

Paliativní a hospicová péče

**Studijní opora pro nelékařské
zdravotnické pracovníky**

doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

Zlín 2017

KATALOGIZACE V KNIZE - NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Kala, Miroslav

Paliativní a hospicová péče: studijní opora pro nelékařské zdravotnické pracovníky / Miroslav Kala, Zlatica Dorková. --

Vydání: první. -- Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2017. --

1 online zdroj

ISBN 978-80-7454-668-6 (online; pdf)

616-093.75 * 364-58 * (075.8)

- paliativní péče

- hospicová péče

- učebnice vysokých škol

616 - Patologie. Klinická medicína [14]

37.016 - Učební osnovy. Vyučovací předměty. Učebnice [22]

Informace o autorech:

doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

Ústav zdravotnických věd

Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Mostní 5139

760 01 Zlín

Tel.: + 420 576 038 164; + 420 576 038 159

E-mail: kala@fhs.utb.cz, dorkova@fhs.utb.cz

Oponenti:

Mgr. et Mgr. Zdeňka Dohnalová, Ph.D.

doc. MUDr. Pavel Vodvářka, Ph.D.

Jazyková korektura nebyla provedena, za jazykovou správnost odpovídají autoři.

Rozmnožování a šíření jen se svolením autorů a FHS UTB ve Zlíně.

1. vydání

© Miroslav Kala, Zlatica Dorková







ISBN 978-80-7454-668-6

OBSAH

OBSAH	4
VYSVĚTLIVKY K POUŽÍVANÝM SYMBOLŮM	6
ÚVOD	7
1 PALIATIVNÍ A HOSPICOVÁ PÉČE	8
1.1 DEFINICE PALIATIVNÍ PÉČE.....	8
1.2 PRINCIPY PALIATIVNÍ PÉČE	10
1.3 CÍLOVÁ SKUPINA PACIENTŮ	11
1.4 CÍLE PALIATIVNÍ PÉČE	11
1.5 FÁZE NEVYLÉČITELNÉHO ONEMOCNĚNÍ	12
1.5.1 Fáze kompenzovaného onemocnění	12
1.5.2 Fáze zlomu.....	12
1.5.3 Terminální fáze onemocnění.....	12
1.6 TYPY PALIATIVNÍ PÉČE	13
1.7 ORGANIZAČNÍ FORMY SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE	13
1.8 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ KVALITU POSKYTOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE.....	15
2 KOMUNIKACE V PALIATIVNÍ PÉČI	17
2.1 ZÁSADY KOMUNIKACE V PALIATIVNÍ PÉČI	17
3 MANAGEMENT BOLESTI	23
3.1 MOŽNOSTI LÉČENÍ BOLESTI U ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH	26
3.2 NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY FARMAKOTERAPIE BOLESTI	30
3.3 TERMINÁLNÍ ANALGOSEDACE.....	32
4 NEJČASTĚJŠÍ SYMPTOMY V PALIATIVNÍ PÉČI	37
4.1 DUŠNOST	37
4.2 KAŠEL	40
4.3 HEMOPTÝZA	40
4.4 KOŽNÍ ONEMOCNĚNÍ.....	41
4.5 SVĚDĚNÍ (PRURITUS)	44
4.6 ÚNAVA	44
4.7 PORUCHY VÝŽIVY	45
4.8 ZAŽÍVACÍ OBTÍŽE.....	47
4.9 UROGYNEKOLOGICKÉ PROBLÉMY	50
4.10 METASTATICKÉ POSTIŽENÍ SKELETU	52
4.11 NEJČASTĚJŠÍ PSYCHIATRICKÉ SYMPTOMY	54
5 AKUTNÍ A PALIATIVNÍ TERAPIE	57

5.1	URGENTNÍ STAVY V PALIATIVNÍ HOSPICOVÉ PÉČI	57
5.2	VZÁJEMNÝ VZTAH AKUTNÍ A PALIATIVNÍ TERAPIE	61
	ZÁVĚR	63
	O AUTORECH.....	64
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	65

VYSVĚTLIVKY K POUŽÍVANÝM SYMBOLŮM

	Cíle
	Pojmy k zapamatování
	Důležitá pasáž textu
	Pro zájemce
	Úkol
	Kontrolní otázky



ÚVOD

Vážená studentko, vážený studente,

při vykonávání své odborné činnosti se budete setkávat s umírajícími pacienty a jejich rodinami nebo blízkými. Tento učební text má být pro Vás inspirací, jak poskytovat paliativní a hospicovou péči v českých podmínkách. Tato studijní opora není rozhodně vyčerpávající, proto budeme rádi, když si po jejím prostudování najdete čas i na studium doporučené literatury.

Součástí textu jsou také kontrolní otázky. Na většinu z nich najdete odpovědi přímo zde anebo v doporučené literatuře, která je uvedena na konci této publikace. Na jiné Vám rádi odpovíme ve výuce a na konzultacích.

Uvítáme také Vaše připomínky a náměty k této studijní opoře. Pevně věříme, že Vám tento text bude nápomocný nejenom pro úspěšné zvládnutí zápočtu a zkoušky, ale že získané poznatky využijete především ve své klinické praxi.

Miroslav Kala
Zlatica Dorková



1 PALIATIVNÍ A HOSPICOVÁ PÉČE

Cíle

Po prostudování této kapitoly budete schopni:

- definovat paliativní péči;
- uvést principy paliativní péče;
- vyjmenovat, komu je paliativní péče zejména určena;
- zhodnotit cíle paliativní péče;
- popsat fáze nevléčitelného onemocnění.



Pojmy k zapamatování

paliativní péče, hospic, cíle, principy, fáze nevléčitelného onemocnění



1.1 Definice paliativní péče

Definice paliativní péče lze v odborné literatuře nalézt více. Poměrně výstižné se jeví následující vyjádření tohoto pojmu: Paliativní péče je komplexní péče zaměřená na biologické, psychické, sociální a spirituální potřeby nemocného postiženého nevléčitelnou chorobou, která dosáhla pokročilé anebo terminální a kauzálně neovlivnitelné fáze.

Další z celé řady definic pochází z materiálu sloužícího ke vzdělávání praktických lékařů (Skála a kol., 2011, s. 3): *Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým. Paliativní péče chápe umírání jako přirozenou součást lidského života a vychází z toho, že každý člověk prožívá závěrečnou část svého života se všemi jeho tělesnými, duševními, sociálními, duchovními a kulturními aspekty zcela individuálně. Chrání důstojnost nevléčitelně nemocných a klade hlavní důraz na kvalitu života. Na-*



bíží všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka.

Důležitá pasáž textu

Je vhodné připomenout, že zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách pojem hospic anebo hospicová péče nepoužívá a hovoří o paliativní péči, kterou vymezuje jako specifický druh zdravotní péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevy léčitelnou nemocí.



Paliativní přístup v léčení a péči o nemocné mohou (a měli by) uplatnit všichni zdravotničtí pracovníci, kteří se starají o nemocné s život ohrožujícím onemocněním v terminálním stádiu. Specializovaná paliativní péče patří do rukou zdravotníků, kteří mají speciální znalosti a zkušenosti.

Paliativní péče je historicky a myšlenkově spojena s lůžkovými zařízeními, kterými jsou hospice. Slovo hospic má svůj původ v označení útulku či domu odpočinku, které sloužily pocestným. Za první hospic nejvíce se blíží současnému pojetí těchto zařízení je pokládán Hospic Svatého Kryštofa (Saint Christopher's Hospice), který v roce 1967 založila v Londýně Cicely Saundersová. V našem státě byl jako první otevřen v roce 1995 Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, o jehož vznik se zasloužila lékařka a propagátorka paliativní hospicové péče MUDr. Marie Svatošová.

Pro zájemce

Marie Svatošová je českou lékařkou, publicistkou a spisovatelkou. Považuje se za zakladatelku a vůdčí osobnost českého hospicového hnutí. K přečtení doporučujeme tyto její publikace:

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. 149 s. ISBN 978-80-7195-580-1.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 109 s. ISBN 978-80-247-4107-9.





1.2 Principy paliativní péče

Paliativní medicína podporuje život, ale neusiluje o oddalování aktuálně nevyhnutelné smrti. Umírání a smrt jsou pokládány za neodmyslitelnou součást života. V zařízeních poskytujících paliativní péči jsou vynakládány veškeré dostupné prostředky ke zmírnění tělesného, psychického, sociálního a spirituálního utrpení těžce nemocných a umírajících.

Základní filozofie hospice vychází z úcty k životu a úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti, která v závěrečném životním období zasluhuje ohleduplné a citlivé jednání, jehož cílem je zachovat lidskou důstojnost a respektovat jeho hodnotové priority. Paliativní péče nabízí podporu příbuzným a přátelům umírajících a vytváří podmínky k udržování a rozvíjení jejich vzájemných vztahů a kontaktů.

Paliativní péče je založena na interdisciplinární spolupráci lékařů a ostatních zdravotníků, psychologů, zdravotně sociálních pracovníků / sociálních pracovníků, pastoračních asistentů a duchovních, kteří vytvářejí interdisciplinární týmy. Nedílnou součástí procesu je aktivní zapojení rodinných příslušníků nemocného a také dobrovolníků. Míra zapojení rodinných příslušníků závisí zcela na jejich svobodném rozhodnutí, které je třeba respektovat.

Zařízení paliativní péče usilují o vytváření kolegiálních vztahů se zařízeními poskytujícími akutní zdravotnickou péči a snaží se šířit myšlenky paliativní péče do řad nejen zdravotníků, ale i laiků, aby se stala dostupnou všem potřebným nemocným.

Úkol

Víte kolik hospiců je v České republice? Kde naleznete nejbližší hospic ve vašem okolí? Zpracujte si přehled hospiců, k tomu vám může pomoci webová stránka Hospice.cz.





1.3 Cílová skupina pacientů

Paliativní péče je poskytována v prvé řadě onkologickým nemocným, jejichž choroba nezadržitelně postupuje navzdory komplexní onkologické léčbě. Kromě toho je paliativní péče indikována u některých neonkologických onemocnění. Mezi tyto choroby náleží těžká postižení po cévních mozkových příhodách, konečné stádium chronické kardiální insuficience, chronická obstrukční bronchopulmonální nemoc, jaterní cirhóza, chronická renální insuficience, pokročilé demence z různých příčin, některá neurologická onemocnění, například amyotrofická laterální skleróza, vigilní kómata a také závažné klinické stavy u polymorbidních geriatrických nemocných, u kterých nelze dosáhnout kauzální léčbou žádného zlepšení zdravotního stavu.

1.4 Cíle paliativní péče

Cílem paliativní péče je zmírnit tělesná a duševní strádání pacienta při zachování jeho důstojnosti, což znamená, že je kladen důraz i na jeho sociální a spirituální problémy. Rovněž je poskytována podpora jeho blízkým.

Paliativní péče zahrnuje do své působnosti nemocné s různým stupněm zdravotního postižení. Nemocný v terminální fázi choroby trpí různými tělesnými a psychickými symptomy, jako je bolest, nauzea a zvracení, dušnost, poruchy vědomí, poruchy mobility, anxiozita a deprese, poruchy výživy atd. Cílem paliativní péče je vytvořit individuální léčebný plán zahrnující celostní přístup k nemocnému po stránce biologické, psychické, sociální a spirituální. Prioritou není za každou cenu prodlužovat délku života anebo dokonce pacientovo umírání, ale dosáhnout co nejvyšší možné kvality jeho života a minimalizovat jeho diskomfort. Resuscitační postupy nejsou indikovány, ale v žádném případě není přijatelná eutanazie v jakékoli podobě. Cíle paliativní péče nejsou během poskytování paliativní péče neměnné. Během vývoje onemocnění musí být cíle paliativní péče pravidelně a důsledně vyhodnocovány a přepracovány. Například u nemocného trpícího silnými bolestmi, které se léčbou podařilo zvládnout, může v dalším období dominovat úzkost, poté porucha mobility, posléze například dušnost a deliriózní stavy. Všechny změny zdravotního stavu musí vést k přehodnocení a optimálnímu nastavení poskytované komplexní péče.



Úkol

Zopakujte si, co víte o uvedených symptomech: bolest, nauzea a zvracení, dušnost, poruchy vědomí, poruchy mobility, anxiozita a deprese, poruchy výživy.



1.5 Fáze nevléčitelného onemocnění

1.5.1 Fáze kompenzovaného onemocnění

Nemocný s nevléčitelným onemocněním je udržován kauzálními léčebnými postupy doplněnými o symptomatickou léčbu v dobrém klinickém stavu. Tato fáze může nezdědka trvat i několik let. Průběh bývá kolísavý s dobrou odezvou na zintenzivnění poskytované terapie. Při náhlém zhoršení není vyloučeno ani poskytnutí intenzivní léčebné péče. V této fázi jsou také plně léčeny přidružené choroby nemocného. Rozhodnutí o případné resuscitaci v důsledku oběhového selhání způsobeného náhle vzniklým onemocněním, které nesouvisí s onemocněním základním (například při infarktu myokardu), je nutno zvažovat individuálně.

1.5.2 Fáze zlomu

V poměrně krátkém časovém období (zpravidla několika dnů či týdnů) se zdravotní stav nemocného prudce horší. Náhlá změna bývá nezdědka překvapením pro nemocného i jeho rodinu. Kauzální léčba se stává neefektivní, stále více se uplatňují paliativní léčebné a pečovatelské postupy.

1.5.3 Terminální fáze onemocnění

Životní prognóza nemocného se zkracuje na týdny či dokonce dny. Nemocný se stává plně závislým na pomoci druhé osoby ve všech denních úkonech. Paliativní péče usiluje o minimalizaci diskomfortu a zajištění důstojného průběhu umírání.

Rozhodnutí o fázi, ve které se nemocný nachází, může být někdy obtížné a vyžaduje určité znalosti a zkušenost. V individuálních případech lze zaznamenat i různé překvapivé zvraty. Správné ohodnocení fáze onemocnění má dalekosáhlé praktické důsledky. Bylo by chybou neposkytnout nemocnému, který se nachází ve fázi kompenzovaného onemocnění, kauzální a případně intenzivní péči. Nao-



pak prodlužování zatěžující a nákladné kauzální terapie do terminální fáze onemocnění je pro nemocného a jeho rodinu škodlivé. Přechod kauzální terapie do paliativní péče musí být nemocnému řádně vysvětlen a ve zdravotnické dokumentaci zaznamenán. V případě odůvodněných pochybností je správné pokračovat v léčbě kauzální a během ní stav nemocného pečlivě sledovat a vyhodnocovat.

1.6 Typy paliativní péče

Obecnou paliativní péči poskytují v případě nutnosti všichni zdravotníci bez ohledu na svou specializaci a to v rámci svých specializačních oborů. Cílem této péče je zajištění co nejvyšší kvality života a omezení diskomfortu nevléčitelně nemocného. Důležitou podmínkou je zajištění dobré komunikace s nemocným a jeho rodinou při respektování hodnotového systému a důstojnosti nemocného. Tato péče bývá poskytována nejen u chronických nevléčitelných nemocných, ale také u nemocných s akutním začátkem léčebně nevládnutelné choroby například v péči anesteziologicko-resuscitačních oddělení.

Specializovaná paliativní péče je založena na působnosti interdisciplinárních týmů, které mají tento způsob péče ve své hlavní pracovní náplni. Péče probíhá v institucích, které jsou k tomuto záměru speciálně zřízeny - viz dále.

1.7 Organizační formy specializované paliativní péče

Domácí paliativní péče (mobilní hospic) umožňuje zajistit potřebnou paliativní péči v domácím prostředí pravidelnou návštěvní službou zajištěnou zdravotníky a dalšími členy týmu, jehož cílem je poskytnout nejen zdravotní péči, ale také služby psychologické, sociální a spirituální. V České republice se tato forma péče postupně rozšiřuje, ne vždy však nachází potřebnou oporu v legislativních opatřeních.

Pro zájemce

Příkladem je mobilní hospic Nejste sami v Olomouci, který poskytuje specializovanou péči pacientům s život ohrožujícími onemocněními, kteří před sebou mají méně než tři měsíce života. Ve svém přístupu vychází mobilní hospic z úcty k životu a klientům se snaží poskytnout úlevu od bolesti





a jiných závažných symptomů, ale také podporu psychologickou, sociální a spirituální.

Hospic jako samostatné lůžkové zařízení bývá vybaven zpravidla 20ti až 30ti lůžky zpravidla na nadstandardně vybavených pokojích. Lůžkové hospice vytvářejí zázemí pro plné rozvinutí komplexní multidisciplinární paliativní péče za spolupráce s rodinou nemocného. Stávají se optimálním řešením v případech, kdy se paliativní péče poskytovaná v domácím prostředí stává nezvladatelnou.

Úkol

Prostřednictvím níže uvedených kazuistik se zamyslete nad vlivem délky pobytu v hospici na vnímání smysluplnosti poskytnuté péče:



Kazuistika č. 1

Do hospice byl v 9.20 hod. z domova přijat 64letý muž s diagnózou akutní myeloidní leukémie, který byl v péči rodiny. Při přijetí nereagoval na slovní, taktilní, ani algické podněty. Přítomny byly příznaky oběhového selhávání s TK 75/60 a s tachykardií 140 pulzů za minutu. Nemocný zemřel v den přijetí v 16.00 hod. v přítomnosti rodinných příslušníků, kteří ocenili zajištění ošetrovatelské péče a také psychickou podporu, které se jim dostalo.

Kazuistika č. 2

67letá žena s diagnózou hepatocelulárního karcinomu byla přijata do hospice z domácího prostředí v 10:30 hod. Při přijetí byla schopna verbální komunikace, trpěla bolestí, která byla velmi intenzivní navzdory aplikovaným opioidům. Již několik dní nebyla schopna perorálního příjmu, patrný byl ikterus a dehydratace, kromě bolesti ji sužovala žízeň. Byla zajištěna analgetizace a přívod tekutin. Nemocná zemřela v klidu ve spánku v den přijetí v 22:15 hod. Rodina ocenila odborný přístup ošetřujícího personálu, který zajistil mamince klidný odchod.

Kazuistika č. 3

84letá polymorbidní žena s projevy povšechné aterosklerózy, kardiální insuficiencí a demencí byla doporučena k paliativní hospicové péči z klinického pracoviště. Vzhledem k předpokládané špatné prognóze jí nebyla při nemožnosti zajistit perorální výživu zavedena ani nasogastrická



sonda. Při přijetí do hospice nebylo s nemocnou možné navázat verbální kontakt, reagovala pouze na algické podněty. Zemřela do 24 hodin po přijetí. Syn nemocné vyjádřil svou nespokojenost s postupem klinického pracoviště. Překlad pokládal za neetický a nehumánní.

Krátká doba pobytu v hospici v trvání jednoho či dvou dní není výjimkou. Klade však vysoké nároky na adaptaci nemocného a neumožňuje využít všechny možnosti, které toto zařízení nabízí. Za určitých podmínek může být i krátkodobá hospitalizace vnímána rodinou nemocného jako přínosná, v jiných případech vyznívá hodnocení negativně.

Oddělení specializované paliativní péče v rámci jiných lůžkových zařízení by měla vytvářet návaznost na péči poskytovanou na lůžkách akutní péče. V našem státě se tato forma péče uplatňuje spíše výjimečně.

Ambulance paliativní medicíny slouží k zajištění péče o nemocné, u kterých byla pro nezládnutelnost choroby ukončena kauzální léčba, ale jejichž dosud dobrý klinický stav umožňuje docházet do ambulantního zařízení.

Konziliární tým paliativní péče v rámci jiného zdravotnického zařízení má za cíl spolu se zdravotníky jiných odborných specializací vyhodnotit fázi onemocnění, ve které se nemocný nachází a přispět ke zvážení včasné indikace a volbě adekvátní formy poskytování paliativní péče.

1.8 Faktory ovlivňující kvalitu poskytované paliativní péče

Důležitá pasáž textu

Paliativní péče musí být poskytována v souladu s poznatky lékařské vědy a s platnou legislativou, rovněž také v souladu s etickými kodexy platnými v rámci profesí, které se na této službě podílejí.



Kvalitu poskytované paliativní péči ovlivňují **faktory vnitřní**, které zahrnují personální a materiální vybavení poskytovatelů. Neméně významné jsou však také **faktory zevní**, které nejsou na poskytovatelích paliativní péče přímo závislé. Do této oblasti patří působení jiných zdravotnických zařízení (oddělení akutní péče,



ambulance praktických lékařů aj.), ve kterých je o indikaci paliativní péče rozhodováno. Na těchto pracovištích je budoucí kvalita paliativní péče ovlivněna způsobem podávání potřebných informací a vhodným časováním zahájení paliativní péče. Lékaři, kteří se vyhýbají otevřené komunikaci s nemocnými a jejich rodinami, udržují v nemocných a jejich rodinách falešné naděje, indikují paliativní péči pozdě anebo dokonce vůbec ne a tím dostávají nemocné a jejich blízké do psychicky a sociálně obtížných situací nemluvě o důsledcích zdravotních, kdy bývá zanedbávána léčba závažných symptomů, například bolesti či poruch výživy. Mezi zevní faktory, které ovlivňují dostupnost a kvalitu poskytované paliativní péče, patří legislativní a ekonomické podmínky založené na stavu konkrétní společenské kultury.

Kontrolní otázky

1. Uveďte definici paliativní péče, která Vás nejvíce oslovila.
2. Jaká je filozofie hospicové péče?
3. Kdo založil hospic v Červeném Kostelci? Co o této osobě víte?
4. Komu je paliativní péče zejména určena?
5. Jaký je cíl paliativní péče?
6. Vyjmenujte fáze nevléčitelného onemocnění.
7. Jaké máme typy paliativní péče?
8. Popište organizační formy specializované paliativní péče.
9. Jaké faktory mohou ovlivnit kvalitu poskytované paliativní péče?





2 KOMUNIKACE V PALIATIVNÍ PÉČI

Cíle

Po prostudování této kapitoly budete schopni:

- popsat nezastupitelnou roli zdravotnických pracovníků v komunikaci s umírajícím a jeho rodinou;
- objasnit důležitost komunikace v přístupu k umírajícím;
- znát zásady nedirektivního rozhovoru v paliativní péči;
- popsat fáze vyrovnávání se s nemocí podle E. K. Rossové;
- vyjádřit základní předpoklady pro účinnou komunikaci v paliativní péči.



Pojmy k zapamatování

zásady komunikace, nedirektivní rozhovor, fáze podle E. K. Rossové



2.1 Zásady komunikace v paliativní péči

Komunikace v paliativní péči má nezpochybnitelný význam, který nelze podceňovat. Měla by být zahájena dříve, než je k paliativní péči přistoupeno. Nemocný, jehož onemocnění dospělo do stádia zakládajícího indikaci k poskytnutí paliativní péče, se nachází ve velmi těžkém životním období, které na něho klade vysoké nároky. Značné zátěže nejsou ušetřeni ani jeho nejbližší. Komunikaci s nemocnými a jejich rodinami je nezbytné vést citlivě a s porozuměním. Nejistota, strach a nepříjemné tělesné symptomy činí nemocné zranitelnými. Mezi hlavní zásady komunikace s nemocným v paliativní péči náleží přijetí nemocného s úctou a respektem. K nemocnému přistupujeme s empatií a trpělivostí při naslouchání. Neuchylujeme se ke lži, i když pravdivé informace nesdělujeme v míře, kterou není nemocný schopen přijmout. Informace má právo získat v první řadě nemocný a až poté jeho rodina, pokud s tímto postupem nemocný souhlasí. Pokud nemocný není schopen adekvátně s lékařem komunikovat, pak sdělujeme informace osobě blízké, kterou v předchozím období nemocný sám



určil. Komunikaci vyhradzujeme dostatek potřebného času. Neváháme některé sdělované informace opakovat či podrobně vysvětlovat. Nemocnému trpělivě nasloucháme a pozorně sledujeme jeho reakce.

Důležitá pasáž textu

Vztah mezi nemocným a zdravotníkem musí být založen na optimální důvěře. Důvěra ve zdravotnický tým se buduje nejen na základě verbální komunikace, nonverbální komunikace, ale také na naší úctě k člověku, protože v komunikaci je nutné dodržovat respekt a úctu. Vzhledem k tomu, že člověk v této situaci ztrácí většinu rolí, které měl, potřebuje pomoc při konstituování své měněné identity v nemoci, což nebývá vždy snadné, protože svou nemocí člověk mnoho pozitivního ztrácí a velmi málo získává. Důležité je proto respektování intimity, vyslechnutí názoru pacienta. Potřeba identity zahrnuje i potřebu neztratit lidskou důstojnost.



Po stanovení onkologické diagnózy prožívají nemocní stavy **beznaděje** a procházejí **existenčními krizími**. Většina společnosti pokládá libovolné úvahy o smrti za nežádoucí a obtěžující. S tím větší tíhou je pak přijímána smrt (nebo spíše bývá odmítána) coby přirozená součást životní cesty. Nemocný potřebuje k zpracování informace o závažné chorobě dostatek času. Podle E. Kúblerové-Rossovové prochází pacient po stránce psychické i spirituální složitým obdobím života, které lze rozdělit na několik fází:

1. fáze šoku a popírání („to přece nemůže být pravda“),
2. fáze agrese a hněvu,
3. fáze smlouvání a vyjednávání,
4. fáze smutku či dokonce deprese,
5. fáze přijetí či smíření se se skutečností (s chorobou a špatnou životní prognózou).

Jednotlivá stádia se mohou opakovaně vracet, některá se nemusí ani projevit. Ne všichni nemocní jsou schopni dojít k pozitivnímu obratu ve svém smýšlení ve výše uvedené páté fázi. Na druhé straně vývoj psychiky těžce nemocného člověka zdaleka nemusí být přímočarý a nelze vyloučit ani individuální zpětný vývoj směrem k některé z nižších a původně již překonaných fází. Spolu s nemocným



procházejí podobnými psychickými proměnami i jejich blízcí, jejich rytmus vyrovnávání se s nemocí ale nebývá obvykle stejný. I proto může být někdy vzájemná komunikace obtížná a vyžaduje se podpora (nejen) od zdravotníků.

Pro zájemce

Americká lékařka E. K. Rossová byla jednou z prvních pracovníků, která se začala zabývat umírajícími nemocnými též z psychosociálně orientovaného hlediska. Její práce byly naplněny hlubokým soucítěním, humanismem a upřímnou i úspěšnou snahou pomoci. E. K. Rossová vycházela ze svých rozhovorů s umírajícími, kteří v rozporu s očekáváním a s tradovanou legendou byli vděční za to, že je někdo ochoten s nimi hovořit na tabuizované téma, vyslechnout je, pochopit jejich lidské problémy.

K přečtení doporučujeme tyto její publikace:

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Vydání druhé, přepracované. Praha: Portál, 2015. 316 stran. ISBN 978-80-262-0911-9.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O dětech a smrti*. Praha: ERMAT, 2003. 311 s. ISBN 80-903086-1-9.



Během komunikace s nemocným musí být jeho psychický stav plně respektován. Vždy nemocného vyzveme, aby nám sám sdělil, co o své nemoci již ví. Způsob a rozsah informování by měl být stručně uveden i ve zdravotnické dokumentaci. S průběhem a rozsahem předaných informací mezi lékařem a nemocným by měli být věcně obeznámeni ostatní pracovníci podílející se na paliativní péči, což je zárukou jednotného přístupu k nemocnému bez ohledu na střídání personálu během pracovních směn a pohotovostních služeb.

Je třeba počítat i se skutečností, že současné možnosti získávání odborných informací jsou mnohem širší a dostupné i laikům (nejčastěji internet). Informující musí na znalosti nemocného vhodným způsobem navázat. Informace podáváme vždy stručně a věcně. Nesdělujeme více informací, než je během určitého rozhovoru nezbytně nutné. Při dotazech na prognózu se nepokoušíme sdělovat konkrétní data předpokládaných budoucích událostí, ale otevřeně přiznáme nejistotu, kterou budoucnost přinese. Řada nemocných poznatky o svém zdravotním



stavu odmítá přijmout, někteří svou skutečnou diagnózu navzdory dlouhodobé léčbě skutečně neznají. Nemocným nelžeme, ale skutečnosti o zdravotním stavu sdělujeme postupně, nezabíháme do detailů, ale pohybujeme se spíše v obecné rovině. Průběžně si ověřujeme, zda nemocný sděleným informacím rozuměl, snažíme se vyvarovat odborných termínů a cizích slov, případně tato slova vhodnou formou vysvětlujeme. Nemocnému nesdělujeme více informací, než si od nás sám vyžádá. V každém případě nemocného (a to opakovaně) ujistíme, že při libovolných změnách zdravotního stavu anebo komplikacích jsme připraveni využít veškeré dostupné prostředky k zabránění zbytečného utrpení a ubezpečíme ho v naší trvalé všestranné podpoře. Nikdy nemocnému neslibujeme dosažení nereálných cílů.

Komunikaci s nemocným v hospicové péči usnadňují vhodné provozní podmínky. Jednolůžkový pokoj zajišťuje potřebné soukromí, které je využitelné rovněž pro poskytnutí spirituální péče.

Někteří nemocní přicházejí do hospice zcela nedostatečně informováni o svém zdravotním stavu v důsledku usilovného tlaku na zdravotníky ze strany jejich rodiny, která si sdělení (ani přibližné) diagnózy nepřejde. V těchto případech se snažíme příbuzným vysvětlit nevhodnost jejich počínání, vždy však postupujeme citlivě a taktně a při výslovném nesouhlasu někdy nezbyvá, než na otevřený rozhovor s nemocným rezignovat. Pokud nemocný sám projeví zájem o bližší informace o své nemoci, pak mu samozřejmě v jeho žádosti vyhovíme, o této skutečnosti a všech okolnostech však poté informujeme jeho blízké.

Není vyloučena situace, kdy příbuzní nemocnému sdělují **nepravdivé informace** o jeho zdravotním stavu, ač si je nemocný dobře vědom závažnosti své diagnózy a špatné životní prognózy, což však svým blízkým nesděluje. Nemožnost otevřeně hovořit o svých problémech a obavách jej izoluje od okolí. Vzájemné předstírání jiné skutečnosti, než odpovídá realitě, nemocného psychicky zatěžuje. Pro onkologické nemocné a zvláště pro ty, kteří dosáhli terminální fáze své choroby, je nutné nalézt vhodný typ psychologické, sociální i spirituální podpory v závislosti na jejich intelektu, vzdělání, mentalitě a aktuálním zdravotním stavu. Zvláště někteří dominantně vystupující nemocní neradi přiznávají své negativní emoce a obavy z budoucnosti.



Nemocného v žádném případě neodsuzujeme ani za případné problémové chování (alkoholismus, sklony k asociálnímu jednání), což neznamená, že se nesnažíme o vymezení přijatelných hranic.

Úkol

Přečetli jste si doporučenou knihu od Marie Svatošové Hospice a umění doprovázet? V knize jsou uvedeny dopisy, které psali lidé Marii Svatošové. Pokuste se zamyslet na tím, co je obsahem jednotlivých sdělení a co je důležité v doprovázení těžce nemocných.



Specifický způsob komunikace vyžadují nemocní s narušenými stavy vědomí, demencí, fatickými poruchami a poruchami fonace. Vždy je třeba volit **empatický a trpělivý přístup**. Otázky klademe v co nejjednodušší formě, aby na ně bylo možno odpovědět třeba pouhým kývnutím hlavy. Sledujeme gestikulaci a mimiku nemocného i jeho celkové reakce. Pokud není schopen odpovědět verbálně, vybídeme jej, aby nám rukou ukázal, do jaké tělesné oblasti lokalizuje bolest apod. Nemocní s provedenou tracheostomií musí mít za účelem komunikace k dispozici vhodnou psací potřebu, pokud s nimi dokáží pracovat.

Někteří nemocní anebo jejich rodinní příslušníci mohou své nezvládnuté **emoce** obracet proti ošetřujícímu personálu. Na případné slovní výčitky či dokonce agrese musí zaměstnanci reagovat klidně s vědomím, že útok není primárně veden proti nim a že tento způsob chování je spíše zoufalým voláním o pomoc. Podporu lze často získat v některém z členů rodiny. Po zklidnění akutního emočního projevu je vhodné nabídnout pomoc psychologa, pastoračního asistenta či duchovního. Cílem psychoterapeutické intervence je dosáhnout zmírnění pocitu osamělosti a redukce pocitu strachu a bezmoci. Veškeré snažení tohoto interdisciplinárního týmu musí směřovat k zlepšení kvality života nemocného. Podle potřeby neváháme ani s poskytnutím farmakologické podpory (anxiolytika, antidepresiva).



Kontrolní otázky

1. Vyjmenujte hlavní zásady komunikace v paliativní péči.
2. Která zahraniční autorka jako první popsala fáze nemoci / umírání? Co o ní víte?
3. Jaké mohou být fáze prožívání u pacienta, kterému byla sdělena závažná (nevléčitelná) nemoc?
4. Jaké dopady může mít sdělení nepravdivé informace nemocnému ze strany příbuzných?
5. Někteří nemocní anebo jejich rodinní příslušníci mohou své nezvládnuté emoce obracet proti ošetřujícímu personálu. Jak můžeme tuto reakci interpretovat?





3 MANAGEMENT BOLESTI

Cíle

Po prostudování této kapitoly budete schopni:

- uvést organizaci, která se zabývá studiem bolesti;
- popsat chronickou bolest;
- vyjmenovat možnosti diagnostiky bolesti;
- charakterizovat průlomovou bolest;
- uvést možnosti léčení bolesti u onkologicky nemocných;
- vyjmenovat nežádoucí účinky farmakoterapie bolesti;
- popsat terminální analgosedaci.



Pojmy k zapamatování

management bolesti, chronická bolest, diagnostika, léčba bolesti, terminální analgosedace



Mezinárodní asociace, která se zabývá studiem bolesti (International Association for the Study of Pain - IASP) definuje **bolest** jako nepříjemný smyslový a emoční pocit spojený s akutním nebo potencionálním poškozením tkáně. Bolesti bývají z hlediska ošetřujícího personálu nezřídka podceňovány a v řadě případů bývají nemocní ne zcela dostatečně léčeni.

Chronická bolest, za kterou je označována bolest přesahující období 3 měsíců, může mít zcela benigní příčiny, kdy je vyvolána onemocněním neohrožujícím život (například degenerativními změnami pohybového aparátu, neuralgií aj.), může však být vyvolána nádorovým onemocněním. Terapie chronické nádorové bolesti je jednou ze základních náplní paliativní medicíny.

Bolest je komplexním vjemem, který je ovlivňován celkovou osobností a aktuálním psychickým stavem nemocného, ale i sociálními a spirituálními vlivy. Snahou musí být ovlivnění nejen somatické složky bolesti, ale působení na všechny uvedené aspekty.



Diagnostika bolesti je založena na podrobném odběru anamnestických dat jak z dokumentace, tak na základě rozhovoru s nemocným. Nemocnému dáváme dostatek času, aby mohl své pocity popsat. Pátráme po spouštěcích příčinách bolesti, jejím charakteru a snažíme se vyhodnotit i její intenzitu.

Pro zájemce

Mnemotechnickou pomůckou pro diagnostiku bolesti je PQRST (Vše o léčbě bolesti, 2006, s. 58):



P - provokuje/pomáhá - *Co bolest provokuje (vyvolává) nebo zhoršuje? Co bolest pomáhá zmírňovat?*

Q - kvalita/kvantita - *Popsal/a byste mi svou bolest? Bolí vás to právě teď? Jakým způsobem bolest ovlivňuje vaše aktivity?*

R - region/radiace - *Kde Vás to bolí? Vyzařuje vaše bolest do jiných částí těla?*

S - silné bolesti - *Jak silně vás to bolí? Jak intenzivní je nejsilnější bolest?*

T - trvání bolesti - *Kdy bolesti začaly? Ve kterou denní dobu jsou bolesti nejmírnější? Začaly bolesti postupně nebo se objevily náhle?*

V praxi bývají užívány i škály hodnocení bolesti buď slovně popisné anebo číselné. Číselnou škálou je například vizuálně analogová škála ve formě úsečky s krajními hodnotami od 0 do 10, kdy vyšší číselná hodnota představuje i vyšší intenzitu bolesti. Číslice nula označuje stav bez bolesti, desítka přísluší nejhorší bolesti, jakou si nemocný dokáže představit.

Důležitá pasáž textu

Příklad znázornění vizuální analogové škály:

0

10



0 - stav bez bolesti

10 - nejhorší možná bolest, jakou si pacient dokáže představit



Je evidentní, že výsledek hodnocení bývá vždy subjektivní a výrazně ovlivněný osobností nemocného. Dostupné jsou také **dotazníky bolesti** (například McGillův dotazník), jejichž využití však klade na většinu nemocných v paliativní hospicové péči neúměrné nároky na pozornost a porozumění. Samozřejmostí je však pečlivé vyhodnocení farmakologické anamnézy s konkrétními dotazy na účinnost či neúčinnost dosud podávaných analgetik.

V prostředí lůžkového hospice může být spolupráce ze strany nemocného výrazně ovlivněna jeho těžkým klinickým stavem. Řada nemocných bývá přijímána do hospice v natolik špatném zdravotním stavu, že nezvládají slovní komunikaci anebo tato komunikace nevede k získání validních údajů (při demenci, deliriózních stavech apod.). Za těchto podmínek je správné předpokládat, že nemocný v důsledku svého onemocnění nepochybně trpí a o to větší pozornost věnujeme fyzikálnímu vyšetření nemocného. Na nedostatečně léčenou bolest upozorní psychomotorický neklid, nařikání, bolestivý výraz v obličeji, tachykardie nebo také tachypnoe. Kromě chronické bolesti může být v důsledku celkového špatného stavu nemocný vystaven i bolestem akutním v důsledku onemocnění chrupu, stomatitidy či dnavé artritidy. Častým steskem bývají bolesti kloubů a páteře. Vzniká tak komplex bolestivých stavů, které mají různé příčiny, různý charakter a liší se i intenzitou.

Úkol

Každý pacient může bolest vyjadřovat jiným způsobem. Vytvořte si seznam příznaků doprovázejících bolest, prostřednictvím kterých můžete zaznamenat bolestivé chování pacienta.



Náhlé zvýšení intenzity bolesti je označováno pojmem **průlomová bolest** (breakthrough pain), jejíž častými příčinami bývá pokles hladiny podávaných analgetik, aktivní či pasivní pohyb nemocného, kašel či defekace. Za některých okolností je možné vznik průlomové bolesti předvídat, například je-li vyvolávající příčinou manipulace s nemocným při provádění osobní hygieny. Lze pokládat za chybu, není-li v těchto případech v dostatečném časovém předstihu před ošetrovatelským výkonem podáno potřebné analgetikum. Artrotické změny, časté svalové



kontraktury a patologické zlomeniny mohou činit bezbolestnou manipulaci velmi obtížnou. Velmi často není příčina průlomové bolesti zjizitelná.

Úkol

Pro bližší informace k manipulaci s nemocným doporučujeme k přečtení článek Polohování dlouhodobě imobilních a terminálních pacientů (Kala, Hrenáková, Snopek, Dorková), který vyšel v časopise Rehabilitace a fyzikální lékařství v roce 2016. V článku autoři upozorňují na skutečnost, že při polohování a manipulaci s nemocnými nejsou zohledňovány specifické patologické změny související s dlouhodobou imobilitou či terminální fází života. Autoři zdůrazňují, že při poskytování zdravotní péče dlouhodobě imobilním a terminálním pacientům je nezbytné respektovat specifické patologické změny, které vyžadují zvýšenou míru opatrnosti a šetrnosti vůči nemocným.



Vyhodnocování bolestivých stavů je nutné provádět pravidelně a jeho frekvence se řídí celkovým stavem nemocného a dynamikou chorobného stavu. V žádném případě se nelze spoléhat na výsledky sporadicky prováděných vyšetření. Zohledňujeme názory všech členů ošetřujícího týmu a nepřehlídíme ani poznatky a názory rodiny nemocného.

3.1 Možnosti léčení bolesti u onkologicky nemocných

V okamžiku diagnózy nádorového onemocnění trpí bolestí asi jedna třetina nemocných. V pokročilé fázi choroby je to již minimálně dvojnásobek a v terminální fázi choroby trpí bolestí na 90 % pacientů. Vysoký výskyt bolesti je u nádorů postihujících skelet, zejména páteř, což je dáno kompresí a iritací nervové tkáně míšní anebo z ní odstupujících kořenů.

V běžné praxi je léčba bolesti často podceňována. Nezřídka se lze setkat s přetrvávající „opiofobií“. Zejména starší generace lékařů se někdy předepisování opioidů brání, stejně tak mívají k předepisování a užívání opioidů v jakékoli podobě výhrady i sami nemocní.

Léčení bolesti způsobené nádorovým onemocněním může být kauzální, častěji však bývá symptomatické. Za kauzální léčení lze považovat terapeutický zásah na samotném nádoru anebo na strukturách poškozených nádorem anebo jeho



metastázami. Analgetický účinek může mít odstranění anebo zmenšení nádoru operačním výkonem, radioterapií, chemoterapií či biologickou léčbou. K zmírnění diskomfortu nemocného může přispět chirurgická stabilizace patologických zlomenin dlouhých kostí či obratlů.

Důležitá pasáž textu

U většiny nemocných je indikována léčba symptomatická, jejímž základem je farmakoterapie. Obecný návod sloužící k volbě vhodného analgetika je takzvaný „analgetický žebříček WHO“, který rozděluje bolest do 3 stupňů: 1. stupeň - mírná bolest, 2. stupeň - středně silná bolest, 3. stupeň - silná bolest. Pro první stupeň bolesti je doporučováno podání neopioidních analgetik (paracetamol, metamizol, nesteroidní antiflogistika aj.), pro stupeň druhý slabé opioidy (tramadol, dihydrocodein) v kombinaci s neopioidními analgetiky a případně v kombinaci s koanalgetiky (antiepileptika, myorelaxancia, antidepresiva aj.). Pro silnou bolest označenou třetím stupněm je indikací podávání silných opioidů (morfin v různých lékových formách, fentanyl aj.) případně v kombinaci s neopioidními analgetiky.



V posledních letech se lze stále častěji setkat s transdermálním podáváním fentanylu v podobě **náplastí**. K dispozici jsou náplasti s různým množstvím účinné látky, což přispívá k postupné titraci podávané dávky. Dobře poučení a spolupracující nemocní léčení touto moderní metodou získávají nad svou bolestí dobrou kontrolu. Nejsou však zcela uchráněni před případnou průlomovou bolestí, jejíž náhlý začátek vyžaduje promptní zvýšení analgetického účinku. Z tohoto důvodu byly zavedeny do klinické praxe preparáty s možností neinvazivního podávání a rychlým nástupem účinku. Dostupné je podávání silných opioidů v podobě bukálních tablet, v sublingválních tabletách, v nazálním spreji i v bukálním solubilním filmu. Účinek transmukózního fentanylu v bukálních tabletách nastupuje za 5-10 minut a přetrvává až dvě hodiny. Neinvazivní podání opioidů umožňuje lépe kontrolovat bolest v domácím prostředí, ale přináší také větší komfort i hospitalizovaným pacientům.

V klinické praxi se často stává, že bývají neúměrně dlouho podávána analgetika odpovídající druhému stupni bolesti a s nasazením silných opioidů je ke škodě nemocného příliš dlouho váháno. Je nutno si uvědomit, že silné opioidy jsou zá-



kladním pilířem léčby nádorové bolesti. Analgetický efekt lze posílit zvyšováním dávky. Opioidy mají nízkou parenchymovou toxicitu, nepůsobí hematotoxicky, nevedou k poruchám hemokoagulace a neohrožují nemocného rizikem vředové choroby se všemi možnými a závažnými důsledky. Riziko deprese dechu je při správném postupu založeném na titraci dávky vcelku zanedbatelné. Riziko psychické závislosti je nízké, což platí tím spíše pro nemocné s onkologickým onemocněním. Je sice nutno počítat se vznikem fyzické závislosti, ale u nemocných v paliativní hospicové péči vysazování opioidů není nutno předpokládat. Vnímatost k opioidům je velmi individuální.

Pro zájemce



67letý muž byl do hospice odeslán kardiologem pro terminální kardiální nedostatečnost se zjištěnou ejekční frakcí 15-20 %. V posledním roce svého onemocnění byl ze svého bydliště několikrát převezen záchrannou službou do spádové nemocnice k oxygenoterapii a dokonce měl za sebou pobyt na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, kde si jeho zdravotní stav přechodně vynutil řízenou ventilaci. Prognóza byla označena za velmi špatnou a byla mu doporučena paliativní hospicová péče. Po přijetí do hospice stav plně korespondoval se závěry kardiologa. Intermittentní oxygenoterapie a tlumení dušnosti morfinem byly nezbytné. Pro úzkostné a fobické stavy bylo nasazeno antidepressivum a anxiolytikum. Během tříměsíčního pobytu v hospici se však stav nemocného nečekaně stabilizoval. Zvládal běžné denní aktivity a stavy dušnosti odezněly. Byly vysloveny úvahy o možném propuštění do domácí péče. Strach z další případné epizody dušení jej natolik stigmatizoval, že vyžadoval trvalou a okamžitou dostupnost zdravotnické péče a přes svůj stabilní stav propuštění s úzkostmi odmítal. Vzhledem ke své dobré adaptaci na hospicové prostředí velmi emotivně nesouhlasil s přeložením do jiného zdravotnického zařízení. Překvapivě však vyslovil osobní přání vystoupit se skupinkou přátel do věže baziliky na Svatém Kopečku. K plánovanému výstupu se zcela upjal a jeho absolvování pokládal za svou osobní podmínku k tomu, aby psychicky zvládl propuštění do domácího ošetření. Za daných okolností mu byl výstup pod osobním dohledem lékaře povolen, čímž získal nezbytnou sebedůvěru ve svůj zdravotní stav. Po bezproblémovém zvládnutí uvedené fyzické zátěže byl po 124 denním pobytu v hospici přeložen ke krátkodobému pobytu ke kontrolnímu vyšetření na interní oddělení a



poté byl propuštěn domů. Jeho stav se přes původní nedobré prognostické závěry zlepšil natolik, že se stal pravidelným účastníkem výletů do přírody a téměř dva roky po propuštění z hospice žil kvalitním životem.

Analgetika nemocnému nepodáváme jen ve chvílích, kdy právě bolest pociťuje anebo pokud její intenzita narůstá, ale dodržujeme pravidelné dávkování dle časového schématu. V případě průlomové bolesti provádíme **akutní farmakologickou intervenci**.

Silná nádorová bolest zasluhuje ze strany ošetřujícího personálu mimořádnou pozornost a rychlý diagnostický a léčebný přístup. V lůžkové hospicové péči lze s výhodou využívat kontinuální podkožní podávání morfinu s využitím dávkovače, který umožňuje aplikovanou dávku dle potřeby kdykoli upravit. Dávky podávaných léků se snažíme zvyšovat postupně.

V indikovaných případech lze aplikovat analgetika do páteřního kanálu do epidurálního či subarachnoideálního prostoru. Méně často používanou metodou jsou cílené obstríky nervových struktur podílejících se na vnímání bolesti.

V našem státě je ve srovnání s okolními státy Evropy stále nízká celková spotřeba opioidů, což je známkou jejich nedostatečného využívání v odůvodněných případech.

Pro zájemce

Jedním z důvodů nízké spotřeby opioidů může být strach ze závislosti. Pojdme se blíže podívat a rozbít jeden z častých mýtů - „Pacienti s nádorovým onemocněním jsou ohroženi závislostí na opioidních analgetících. Navíc použití opioidů na konci života urychlí příchod smrti“. Je třeba říct, že výzkumy nepotvrdily zvýšené riziko vzniku psychické závislosti u pacientů, kteří berou opioidy k léčbě bolesti. Podle provedených výzkumů používání opioidů na konci života naopak prodlouží život alepší kvalitu posledních dní (Vše o léčbě bolesti, 2006, s. 223).



Téměř již bylo upuštěno od neurochirurgických postupů, jejichž cílem bylo destruovat některé nervové struktury v centrálním nervovém systému.



Jako doplňující metody léčby bolesti lze využít transkutánní elektrickou stimulaci nervu podílejícího se na vedení bolestivých podnětů. Užitečná bývá psychoterapie (kognitivně-behaviorální postupy, hypnóza), rehabilitace a v neposlední řadě spirituální podpora nemocného.

Pro zájemce

Kognitivní přístup k managementu bolesti se zaměřuje na ovlivnění pacientovy interpretace zážitku bolesti. Behaviorální přístup pomáhá pacientovi vytvořit si dovednosti k managementu bolesti a změnit reakce na bolest (Vše o léčbě bolesti, 2006, s. 132).



3.2 Nežádoucí účinky farmakoterapie bolesti

Podávání analgetik a zejména opioidů přináší celou řadu nežádoucích účinků, které se projevují velmi individuálně. Zejména léčení chronické bolesti u benigních onemocnění (například způsobených degenerativním onemocněním páteře), je velkým terapeutickým problémem, protože tito nemocní bývají často relativně mladí, mají velkou motivaci udržet si své dosavadní zájmy a jakékoli nežádoucí účinky podávané terapie velmi neradi a obtížně tolerují. Obecným vedlejším účinkem podávání analgetik bývá zvýšená únavnost a ospalost, která nemocné s dobrou životní prognózou výrazně obtěžuje. V paliativní hospicové péči je farmakologicky vyvolaná únavnost v každém případě přijatelnější, ale je možné evidovat i další nežádoucí účinky, které mohou významným způsobem ovlivnit **kvalitu života nemocného**.

U většiny nemocných, kterým jsou podávány opioidy a to v jakékoli podobě, se objevuje **zácpa**. Z tohoto důvodu podáváme osmotické laxativum (zpravidla laktulózu), které někdy kombinujeme s laxativy působícími jinými mechanismy. Samozřejmostí je dostatečná hydratace nemocného. Méně využívanou farmakologickou možností je podávání antagonisty μ -opioidních receptorů metylnaltrexonu, který blokuje μ -opioidní receptory v zaživacím ústrojí. Protože nepřestupuje přes hematoencefalickou bariéru, snižuje nežádoucí účinky opioidů na funkci trávicí trubice, aniž by negativně působil na potlačování bolesti.



Poměrně častým nežádoucím efektem podávané analgetické terapie zejména po podání opioidů je **nauzea a zvracení**. V prvních dnech často odezní, ale v každém případě zasahujeme podáváním prokinetik a antiemetik. V některých případech může být příčinou zvracení nikoli podávání opioidů, ale onkologické onemocnění samo o sobě. Vždy dbáme na komplexní symptomatickou terapii a řádnou hydrataci nemocného zajištěnou v případě potřeby i infuzemi.

Podávání opioidů může u některých nemocných vyvolat stavy neklidu a zmatečnosti (delirium). Stav může spontánně odeznít, osvědčuje se podávání neuroleptik.

U některých nemocných vyvolává podávání opioidů intenzivní **pocit svědění - pruritus**, který nemocného velmi obtěžuje a ruší jej ze spánku. V léčení pruritu se osvědčují antihistaminika. Pokud je kůže suchá, používáme vhodné krémy, u komplikujících mykotických dermatitid postihujících zejména oblasti třísel, ale i jiné krajiny se zvýšenou potivostí, aplikujeme antimykotika nejlépe v krémovém základu.

Vyšší dávky opioidů vedou k **útlumu dechového centra**. V posledních hodinách pacientova života může být obtížné až nemožné určit, zda jsou dechové poruchy (periodické dýchání s apnoickými pauzami) důsledkem postupující choroby anebo aplikace opioidů. Z hlediska etického je nezbytné zdůraznit, že dávky opioidů jsou navyšovány postupně (hovoří se o tzv. titraci) tak, aby bylo potřebné úlevy dosaženo co nejnižší nutnou dávkou opioidu, který případně kombinujeme s neuroleptiky či hypnotiky. Běžná a doporučovaná kombinace je podávání morfinu spolu s midazolamem.

U nemocných v pokročilých stádiích onkologických chorob nejsou obavy z vytvoření psychické a fyzické závislosti na preparátu na místě. Pokud se z tohoto důvodu nemocný podávání opioidů brání a dokonce se raději rozhoduje ke snášení silných bolestí, taktně a trpělivě mu naše záměry a cíle v léčení bolesti vysvětlíme a snažíme se dosáhnout jeho souhlasu. Někdy nemocný k podávání opioidů svolí až po určité době, kdy bolesti nadále zesílily.



3.3 Terminální analgosedace

V případě, že se přes veškeré léčebné úsilí nezdaří zmírnit utrpení nemocného (zejména bolest či dušnost), pak je optimálním postupem zavedení **terminální analgosedace**. Paliativní analgosedace je účinným a dobře využitelným prostředkem ke zmírnění utrpení umírajících nemocných, u kterých nelze dosáhnout úlevy jinými prostředky. S touto metodou je však nutno nakládat uvážlivě a její indikaci důsledně zvažovat.

Nejsnadnější bývá rozhodnutí k zahájení uvedené léčby u nemocných, kteří byli označeni za v pravém slova smyslu umírající. Časování terminální analgosedace bývá předmětem odborných i laických diskuzí. Jednou zahájená terminální analgosedace bývá zpravidla podávána až do okamžiku úmrtí nemocného.

Důležitá pasáž textu

Principem paliativní analgosedace je kontinuální podávání léků dávkovačem. Nejčastěji bývá používán midazolam, který podáváme do podkoží. Současně je druhým dávkovačem podáván morfin. Velikost dávky zvyšujeme postupně (titrujeme) dle požadovaného efektu. Místo midazolamu lze s dobrým efektem použít kontinuální aplikaci levomepromazinu. V tomto případě je však podmínkou zajištění nitrožilního přístupu. I v těchto případech bývá pravidlem současné kontinuální podkožní podávání morfinu.



Podávání vyšších dávek analgetik (zejména opioidů) spolu se sedativy může přispět ke zkrácení posledního období života a z toho důvodu je nejen některými laiky, ale zdravotníky odmítáno jako morálně nepřijatelné. V extrémních případech se objevují názory, že tento způsob léčby je formou eutanazie. Zejména v laické komunikaci není dbáno na korektní vymezení diskutovaných pojmů a často bývají dokonce zaměňovány. Proto se v odborném tisku objevuje volání po správném používání příslušné terminologie.

Pro zájemce

Farmakologická sedace u nemocných v pokročilých stádiích neléčitelných chorob není ani lékaři nahlížena jednotně. Za zmínku zde stojí citovat





názor vycházející z Katechismu katolické církve (1995, s. 558): „Užívání utišujících prostředků ke zmírnění bolesti umírajících, i s rizikem, že se ukrátí jeho dny, může odpovídat lidské důstojnosti, není-li smrt chtěna ani jako cíl, ani jako prostředek, nýbrž jen předvídána a připouštěna jako nevyhnutelná. Mírnící léčebné zákroky patří k výsostným projevům nezištné lásky. Z tohoto důvodu je třeba k nim vybízet.“

Jak patrně, katolická církev, která se nekompromisně staví proti ukončení těhotenství a proti eutanazii, pohlíží na utrpení umírajících s velkou empatií. Lze se zcela oprávněně domnívat, že zde dává zcela zřetelně svůj souhlas s výše popísaným léčebným postupem (paliativní analgosedací), a to za podmínky, kdy pokládá lidský život za absolutní hodnotu.

Nejdůležitější podmínkou je **otevřená komunikace** mezi ošetřujícími a pacientem. Nemocného je nezbytné poučit o alternativní možnosti paliativní léčby spočívající ve farmakologickém tlumení případné dušnosti, zvládnání bolestivých stavů a také negativních psychických projevů. Jeho následné rozhodnutí pro paliativní analgosedaci, ale i její odmítnutí je třeba zaznamenat do zdravotní dokumentace. Osobní kontakt lékaře s rodinou nemocného je nezbytný. Cílem je sjednocení postojů k navrhovanému léčebnému postupu. Se zahájením terminální analgosedace musí souhlasit všichni členové ošetřujícího týmu.

Terminální analgosedace bývá indikována, jak napovídá již samotná terminologie, v terminální fázi onkologického onemocnění, které nejednou překvapí svou dramaticky rychlou progresí. Přestože terminální analgosedace vede ke zmírnění utrpení nemocného, snižuje jeho mobilitu, omezuje schopnost komunikovat a zcela logicky s sebou přináší únavnost a spavost. Zahájení terminální analgosedace by mělo být s pacientem vždy s předstihem prokonzultováno. Nemocný by měl být upozorněn, že se bude cítit unavený až spavý, ale že pocítí výraznou úlevu od bolestí, dušnosti a nepříjemných psychických stavů.

Vždy je nemocného třeba upozornit na skutečnost, že bude pravděpodobně příliš unaven, aby byl schopen používat mobilní telefon či sledovat televizi. Stejným způsobem je nutno informovat také pacientovu rodinu.



Úkol

Jakým způsobem byste provedli edukaci pacienta a jeho rodiny o terminální analgosedaci?



Metodicky správně vedená terminální analgosedace může vyústit v zcela odlišné postoje rodin pacientů, jejichž krajní varianty lze popsat následovně:

1. Rodina pacienta ocení skutečnost, že umírající umírá v klidu bez zjevných projevů utrpení tělesného či psychického.
2. Rodina pacienta je zaskočena rychlým zhoršením zdravotního stavu a hledá její příčiny v nesprávně vedené zdravotní péči, zejména v chybné farmakologické léčbě a nedostatečné nutriční podpoře.

O tom, zda dokáží poskytovatelé paliativní péče svůj postup (zavedení terminální analgosedace) obhájit, rozhoduje několik faktorů. Nejvýznamnějším z nich je nepochybně včasné zahájení a správně vedená komunikace s nemocným a jeho rodinnými příslušníky.

Komunikace s nemocnými a jejich rodinami může mít **4 základní podoby**, které mohou být různým způsobem modifikovány a výsledný efekt bývá výrazně ovlivňován stupněm vzdělání, obecnými postoji k životu a v neposlední řadě mentalitou zúčastněných. Tyto 4 základní komunikační situace lze definovat následovně:

1. Terminální analgosedace je zavedena u nemocného, který byl o tomto způsobu léčení předem informován. Spolu s nemocným byla předem informována i jeho rodina. V tomto případě lze očekávat kladné přijetí tohoto léčebného postupu, v případě určitých výhrad lze provést individuální úpravu jak v množství podaných medikamentů, tak v čase, kdy bude analgosedace zahájena. Jde o zcela optimální situaci, riziko konfliktu vyvolaného rodinou je zcela minimální.
2. Terminální analgosedace je zavedena u nemocného, který byl o tomto způsobu již předem informován. Z důvodů nepřítomnosti rodiny či nemožnosti rodinu kontaktovat však nebylo možné informovat rodinné příslušníky. V tomto případě hrozí vysoké riziko nedorozumění, protože blízcí nemocného



- bývají náhlou změnou zdravotního stavu zaskočeni a pod vlivem emocí nemusí být přístupni poskytnutému vysvětlení.
3. Použití terminální analgosedace může nastat u nemocného, který o tomto způsobu léčby nebyl dosud informován, ač rodina již základní informace obdržela. K tomuto postupu jsou lékaři nuceni přistoupit zpravidla v případech, kdy bývají nemocní v terminální fázi choroby překládáni na jiné pracoviště (např. do hospice) a kdy těsně před přeložením došlo ke zhoršení zdravotního stavu pacienta natolik významnému, že již nelze řádné poučení provést (deliriózní stavy apod.). Prvořadým cílem zdravotníků je zamezit či snížit míru prožívaného utrpení a proto je použití analgosedace u terminálního nemocného neschopného srozumitelně komunikovat eticky plně oprávněná. Pokud byla rodina o způsobu a cílech terminální analgosedace informována dostatečně a srozumitelně a pokud byla svědkem prudkého zhoršování zdravotního stavu v posledních dnech, pak lze očekávat jejich nekonfliktní a chápatelný postoj.
 4. Terminální analgosedace je poskytnuta nemocnému, který nebyl o tomto postupu předem poučen a nebyla poučena ani rodina. Jde o léčebný postup, který může být v zájmu trpícího pacienta plně indikován. Problém hrozí při případném nepochopení ze strany rodiny, která argumentuje náhlým zhoršením zdravotního stavu, ze kterého viní „nesprávný“ léčebný postup. Zejména bývá kritizován nadměrně tlumivý účinek podávaných léků, který je však vzhledem k míře utrpení pacienta žádoucí. Dalším terčem kritiky se může stát domněle nedostatečná nutriční podpora. Ve vyhraněných situacích by mohl být lékař neprávem podezírán z provádění eutanazie.

Pro zájemce

Bližší informace o etických a komunikačních aspektech terminální analgosedace si můžete přečíst v článku: KALA, M. Etické a komunikační aspekty terminální analgosedace. *Medicina pro praxi*, 2014, s. 266-268.



Za všech okolností je nutné zohlednit skutečnost, že reakce a adaptace na nevy léčitelné onemocnění má dynamický průběh a postoje nemocného a jeho blíz-



kých se mohou poměrně dramaticky měnit. Trpělivý a citlivý přístup ze strany personálu zabrání případným nedorozuměním a stížnostem.

Kontrolní otázky



1. Definujte chronickou bolest.
2. Čím může být způsobena nádorová bolest?
3. Jakým způsobem se provádí diagnostika bolesti?
4. Jak byste charakterizovali průlomovou bolest?
5. Jaké jsou možnosti léčení bolesti u onkologicky nemocných?
6. S jakými léky by měl pacient s mírnou bolestí začít podle analgetického žebříčku WHO?
7. Uveďte nežádoucí účinky farmakoterapie bolesti.
8. Jaký je princip terminální analgosedace?
9. Popište 4 základní komunikační situace v rámci terminální analgosedace.



4 NEJČASTĚJŠÍ SYMPTOMY V PALIATIVNÍ PÉČI

Cíle

Po prostudování této kapitoly budete schopni:

- uvést specifika paliativní a hospicové péče u pacienta s dušností;
- uvést specifika paliativní a hospicové péče u pacienta s kašlem;
- uvést specifika paliativní a hospicové péče u pacienta s hemoptýzou;
- uvést specifika paliativní a hospicové péče u pacienta s kožním onemocněním;
- uvést specifika paliativní a hospicové péče u pacienta se svěděním;
- uvést specifika paliativní a hospicové péče u pacienta s únavou;
- uvést specifika paliativní a hospicové péče u pacienta s poruchou výživy;
- uvést specifika paliativní a hospicové péče u pacienta se zažívacími obtížemi;
- uvést specifika paliativní a hospicové péče u pacienta s urogynekologickými problémy;
- uvést specifika paliativní a hospicové péče u pacienta s metastatickým poškozením skeletu;
- uvést specifika paliativní a hospicové péče u pacienta s nejčastějšími psychiatrickými symptomy.



Pojmy k zapamatování

dušnost, kašel, hemoptýza, kožní onemocnění, svědění (pruritus), únava, poruchy výživy, zažívací obtíže, urogynekologické problémy, metastatické poškození skeletu, psychiatrické symptomy



4.1 Dušnost

Dušnost je jedním z nejhůře snášených symptomů, se kterými se lze v paliativní péči setkat. Je subjektivním pocitem nemocného, který nemusí korelovat se saturací tělesných tkání kyslíkem.



Pro zájemce

Pacienti dušnost popisují následovně: Je to strašný pocit, kdy si myslíte, že už se nenadechnete. Protože ho provází strach, panika a svíravý pocit, můžete ve skutečnosti pociťovat sevření v hrudníku i na duši. Dále dušnost přirovnávají „mám hrudník v okovech“, „jako kdybych se nadechoval a zároveň pil vodu“ nebo „dusím se“ (O'Connor, 2005, s. 101).



Pokud si nemocný na dušnost stěžuje a současně zjišťujeme fyziologické hodnoty saturace tkání kyslíkem, nikdy jeho stesky nebagatelizujeme a snažíme se situaci zvládnout adekvátními terapeutickými opatřeními. Kromě obtížného dýchání je dušnost doprovázena řadou fyzických, emocionálních a psychických projevů, které mohou být velmi dramatické. Z těchto důvodů je nezbytné vést léčení dušnosti co nejúčinněji a především ji zahájit včas. Setkání s dusícím se nemocným bývá pro personál více stresující, než kontakt s nemocným trpícím bolestmi.

Dušnost u pokročilého onkologického onemocnění může být vyvolána nejrozličnějšími příčinami. Mezi nejčastější příčiny patří onkologické onemocnění dýchacích cest vedoucí k jejich obstrukci (nádory hrtanu, jazyka, bronchogenní karcinom), výpotek v pohrudniční dutině, poškození plicní tkáně z různých příčin, zánětlivé onemocnění plic, obstrukce horní duté žíly, embolie do plicní tepny. Dušnost doprovází anémii, ascites, bolest hrudní stěny, srdeční selhávání, chronickou obstrukční chorobu plicní, astma.

Výpotek v pohrudniční dutině - fluidotorax vzniká nejčastěji v důsledku nádorového onemocnění či srdečního selhávání.

Jednou z možných příčin dušnosti je pneumotorax. Příčinou pneumotoraxu je nežádoucí proniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny, což může nastat u nemocných v paliativní péči při nádorovém onemocnění plic, chronické obstrukční plicní nemoci, astmatu anebo při iatrogenním poranění plicního listu pohrudnice při punkci pleurálního výpotku. K vytvoření a zvětšování pneumotoraxu přispívá kašel.



Úkol

Na které oblasti se zaměříte při hodnocení dušnosti? Vytvořte si praktický přehled, např. anamnéza, faktory ovlivňující dušnost, intenzita a charakter dušnosti apod.



V každém případě pátráme po příčině, která dušnost vyvolala a snažíme se léčebně zasáhnout kauzálně, což však v paliativní medicíně často není možné v důsledku závažných a ireverzibilních patologických změn. Případné kauzální léčení přísluší často pneumologům či specialistům v oboru ORL a spočívá například v endobronchiálním výkonu obnovujícím průchodnost dolních cest dýchacích anebo třeba v provedení tracheostomie. Do hospicových zařízení zpravidla přicházejí nemocní, u kterých tyto specializované výkony již provedeny byly. Přesto i v prostředí hospice lze častokrát odstranit příčinu dušnosti, například výměnou špatně průchodné tracheotomické kanyly, alespoň částečně terapeuticky zvládnutým srdečním selháváním, provedením punkce pleurálního výpotku či ascitu. První pomocí při vzniku pneumotoraxu je aspirace vzduchu z pleurální dutiny anebo pouhé zavedení široké jehly, což vede ke změně tenzního pneumotoraxu za komunikující, který má mírnější důsledky pro nemocného. Hrudní sání v paliativní hospicové péči nepoužíváme.

Pokud kauzální léčba možná není, zahájíme léčení symptomatické, jehož cílem je zmírnit subjektivní obtíže nemocného. Symptomatická farmakologická terapie dušnosti se opírá zejména o podávání opioidů, anxiolytik, kortikosteroidů, bronchodilatancií, mukolytik a expektorancií, diuretik a případně antibiotik. Užitečná je rovněž oxygenoterapie, při které podáváme vzduch obohacený kyslíkem kyslíkovými brýlemi anebo obličejovou maskou. Spekuluje se o výrazném placebo efektu této léčby, ale v terminálním stádiu nevléčitelné choroby je tento efekt nejen plně ospravedlnitelný, ale i vítaný. Pokud není hospic vybaven rozvodem medicínálních plynů, což je velmi časté, stává se zdrojem podávaného kyslíku koncentrátor. Subjektivní úlevu nemocnému přináší i otevření okna a poloha na lůžku v polosedě. Dušnost vyžaduje integrovanější, holistický přístup. Výzkumy prokazují, že takový přístup vede k lepší kvalitě života pacienta, zmírnění potíží a zvýšení soběstačnosti.



4.2 Kašel

Kašel je vyvoláván ochranným reflexem, jehož účelem je sanovat dýchací cesty od nevhodného obsahu - hlenu, cizího tělesa, prachu apod. U nemocných v paliativní péči kašel často svůj protektivní efekt ztrácí, protože příčiny, které jej vyvolávají, nelze tímto způsobem odstranit. Nemocný je pak kašlem vyčerpan, trpí bolestmi, které kašel zhoršují, může dojít i ke zvracení.

Důležitá pasáž textu

Nejčastějšími příčinami kašle u nemocných v paliativní hospicové péči jsou infekce dýchacích cest, nádorová onemocnění bronchů, plic a pohrudnice, chronická obstrukční plicní nemoc, gastroesofageální reflux, podávání některých hypotenziv a v neposlední řadě aspirace při polykacích poruchách. Pozornost je třeba věnovat nemocným vyživovaným nasogastrickou či gastrostomickou sondou, kdy hrozí aspirace při snížené funkci přeplněného žaludku. Prevencí je kontrola správného vyprazdňování žaludku před podáním výživné dávky, zvýšená poloha trupu na lůžku zejména po jídle a podávání prokinetik.



V léčbě suchého a dráždivého kašle a tedy zcela neefektivního a zbytečně vyčerpávajícího kašle používáme antitusika, která tlumí kašlací reflex (kodein, ethylmorfin, butamirát).

U kašle produktivního, kdy nemocný vykašlává hlen, jsou podávána protusika, která kašel netlumí, ale zvyšují účinnost vykašlávání zkapalněním hlenu a zlepšením jeho transportu z dýchacích cest. Jde o léky s mukolytickým a sekretolytickým účinkem (ambroxol, bromhexin, acetylcystein aj.). U nemocných zesláblých, kteří vzhledem ke snížení svalové síly nedokáží efektivně odkašlávat, musíme často na optimální účinek protusik rezignovat. Vždy se však snažíme nemocného uchránit před dušností.

4.3 Hemoptýza

Za **hemoptýzu** označujeme vykašlávání krve anebo krvavého sputa z různých příčin. Zdroj krvácení se může nacházet v dýchacích cestách anebo plicích. K hemoptýze však může vést zatékání krve z dutiny ústní či nosní. U nemocných s provedenou tracheostomií bývá častá hemoptýza po opakovaných odsáváních



sekretu z dýchacích cest. V některých a často dramaticky probíhajících situacích může být hemoptýza spojena s předchozí aspirací krve při krvácení z horních částí zažívacího ústrojí (jícnové varixy, nádorová či vředová choroba žaludku či dvanácterníku). Příčinou hemoptýzy se může stát porucha krevní srážlivosti například u onkologických onemocnění krve anebo v důsledku předávkování antikoagulancii.

Léčení hemoptýzy vyžaduje kauzální přístup vždy, pokud je to možné. V paliativní hospicové péči však bývá kauzální léčení spíše výjimečnou léčebnou modalitou a častěji bývá prováděna léčba symptomatická. Zaměřujeme se na zvládnutí často probíhající dušnosti. Osvědčeným léčebným prostředkem je podávání morfinu v kombinaci s antitusiky. Dramaticky probíhající situace pomáhá zvládat midazolam, který lze podávat podkožně kontinuálně (stejně tak i morfin). Rychlého zklidnění nemocného lze dosáhnout rektálním podáním diazepamu v podobě přípravku určeného speciálně k tomuto způsobu aplikace. Účinek takto podaného diazepamu nastupuje velmi rychle (jen o něco pomaleji než při podání nitrožilním), čehož lze s výhodou využít v případech, kdy nemá nemocný zajištěn žilní přístup anebo by kanylace žíly byla obtížnou. Dalším léčebným krokem je podávání hemostyptik a přechodné vysazení antikoagulancií. Aspirace krve bývá příčinou zánětlivých komplikací, zvažujeme tedy i podání antibiotik. O dalším diagnostickém a léčebném postupu rozhoduje celkový klinický stav nemocného. V případě předpokládané delší životní prognózy pátráme po zvládnutí akutního stavu po příčině hemoptýzy s cílem zahájit kauzální léčebný postup. Možností řešení pak může být aplikace vasokonstrikčně působících látek přímo do bronchiálního stromu či ošetření místa krvácení laserem. Symptomatický přístup k léčbě je však u nemocných v hospicové péči mnohem častější.

4.4 Kožní onemocnění

Kožní změny mohou být projevem nádorového onemocnění, na druhé straně nemocní s nejrozličnějšími onkologickými chorobami mohou trpět kožními chorobami, které mohou (např. petechie či podkožní hematomy u hematoonkologických chorob, metastázy v podkoží apod.), ale nemusí mít přímý vztah (dekubity, intertrigo) vztah k základní diagnóze.



Mezi nejčastější primární kožní nádory patří **bazaliom**, který při včasné zachytu a správném léčení mívá dobrou prognózu. V paliativní hospicové péči bývá bazaliom zpravidla veden jako vedlejší diagnóza u jiné a mnohem závažnější diagnózy hlavní. Mnohem závažnějším onemocněním je maligní melanom a spinocelulární karcinom, které ve svých pokročilých stádiích mohou zakládat indikaci k paliativní hospicové péči.

Výjimkou nejsou metastatické kožní nádory, které mohou být projevem lokálního nebo vzdáleného šíření primárního nádoru. Projevují se jako podkožní indurace, nad kterými se často barva kůže odlišuje od okolí. Pozorovatelný bývá jejich rychlý růst. Invazivní růst metastázy způsobuje ulceraci, která se nehojí, ale má tendenci se zvětšovat. Pravidlem je její osídlení aerobními i anaerobními mikroby, které vedou k tvorbě hnisavé sekrece a nepříjemnému zápachu, který obtěžuje nejen nemocného, ale ztěžuje poskytování potřebné péče zejména v domácím prostředí. Intenzivní zápach může vést k sociální izolaci nemocného. Pokročilé ulcerózní změny vedou k nekrotickým změnám tkáně, ohrožují nemocného krvácením z eroze cév a mohou být zdrojem intenzivních bolestí. Základem poskytované péče jsou pravidelné převazy s využitím antiseptik a případně lokálně podávaných antibiotik. V některých případech je nezbytné odstranit nekrotickou tkáň, což vyžaduje zkušenost s ohledem na možnost vyvolání krvácení. Veškerá péče musí směřovat k dosažení maximálního komfortu pro nemocného. Z tohoto pohledu není medicínsky správné ani etické provádět chirurgické ošetření nádorových ulcerací u nemocných v terminálním stádiu.

U onkologických nemocných v pokročilých fázích choroby lze sledovat i **nespecifické kožní projevy** v podobě ikteru, pruritu anebo například lymfedém.

V závislosti na úrovni ošetrovatelské péče a na stavu výživy nemocného bývají nemocní ohroženi vznikem **dekubitů**. K jejich vzniku přispívá imobilita a inkontinence. Dekubity postihují nejčastěji kůži nad kostními prominencemi při dlouhodobém tlaku. Jejich vývoj se označuje čtyřmi stupni dle závažnosti postižení: 1. zarudnutí kůže se zachovanou kožní integritou, 2. zarudnutí s erozí či puchýřem, 3. ztráta kůže v celé tloušťce vyznačující se ulcerací s poškozením podkožních tkání až k fascii, 4. hluboká ulcerace s nekrózou svalové tkáně a obnažením kostí, případně kloubů.



Léčení dekubitů spočívá zejména v jejich prevenci. Pomocí jsou speciální polohovací lůžka či antidekubitární matrace. Základem však zůstává kvalitní péče o hygienu a časté polohování nemocného. Pokud se dekubit objeví, využíváme stále častěji metody vlhkého hojení, které umožňují četné firemní preparáty. V nejtěžších případech bývá součástí péče i chirurgické odstranění nekrotické tkáně. U nemocných v terminálním stádiu choroby se však vyvarujeme příliš radikálních zásahů a snažíme se nemocného uchránit zbytečné stresující zátěži.

Úkol

Zopakujte si ošetrovatelskou péči o pacienty s dekubity. Jaké jsou nejnovější trendy v léčbě dekubitů?



Infiltrace lymfatického a/nebo žilního drenážního systému vede ke vzniku **lymfedému**. Častý bývá u karcinomu prsu s postižením axilárních lymfatických uzlin, kdy postihuje horní končetinu. Setkat se s ním lze u nádorů v dutině břišní, kdy vážne mizní i žilní drenáž a to opět v důsledku blokády mizních uzlin a cév a také žilních kmenů. Lymfedém v tomto případě postihuje dolní končetiny. U pokročilých onkologických diagnóz bývá ireverzibilní. Může vznikat pozvolna, ale i během několika dní. Polohování končetin (elevace), podávání diuretik, masáže anebo bandáže zpravidla nevedou ke zlepšení.

V paliativní hospicové péči se mohou objevit kožní choroby podobně jako v jiných zdravotnických zařízeních. Jedná se často o **alergické kožní reakce a exantémy** v důsledku bakteriální či mykotické infekce. Zvláštní přístup z hlediska možného přenosu virové infekce vyžaduje **pásový opar** (herpes zoster).

Do hospicových zařízení bývají přijímáni nemocní nejen z domova, ale častěji z jiných zdravotnických a sociálních zařízení. Z tohoto hlediska je nutno při posuzování různých kožních projevů myslet i na možnost **svrabu**, lze se setkat i se **zavšivením**. V současné době dostupné léčebné prostředky činí tyto parazitární infekce poměrně snadno zvládnutelnými, příslušná hygienická opatření jsou nezbytná.



4.5 Svědění (pruritus)

Svědění je subjektivně vnímaný nepříjemný vjem, který postiženého nutí ke škrábání postižených oblastí kůže. V terminálním stádiu onkologických chorob doprovází zejména obstrukční ikterus, ale může se objevit i u jiných onkologických diagnóz, například u onkologických onemocnění krve a lymfatických uzlin. Často sužuje i nemocné při ledvinném selhávání, kteří jsou závislí na dialyzační léčbě. Nemocní svědění špatně snášejí, bývá narušen jejich spánek, opakované a intenzivní škrábání může vést k infekčním komplikacím.

Svědění může, ale nemusí být doprovázeno zjevnými změnami na kůži, pokud neuvažujeme sekundární změny způsobené škrábáním. U suché a atrofické kůže pomáhá ošetřování kůže mastmi a krémy. Mykotické onemocnění postihující nejčastěji plosky nohou či jejich meziprstní řasy anebo oblast třísels reaguje velmi dobře na běžná antimykotika. Příčinou svědění může být i nedostatek železa, hormonální dysbalance, podávání opioidů. Příčinou může být i podávání libovolného léku. Vždy zvažujeme jako jednu z možných příčin i svrab (scabies).

Léčení svědění bývá komplexní. Vždy pátráme po příčině a v případě její odstranitelnosti léčíme kauzálně. U suché kůže dbáme na její dobrou hydrataci (masti, krémy), vyhýbáme se používání mýdla, snažíme se bránit zbytečnému pocení. Pečlivě vyhodnotíme farmakologickou anamnézu. Při svědění alergického původu lze dosáhnout dobrého účinku aplikací lokálního antihistaminika anebo mastí s obsahem kortikoidů. Při úporném svědění podáváme antihistaminika celkově, případně jejich tlumivého efektu využíváme k zajištění klidného spánku. V případě nedostatečného efektu volíme celkové podávání kortikosteroidů.

4.6 Únava

Onkologické onemocnění bývá provázeno **únavou** vždy a s progresí onemocnění se zhoršuje. Fyzická i psychická výkonnost nemocných se snižuje, stále častěji tráví čas na lůžku, ztrácejí postupně schopnost chůze i základní sebeobsluhy při běžných úkonech. Nemocní začínají projevovat nezájem o sledování televize, poslech rádia či četbu a přes den mnoho hodin prospí, čímž nejsou vyloučeny jejich možné stesky na nespavost.



Příčiny narůstající únavy bývají komplexní. Únava je obecným projevem paraneoplastického syndromu. Dalšími příčinami může být anémie, malnutrice, dechová nedostatečnost, úzkosti a depresivní stavy při ztrátě životních perspektiv, podávání analgetik, zejména opioidů. Únavu může zhoršovat i prováděná chirurgická léčba, chemoterapie a radioterapie.

Léčení únavy při onkologických onemocněních cílíme vždy pokud možno kauzálně. Dbáme na správnou výživu, korekci anémie, léčíme depresi a chronickou nespavost. Vyvarujeme se přílišného snižování krevního tlaku u hypertoniků. Chut' k jídlu pomáhají zvyšovat některé farmakologické preparáty (megestrolacetát).

Nemocnému dopřáváme změnu denního režimu podle jeho přání, ale současně vytváříme vhodné podmínky k udržení co nejvyššího stupně soběstačnosti k čemuž mohou napomáhat vhodné kompenzační pomůcky (toaletní křeslo, chodítka apod.).

Úkol

Co byste odpověděli pacientovi nebo jeho rodinným příslušníkům, pokud by Vám položili následující otázky: Co je únava? Co únavu způsobuje? Jak zvládat únavu? Jaká jsou rizika klidu na lůžku nebo sedavého způsobu života? Jak je možné řídit čas, když jsme unaveni? Jaká cvičení nebo aktivity by měl pacient vykonávat? Jaké jsou nejlepší rady týkající se výživy? Jak zvládat dušnost? Jak zvládat bolest a další symptomy? Co je anémie a jak se podílí na vzniku únavy? (O'Connor, 2005, s. 124).



4.7 Poruchy výživy

Potřeby nemocného z hlediska **výživy a hydratace** je nutné nahlížet vždy individuálně v závislosti na celkovém zdravotním stavu a očekávané životní prognóze. Je nezbytné si uvědomit, že umírající pacient nemusí subjektivně pociťovat hlad ani žízeň. Povinností pečujících je přání nemocných respektovat a dle potřeby jim vhodné stravování a příjem tekutin zabezpečit. Pravidelné nabízení tekutin per os je součástí základní ošetrovatelské péče. Nemocného však k přijímání stravy ani tekutin nenutíme. U pokročilých stavů závažných chorob nelze příjem stravy a tekutin per os často vůbec zajistit. Příčinou může být kvan-



titativní anebo kvalitativní porucha vědomí, deprese, polykací obtíže s rizikem aspirace anebo také vědomé odmítání stravy pacientem, který se takto vyrovnává s přicházejícím koncem života.

Zavedení nasogastrické sondy či parenterální výživa mohou být nemocným nejen špatně snášeny, ale většinou nepřinášejí zlepšení kvality života. Je sice možné připustit, že zvýšený kalorický příjem a zlepšená bilance příjmu tekutin může prodloužit nemocnému život třeba o několik dní či snad i pár týdnů, ale vždy musíme zvážit, zda spíše než život neprodlužujeme proces umírání a nezatěžujeme pacienta vyšší mírou utrpení, než je nezbytné. Nadměrné anebo spíše nedostatečně redukováné podávání tekutin umírajícímu vede k přetížení selhávajícího organismu s následnou tvorbou otoků, výpotků v tělesných dutinách a ke kardiální dekompenzaci s edémem plic a typickými zvukovými fenomény při dýchání, které umírající již sice vnímat nemusí, ale o to úzkostněji reagují členové rodiny. Častěji také hrozí zvracení velkého objemu stagnační tekutiny.

Snížení kalorického příjmu a omezení hydratace může být ze strany příbuzných nemocného vnímáno silně negativně. Bývá z jejich strany pokládáno za zanedbání zdravotní péče s možnými forezními důsledky. Z tohoto důvodu neváháme opakovaně vysvětlovat naše stanovisko a zdůvodňovat zvolené postupy. Usilujeme o získání důvěry rodinných příslušníků a odpovídáme otevřeně i na zdánlivě bezvýznamné dotazy. Usilujeme o to, aby rodina nemocného pochopila, že omezení výživy včetně sníženého podávání tekutin není projevem nezájmu a terapeutického nihilizmu, ale odborně zdůvodnitelným krokem usilujícím o prospěch nemocného. V případě projevů nedůvěry lze podat malé množství izotonických roztoků kapénkovou infuzí subkutánní cestou. Subkutánní hydratace (hypodermoklýza) je pro bazální hydrataci nemocných v paliativní hospicové péči jednoduchou a bezpečnou alternativou nitrožilní cesty. Je velmi dobře využitelná i v domácím prostředí. Výhodné je používání jehel „s motýlkem“ velikosti 25 nebo 27 G, které jsou zaváděny do podkoží v podklíčkové krajině, lze však využít i jiná místa. Místo vpichu během infuze pravidelně kontrolujeme. Bez větších obtíží lze aplikovat objemy izotonických roztoků (nejčastěji fyziologický roztok anebo 5 % roztok glukózy) v objemu 500 i více ml. Do infuze lze přidat některá analgetika, sedativně působící léky i antiemetika (morfin, haloperidol, midazolam aj).



U nemocných s již zavedenou nasogastrickou sondou či gastrostomickou sondou předpokládáme riziko žaludeční atonie s možností aspirace. Před podáváním výživy proto nezapomínáme na kontrolu reziduálního obsahu žaludku.

Důležitá pasáž textu

Zapamatujte si, že neschopnost jíst nebo nezájem pacienta o jídlo je průvodním projevem umírání. Zapojte příbuzné do péče o pacienta, např. mohou nabízet tekutiny nebo provádět péči o dutinu ústní. Podporujte je, vaše přítomnost poskytuje jistotu a zbavuje příbuzné zbytečného strachu.



4.8 Zažívací obtíže

Velmi častým steskem nemocných v paliativní hospicové péči bývá **nauzea**, což je označení pro nepříjemný subjektivní pocit, který může být provázen bledostí, pocením a sliněním. Dlouhotrvající nauzea bývá zdrojem nechutenství a vede k poruchám výživy, hubnutí a ke kachektizaci.

Nauzea může vyústit ve zvracení, kterým je vypuzen žaludeční obsah. Se zvracením nezaměňujeme regurgitaci, při které dochází k retrográdnímu pohybu obsahu jícnu při jeho stenóze anebo z jícnového divertiklu. Inkompetence kardioesofageální junkce vede k takzvanému refluxu, který bývá často spojen s pocitem pálení žáhy, není vyloučena ani aspirace. U nemocných v těžkém klinickém stavu dochází k regurgitaci obsahu žaludku při žaludeční atonii.

Příčinou nauzey jsou patologické procesy v oblasti zažívacího ústrojí, ale mohou to být také stavy metabolické (hyperkalcémie, hyperglykémie s ketoacidózou, selhání jater anebo ledvin), podávání některých léků (analgetik, zejména opioidů, také antibiotik, ale i jiných léků), celkové infekce a sepse, zvýšení nitrolebečního tlaku. Nauzea může být vyvolána psychickými příčinami - úzkostí a strachem. U onkologických nemocných vyvolává nauzeu prováděná chemoterapie a radioterapie.

Léčení nauzey bývá v paliativní péči nejčastěji symptomatické, ale i tak pátráme vždy po možné příčině se snahou o kauzální léčebný přístup. Nauzeu lze potlačit vhodně volenou farmakoterapií, ale vždy volíme i nefarmakologické postupy.



Nemocní trpící nauzeou lépe tolerují chladné, suché a nearomatické potraviny. Úlevu může přinést také podávání stravy v sedící poloze a to na pokoji bez nežádoucích pachových vjemů. Nemocný musí jít bez spěchu, lépe po malých porcích a do jídla nesmí být proti své vůli nucen. Prospěšné může být podávání vychlazené Coca-Coly (nejlépe zbavené bublinek po delším odstátí), někteří nemocní ocení podání zmrzliny anebo piva. Pokud nauzea vede k poruše hydratace se subjektivním pocitem žízně, udržujeme dostatečný přísun tekutin jejich parenterálním podáváním. Co nejvíce se snažíme omezit perorálně podávanou medikaci a pokud nelze podávané léky vysadit, přecházíme na injekční anebo čípkové formy podávání.

Ve farmakologické terapii se vhodně uplatní prokinetika, která optimalizují motilitu žaludku a střev, napomáhají tedy fyziologickému pohybu obsahu trávicím ústrojím. Podáváme také léky s antiemetickým účinkem, v některých případech musíme sáhnout k haloperidolu anebo levomepromazinu či chlorpromazinu, u kterých však musíme počítat se silnějším sedativním působením. Dobrého efektu lze u nemocných v terminálních fázích onkologických onemocnění dosáhnout podáváním kortikosteroidů. Během onkologické léčby (chemoterapie či radioterapie) se osvědčilo podávání takzvaných setronů (ondansetron aj.).

Opakované a farmakologicky nezvládnutelné zvracení v terminálním stádiu lze zvládnout zavedením nasogastrické sondy a odváděním žaludečního obsahu do sáčku. Nemocnému tak lze zajistit významnou úlevu a klidný a nerušený spánek v posledních dnech života.

Někteří nemocní, kterým je poskytována paliativní hospicová péče, mohou trpět **průjmem**, což je označení pro časté vyprazdňování řídké stolice. Počet denních stolic i konzistence stolice podléhá značným individuálním výkyvům i u zcela zdravých lidí. Proto neposuzujeme zcela izolovaně počet stolic nemocného, ale porovnáváme aktuální situaci se zvyklostmi nemocného v předchorobí. Průjem může být provázen tenesmy, což je bolestivé nucení na stolicí. Opakované průjmovité stolice vedou k dehydrataci a poruchám výživy a přes veškerou snahu pečujícího personálu vždy zhoršují hygienický standard na lůžko upoutaného pacienta. Průjem může být způsoben celou řadou příčin, z nichž nejčastější příčinou je infekce a střevní dysmikrobie po podávání antibiotik. Průjmy mohou být



důsledkem resekčních operačních výkonů na zažívacím ústrojí (stavy po resekci střeva a žaludku), mohou být následkem radioterapie a chemoterapie a nepříliš vzácně doprovázejí melénu (krvácení do zažívacího ústrojí) v důsledku nádorového postižení. Zvláštní formou průjmu je takzvaný nepravý (paradoxní) průjem při zácpě, kdy tekutý obsah střeva obtéká překážku tvořenou tuhou stolicí, obdobně může k nepravému průjmu vést překážka tvořená nádorovou stenózou. V některých případech bývá průjem výsledkem několikadenního usilovného léčení obstipace laxativy.

Léčení průjmu spočívá v běžně známých dietních opatřeních (vyloučení tučných jídel, zeleniny, mléčných výrobků). Důraz klademe na dostatečnou hydrataci nemocného. Farmakologickou podporu přináší například loperamid, který snižuje střevní motilitu. Podobného efektu lze docílit podáváním kodeinu. Pokud se průjem objeví na oddělení u více nemocných, je třeba zachovat bdělost i po stránce hygienického režimu, protože ani v zařízeních paliativní hospicové péče nelze zcela vyloučit možnost alimentární nákazy.

Protikladem průjmu je obtížné a méně časté vyprazdňování střevního obsahu, které je označováno jako **zácpa**. Zácpa nemocnému přináší řadu subjektivně nepříjemných příznaků, zejména pocit plnosti a nadýmání, nechutenství a nauzeu. U starších nemocných se může projevit i psychomotorickým neklidem a zmatečností. Usilování o násilné vyprázdnění může přispět k manifestaci dosud klidných hemeroidů či dokonce k prolapsu rekta. Bolesti v anální krajině způsobené zanícenými hemeroidy či anální fisurou mohou vést k obavám z vyprazdňování a tím mohou obstipaci potencovat. K projevům zácpy přispívá celá řada faktorů. V prostředí hospicové péče je jedním z nejdůležitějších podávání opioidů. Vhodným prostředkem k prevenci i léčení zácpy je podávání laktulózy. Při terapeutickém neúspěchu pomůže kontaktní laxativum (například Guttalax) či glycerinový čípek. V úporných případech je řešením kapénkové klyзма anebo manuální vybavení stolice.

Někteří nemocní mohou trpět **škytavkou (singultus)**, která je vyvolána klonickou křečí bránice. Tento nepříjemný symptom může být vyvolán kašlem, distenzí žaludku či selháním ledvin, ale často příčinu zjistit nelze. K ústupu škytavky přispěje zadržení dechu, dýchání do igelitového sáčku (vzhledem k riziku dušení



u ležícího nemocného pod kontrolou zdravotníka). Dlouhotrvající a vyčerpávající škytavka vyžaduje farmakologický zásah, kdy neúčinněji se projevuje chlorpromazin, jehož nežádoucím vedlejším účinkem je vyvolání celkového útlumu.

Stomie je označení pro chirurgicky vytvořené vyústění dutého orgánu na povrch těla. V paliativní hospicové péči se nejčastěji setkáváme s těmito typy stomií:

1. **Tracheostomie** - bývá prováděna při obstrukci horních cest dýchacích u nádorů hlavy, dutiny ústní, krku.
2. **Gastrostomie** - (nejčastěji perkutánní endoskopická gastrostomie- PEG) slouží k zajištění výživy u nemocného, který není schopen polykat, a u kterého již nelze zajišťovat výživu nasogastrickou sondou. Do gastrostomické sondy se doporučuje podávat firemně připravovanou výživu, ale při dodržení specifických podmínek je možné i podávání kuchyňsky připravované stravy.
3. **Nefrostomie** - slouží k derivaci moči z ledviny při neprůchodnosti močového či močového měchýře a je zajištěna zavedením tzv. pig tail katétru.
4. **Epicystostomie** slouží k drenáži močového měchýře v případě, že tento stav nelze řešit zavedením močového katétru.
5. **Jejunostomie** slouží k podávání výživy přímo do tenkého střeva. Na rozdíl od gastrostomie je nezbytné do jejunostomie podávat vždy pouze firemně vyráběné přípravky.
6. **Ileostomie** také slouží k odvádění střevního obsahu, pokud je tento způsob derivace nutný a nelze jej řešit jiným způsobem, který by méně narušoval fyziologické pochody v trávicí trubici.
7. **Kolostomie** bývá často jediným možným řešením odvádění střevního obsahu při nádorovém postižení tlustého střeva.

Všechny typy stomií vyžadují náležité poučení nemocného a jeho rodiny, kteří by měli znát nejen účel, ke kterému stomie slouží, ale i způsoby jejího ošetřování. U nemocných v paliativní hospicové péči pak přechází veškerá péče o stomie do rukou ošetřujícího personálu.

4.9 Urogynekologické problémy

Urogynekologické obtíže postihují řadu jinak zcela zdravých žen již během produktivního věku. Jde o závažný problém nejen medicínsko-psychologický, ale také hygienický a sociální. Po stránce komunikace jde o velmi citlivé téma, které



ze strany zdravotníků vyžaduje ohleduplný a empatický přístup. S přibývajícím věkem se počet i závažnost příznaků zvyšuje. Mezi nejčastější stesky patří samovolný a nechtěný únik moči - **močová inkontinence**. Její příčinou bývá chabost svalů a vazů pánevního dna, ke které přispívají porody v anamnéze. Uplatňují se zánětlivá onemocnění, neurologické příčiny (ateroskleróza mozkových cév), psychické či psychiatrické choroby (demence). U žen v produktivním věku anebo u starších plně soběstačných žen bývají prováděna různá vyšetření (urologické a gynekologické vyšetření včetně urodynamických testů a zobrazovacích metod), jejichž cílem je stanovit vhodný léčebný postup. Možnosti léčení jsou farmakologické, význam má i posilování pánevního dna cílenou rehabilitací či elektrostimulací. V některých případech bývá indikována léčba chirurgická.

Důležitá pasáž textu

V paliativní hospicové péči se při močové inkontinenci uplatňuje (po vyloučení anebo vyléčení močového infektu) zvýšená ošetrovatelská péče. Dle potřeby měněné moderní pleny či plenkové kalhoty udržují pokožku v dobrém hygienickém prostředí. K ochraně kůže poslouží vhodné krémy či pasty. Důležitá je psychická podpora nemocných ze strany personálu. Paušální používání permanentních močových katétrů není pokládáno za správné, i když za individuálních podmínek může být oprávněné.



U některých žen se v terminální fázi onkologické choroby může objevit **poševní výtok - fluor vaginalis**. Tento příznak bývá často v důsledku mykotické vulvovaginitidy. Přináší nemocné intenzivní obtíže v podobě silného svědění. Léčba lokálně či celkově podávanými antimykotiky bývá úspěšná a přináší rychle potřebnou úlevu.

Zvláštní příčinou urogynekologických problémů bývají nádory postihující oblast zevního genitálu. Projevují se masívním otokem a rozsáhlými ulceracemi. Lokální ošetřování je nezbytné provádět velmi často, v léčbě bolesti neváháme zavčas sáhnout po opioidech.



4.10 Metastatické postižení skeletu

Kostní tkáň se díky svému bohatému prokrvení často stává cílem šíření nádorových buněk. Nádorové bujení poškozuje kostní tkáň různou měrou. U tzv. osteoplastických metastáz nejsou zpravidla biomechanické vlastnosti kostí natolik poškozené, aby došlo k patologické zlomenině. Jiná situace však je u metastáz osteolytických, které kost výrazně destruuují. Poměrně běžné pak bývají zlomeniny obratlů, které mají za následek poškození míchy, dobře známé jsou i patologické zlomeniny dlouhých kostí.

Do skeletu nejčastěji metastazuje karcinom prsu (až v 75 % případů), prostaty, štítné žlázy, bronchogenní karcinom, karcinom močového měchýře a ledviny. Důsledky kostních metastáz jsou kromě bolesti již zmíněné patologické zlomeniny nezřídka s poruchou míšních funkcí v důsledku míšní komprese. Destrukce kostní tkáně vede k hyperkalcémii, jejíž extrémní formou je hyperkalcemický syndrom, jehož hlavními klinickými projevy je nauzea a zvracení, únava, delirium, srdeční arytmie a renální selhání. Neléčený hyperkalcemický syndrom může vést ke smrti nemocného. V léčbě závažné hyperkalcémie se uplatní zejména zvýšený parenterální příjem tekutin (zejména fyziologického roztoku s přidáním kalium chloratum), následně podání diuretik a bisfosfonátů, které zpomalují odbourávání kostní tkáně. Léčbu doplňuje podávání lososího kalcitoninu. Po zvládnutí akutního stavu se doporučuje dlouhodobě podávat bisfosfonáty v několikátýdenních intervalech. O způsobu a intenzitě prováděné léčby rozhoduje celkový klinický stav nemocného a dynamika vývoje jeho choroby.

U nemocných dispenzarizovaných v ambulantní onkologické péči je nález solitární kostní metastázy častokrát výzvou k jejímu kauzálnímu řešení, které spočívá podle typu nádoru v chemoterapii, hormonální léčbě, radioterapii anebo v provedení chirurgického výkonu. Při zvažování chirurgické intervence je nutno pečlivě hodnotit předpokládanou prognózu nemocného a podle toho rozhodnout o způsobu chirurgického ošetření. U onkologických nemocných ve stabilizovaném stavu s vyloučenou generalizací choroby se v dnešní době nabízí celá řada stabilizujících operačních výkonů. Pokud došlo k metastazování do páteře, patří nemocný do rukou spondylochirurga.



Patologická zlomenina je známkou svědčící pro zhoršující se prognózu. Uvolněním nádorových buněk přispívá k vzniku dalších metastáz. Poněkud méně je známo, že ke zlomeninám u dlouhodobě ležících seniorů může dojít i spontánně a to v důsledku těžkého osteoporotického postižení skeletu.

Klinickými známkami zlomeniny bývá zcela nový typ lokalizované bolesti, deformita, otok a úzkostné šetření končetiny. V okamžiku vzniku zlomeniny, která může nastat při polohování pacienta personálem či také dokonce při změně polohy nemocným bez jakékoli asistence může být evidován různě intenzivní akustický fenomén.

Možnost existence spontánní zlomeniny dlouhých kostí je třeba mít na paměti i z důvodů forezních, kdy pečující personál může být neprávem obviňován z nedbalosti či dokonce ze zatajování úrazového děje. Vysvětlit příbuzným nemocného, že ke zlomenině došlo bez pádu z lůžka je velmi obtížné až nemožné. V každém případě je riziko konfliktu značné a komunikace s rodinou bývá velmi náročná. Na možnost spontánní zlomeniny dlouhých kostí je třeba myslet a s disponovanými nemocnými manipulovat velmi šetrně.

Rozhodnutí o případné operaci závisí zejména na celkovém stavu nemocného a jeho životní prognóze. Vzhledem k dobrému analgetickému efektu operace se k jejímu provedení přistupuje i u nemocných, u kterých neočekáváme obnovení mobility. Rozhodujícím kritériem musí být očekávaná délka přežívání a klinický stav slučitelný s provedením operačního výkonu. U nemocných, kterým je poskytována paliativní hospicová péče a jejichž životní prognóza je krátká, se indikaci k operaci spíše vyhneme.

V terminální fázi onemocnění je třeba zvažovat i jiné, tedy konzervativní možnosti léčebného postupu. Řešením může být přiložení moderní snímací dlahy, což však nelze provést u nemocných s deformitou končetiny, která má svůj původ v dislokaci zlomeniny anebo v deformitě skeletu nádorovým procesem. Sádrová dlahy se pak jeví jako vhodné řešení. V kombinaci s farmakologickou analgetizací lze nemocnému zajistit důstojné a klidné prožití posledních dnů života.



Pro zájemce

K přečtení doporučujeme článek Patologické zlomeniny dlouhých kostí v paliativní hospicové péči (Kala), který byl publikován v časopise Paliativna medicína a liečba bolesti v roce 2013. Autor v článku z vlastní zkušenosti uvádí tři kazuistiky nemocných, kteří byli hospitalizováni v Hospici na sv. Kopečku. Autor v závěru uvádí, že v terminální fázi závažného onemocnění lze při vzniku patologické zlomeniny v případě špatné životní prognózy indikovat s dobrým efektem konzervativní způsob léčby.



4.11 Nejčastější psychiatrické symptomy

Nevyléčitelné onemocnění přináší do života nemocného zásadní změny, které významně ovlivňují jeho psychický a spirituální stav. Řada nemocných k některým psychickým problémům inklinovala již v době svého plného zdraví a právě závažná choroba způsobuje dekompenzaci jejich vratké psychické rovnováhy. Jedním ze zcela běžných příznaků doprovázejících vážnou chorobu je **úzkost**. Nemocní se obávají bolesti, trápí je ztráta životních perspektiv. Úzkost se projevuje podrážděností, neklidem, zvýšenou potivostí, nespavostí, tachykardií a hyperventilací. Může narušovat sociální vztahy nemocného. Nevládnutá úzkost může přecházet do dramaticky se manifestujících poruch, které vyžadují včasný a účinný léčebný zásah. Základem léčebného přístupu je správný přístup v komunikaci, uplatňují se metody psychologické, spirituální a velmi často se nelze vyhnout podávání anxiolytik a v některých případech antipsychotik.

U některých nemocných může smutná nálada přerůst do **deprese**, která se od běžně prožívaného smutku liší svou délkou v čase a hloubkou prožívání. Nejintenzivněji se depresivní ladění projevuje ráno. Depresivní stav se vyznačuje trvalou sklíčeností, pocitem beznaděje, únavností, sebelítostí, nezájmem o okolní dění a sníženou komunikativností. Výjimkou nejsou ani myšlenky na sebevraždu, které nesmí být okolím podceňovány. Depresivní nemocní hůře snášejí bolest i jiné nepříjemné symptomy. Mohou odmítat stravu anebo také naopak se mohou přejídat, což však zpravidla neplatí pro nemocné v závěrečné fázi závažného onemocnění. Léčení deprese je opět založeno na adekvátní komunikaci s cílem



získat si pacienta. Podávání antidepresiv je běžnou součástí paliativní hospicové péče.

Běžným doprovodem terminálních fází závažných onemocnění bývá stav zmatenosti, který označujeme jako **delirium**. Rychlost nástupu a délka trvání deliria se liší případ od případu. Stejně výrazně se liší i aktivita nemocného během deliriózního stavu a to od apatie a spavosti až po psychomotorický neklid s projevy agrese. Lze zaznamenat dezorientaci, bludné myšlení a halucinace. Na případná noční deliria si nemocný během dne nemusí vzpomenout a komunikace s ním může být opět bezproblémová. Delirantní nemocný si často vytrhává zavedenou nitrožilní kanylu, močový katétr, svléká se, snaží se opustit lůžko. Bývá vysoké riziko pádu.

Ke vzniku deliria přispívá dehydratace, febrilní stavy různých příčin, hypoxie, retence moči či obstipace, bolest a abstinenční příznaky. Léčení deliria klade na personál zvýšené nároky a to zejména v případech, kdy je spojeno s agresí namířenou nezřídka právě proti pečujícím osobám. Vždy je na místě klidný a trpělivý přístup, bludy a halucinace nemocnému nevyvracíme, ale ani ho v nich neutvrzujeme. Farmakologická léčba je nutná a má být včasná. Podáváme antipsychotika, ale v žádném případě vědomí nemocného netlumíme více, než je nezbytně nutné. Kurtování nemocného je krajním prostředkem, o kterém rozhoduje lékař. Vždy je nutno jej řádně zdůvodnit a zdokumentovat a postupovat v rámci platné legislativy. V paliativní hospicové péči poskytujeme podporu i příbuzným nemocného, kteří se nezřídka stávají terčem jeho (zpravidla slovní) agrese.

Kontrolní otázky

1. Popište specifikace paliativní a hospicové péče u pacienta s dušností.
2. Popište specifikace paliativní a hospicové péče u pacienta s kašlem.
3. Popište specifikace paliativní a hospicové péče u pacienta s hemoptýzou.
4. Popište specifikace paliativní a hospicové péče u pacienta s kožním onemocněním.
5. Popište specifikace paliativní a hospicové péče u pacienta se svěděním.
6. Popište specifikace paliativní a hospicové péče u pacienta s únavou.





7. Popište specifikace paliativní a hospicové péče u pacienta s poruchou výživy.
8. Popište specifikace paliativní a hospicové péče u pacienta se zažívacími obtížemi.
9. Popište specifikace paliativní a hospicové péče u pacienta s urogynekologickými problémy.
10. Popište specifikace paliativní a hospicové péče u pacienta s metastatickým poškozením skeletu.
11. Popište specifikace paliativní a hospicové péče u pacienta s nejčastějšími psychiatrickými symptomy.



5 AKUTNÍ A PALIATIVNÍ TERAPIE

Cíle

Po prostudování této kapitoly budete schopni:

- vyjmenovat možné náhlé zdravotní komplikace v paliativní hospicové péči;
- uvést efektivní zvládnutí urgentního stavu v paliativní hospicové péči;
- provádět monitoring pacienta a upozornit na změny při zhoršení zdravotního stavu pacienta;
- uvědomit si důležitost psychické podpory v paliativní hospicové péči;
- identifikovat vzájemný vztah akutní a paliativní terapie.



Pojmy k zapamatování

akutní péče, náhlá zdravotní komplikace, léčebný zásah, psychická podpora



5.1 Urgentní stavy v paliativní hospicové péči

U nemocných v hospicích již zpravidla nebývají prováděna různá diagnostická vyšetření, probíhají jen předem plánované příjmy a provoz na odděleních hospice nebývá tak hektický, jako v nemocnici poskytující akutní péči. Avšak i v těchto podmínkách může vzniknout **náhlá zdravotní komplikace** přinášející nemocnému těžké strádání a vyžadující urgentní léčebný zásah.

U některých nemocných indikovaných k hospicové péči hrozí poměrně dramatické vyústění terminální fáze choroby. Nejčastějšími těmito komplikacemi je průlomová bolest, dušení, hemateméza, těžko zvladatelný opakovaný vomitus, naskupení epileptických paroxysmů, stavy panické úzkosti. Vyloučena není ani možnost kardiovaskulární či cévní mozkové příhody. V okamžiku zjištění dramaticky se vyvíjejících symptomů je nutné transformovat standardní pracovní režim, který je v hospicových zařízeních příslovečně svou plánovitostí a relativním klidem



a reagovat neprodleně a správně na prudké zhoršení zdravotního stavu nemocného způsobující výrazné utrpení. Včasný léčebný zásah zmírní dopady dramatické příhody na nemocného a případně i na jeho rodinu.

K efektivnímu zvládnutí urgentního stavu v paliativní hospicové péči není nutné nákladné technické vybavení, kterými jsou vybaveny jednotky intenzivní péče jiných lékařských specializací. Do armamentaria paliatologa rozhodně nepatří provádění intubace a zajišťování řízené ventilace, stejně jako kanylace centrálních žil. Kauzální léčebný zásah bývá často předem zcela vyloučen. V případech, kdy nelze jinak zvládnout dramatickou dušnost nemocného, je podání sedativ účinným a etickým vyřešením situace. Na rozdíl od intenzivisty, jehož cílem je co nejdříve stabilizovat stav nemocného, je lékař v hospici v poněkud jiném postavení. Jeho cílem je „pouze“ omezit tělesné a psychické utrpení nemocného i jeho rodiny. U některých diagnóz lze určité konkrétní komplikace předpokládat a lze si tedy v ošetřujícím týmu předem dohodnout optimální terapeutický zásah. Nemocní bývají v hospici ubytováni často na jednolůžkových pokojích a nepřetržitý dohled všeobecné sestry zpravidla nelze zajistit. Velkou výhodou bývá přítomnost rodinných příslušníků, kteří mohou na komplikaci upozornit. Velmi se osvědčuje předem informovat příbuzné o možném průběhu terminální fáze choroby. Vždy je však nezbytné zdůraznit, a to opakovaně, že je personál připraven výrazně omezit případné utrpení, které by s sebou případné komplikace mohly přinést. V mnoha případech však bývá nástup dramatické příhody obtížně předvídatelný a překvapivě rychlý.

Léčebný zásah v hospici musí být minimálně invazivní a šetrný, což však nesmí být v rozporu s jeho požadovanou účinností. Nástup účinku intramuskulárně či podkožně podaných léků dosahuje požadovaného efektu příliš pozdě. Nemocní v hospici ve většině případů nemívají zajištěn žilní přístup. V medicínské praxi se velmi osvědčuje rychlý nástup účinku sedativ a opiátů podaných intranazálně anebo rektálně. Po zklidnění nemocného lze pokračovat v podávání dalších medikamentů nitrosvalově či podkožně. Trvalého efektu lze pak dosáhnout kontinuální podkožní aplikací analgeticky a sedativně účinkujících preparátů. Hojně využívanou a osvědčenou kombinací je podávání morfinu a midazolamu, kdy oba preparáty jsou podávány podkožně pomocí dávkovačů. Každý z obou uvedených preparátů podáváme separátně, aby bylo možno jejich dávky nezávisle měnit.



Monitoring nemocného poté zajišťuje řádně poučená všeobecná sestra. Vývoj zdravotního stavu, druh a množství podávané medikace je nutno přesně zaznamenat.

Při dramatickém vyústění terminální fáze choroby klademe velký důraz na komunikaci s rodinnými příslušníky. Vysvětlíme jaké léky a za jakým účelem jsou podávány. Zdůrazňujeme cíl našeho terapeutického zásahu, kterým je dosažení důstojného a klidného umírání při jinak zcela nevladatelném onemocnění. Ve vypjatých situacích neváháme sdělované informace i několikrát opakovat.

Na prožívání celé situace rodinnými příslušníky působí celá řada zdánlivých detailů. Například dramaticky probíhající krvácení či opakovaný vomitus působí méně šokujícím dojmem na lůžku, které je povlečeno pestrobarevným ložním prádlem.

Nezbytnou psychickou podporou ve vypjatých chvílích je co nejčastější přítomnost ošetřujícího personálu na pokoji nemocného a zajištěná dostupnost lékaře.

Pro zájemce

Kazuistika č. 1

49letý muž byl přijat k paliativní hospicové péči s diagnózou nízkodiferencovaného adenokarcinomu žaludku. Bylo prokázáno šíření nádoru do pankreatu, dutiny peritoneální a mnohočetné postižení lymfatických uzlin včetně nadklíčkových. Nemocný byl plně při vědomí, subileozní, subikterický s krutou bolestí v epigastriu, ve kterém byl hmatný objemný tuhý tumor. Dramatické prožívání bolesti a úporná nauzea během přijímání do hospice vedly k úzkostnému psychomotorickému neklidu s opouštěním lůžka a hledáním bizarních úlevových poloh. Manželce, která nemocného doprovázela, byla vysvětlena nutnost podání opiátů a dalších léků se sedativním účinkem. Poté byla zahájena kontinuální podkožní aplikace morfinu, dále byl podán haloperidol, torecan a plegomazin. Nemocný ulehl na lůžko a klidně pospával. Za 8 hodin po přijetí došlo k prudké fatální hematemezi, která nemocného během několika málo minut usmrtila. Vzhledem k podání léků se sedativním účinkem proběhla tato příhoda až neočekávaně klidně. Přístup personálu a farmakologické zajištění umírajícího posléze jeho manželka velmi kladně ohodnotila.



**Kazuistika č. 2**

88letá žena byla přijata s diagnózou pokročilého karcinomu hrtanu. Alimentace byla zajištěna gastrostomií. V klinickém nálezu dominovala těžká kachexie, afonie a dysfagie při stenóze jícnu. Během hospitalizace došlo k poměrně dramatickému rozvoji dušnosti způsobené neřešitelnou stenózou dýchacích cest, která byla symptomaticky zvládána intranasální aplikací fentanylu (100 mikrogramů frakcionovaně), kontinuální aplikací morfinu pomocí dávkovače a nitrosvalovou aplikací apaurinu. Současně byl podáván kyslík kyslíkovými brýlemi. Nemocná se zklidnila, byla spavá, ale reagovala na oslovení. Objektivně zjistitelné klinické projevy dušnosti byly minimální (saturace měřena nebyla). V dalších třech dnech bylo pokračováno v kontinuálním podávání morfinu, nitrosvalově byl podáván apaurin. Porucha vědomí progredovala a nemocná zemřela bez dalších dramatických symptomů.

Kazuistika č. 3

47letá žena byla do hospice přijata s diagnózou karcinomu faryngu. Během předchozí hospitalizace na klinickém pracovišti odmítla možnost provedení tracheostomie a gastrostomie. Do hospice se dostavila ve stavu těžké kachexie, byla však ještě schopna samostatné chůze. Dysfagie jí nedovolovala přijímat ani tekutiny, dorozumívala se pouze písemnou formou a gestikulací. Během hospitalizace došlo ke zhoršování bolesti, což si vyžádalo zvyšování dávky opioidů. Nemocná nadále kachektizovala, velmi rychle byla upoutána trvale na lůžko. V posledním, desátém dni hospitalizace, se rozvinul psychomotorický neklid charakteru panické ataky. Po poučení její matky, která byla téměř trvale v hospici přítomna, byla nemocná uvedena do farmakologického spánku podáním diazepamů rektální cestou a následnou aplikací haloperidolu a plegomazinu. Současně byla zvýšena dávka kontinuálně podávaného morfinu. O klinickém vývoji onemocnění byla její matka pravidelně a podrobně informována. Stav farmakologického útlumu přešel do areflektorického kómatu. Za tři dny po dramatické příhodě nemocná v klidu zemřela. Matka později velmi ocenila způsob vedení léčby i přístup personálu v hospici.



5.2 Vzájemný vztah akutní a paliativní terapie

Paliativní péče poskytovaná v lůžkových hospicových zařízeních poskytuje komplexní služby zaměřené na biologické, psychické, sociální i spirituální potřeby nemocných. Správně indikovaná a vhodně načasovaná paliativní péče ušetří v rozpočtu zdravotnictví nemalé finanční částky. Tyto úspory však v žádném případě nejsou na úkor nemocných. Paliativně vedená léčba zamezí provádění zbytečných nákladných vyšetření, která pro nemocné v pokročilých fázích onkologických onemocnění z hlediska volby dalších terapeutických postupů již nemají žádný přínos. O nepochopení principů paliativní péče ze strany lékařů poskytujících akutní péči svědčí celá řada případů, se kterými se lze setkávat takřka denně. Nemocní a jejich příbuzní očekávají vysokou úroveň zdravotní péče, kterou spatřují ve využití dostatečného množství zpravidla těch nejmodernějších technologií. Lékaři, kteří se obávají obvinění z nedbalosti, se snaží těmito představám vyhovět, což výrazně prodražuje poskytovanou zdravotní péči, aniž by ji činilo smysluplnou.

Časopis České lékařské komory Tempus medicorum přinesl Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli. V uvedeném dokumentu je uvedeno, že: *Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby u pacientů v terminálním stadiu neléčitelného onemocnění a/nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, kteří nereagují na použité léčebné postupy, je v souladu s etickými principy medicíny a existujícími právními předpisy České republiky. Dále lze citovat: Zahájení nebo pokračování jakéhokoliv léčebného postupu, který není odborně odůvodněný, kde neexistuje racionální předpoklad jeho příznivého účinku na celkový průběh onemocnění a kde rizika komplikací, strádání, útrap a bolesti převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je v rozporu s etickými principy medicíny a Chartou práv umírajících (Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 2010, s. 1-4).*

Rozhodnutí o okamžiku, ve kterém léčení závažného onemocnění selhává, je prubířským kamenem zkušenosti pečujícího lékaře. Oznámení této skutečnosti nemocnému často vyžaduje osobní statečnost. Rozhodnout o zahájení paliativní-



ho léčebného postupu může být někdy pokládáno za příliš předčasné a porážecí. Alibistické indikování dalších diagnostických a terapeutických postupů u preterminálních nemocných s generalizovaným onkologickým onemocněním není výjimkou. Odstoupení od intenzivní léčby a indikování paliativní péče je však v těchto případech plně na místě a nemá nic společného s eutanazií.

Kontrolní otázky

1. Jaké náhlé zdravotní komplikace mohou nastat v paliativní hospicové péči?
2. Jakými léčebnými intervencemi lze zvládnout urgentní stav v paliativní hospicové péči?
3. Co vše byste monitorovali u pacienta s náhlým zhoršením zdravotního stavu v paliativní hospicové péči?
4. Jakými způsoby byste provedli psychickou podporu v paliativní hospicové péči?
5. Jaký je vzájemný vztah akutní a paliativní terapie?





ZÁVĚR

V závěru této studijní opory bychom rádi zdůraznili, že hospicová paliativní péče se neobejde bez péče duchovní (spirituální), kterou je třeba nemocnému nabídnout, ale v žádném případě nesmí být k duchovním rozhovorům ani k žádným náboženským úkonům přesvědčován či jinak nucen. Plně musí být respektováno právo nemocného rozhodovat se v těchto věcech podle svých individuálních představ. Hospice z tohoto důvodu spolupracují s kněžími a pastoračními asistenty. Nemocným hlásícím se k jiné církvi než římskokatolické má být zajištěn relevantní duchovní.

Cílem poskytování duchovní péče musí být uspokojení spirituálních potřeb nemocného. Těžce nemocný člověk si klade celou řadu existenciálních otázek. Hodnotí svůj dosavadní život a pátrá po jeho smyslu. Různým způsobem a s různým výsledkem se pokouší vyrovnat s životními křivkami a prožitým utrpením, ale také pocity viny. Přemýšlí o nadcházejícím konci života, o smrti a v závislosti na svém spirituálním založení o existenci Boha a posmrtném životě.

Pokud má rodina nemocného o duchovní péči jiné představy než nemocný, má být vždy respektováno přání nemocného. Někteří nemocní zátěž, kterou přináší závěr života, zvládají velmi obtížně a podléhají nezvladatelným emocím. Obracejí se pak proti pečujícím zdravotníkům i vlastní rodině, chovají se podrážděně či dokonce agresivně anebo naopak podléhají smutku a depresi. Tyto případy vyžadují ze strany všech komunikujících trpělivost a vlídnost. Cílem poskytované paliativní péče není těžce nemocného člověka, byť nevhodně se chovajícího či jednajícího odsuzovat, ale pomoci mu dosáhnout závěru života klidně a důstojně. Rodinné příslušníky, kteří se stávají cílem slovních útoků ze strany nemocného je potřeba poučit a lidsky podpořit.

Systematicky poskytovaná spirituální péče přispívá ke zklidnění nemocného, snížení úzkosti a izolace nemocného, umožňuje dosáhnout smíření v narušených mezilidských vztazích. To je mj. základním cílem paliativní hospicové péče.



O AUTORECH

doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.

Působil čtvrt století jako neurochirurg ve Fakultní nemocnici v Olomouci. V roce 2009 odešel pracovat do lůžkového Hospice na Sv. Kopečku v Olomouci, kde jako vedoucí lékař působí dodnes. Rozvíjí a podporuje princip kontinuity zdravotně sociální péče, zajišťuje kvalitní paliativní a hospicovou péči, usiluje o zlepšení kvality života pacientů / klientů a rodin, zmiňuje utrpení pacientů / klientů a neopomíjí jejich psychosociální a spirituální potřeby. Doc. Kala napsal řadu odborných publikací, ve kterých poukazuje na důležitost interdisciplinárního přístupu, např. Hamletovská otázka z pohledu pacienta hospice (Kala), Úskalí krátkodobé hospicové péče (Kala), Specialista v oboru paliativní medicíny: paliativce anebo paliatolog? (Kala), Indikace paliativní hospicové péče po cévní mozkové příhodě (Kala, Dorková), Etické a komunikační aspekty terminální analgosedace (Kala). Doc. Kala je rovněž spisovatelem, píše beletristické publikace z oblasti populárně-naučné literatury, poezie i literatury pro děti.



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

Je registrovanou všeobecnou sestrou a zdravotně sociální pracovnící. V rámci disertační práce se zabývala pohřebními rituály v moderní době a jejich sociokulturní perspektivou. Svou pedagogickou a vědecko-výzkumnou činnost orientuje na problematiku umírání, smrti a pohřebních rituálů. Je certifikovanou poradkyní pro pozůstalé, krizovou interventkou a supervizorkou. Podporuje filozofii důstojného umírání u zdravotnických a sociálních pracovníků a podílí se na detabuizaci smrti v české společnosti. Je autorkou mnoha odborných studií v tuzemských i zahraničních časopisech, např. Komunikace s pozůstalými ve zdravotnickém zařízení (Dorková, Kala, Krátká), odborných článků ve sbornících z konferencí, např. E. K. Rossová a její vzkaz pro současnou paliativní a hospicovou péči (Dorková, Otrubová) a studijních textů.





SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli, s. 1-4.
2. DORKOVÁ, Zlatica, KRÁTKÁ, Anna a Martina CICHÁ, 2009. Edukace rodin pečujících o chronicky nemocné a umírající. In *Cesta k modernímu ošetřovatelství: (recenzovaný sborník příspěvků z konference)*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, XI., s. 81-85.
3. DORKOVÁ, Zlatica, 2014. Co potřebují umírající a doprovázející v 21. století. In ŠPATENKOVÁ, N. et al. *O posledních věcech člověka. Vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, s. 81-90. ISBN 978-80-7492-138-4.
4. DORKOVÁ, Zlatica a Ria OTRUBOVÁ, 2015. E. K. Rossová a její vzkaz pro současnou paliativní a hospicovou péči. In KRÁTKÁ, Anna a Zlatica DORKOVÁ. *Nové trendy ve zdravotnické praxi. Sborník z mezinárodní konference*. Zlín: UTB, s. 40-46. ISBN 978-80-7454-525-2.
5. DORKOVÁ, Zlatica, KALA, Miroslav a Anna KRÁTKÁ, 2015. Komunikace s pozůstalými ve zdravotnickém zařízení. *Zdravotnické štúdie*. č. 2 (7). s.17-20. ISSN 1337-723X.
6. KALA, Miroslav a Zlatica DORKOVÁ, 2015. Indikace paliativní hospicové péče po cévní mozkové příhodě. *Neurologie pro praxi*, roč. 16, č. 3, s. 149-151. ISSN 1213-1814.
7. KALA, Miroslav, 2010. Rozhodnutí o zahájení paliativní léčby vyžaduje zkušenosti i odvahu. *Diagnóza v ošetřovatelství*, roč. 6, č. 3, s. 33. ISSN 1801-1349.
8. KALA, Miroslav a Ladislav KABELKA, 2010. Trestní stíhání za odborně poskytnutou paliativní péči - nesmysl anebo reálná hrozba? *Medicína pro praxi*, roč. 7. ISSN 1214-8687.
9. KALA, Miroslav, 2010. Hamletovská otázka z pohledu pacienta hospice. *Paliativna medicína a liečba bolesti*, roč. 3, č. 3, s. 119-120. ISSN 1337-6896.
10. KALA, Miroslav, 2011. Úskalí krátkodobé hospicové péče. *Paliativna medicína a liečba bolesti*, roč. 4, č. 2, s. 72-73. ISSN 1337-6896.



11. KALA, Miroslav, 2011. Urgentní stavy v paliativní hospicové péči. *Paliativna medicína a liečba bolesti*, roč. 4, č. 3, s. 114-115. ISSN 1337-6896.
12. KALA, Miroslav, 2012. Specialista v oboru paliativní medicíny: paliativec anebo paliatolog? *Paliativna medicína a liečba bolesti*, roč. 5, č. 1, s. 32. ISSN 1337-6896.
13. KALA, Miroslav, 2012. Náhrada gastrostomického drénu balonkovým močovým katétrem. *Interní medicína pro praxi*, roč. 14, č. 2, s. 81-82. ISSN 1212-7299.
14. KALA, Miroslav, 2012. Když rozhodnutí o setrvání v paliativním léčebném režimu vyžaduje zkušenosti a odvalu. *Interní medicína pro praxi*, roč. 14, č. 5, s. 227-228. ISSN 1212-7299.
15. KALA, Miroslav a Zdeňka MIKŠOVÁ, 2012. Amyotrofická laterální skleróza v zařízení paliativní hospicové péče - kazuistika. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, roč. 75, č. 5, s. 630-632. ISSN 1210-7859.
16. KALA, Miroslav, 2012. Možnosti individuálního přístupu k nemocným v zařízení paliativní hospicové péče. *Interní medicína pro praxi*, roč. 14, č. 12, s. 484-485. ISSN 1212-7299.
17. KALA, Miroslav, 2013. Patologické zlomeniny dlouhých kostí v paliativní hospicové péči. *Paliativna medicína a liečba bolesti*, roč. 6, č. 1, s. 13-14. ISSN 1337-6896.
18. KALA, Miroslav, 2013. Komplikace podkožního podávání infuzí v paliativní péči a možnosti jejich řešení. *Interní medicína pro praxi*, roč. 15, č. 1, s. 36-37. ISSN 1212-7299.
19. *Katechismus katolické církve*, 1995. 1. vyd. Praha: Zvon, 558 s. ISBN 80-7113-132-6.
20. O'CONNOR, Margaret a ARANDA, Sanchia, 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
21. SKÁLA, Bohumil, 2011. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře [novelizace 2011]*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-51-0.



22. SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav a Jiří VORLÍČEK, 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
23. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*, 2006. 1. vyd. Praha: Grada, 355 s. ISBN 80-247-1720-4.
24. *Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.*



Název: Paliativní a hospicová péče
Autoři: Miroslav Kala, Zlatica Dorková
Vydavatel: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Vydání: první
Vyšlo: 2017
Náklad: elektronicky
ISBN 978-80-7454-668-6