stolice byla formovaná, bez příměsí. Další den na stolicí nebyl. Při vyprazdňování nemá bolesti ani jiné problémy.

## SPÁNEK A ODPOČINEK

**Před hospitalizací:** Pacient udává, že se spánkem nikdy nemíval větší problémy. Léky na spaní neužíval. Pan J. spí v noci 6 – 8 hodin. Přes den 2 -3 hodiny, je to pouze lehký spánek, většinou po obědě, ne každý den.

**V době mého ošetřování:** První den mého ošetřování si pacient stěžoval na časté probouzení v noci, cítil se unavený. Od začátku hospitalizace jsou mu na noc aplikována hypnotika. Další dny si na spaní nenaříkal, ale menší únava stále přetrvává. V odpoledních hodinách se vyskytly bolesti, které příznivě reagovaly na podaná analgetika. Po obědě pan J. na hodinu usnul. Spánek v noci bolestmi rušen nebyl.

## TEPLO A POHODLÍ

**Před hospitalizací:** Pacient má rád spíše chladněji. Doma si často větral. Z oblečení jsou mu nejpohodlnější tepláky a tričko, tak chodil oblečený doma ve svém bytě. Při spaní je zvyklý na pootvřené okno.

**V době mého ošetřování:** Pan J. měl samostatný pokoj s přistýlkou, kde by s ním mohl být i někdo z rodiny, zatím je hospitalizován bez blízké osoby. K pokoji patří i sociální zařízení se sprchou, WC a umyvadlem. Panu J. jsem na pokoji často větrala podle jeho přání. V lůžku měl oblečené tričko a spodní prádlo. Hodně času trávil v lůžku, které si sám polohoval (elektrické zařízení). Lůžko je přístupné ze tří stran, uprostřed pokoje. Pan J. je s umístěním lůžka a pokojovou teplotou spokojen. Tělesná teplota se pohybovala od 36,5 – 37,0 st. Celsia. Požádal mě, aby jsem mu podložila nohy polštářem. Stěžoval si na mírné brnění nohou. Pan J. se na lůžku pohybuje bez pomoci. Při vstávání a chůzi je nutná velká dopomoc.

## BOLEST

**Před hospitalizací:** Pana J. před dvěma měsíci přivedly k lékaři nespecifické příznaky, mezi ně patřilo i pobolívání epigastria s pocity nadýmání. Udává, že jiné bolesti v minulosti neměl, než došlo k náhlému celkovému zhoršení stavu. Krátce před hospitalizací popisuje bolesti zad, hrudníku a dolních končetin. Žádné léky doma neužíval.

**V době mého ošetřování:** **7. 4. 2009** První den mého ošetřování jsem u pacienta zaznamenala bolestivost hrudníku při manipulaci u ranní hygieny, pacient odmítl nabídnuté léky proti bolesti. Říkal, že až bude v klidu, bude bez bolesti. Bolest popisuje jako mírnou, na VAS č. 1. (viz příloha č. 2) Většinu dne strávil v lůžku. Udává, že až na mírnou bolest při hygieně byl celý den bez bolesti. Pacientovi je aplikován kontinuálně Durogesic 25 mg – transdermální náplast. Náplast byla aplikována 4. 4. 13:30 hodin v oblasti pod pravou klíční kostí, výměna 7. 4. 13:30 hodin na levou stranu pod klíční kostí.

**8. 4.2009** Večer udával bolesti zad a hrudníku, popisuje ji jako tupou, neohraničenou, ze zad se šířící k hrudníku. Na VAS hodnocena č. 3. (viz příloha č. 2) Také si stěžoval na bolesti nohou při postavení a večer pocit tíhy a mírné brnění, které za chvíli odeznělo. Byl mu aplikován ve 20:00 hodin Novalgin + Dolmina i.m. Pan J. udával, že bolest odezněla do hodiny. Průběžně jsem kontrolovala náplast s analgetikem.

**9. 4. 2009** K večeru si opět stěžoval na bolesti zad a dolních končetin od kolen dolů. Bolest popisuje stejného charakteru jako předešlý den. Pacient hodnotil svou bolest na VAS č. 2 – 3. Byl mu aplikován Novalgin + Dolmina i. m. v 18:00 hodin a pacient udává odeznění bolesti. Asi v devět hodin usnul. Průběžná kontrola náplasti.



Vizuální analogová škála a sledování bolesti je v příloze č. 2.

(B 9.1.1)

## OSOBNÍ HYGIENA A STAV KŮŽE

**Před hospitalizací:** Pacient byl doma absolutně soběstačný, než došlo k celkovému zhoršení zdravotního stavu. Nejraději se sprchuje ráno a je to pro něho důležité. Svoji kůži popisuje spíše suchou bez jiných onemocnění, normální barvy. Doma občas kůži promazával indulonou.

**V době mého ošetřování:** Dle zvyku hospicového zařízení provádíme hygienu u pacienta až po snídani a po domluvě s pacientem. První den mého ošetřování byla provedena hygiena ráno na lůžku, další dny došel pacient s pomocí do sprchy, kde jsem ho osprchovala a umyla vlasy. Po osušení byla kůže suchá a místy se olupovala. Promazala jsem suchá místa tělovým mlékem a záda větrovou emulzí. Na sklérách a kůži jsou patrné známky ikteru. Na kůži není porušená integrita, je bez otoků, cyanózy. Nejsou patrné známky dehydratace ani hyperhydratace. Lůžko jsem udržovala vždy čisté a upravené.

Objektivně: pro upoutání pacienta na lůžko a suchou kůži jsem provedla zhodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové a z celkového hodnocení vyšlo zvýšené riziko vzniku dekubitů, v příloze č. 1. Kůže byla v predilekčních místech suchá, na některých místech se olupovala. Známky dekubitů (zarudlá kůže, puchýře) se za dobu mého ošetřování neobjevily.

(B 6)

## TĚLESNÁ A DUŠEVNÍ AKTIVITA

**Před hospitalizací:** Pan J. je ve starobním důchodu a mezi jeho zájmy patří hlavně luštění křížovek a čtení. Dříve to byly různé výlety, kterých se účastnil s manželkou. Po smrti ženy, která zemřela před několika lety, tráví většinu času ve svém bytě. Navštěvují ho jeho děti a pár přátel. Poslední dobou se cítil i hodně unavený a tak hodně odpočíval doma.

**V době mého ošetřování:** Pacient trávil většinu času na lůžku, žádnou velkou aktivitu nevykonával. Druhý a třetí den mého ošetřování se pan J. postavil a došel s pomocí do sprchy a s fyzioterapeutkou chodil v chodítku, měl ze svého zlepšení velkou radost. V lůžku na pokoji sledoval televizi a četl si noviny a časopis. Jeden den ho navštívil syn, s kterým strávil celé odpoledne. Tato návštěva ho moc potěšila.

## SEXUÁLNÍ POTŘEBY

Pacientovi jsem konkrétní otázky vzhledem k situaci a pokročilému věku nepokládala.

### 1.3 PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY

#### EXISTENCIONÁLNÍ

#### BEZPEČÍ A JISTOTA

Pacient má narušený pocit bezpečí a jistoty. Z rozhovoru jsem usoudila, že se pan J. bojí nejvíce toho, že ho lékaři na onkologii odmítnou léčit. Nechtěl si připustit, že v hospici už zůstane. O své nemoci mluví jako o vážné, ale vyhýbá se slovům jako je rakovina, nádorové onemocnění, umírání. Pacient je ve stádiu negace. V jednom rozhovoru začal uvažovat i o tom, zda by měla léčba na onkologii smysl, zda by to pro něho nebylo jen zbytečné utrpení. Dle psychologa ještě nějaký den vyčkáme a poté se pokusí s ním o jeho prognóze znovu promluvit. Z rozhovoru vyplynulo, že jeho velkou oporou jsou děti, o které se může opřít. Mají spolu hezký vztah.

#### ZDRAVÍ

**Před hospitalizací:** Pacient říká, že se většinou snažil dodržovat pravidelné stravování, přiznává, že měl rád masná a kořeněná jídla. Když byli s manželkou starší, bavila je oba turistika a jezdili spolu často na výlety. V poslední době se pan J. cítil často unavený a nespecifické příznaky ho přivedly k lékaři. Za velmi krátkou dobu se dozvěděl, že je vážně nemocný. Jeho stav se doma během krátké doby výrazně zhoršil.

**V době mého ošetřování:** Pacient mluví o svém stavu jako o velmi vážném. Přemýšlí o onkologické léčbě a terminální stádium nemoci vytěsňuje.

#### SOBĚSTAČNOST

**Před hospitalizací:** Předtím než došlo k celkovému zhoršení stavu byl pan J. plně soběstačný.

**V době mého ošetřování:** První den mého ošetřování pacient nejvíce času trávil na lůžku (sed v lůžku), ale zvládl se i s pomocí postavit. V chůzi byl nejistý. Oběd jedl v lůžku, říkal, že sedět u stolu se ještě necítí. Když jsem připravila jídelní stůl a jídlo k lůžku, najedl se sám. Pacient močil do močové lahve, zvládá sám bez pomoci. Při oblékání je nutná kompletní pomoc personálu.

8. 4. 2009 Pan J. zvládl chůzi s pomocí do sprchy. Chůze je nejistá, je nutná dopomoc. Sed v lůžku zvládá sám.

9. 4. 2009 Chůze s pomocí po pokoji a do sprchy. Většinu času pacient tráví v lůžku. Cítí se unavený. Odpoledne se u pacienta vyskytla dušnost, poté raději odpočíval.

Objektivně: Pacient byl ve své soběstačnosti značně omezen, proto jsem jeho soběstačnost zhodnotila pomocí Barthelova testu základních všedních činností (ADL), v hodnocení jsem stanovila závislost středního stupně. viz příloha č. 3

## SOCIÁLNÍ A EKONOMICKÉ JISTOTY

Pacient žije v bytě 3+1 ve druhém patře bez výtahu. Po smrti manželky žije v bytě sám. Často no navštěvuje syn, který bydlí nedaleko. Mají spolu hezký vztah. Dcera bydlí daleko, a proto jsou v kontaktu spíše po telefonu. Pan J. si přeje informovat o své nemoci děti. Má v nich plnou důvěru. V hospici byl navštíven oběma dětmi, častěji ho navštěvuje syn s rodinou.

## ADAPTACE NA PROSTŘEDÍ A NEMOC

Pan J. říká, že se mu v hospici líbí a je spokojen s přístupem personálu. Myslím si, že se svou nemocí ještě není smířen a vyskytuje se u něho spíše stádium negace. Je rád, že má dostatek informací a že se může v případně zájmu kohokoli zeptat.

## AFILIAČNÍ – SOCIÁLNÍ

### POTŘEBA LÁSKY

Pan J. říkal, že se někdy cítí osamocen a přisuzuje to změně prostředí a vážnosti onemocnění. Byl by rád, kdyby tady s ním mohl být někdo z jeho dětí, ale chápe, že každý musí chodit do zaměstnání. 8. 4. 2009 pana J. navštívil odpoledne syn, na kterého

se od rána těšil. V rodině mají dobré vztahy a říkal, že se může na své děti spolehnout. Vždycky když mu bylo v životě nejhůř, tak ho podržely.

## POTŘEBA SOUNÁLEŽITOSTI

Pan J. má nejbližší vztahy se svojí rodinou, manželka zemřela před lety, měli spolu pěkné manželství. Dříve měl i hodně přátel, ale dnes jich už hodně nežije, anebo jejich zdravotní stav není nejlepší a tak se už tolik nenavštěvují. Říkal, že se někdy cítí osamocen, ale tuto samotu mu kompenzují děti, hlavně syn s vnoučaty, který bydlí nedaleko a často se navštěvují.

## SEBEPOJETÍ A SEBEÚCTA

Pacient se mi svěřil, že ho trápí, jak tato nemoc narušuje i jeho důstojnost. Rodina vidí, že močí do močové lahve, špatně se pohybuje a nemůže být upraven tak, jak byl zvyklý dřív, když je upoután na lůžko a často unavený.

## SEBEREALIZACE

Pacient před hospitalizací velice rád četl a luštil křížovky. Než mu zemřela manželka, často jezdili na výlety. Poslední dobou se cítil unavený a tak většinu času trávil doma. V hospici se zabaví sledováním televize a čtením.

## DUCHOVNÍ POTŘEBY

Pan J. je pokřtěný v římskokatolické církvi, nepraktikující. Při příjmu nevyžadoval návštěvu kněze, ale při jednom našem rozhovoru se zmínil, že o tomto setkání přemýšlí, ale chce se na to připravit.

## PSYCHOSOCIÁLNÍ HODNOCENÍ

Pan J. bojuje s přijetím své nemoci. Svoji prognózu vytěsňuje. Není ještě připraven přiznat si realitu. Pan J. je velice příjemný pán. Když jsem ho žádala, zda o něm budu

moci napsat tuto práci, zřejmě nevěděl, co od toho může čekat, byl zaskočený, ale neodmítl mě. Myslím, že jsem se k panu J. hodně přiblížila, s hodně věcmi se mi svěřil a říkal, že je rád, když se mu tolik věnuji.

## **2 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY**

1 – Bolest zad, hrudníku z důvodu nádorového onemocnění projevující se bolestivými grimasami, verbalizací bolesti, dušností, změnou fyziologických funkcí.

stanoveno 8.4. 2009

2 – Strach z budoucnosti (nemoci) způsobené nádorovým onemocněním, projevující se stádiem negace, hledání různých východisek, dotazování na možnosti onkologické léčby.

stanoveno 8.4. 2009

3 - Narušená pohyblivost z důvodu celkového zhoršení stavu, bolesti projevující se omezenou soběstačností v hygieně, oblékání, vyprazdňování, chůzi s nutností dopomocí personálu.

stanoveno 7.4. 2009

4– Změna ve výživě z důvodu základního onemocnění (CA žlučníku) projevující se nechutenstvím, snížením hmotnosti a sníženým množstvím přijaté stravy.

stanoveno 7.4. 2009

5 – Porucha sebepojetí z důvodu závažného onemocnění projevující se studem, poruchou přijetí vlastního vzhledu.

stanoveno 7.4. 2009

6 – Změna ve vyprazdňování moče z důvodu omezené pohyblivosti a upoutání na lůžko s rizikem nedostatečného vyprázdnění a narušením důstojnosti pacienta.

stanoveno 7.4. 2009

7 – Ztížená komunikace pro dušnost, bolest projevující se mluvením v krátkých větách.

stanoveno 9.4. 2009

8 – Celková únava z důvodu vážného onemocnění, častého probouzení projevující se celkovým tělesným vyčerpáním, pospáváním v lůžku.

stanoveno 7.4. 2009

9 – Riziko vzniku dekubitů z důvodu upoutání na lůžko.

stanoveno 7.4. 2009

### **3 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

**Diagnóza č. 1** – Bolest zad, hrudníku z důvodu nádorového onemocnění projevující se bolestivými grimasami, verbalizací bolesti, dušností, změnou fyziologických funkcí.

Cíl: Pacient vnímá bolest jako mírnou (na VAS ji hodnotí č. 1), eventuelně je bez bolesti

Pacient se účastní na kontrole bolesti

Pacient má dostatečný odpočinek, klidný spánek

Pacient bude znát způsoby a možnosti zvládnutí bolesti

Plán péče: Navázat důvěrný vztah, aby pacient věděl, že se budeme o jeho bolest zajímat.

Zjistit stupeň bolesti na škále stupnice bolesti (VAS).

Monitorovat všechny faktory bolesti a fyziologické funkce.

Řídit se ordinací lékaře a léčbu bolesti při jakémoliv změně konzultovat s lékařem.

Kontrolovat náplast s analgetikem a zajistit její včasnou výměnu.

Zajistit úlevovou polohu – léčebnou polohu, pacient leží na zádech, popřípadě na boku, dolní končetiny jsou mírně podloženy.

Reagovat na pacientovy potřeby.

Realizace: Pacienta jsem poučila o monitorování bolesti, pravidelně jsem se o jeho bolest zajímala a zaznamenávala. První den mého ošetřování jsem zaznamenala bolest hrudníku při manipulaci u ranní hygieny, která po chvíli ustala, pacient odmítl nabídnuté analgetika. 7. 4. 2009 v 13:30 hodin jsem náplast vyměnila a aplikovala novou na místo pod levou klíční kostí. Další dny se při menší námaze objevila bolest hrudníku a zad (hodnocena na VAS č. 2-3). Byl mu aplikován Novalgin + Dolmina i.m. Bolest pozitivně reagovala na podaná analgetika. Povídali jsme si o jeho bolesti, řekl mi s čím si myslí, že je bolest spojená. Domluvili jsme se, že bolest vyvolává námaha a stres. Pacient si uvědomuje, že bolest je způsobená vážným onemocněním. Ubezpečila jsem ho, že je zbytečné, aby trpěl bolestí a aby personál při jakékoliv změně bolesti informoval. Vysvětlila jsem mu funkci náplasti, která je mu aplikována. Náplast jsem průběžně kontrolovala.

Hodnocení: Bolest se zmírnila na podaná analgetika a pacient ji hodnotil č. 0 a 1 na VAS. Většinu času byl bez bolesti. Po zmírnění bolesti vymizela i dušnost a pacientovi se lépe komunikovalo. V noci udává, že byl bez bolesti. Bolest je monitorována i nadále. Cíl splněn.

(B 9.1.1, C 1.2)

**Diagnóza č. 2** – Strach z budoucnosti (nemoci) způsobené nádorovým onemocněním projevující se stádiem negace, hledáním různých východisek, dotazováním na možnosti onkologické léčby.

Cíl: Pacient bude klidnější a smířen se svojí diagnózou

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

Pravdivě odpovídat na všechny jeho dotazy.

Poskytnout dostatek informací.

Informovat děti a zapojit je do péče.

Poskytnout jim pomoc, komunikovat s nimi a vysvětlit jim důležitost jejich doprovázení.

Nabídnout návštěvu duchovního a psychologa.

Realizace: Pacienta jsem informovala o chodu a možnostech, které poskytuje hospicové zařízení. Snažila jsem se mu předat, že strach je normální reakce na závažné onemocnění. Povídala jsem si s panem J. o jeho obavách a odpovídala na jeho dotazy. Slově, jako je konečné stádium nemoci, umírání se vyhýbal. Při jednom našem rozhovoru začal přemýšlet o tom, že by léčbu nepodstupoval, protože by to pro něho bylo velké utrpení. Více tuto myšlenku nerozebíral. Účastnil se rozhovoru s psychologem, více jeho návštěvu nerozebíral. Přemýšlí o návštěvě kněze. S dětmi pana J. jsem neměla možnost se setkat, jsou informovány o stavu pacienta od hospicového lékaře.

Hodnocení: Pacientův strach přetrvává, ale zdál se mi klidnější, když viděl od personálu zájem o jeho situaci. Rozhovoru o umírání se vyhýbá, ale začal přemýšlet o přístupu na paliativní léčbu. Za dobu mého ošetřování nedošlo k výrazné změně. Cíl částečně splněn.

(C 1.3)

**Diagnóza č. 3** – Narušená pohyblivost z důvodu celkového zhoršení stavu, bolesti projevující se omezenou soběstačností v hygieně, oblékání, vyprazdňování, chůzi s nutností dopomocí personálu.

Cíl: Pacient bude mít uspokojené potřeby v oblasti hygieny, vyprazdňování, stravování.

Pacient se bude snažit o větší soběstačnost.

Pan J. se bude aktivně podílet na některých úkonech.

Nejsou patrné žádné známky imobilizačního syndromu.

Plán péče: Zajistit soukromí, pohodlí a teplo.

Nespěchat na pacienta a zajistit, aby měl na vše dostatek času.

Vhodně pacienta motivovat, pochvala za to co zvládá.

Zjistit stupeň soběstačnosti pomocí testu ADL.

Připravit pomůcky na dosah ruky – k hygieně, ke stravování, pití na dosah,



signalizační zařízení, močová lahev.

Zajistit pacientovi potřebné pomůcky k pohybu – vozík, hrazdička.

Zajímat se, zda pacient nemá velké bolesti při pohybu.

Při nácviu pohybové aktivity spolupracovat s fyzioterapeutem.

Podávat analgetika dle ordinace lékaře.

Zapojit pana J. do sebepěče, poradit mu s kompenzačními pomůckami.

Při hygieně zajistit dostatek soukromí, tepla, čistého prádla.

Realizace: První den mého ošetřování se cítil pacient velmi unavený a hygiena byla provedena na lůžku, pacient se i tak trochu zapojil. Dle testu ADL je u pacienta závislost středního stupně. (viz příloha č. 3.) Pití, jídlo jsem mu připravila na dosah ruky a sám se najedl. Pan J. močí do močové lahve, kterou má na dosah ruky a zvládá manipulaci sám. Posazení v lůžku zvládá sám. Další dny se s pomocí postavil a došel do sprchy a WC, které jsou u pokoje. Pana J. jsem osprchovala já, seděl ve sprše na sedátku. Při chůzi se cítí nejistý. Bolest se objevila v odpoledních hodinách a k večeru, když se přemísťoval do křesla a okolo lůžka. S fyzioterapeutkou chodil v chodítku, z čehož měl pan J. velkou radost.

Hodnocení: Pocit bezmoci u pana J. přetrvával. První den mého ošetřování byl pacient z velké části závislý na personálu, další dny byla jeho závislost menší, více věcí zvládnul sám. Cíl splněn.

(B 9.3, C 1.2)

**Diagnóza č. 4** - Změna ve výživě z důvodu základního onemocnění (CA žlučníku) projevující se nechutenstvím, snížením hmotnosti, sníženým množstvím přijaté stravy.

Cíl: U pacienta nedojde k výraznému snížení tělesné hmotnosti za dobu mého ošetřování.

Včas bude rozpoznán zhoršující se stav výživy a problém řešen lékařem.

Plán péče: Sledovat množství a kvalitu stravy, kterou pacient přijme.

Zjistit nutriční riziko a index tělesné hmotnosti

Problém konzultovat s lékařem.

Zjistit na co má pacient momentálně chuť, jaká jídla nejí.

Nabízet pacientovi doplňky stravy.

Realizace: U pacienta jsem sledovala množství přijaté stravy. První den mého ošetřování snědl téměř celé porce, které dostal a měl chuť k jídlu. K pacientovi docházela každé ráno vedoucí kuchyně a domluvila se s ním na co má chuť. Pan J. této možnosti využíval a byl za ni vděčný. Další dny přetrvávalo nechutenství a pocit nadýmání. Snědl 30 – 40%. Měl chuť na bílý jogurt, který celý snědl. Jako doplněk stravy byl pacientovi nabídnut nutridrink. Pan J. tento přípravek užíval většinou třikrát denně. Chutnaly mu i různé příchutě. Pan J. za poslední měsíc ubyl 9 kg, ale index tělesné hmotnosti (BMI) je momentálně 25 - normální tělesné hmotnosti. Podle nutričního skóre, které uvádím v příloze č. 5, je nutný zásah nutričního terapeuta, ten není v hospicovém zařízení k dispozici, proto jsem o tomto problému informovala lékaře. Podle ošetřujícího lékaře je množství stravy, kterou pacient přijímá zatím dostačující. Pokud se bude tento problém zhoršovat, bude nutné přistoupit na parenterální výživu.

Hodnocení: Za dobu mého ošetřování nedošlo ke změně hmotnosti, ale riziko podvýživy trvá nadále a je vysoké. Cíl splněn.

(B 9.2, C 1.2)

**Diagnóza č. 5** – Porucha sebepojetí z důvodu závažného onemocnění projevující se studem, poruchou přijetí vlastního vzhledu, pocitu méněcennosti.

Cíl: Zachová si alespoň do jisté míry stále svoji důstojnost.

Uvědomuje si důležitost ve své rodině.

Plán péče: Zjistit co konkrétně pana J. trápí.

Navázat s pacientem důvěryhodný vztah.

Podporovat a potvrdit pacientovu důležitost, sebedůvěru, odvalu.

Podpořit rodinu a nabídnout jim pomoc.

Doporučit komunikaci s psychologem a knězem v případě pacientova zájmu.

Realizace: Pacient měl o rozhovor zájem a se spoustou věcí se mi svěřil. Myslím, že jsem si k němu vytvořila důvěryhodný vztah. Snažila jsem se ho povzbudit a podpořit

v jeho nelehké životní situaci. Snažila jsem se mu vysvětlit, že má neustále pro co žít a děti, kterým na něm záleží. Seznámila jsem ho s možností kontaktu s psychologem a knězem. S rodinou jsem neměla možnost kontaktu.

Hodnocení: U pana J. i nadále převažují spíše pesimistické myšlenky. Návštěva jeho syna mu udělala radost a uvědomuje si, že jim na sobě moc záleží. Pacient využil rozhovoru s psycholožkou, ke kterému se více nevyjadřoval. Plánuje setkání s knězem.

Cíl částečně splněn.

(C 1.3)

**Diagnóza č. 6** – Změna ve vyprazdňování moče z důvodu omezené pohyblivosti a upoutání na lůžko s rizikem nedostatečného vyprázdnění, močové infekce a narušením důstojnosti pacienta.

Cíl: Pacient má při vyprazdňování soukromí a není narušená jeho intimita.

Dostatečné vyprázdnění.

Plán péče: Zajistit intimitu při vyprazdňování.

U pacienta nevznikne močová infekce.

Pacient se cítí dostatečně vyprázdněný.

Motivovat pacienta k zapojení při hygieně, vyprazdňování.

Podněcovat pacienta k sebeobsluze a aktivitám, které zvládne sám.

Realizace: Pacientovi jsem umístila močovou lahev k lůžku na dosah ruky, po domluvě, že mu bude tento způsob vyhovovat. Při močení jsem se snažila zajistit pacientovi soukromí. Před vymočením si pan J. zazvonil a já jsem mu zatáhla závěs u prosklených dveří na terasu, protože pacient měl pocit, že je do pokoje vidět. Vysvětlila jsem mu, že nejlépe se močový měchýř vyprázdní v poloze vsedě. Snažila jsem se mu vyvrátit myšlenku, že by se mohl za něco takového stydět.

Hodnocení: Pacient se takto cítil dostatečně vyprázdněný. Manipulaci zvládal bez pomoci. Za dobu mého ošetřování se neobjevily známky infekce. Cíl splněn.

(C 1.2)

**Diagnóza č. 7** – Ztížená komunikace pro dušnost, bolest projevující se mluvením v krátkých větách a častými pauzami.

Cíl: Pacient lépe komunikuje

Usnadnit komunikaci

Plán péče: S pacientem začínat delší rozhovor v klidu, ne při námaze.

Pravidelně monitorovat bolest.

Nevysilovat pacienta při dušnosti mluvením, seznámit ho s jinou formou komunikace, např. psaní, ukázka.

Nespěchat a ujistit ho, že na něho máme dost času.

Zajisti vhodnou polohu při dušnosti, úlevovou polohu při bolesti.

Řídit se ordinací lékaře. Informovat lékaře při jakékoliv změně.

Realizace: S panem J. jsem začínala delší rozhovor, když ležel na lůžku, dobře se mu dýchalo a byl bez bolesti. Dušnost se objevila při hygieně ve sprše, pacient mluvil pomalu a ukázal mi na to, co potřebuje. Psanou formu nakonec nevyužil, dušnost nebyla tak výrazná.

Hodnocení: Pacient dobře komunikoval, na všem jsme se domluvili. Potřeboval více času při námaze. Cíl splněn.

(B 8.1.1, C 1.2)

**Diagnóza č. 8** – Celková únava z důvodu vážného onemocnění, častého probouzení projevující se celkovým tělesným vyčerpáním, pospáváním v lůžku během dne.

Cíl: Pacient se cítí odpočatý.

Jsou odstraněny vlivy, které ruší spánek.

Pacient bude mít dostatek energie

Plán péče: Pravidelně monitorovat bolest a zajistit včasnou aplikaci analgetik.

Poučit pacienta, aby nás včas informoval o bolesti.

Zajistit v noci klidné a příjemné prostředí.

Napodobit takové prostředí, na které byl zvyklý při usínání doma.

Realizace: Jelikož jsem v noci na pracovišti nebyla, informovala jsem o tomto problému noční sestru. Pacienta jsem poučila, jak má předejít rušivým elementům, například včasná monitorace bolesti, požádat personál o podmínky, na které je zvyklý doma. Ujistila jsem ho, že může kdykoliv zazvonit a jeho problémy se budou řešit. Na noc pacient dostává předepsané hypnotikum.

Hodnocení: Pacient druhý den udával zlepšení a cítil se lépe než předchozí den. Udává, že celou noc spal. Menší únava stále přetrvává. I nadále snaha personálu zajistit pacientovi klidné prostředí a kvalitní odpočinek. Cíl částečně splněn.

(C 1.2)

**Diagnóza č. 9** – Riziko vzniku dekubitů z důvodu upoutání na lůžko a suché kůže.

Cíl: Zabránit vzniku dekubitů

Plán péče: Zjistit riziko vzniku dekubitů.

Podněcovat pacienta k aktivitě.

Zajistit pravidelné polohování v případě špatné pohyblivosti.

Udržovat upravené a suché lůžko.

Použít antidekubitární pomůcky.

Zkontrolovat, zda pacient dostává dostatečnou výživu (strava obsahuje všechny složky výživy).

Realizace: Jelikož pacient trávil většinu času v lůžku, tak jsem nejprve zjistila riziko vzniku dekubitů dle Nortonové. Riziko je zvýšené (viz příloha č. 1), kůže je v predilekčních místech suchá, olupuje se. Projevy vzniku dekubitů nejsou patrné. (viz příloha č. 1). Pacient ležel vždy v suchém a upraveném lůžku. První den mého ošetřování jsem použila antidekubitární pomůcky, protože pacient trávil celý den v lůžku. Pan J. se pohybuje v lůžku sám. Pacient má dietu č. 4 s omezením tuků. Jako doplněk stravy pacient užívá nutridrink. Strava obsahuje všechny složky výživy. Vyskytuje se u něho nechutenství. Sní 30 – 40% z celkového množství podané stravy.

Hodnocení: Za dobu mého ošetřování se neobjevily žádné známky dekubitů. Cíl splněn. Riziko trvá i nadále

(C 1.2)

#### **4 ZÁVĚR A PROGNÓZA**

Pan J. byl přijat z domova pro náhlé zhoršení stavu při diagnóze karcinomu žlučníku s metastázami v játrech a plicích. Měl bolesti hrudníku, zad a končetin. Byla mu aplikována analgetika z řad opiátů, po kterých zaznamenal zmírnění bolestí. Pacient je orientovaný časem, místem, osobou. Závislost dle testu ADL je středního stupně. Při vyprazdňování moče používá močovou lahev. Stolice, plyny odchází, k přesunu na WC je třeba dopomoc. Pacient nejeví známky dehydratace. Kůže a skléry jsou ikterické.

Pacient se svojí diagnózou není smířený, je ve stadiu negace. Snaží se okolnosti související s nemocí vytěšňovat. I přesto jsem od něho slyšela myšlenku, kdy uvažoval o paliativní péči.

##### Prognóza:

Pan J. je v terminálním stadiu nemoci, hospitalizován v lůžkovém hospicovém zařízení s indikací k paliativní léčbě a doprovázením ke smrti. Dle zdravotního stavu je možné strávit nějaký čas v domácím prostředí, v rodinách jeho dětí, což by si pacient přál.

##### Sebereflexe:

Péče o tohoto pacienta byla náročná a to zejména po psychické stránce. Myslím, že jsem získala další zkušenosti, jak komunikovat s takto nemocným, u kterého se vyskytuje stadium negace a nemocný ještě není připravený tak těžkou realitu přijmout. Myslím, že postupem času ke mně pan J. získal důvěru a se spoustou věcí se mi svěřil. Vyprávěl mi zážitky a situace, které zažil se svojí rodinou. Při jednom rozhovoru začal mluvit o možnosti přistoupit na paliativní péči.

Na pacienta jsem se v hospici informovala a jeho stav se rychle horšil. Domů se už nevrátil. Pan J. zemřel zhruba za měsíc od doby, kdy jsem pacienta ošetřovala. Od personálu jsem se dozvěděla, že využil setkání s knězem a v umírání ho doprovázel syn, který do hospice dojížděl každý den. Syn i dcera byli u pana J. přítomni v okamžiku smrti. Pan J. měl křesťanský pohřeb, který si před smrtí přál.

## **D ZDROJE INFORMACÍ**

Informace o pacientovi jsem získala přímo od pacienta při rozhovoru a pozorování, z dokumentace a od zdravotnického personálu. Informace od rodiny mám zprostředkované pouze od zdravotnického personálu. Já jsem se s příbuznými nesetkala.

## E POUŽITÁ LITERATURA

ADAM Z., VORLÍČEK J., KOPTÍKOVÁ J.: *Obecná onkologie a podpůrná léčba*, Grada Publishing, Praha 2003 (788 s.), ISBN 80-247-0677-6

BAUER, J.: *Onkologie praktického lékaře*, Anomal, Praha 1994 (81 s.), ISBN 80-901474-1-0

BLAHA M.: *Vnitřní lékařství II. díl*, IDVPZ, Brno 1999 (281 s.), ISBN 57-851-99

DOENGES E. M., MOORHOUSE M.F.: *Kapesní průvodce zdravotní Grada Publishing, Praha 2001 (568 s.), ISBN 80-247-0242-8*

STAŇKOVÁ M.: *Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*, IDVPZ, Brno 2001 (55 s.), ISBN 57-873-00

SVATOŠOVÁ M.: *Hospice a umění doprovázet*, ECCE HOMO, Praha 2003 (150 s.), ISBN 80-902049-4-5

TRACHTOVÁ E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, NCONZO, Brno 2005 (186 s.), ISBN 80-7013-324-4

VORLÍČEK J., VORLÍČKOVÁ H., KONEČNÝ M.: *Klinická onkologie pro sestry*, IDVPZ, Brno 1993 (127 s.), ISBN 57-858-93



## F PŘEHLED POUŽITÝCH ZKRATEK

ADL – (aktivity daily living), Barthelův test základních všedních činností

amp.- ampule

AP – angína pectoris

BHP – benigní hyperplazie prostaty

BMI – index tělesné hmotnosti

CA – karcinom

DK – dolní končetina

FiS – fibrilace síní

ICHS – ischemická choroba srdeční

i.m. – intramuskulární podání léků

i.v. – intravenózní podání léků

K.-R. - Kübler-Rossová

OL – ordinace lékaře

OL – ošetřující lékař

PMK – permanentní močový katétr

ŠŽ – štítná žláza

Tbl. – tableta

TK – krevní tlak

TT – tělesná teplota

TU – tumor

VAS – vizuální analogová škála

Příloha č. 1

příloha č. 1

Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoci	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita
úplná	4 do 10	4 normální	4 žádné	4 dobrý	4 dobrý	4 úplná	4 není	4 chodí
malá	3 do 30	3 alergie	3 * <i>karcinom</i>	3 zhoršený	3 apatický	3 částečně omezená	3 občas	3 doprovod
částečná	2 do 60	2 vlhká	2 <i>karcinom</i>	2 špatný	2 zmatený	2 velmi omezená	2 převážně močová	2 sedačka
žádná	1 60+	1 suchá	1	1 velmi špatný	1 bezvědomí	1 žádná	1 stolice i moč	1 upoután na lůžko

\* diabetes, horečka, anémie, kachexie, onemocnění cév, obezita, karcinom atd. podle stupně závažnosti 3 – 1 bod. Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitů je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko!).

Jméno: *M. J.* .....

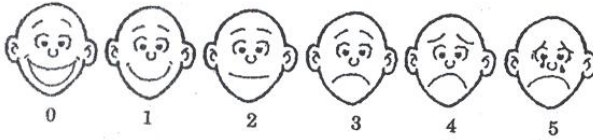
Celkové bodové hodnocení: *24* .....

Datum: *7.4.09* .....

Příloha č. 2

*příloha č. 2*

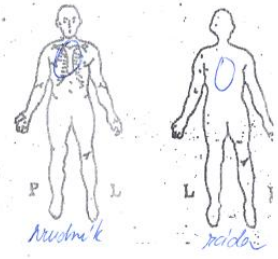
Škála výrazů obličeje



*7.4.09*

24 hod. monitorování bolesti														
Bolest	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10	12	Charakteristika
5 nesnesitelná														1 tupá
4 krutá														2 bodavá
3 silná														3 křečovitá
2 nepříjemná														4 vystřelující
1 mírná												X		5 svíravá
0 žádná														6 neuralgická
														7 neurčitá

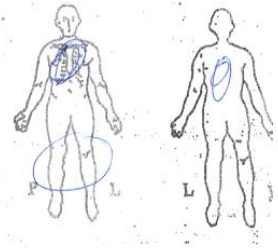
*Durogesic 25mg*



*8.4.09*

24 hod. monitorování bolesti														
Bolest	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10	12	Charakteristika
5 nesnesitelná														1 tupá
4 krutá														2 bodavá
3 silná					XX									3 křečovitá
2 nepříjemná														4 vystřelující
1 mírná						X								5 svíravá
0 žádná							X							6 neuralgická
														7 neurčitá

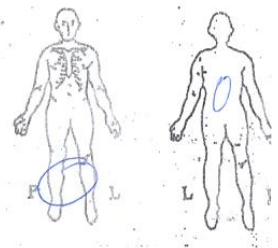
*Durogesic 25mg*



*9.4.09*

24 hod. monitorování bolesti														
Bolest	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10	12	Charakteristika
5 nesnesitelná														1 tupá
4 krutá														2 bodavá
3 silná														3 křečovitá
2 nepříjemná			X	X										4 vystřelující
1 mírná					X									5 svíravá
0 žádná							X							6 neuralgická
														7 neurčitá

*Durogesic 25mg*



*Kontinuálně Durogesic 25mg*

příloha č. 3

**Barthelův test základních všedních činností  
(ADL-activity daily living)**

činnost	provedení činnosti	bodové skóre	
		7.4	9.4
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10	
	s pomocí	5	5
	neprovede	0	
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10	
	s pomocí	5	5
	neprovede	0	
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5	
	neprovede	0	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5	5
	neprovede	0	
5. kontinence moči	plně kontinentní	10	10
	občas inkontinentní	5	
	trvale inkontinentní	0	
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10	10
	občas inkontinentní	5	
	inkontinentní	0	
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10	
	s pomocí	5	5
	neprovede	0	
8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15	
	s malou pomocí	10	10
	vydrží sedět	5	
	neprovede	0	
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15	
	s pomocí 50 m	10	10
	na vozíku 50 m	5	
	neprovede	0	
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10	
	s pomocí	5	
	neprovede	0	0

60 b. 60 b.

Hodnocení stupně závislosti:

- |               |                            |
|---------------|----------------------------|
| 0 – 40 bodů   | vysoce závislý             |
| 45 – 60 bodů  | závislost středního stupně |
| 65 – 95 bodů  | lehká závislost            |
| 96 – 100 bodů | nezávislý                  |



příloha č. 4

## MĚŘENÍ RIZIKA VZNIKU KOMPLIKACÍ

### Hodnocení rizika komplikací v dýchacích cestách

Kritéria	počet bodů 0-3
ochota spolupracovat	0
současné plicní onemocnění	3
prodělané plicní onemocnění	3
oslabení imunity	2
orotracheální manipulace	0
kuřák/pasivní kuřák	0
bolest	3
poruchy polykání	0
pohybové omezení	1
povolání ohrožující plíce	0
umělé dýchání	0
stav vědomí	0
hloubka dechu	1
léky tlumící dýchání	1
dechová frekvence	0
<b>Celkový počet bodů</b>	14 b.

0 – 6 bodů – žádné ohrožení

7 – 15 bodů – ohrožen

15 – 45 bodů – vysoce ohrožen

### Legenda:

Ochota spolupracovať	0	ochoten kontinuálne spolupracovať
	1	spolupracuje na požiadaní
	2	občas spolupracuje
	3	nechce alebo nemůže spolupracovať
Současné plicní onemocnění	0	nemá žádné
	1	lehká infekce v oblasti nosu a úst
	2	infekce v průduškách
	3	plicní onemocnění
Prodělané plicní onemocnění	0	neprodělal žádné
	1	v posledních 3 měsících prodělal lehké plicní onemocnění
	2	v posledních 3 měsících prodělal plicní onemocnění s těžším průběhem
	3	plicní onemocnění s následky na dýchacích cestách
Porucha imunity	0	není
	1	lehké oslabení imunity, které nesouvisí s generalizovanou infekcí
	2	výraznější porucha imunity
	3	úplné selhání imunity
Orotracheální manipulace	0	žádné výkony v dýchacích cestách
	1	ošetrovatelské výkony v nose a ústech
	2	oroceální odsávání
	3	endotracheální odsávání

### Kuřák/pasivní kuřák

- 0 nekouří a nebyvá v zakouřené místnosti
- 1 méně než 6 cigaret denně /byvá v zakouřené místnosti/
- 2 kouří denně 6–15 cigaret, v blízkém okolí jsou kuřáci
- 3 intenzivní kuřák

### Bolest

- 0 nemá
- 1 lehká trvalá bolest
- 2 silnější bolest bez vlivu na dýchání
- 3 silná bolest ovlivňující dýchání

### Porucha polykání

- 0 žádná
- 1 porucha polykání tekutin
- 2 porucha polykání tekuté i kašovitě stravy
- 3 porucha polykání veškeré stravy a slin

### Omezení pohybu

- 0 žádné
- 1 porucha kompenzovaná holi či změnou držení těla
- 2 pobyt na lůžku, pouze sezení v křesle
- 3 úplné omezení pohybu – pouze na lůžku

### Povolání ohrožující plic

- 0 nevykonává takové povolání
- 1 pracoval 1–2 roky v zaměstnání ohrožujícím plic
- 2 pracoval 2–10 let v zaměstnání ohrožujícím plic
- 3 víc než 10 let ve zvlášť exponovaném prostředí

Intubační narkóza/respirátor	0	nebyly v posledních 3 týdnech
	1	krátká intubační narkóza (do 2 hod.)
	2	déletrvající narkóza (nad 2 hod.)
	3	několik narkóz nebo napojení delší než 12 hod.
Stav vědomí	0	při vědomí
	1	somnolence
	2	sopor
	3	koma
Hloubka dechu	0	dýchá bez námahy
	1	dýchá namáhavě
	2	těžká dušnost
Dechová frekvence	0	14 – 20 dechů za min.
	1	přechodně nepravidelná tachypnoe/bradypnoe
	2	pravidelná, trvalá tachypnoe/bradypnoe
	3	pravidelné patologické hluboké nebo povrchní dýchání/střídání tachypnoe a bradypnoe
Léky tlumící dýchání	0	žádné nedostává
	1	občas dostává léky tlumící dýchání
	2	pravidelně dostává léky tlumící dýchání
	3	dostává léky s výrazným tlumícím účinkem, např. morfin, barbituráty.



*příloha č. 5*

### DOSPĚLÉ NUTRIČNÍ skóre

<input type="checkbox"/> 0b. věk do 65 let	<input checked="" type="checkbox"/> 1b. věk nad 65 let	
<input checked="" type="checkbox"/> 0b. BMI 20 -35	<input type="checkbox"/> 1b. BMI 18 – 20; nad 35	<input type="checkbox"/> 2b. BMI pod 18
ztráta hmotnosti za 3 měsíce		<input type="checkbox"/> 2b. 3 -6 kg
	<input type="checkbox"/> 1b. 0 – 3 kg	<input checked="" type="checkbox"/> 3b. nad 6 kg
množství jídla za poslední 3 týdny		<input type="checkbox"/> 2b. jí občas nebo neji
<input type="checkbox"/> 0b. beze změny	<input checked="" type="checkbox"/> 1b. poloviční porce	<input type="checkbox"/> 2b. zvracení , průjem > 6 za den
projevy nemoci v současné době		<input checked="" type="checkbox"/> 2b. vysoký akutní dekompenzace chronického onemocnění, rozsáhlý chirurgický výkon, pooperační komplikace, UPV, popáleniny, trauma, hospitalizace ARO, JIP, krvácení GIT
<input type="checkbox"/> 0b. žádné	<input checked="" type="checkbox"/> 1b. nechutenství , bolesti břicha	<input type="checkbox"/> 2b. nelze změřit a zvážit
stres	<input type="checkbox"/> 1b. střední chron. nemoc, DM, menší nekomplikovaný chirurgický zákrok	<input type="checkbox"/> 3b.
<input type="checkbox"/> 0b. žádný		
nelze zjistit BMI, ztrátu hmotnosti a jídlo za poslední 3 týdny		
<b>NUTRIČNÍ RIZIKO / CELKOVÝ POČET BODŮ /</b>		
<input type="checkbox"/> 0 – 3b. NÍZKÉ	NENÍ NUTNÁ NUTRIČNÍ INTERVENCE	
<input type="checkbox"/> 4 – 7b. STŘEDNÍ	NUTNÉ VYŠETŘENÍ DIETNÍ SESTROU	
<input checked="" type="checkbox"/> 8 – 12b. VYSOKÉ	NUTNÁ SPECIÁLNÍ NUTRIČNÍ INTERVENCE	

*PT.*





## Obecná rizika:

nikotismus		<input checked="" type="radio"/> ne	ano	pokud ano, kolik denně:
alkoholismus		<input checked="" type="radio"/> ne	ano	<i>přibližně, má rád pivo</i>
drogy		<input checked="" type="radio"/> ne	ano	pokud ano, jaké a jak dlouho:
alergie	jídlo	<input checked="" type="radio"/> ne	ano	pokud ano, které:
	léky	<input checked="" type="radio"/> ne	ano	pokud ano, které:
	jiné	<input checked="" type="radio"/> ne	ano	pokud ano, na co:

dekubity / *dle kódu Nortonova je u pa. zvýšené riziko vzn. dekubitu*  
pneumonie / *je ohrožen rizikem vzniku komplikací v DC*

**Důležité informace o stavu nemocného:** *pac. nemá při praxi přijmout*  
*diagnózu a jít pregnařem.*

## Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)? *před dvěma m. mi přivedly k lékaři*  
*mění kolici nadřičku a praxi nadřičku*
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? *nevim*
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? *pomalu dema, ale*  
*ne změnil*
4. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane? *že se zlepši, mají zdravotní*  
*stör (solidní) kudu mámi, pokračovat a mít vna endogii*
5. Jaké to pro vás je být v nemocnici? *je tu má přijmout, ale radši byt. žl*  
*doma*
6. Kolik času podle vašeho odhadu strávíte v nemocnici? *nevim*
7. Máte dostatek informací a vašem léčebném režimu? *ano*
8. Máte dostatek informací o nemocničním režimu? *ano*
9. Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici? Upřesněte: *ne*

## Stupeň soběstačnosti (je-li porušena, změřte stupeň poruchy):

*dle kódu ADL - náročnost střední ho, špatně*

## Komunikace:

- |                   |   |              |                   |
|-------------------|---|--------------|-------------------|
| • stav vědomí     | <input checked="" type="checkbox"/> při vědomí          | somnolence   | kóma              |
| • kontakt navázán | <input checked="" type="checkbox"/> rychle              | s obtížemi   | nenavázán         |
| • komunikace      | <input checked="" type="checkbox"/> bez problémů        | bariéry      | nekomunikuje      |
| • spolupráce      | <input checked="" type="checkbox"/> snaha spolupracovat | nedůvěřivost | odmítá spolupráci |



## HODNOCENÍ NEMOCNÉHO

### 1. Bolest a nepohodlí

- ✓ Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného?  ano  ~~ne~~ *momentálně*  
pokud ano, upřesněte: *občas se vyskytne bolest hrudníku a rad*
- ✓ Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím do nemocnice?  
pokud ano, upřesněte: *po delší dobu a naději šku, nižší bolesti rad*  ano  ne  
jak dlouho? *2-3 měsíce*
- ✓ Na čem je vaše bolest závislá? *na pohybu*
- ✓ Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíže)? *domácí odpočinek, prášek na bolest*
- ✓ Kde pociťujete bolest? *hrudník, rad*
- ✓ Pokud budete mít u nás bolesti/obtíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění? ...  
*Podat léky*

#### Objektivní hodnocení sestry:

pocit pohodlí (lůžko, teplo): *ne má žádný problém, jen J. dce často odtrah, kůže si sám pokrývá, je přitáhne na levé straně. Ven J. je s demontáží na m, kůže epiderm T.T. je 36,5°C, kůže J. jsem pokrývala mýj pokrým, kůže suchá, i. dle*  
charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změřte): *74. bolestivost hrudníku při ranou, hrudně, bolest popálené upravené*  
*mávnou, kůže, sama kůže, což byl prav. a hlava*

### 2. Dýchání

- ✓ Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním?  ano  ne  
pokud ano, upřesněte: *občas jsem se rozjel*
- ✓ Měl jste potíže před příchodem do nemocnice?  ano  ne  
pokud ano, upřesněte: *dvěna při námaze*  
jak jste je zvládal? *odpočinkem*
- ✓ Máte nyní potíže s dýcháním?  ano  ne  
pokud ano, co by vám pomohlo? *ovívat*
- ✓ Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů?  
pokud ano, zvládnete to? *nevím*  ano  ne
- ✓ Kouříte?  ano  ne  
pokud ano, kolik? *—*

#### Objektivní hodnocení sestry:

dušnost, frekvence, pravidelnost, rýma, kašel, sputum atd.: *74. byl po. bez dušnosti*  
*D. No/mis, kůže, hrudně, pravidelně*  
*— pro merna' tj. am. kůže*

### 3. Osobní péče

- ✓ Můžete si všechno udělat sám? ano  ne
- ✓ Potřebujete pomoc při mytí? ano  ne
- ✓ Potřebujete pomoc při čištění zubů? ano  ne
- ✓ Potřebujete pomoc při koupání či sprchování? ano  ne
- ✓ Kdy se obvykle koupete nebo sprchujete? *doma ráno*

#### Objektivní hodnocení sestry:

soběstačnost, upravenost, zanedbanost atd.: *ne je mi omezena soběstačnost, je třeba pomoci dynamicky, je upravený, čistý*

### 4. Kůže

- ✓ Pozorujete změny na kůži? ano  ne
- ✓ Máte obvyklou kůži? suchou  mastnou  normální
- ✓ Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť? *propracovaná, v saloban - málo*
- ✓ Svědí vás kůže? ano  ne

#### Objektivní hodnocení sestry:

celistvost, vyrážka, hematomy, opruzeniny, rány, jizvy atd.: .....

### 5. Strava a dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup?
- Máte zubní protézu? *fixní zubní náhrada* dobrý  vadný
  - Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže? dolní  horní  žádnou
  - Máte rozbolavělá ústa? ano  ne
- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu *přiměřenou* vyšší (o kolik)  nižší
- c) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu? ano  ne
- d) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu? ano  ne
- Co obvykle jíte? *maso a bramborem kasa, omáčka d. k tomu j. olej*
  - Je něco co nejíte? Proč? *ne*
  - Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován? ano  ne
  - Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice? *ne*
  - Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? *ano*

#### Objektivní hodnocení sestry

stav výživy, enterální výživa, dieta, parenterální výživa, soběstačnost: *stav na před. 2m. ráno 9kg, j. přišel je přiměřený, j. j. - BMI - 25 - norma, má dietu 4, jídlo je dobře přichytat k dýchání*



## 6. Příjem tekutin

- ✓ Změnil jste příjem tekutin od té doby, co jste onemocněl?  
zvýšil ..... snížil ..... **nezměnil**
- ✓ Co rád pijete? ..... *čaj, kof., často bobu* .....
- ✓ Co nepijete rád? ..... *alk.* .....
- ✓ Kolik tekutin denně vypijete? ..... *1,5 - 2 l* .....
- ✓ Máte k dispozici dostatek tekutin? ..... **ano** ..... ne

### Objektivní hodnocení sestry:

projevy dehydratace: ..... *pac. nejvíce m. dehydratace vmi* .....  
*hyperhydratace* .....

## 7. Vyprazdňování stolice

- ✓ Jak často chodíte obvykle na stolicí? ..... *cca 1-2 dny* .....
- ✓ Máte obvykle ..... **normální stolice** ..... *stolice má se obvyklým příjmem, nízké množství* .....  
zácpu .....  
průjem .....
- ✓ Kdy se obvykle vyprazdňujete? ..... *obvykle ráno* .....
- ✓ Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil? ..... *ne* .....
- ✓ Berete si projímadlo? ..... **nikdy** ..... příležitostně ..... často ..... pravidelně
- ✓ Máte nyní problémy se stolicí? ..... ano ..... **ne** .....
- pokud ano, jak by se daly vyřešit: .....

### Objektivní hodnocení sestry:

konzistence, barva, frekvence, příměsi atd.: ..... *7-8 pro stolici normál, poslední* .....  
*stolice 5-6, poprvé je bez příměsí, bez příměsí, ca 1-2 dny* .....

## 8. Vyprazdňování moči

- ✓ Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice? ..... **ano** ..... ne  
pokud ano, upřesněte: ..... *problém s močením, problém s močením, problém s močením* .....  
jak jste je zvládal? ..... *problém s močením, problém s močením* .....
- ✓ Co by vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici? ..... *nic, problém* .....
- ✓ Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice? ..... ano ..... **ne** .....
- pokud ano, myslíte, že to zvládnete? .....

### Objektivní hodnocení sestry:

diuréza, barva atd.: ..... *pac. je bez problémů, dobrý stav a výprcha* .....  
*diuréza normální, pac. v normálním* .....

## 9. Lokomotorické funkce

- ✓ Máte potíže s chůzí?  ano  ne  
pokud ano, upřesněte: *nejísta!*
- ✓ Měl jste potíže s chůzí už před přijetím?  ano  ne  
pokud ano, upřesněte: *točím při pohybu / ukloním / odnášim se*
- ✓ Řekl vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil?  ano  ne  
pokud ano, upřesněte: *neřekl*
- ✓ Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění?  ano  ne  
pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete? *nevím*

### Objektivní hodnocení sestry:

## 10. Smyslové funkce

- ✓ Máte potíže se zrakem?  ano  ne  
pokud ano, upřesněte: *byl to má blízká 3D*
- ✓ Nosíte brýle?  ano  ne  
pokud ano, máte s nimi nějaké problémy? *nevím*
- ✓ Slyšíte dobře?  ano  ne  
pokud ne, užíváte naslouchadlo?  ano  ne  
jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl? .....

Objektivní hodnocení sestry: *Pac. dobře komunikuje / není nijak zraněn / ne vyplývá z funkce*

## 11. Fyzická a psychická aktivita

- ✓ Chodíte do zaměstnání? Pokud ano, co děláte? *ne*
- ✓ Máte potíže pohybovat se v domácnosti?  ano  ne
- ✓ Máte doporučeno nějaké cvičení? Pokud ano, upřesněte: *ne*
- ✓ Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici? *nejvíce*  ano  ne
- ✓ Co děláte rád ve volném čase? *hra, četím knihy*
- ✓ Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici? .....
- ✓ Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění? *ani ne, měl by být zraněn*

Objektivní hodnocení sestry: *Pac. hodně aktivní v rámci svého stavu. Je u vědomí a dělá si na TV. Ale se žádnými úpravami*



## 12. Odpočinek a spánek

- ✓ Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání? ..... *8,5* .....
- ✓ Máte doma potíže se spánkem? ..... *ano* ..... *(ne)*  
pokud ano, upřesněte: .....
- .....
- ✓ Kolik hodin obvykle spíte? ..... *8,5* .....
- ✓ Usínáte obvykle těžko? ..... *ano* ..... *(ne)*
- ✓ Budíte se příliš brzo? ..... *(ano) nikdy* ..... *ne*  
pokud ano, upřesněte: .....
- ✓ Co podle vás způsobuje vaše potíže? ..... *stárání, poruchy* .....
- ✓ Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát? ..... *přírodní medicína* .....
- ✓ Berete doma léky na spání? ..... *ano* ..... *(ne)*  
pokud ano, které: .....
- ✓ Zdrímnete se i během dne? Jak často a jak dlouho? ..... *ano, budím se pro oběd* .....

### Objektivní hodnocení sestry:

únava, denní a noční spánek apod.: ..... *pac. se spí a hospicijní oš. usne; pokud se v noci a popolední během dne.* .....

## 13. Sexualita

(otázky závisejí na tom, zda pacient považuje potřebné o tom mluvit)

- ✓ Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem partnerském vztahu? ..... *ano* ..... *ne*  
pokud ano, upřesněte: .....
- .....
- ✓ Očekáváte, že se změní po odchodu z nemocnice váš intimní život? ..... *ano* ..... *ne*  
pokud ano, upřesněte: .....
- .....

- pacient o sexualitě nechce hovořit

- otázky nebyly položeny z důvodu vysokého věku nemocného

## 14. Psychologické hodnocení

- |                                      |                                  |                             |            |
|--------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|------------|
| • <b>emocionalita</b>                | <i>(stabilní)</i>                | spíše stabilní              | labilní    |
| • <b>autoregulace</b>                | <i>(dobře se ovládá)</i>         | hůře se ovládá              |            |
| • <b>adaptabilita</b>                | <i>(přizpůsobivý)</i>            | nepřizpůsobivý              |            |
| • <b>příjem a uchování informací</b> | <i>(bez zkreslení)</i>           | zkresleně (neúplně)         |            |
| • <b>orientace</b>                   | <i>(orientován)</i>              | dezorientován               |            |
| • <b>celkové ladění</b>              | <i>(úzkostlivý<br/>sklíčený)</i> | <i>(smutný)</i><br>apatický | rozzlobený |

## 15. Rodina a sociální situace

- ✓ S kým doma žijete? *osobně, po úvodu maminky*
- ✓ Kdo je pro vás nejdůležitější člověk (nejbližší) člověk? *dráha - Vojta a dcera*
- ✓ Komu mohou být poskytnuty inf. o vašem zdrav. stavu? *otcovi*
- ✓ Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu? *často má návštěvy*
- ✓ Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat? *ano*
- ✓ Je na vás někdo závislý? *ne*
- ✓ Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? *ne*
- ✓ Kdo se o vás může postarat? *ne* *nepoložená otázka*

**Sociální situace** (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci atd.):

*pan. J. bydlí sám x bydlí 3T1 bez vlahen. Medulek (2km)  
bydlí s pan. a rodinou, často má návštěvy, dcera je z daleka.  
pan. J. má pár přátel, blízko má návštěvy.*

**Chcete mi ještě něco říci, co by vám pomohlo v ošetrovatelské péči:**

*radím nic*

## 16. Souhrnné hodnocení nemocného

**Shrnutí závěru důležitých pro ošetrovatelskou péči**

*pan. J. je nemocný kvůli úrazu, není připravený k tomu, aby se staral o sebe, potřebuje pomoc s ošetrovatelskou péčí. Někdy se hoče k němu, ale často má návštěvy. Dívka je z daleka. Pan. J. má pár přátel, blízko má návštěvy. Dívka je z daleka. Pan. J. má pár přátel, blízko má návštěvy. Dívka je z daleka. Pan. J. má pár přátel, blízko má návštěvy. Dívka je z daleka.*



**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta  
Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí  
do závěrečné práce absolventa studijního programu  
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

V            dne

---

jméno a příjmení zájemce

## EVIDENCE VÝPŮJČEK

Prohlášení:

Beru na vědomí, že odevzdáním této závěrečné práce poskytuji svolení ke zveřejnění a k půjčování této závěrečné práce za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

V Praze, 15. 5. 2009

Lucie Řeháková

Podpis autora závěrečné práce

Jako uživatel potvrzuji svým podpisem, že budu tuto práci řádně citovat v seznamu použité literatury.

<b>Jméno</b>	<b>Ústav / pracoviště</b>	<b>Datum</b>	<b>Podpis</b>

