

I. ČESKO-SLOVENSKÁ KONFERENCE PALIATIVNÍ MEDICÍNY

2009

www.solen.cz

ISBN 978-80-87327-20-3

12. listopadu 2009

Regionální centrum Olomouc

Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP
Sekcia paliatívnej medicíny Slovenskej spoločnosti
pre štúdium a liečbu bolesti SLS
Solen, s.r.o.

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

POŘADATELÉ

- Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP
- Sekcia paliatívnej medicíny Slovenskej spoločnosti pre studium a liečbu bolesti SLS

I. ČESKO-SLOVENSKÁ KONFERENCE PALIATIVNÍ MEDICÍNY

12. listopadu 2009

Regionální centrum Olomouc

PARTNEŘI

Lohmann & Rauscher, s.r.o.

Nestlé Česko s.r.o.

Nutricia a.s.

Nycomed s.r.o.

Mundipharma GesmbH. Austria

Richter Gedeon - organizační složka ČR

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

FLORENCE
CASOPIS MODERNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ

diagnóza
v ošetrovatelstvi

Sestra

**Zdravotnické
noviny**

POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM
ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONFERENCE

POŘADATEL

Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP
Sekcia paliatívnej medicíny Slovenskej spoločnosti
pre štúdium a liečbu bolesti SLS
Solen, s.r.o.

ODBORNÝ GARANT

MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.
MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.

ODBORNÁ SPOLUPRÁCE

Česká onkologická společnost ČLS JEP
Česká geriatrická a gerontologická společnost ČLS JEP
Česká pneumologická a ftizeologická společnost ČLS JEP
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Společnost pro studium a léčbu bolesti ČLS JEP
Slovenská spoločnosť pre štúdium a liečbu bolesti SLS

PROGRAMOVÝ VÝBOR

prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc.
MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.
Mgr. Jiří Prokop, Ph.D.
MUDr. Kristýna Křížanová
MUDr. Hedvika Jakubíková
MUDr. Stanislav Fabuš
MUD. Marie Svatošová
MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc.
MUDr. Jan Maláška, Ph.D.
PhDr. Marie Macková, Ph.D.
prof. MUDr. Jana Skříčková, Ph.D.

ORGANIZÁTOR

SOLEN, s.r.o.
Lazická 297/51, 779 00 Olomouc
kontaktní osoba:
Ing. Karla Břečková
tel.: 582 397 457
mob.: 777 714 677
e-mail: breckova@solen.cz

Olomouc 12. 11. 2009
Regionální centrum Olomouc

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16
ČLK ohodnocena 7 kredity pro lékaře, 4 kredity pro sestry,
nutriční terapeutky, zdravotně sociální pracovníky a klinické psychology

Grafické zpracování a sazba: Jan Sedláček, tel.: +420 724 984 451

ISBN 978-80-87327-20-3

ČTVRTEK 12. LISTOPADU

SÁL PEGASUS

LÉKAŘSKÁ SEKCE

8.45–9.00 SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ

Předsednictvo: S. Fabuš, J. Vorlíček, L. Kabelka, A. Marková, J. M. Prokop, O. Sláma

Pozdravy:

- prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc., čestný předseda ČSPM a předseda České onkologické společnosti ČLS JEP
- MUDr. Stanislav Fabuš, člen výboru Sekcie paliativnej medicíny SSŠLB
- MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D., předseda ČSPM ČLS JEP

9.00–10.15 VÝŽIVA V PALIATIVNÍ MEDICÍNĚ

Předsednictvo: J. Vorlíček, L. Kabelka, A. Marková

- **Kdy a jak lze ovlivnit kachexii?** – M. Tomíška
- **Sippingová enterální výživa a její role u pokročile nemocných – jak ji volit a jak ji užívat?** – T. Starnovská
- **Je někdy možné odstoupit od umělé výživy a je to eticky a právně přijatelné?** – L. Kabelka
- **Kdy je u nevyléčitelně nemocného indikována gastrostomie?** – M. Šachlová

10.15–10.30 Přestávka

10.30–12.00 PALIATIVNÍ LÉČBA SYMPTOMŮ

Předsednictvo: O. Sláma, H. Jakubíková, M. Tomíšková, K. Křižanová

- **Zložitě bolestivé stavy u nevyléčitelně chorých** – H. Jakubíková
- **Manažment maligního refrakterního ascitu** – A. Škrípková
- **Paliativní léčba recidivujících pleurálních výpotků: srovnání účinnosti jednotlivých metod** – M. Tomíšková
- **Paliativní sedativní léčba při neznesitelné dýchavici** – K. Křižanová
- **Potřebují dušní pacienti v terminální fázi oxygenoterapii? – ANO** – O. Sláma
- **Potřebují dušní pacienti v terminální fázi oxygenoterapii? – NE** – P. Turčáni

12.00–13.00 Oběd

13.00–14.30 VARIA

Předsednictvo: M. Kala, J. Prokop, L. Kabelka

- **Medicína dlouhodobé péče** – I. Doležalová
- **Nadstandard pro nevyléčitelně nemocné?** – J. Prokop
- **Syndrom terminální geriatrické deteriorace** – L. Kabelka
- **Hamletovská otázka z pohledu pacienta hospice** – M. Kala
- **Role klinického farmakologa v paliativní medicíně** – J. Gregorová
- **Trvalá přítomnost rodiny pacienta – je vždy žádoucí a přínosná?** – T. Dvořáková

14.30–14.45 Přestávka

14.45–16.00 PSYCHOLOGICKÉ A KOMUNIKAČNÍ ASPEKTY PALIATIVNÍ MEDICÍNY

Předsednictvo: L. Kabelka, A. Marková, J. Prokop

- **Skríning deprese u onkologicky nemocných v programu paliativní péče: ANO či NE?**
– L. Slováček
- **Péče o pozostalé – možnosti a limity zdravotníků** – R. Alexandrová
- **Možnosti psychoterapie v paliativní péči** – A. Škrobánková
- **Psychologická problematika v paliativní péči v dětské onkologii** – K. Tóthová
- **Jak se vyrovnat se ztrátou blízké osoby?** – M. Macková
- **Psychická a existenciální tíseň umírajících** – M. Schindlerová
- **Vliv bazální stimulace na přechod do fáze smíření podle Elizabeth Kübler Rossově**
– H. Hlaváčková

16.00–16.30 Závěr

*SALONEK ANDROMEDA***SESTERSKÁ SEKCE** / *MOŽNOST VSTUPU SESTER I NA LÉKAŘSKOU SEKCI***10.30–12.00 PÉČE O PACIENTA V TERMINÁLNÍM STAVU**

Předsednictvo: A. Marková, M. Marková, J. Kirschová

- **Paliativní péče – péče o pacienta v rodinném kontextu** – M. Marková
- **Specifika paliativního ošetřovatelství** – A. Marková
- **Metastazující karcinom štítné žlázy u muže středního věku** – J. Kirschová
- **2 kazuistiky** – K. Vilímková
- **Týmová práce v domácí hospicové péči** – J. Tesařová

SEKCE KAZUISTIK / *LÉKAŘSKÉ***13.00–14.30 KAZUISTIKY**

Předsednictvo: S. Fabuš, R. Šafářová, J. Král

- **Mycosis fungoides** – E. Kocmanová
- **Maligní střevní obstrukce** – R. Šafářová
- **Sarostlivost o nevylicitelně chorého pacienta v ambulantnej praxi algeziologa**
– D. Ogurčáková
- **Paliativní endoskopická ventrikulostomie u nemocných s obstrukčním hydrocefalem při nitrokomorové diseminaci tumoru mozku** – J. Chrástina
- **Paliativní chirurgická léčba recidivy pokročilého karcinomu vulvy** – J. Štelcl a kol.
- **Zlepšení kvality života pacientky plastikou defektu vulvy po onkologické léčbě vulvárního karcinomu** – L. Mouková

SALONEK ORION

SEKCE WORKSHOPŮ

PRO LÉKAŘE I SESTRY (Kapacita omezena nutno se přihlásit předem. Zařazeno prvních 20 přihlášených.)

10.30–12.00 MOŽNOSTI A MEZE PSYCHOTERAPEUTICKÉ PÉČE O TERMINÁLNÍHO PACIENTA A JEHO RODINU – M. Zemanová

VÝHRADNĚ PRO LÉKAŘE

13.00–14.30 PALIATIVNÍ PÉČE V ONKOLOGICKÝCH CENTRECH

Předsednictvo: O. Sláma, K. Křižanová, S. Filip, A. Aschermannová

- **Analýza zdravotní péče a organizace ambulantní péče paliativní onkologické péče** – S. Filip
- **Spolupráce onkologického centra a hospice. Kontinuita nebo diskontinuita péče?** – O. Sláma
- **Centrum integrované a paliativní péče** – A. Aschermannová
- **Prezentace zkušeností a návrh koncepce pro regionální paliativní onkologickou péči** – S. Filip

FOYER

SEKCE POSTERŮ

- **Paliativní péče z pohledu sociálního pracovníka – kazuistika** – D. Štefečková
- **Faktory ovlivňující postoj sester v následné péči k celoživotnímu vzdělávání v paliativním ošetřovatelství** – H. Kisvetrová
- **Incidence and relevance of depression among palliative cancer care female inpatients: a prospective study** – B. Slováčková
- **Využitie prvkov neverbálnej komunikácie v terapeutickom rozhovore v paliatívnej medicíne** – P. Dobříková, D. Pčolková

Pořadatel si vyhrazuje právo změny programu.

Vážení přátelé, kolegyně a kolegové,

dovolte mi u příležitosti prvního výročí založení České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP krátké zamýšlení. Je tomu 7 let, co jsem poprvé poznal, co představuje multidisciplinarita a holistický přístup v hospicové paliativní péči. Pamatuji si osobní proměnu, snad až katarzi, kterou jsem procházel první měsíce každodenního kontaktu s umíráním, podporu kolegů v týmu, poznávání radosti z účinné pomoci v utrpení nemocných a jejich blízkých. Pamatuji si nepřijetí, obavy, neznalost, ale i radost či vděčnost, se kterými jsem se setkával v následujících letech na mnoha přednáškových fórech, s kolegy lékaři, sestrami, rodinnými příslušníky či v médiích.

Stále mně překvapovala dynamika, s jakou při obrovském úsilí stovek nadšených profesionálů i laiků, na platformě hospiců i mimo ni, paliativní myšlenky prorůstaly do podvědomí. V posledních 2 letech se tato témata začala stávat až módním trendem. V duchu jsem se začal obávat, zda myšlenka obstojí v kolotoči každodenních starostí, ekonomické nestability a hodnotového rozvratu.

S kolegy v rámci Sekce paliativní medicíny SSLB ČLS JEP jsme si uvědomovali smysl společného vzdělávání i oboru v tak nestabilní době. Byly zde samozřejmě i problémy, zvláště pro nedostatečnou průhlednost vzdělávacího programu a také samotných cílů. Sekce paliativní medicíny evidentně nebyla dostatečnou platformou pro širší odbornou i laickou diskuzi, kterou dle našeho názoru problematika specializované i obecné paliativní péče potřebovala stále více.

To byl základní signál k založení ČSPM ČLS JEP, která postupně začala hledat svoji vlastní tvář. Řada věcí se zdařila (navázání mezinárodních kontaktů, otevření odborné diskuze, jednání s dalšími společnostmi, příprava nových vzdělávacích programů atd.), nicméně staly se i chyby a omyly. Zvláště oblast Mobilní specializované paliativní péče se ukázala být významným politickým a členové výboru, revizní komise i pracovní skupiny MSPP museli přiznat, že i přes stovky hodin práce jsme nedosáhli žádaného cíle.

Výbor ČSPM ČLS JEP rozhodl na svém posledním zasedání o pravidlech zakládání pracovních skupin a přijal cestu přenesení otevřené diskuze i mimo platformu společnosti. Jsem velmi rád, že Vás, čtenáře sborníku abstrakt I. česko-slovenské konference paliativní medicíny, mohu takto přivzvat ke spolupráci. Nejen na případné platformě pracovních skupin, ale samozřejmě také na vzdělávacích akcích. Je jisté, že paliativní medicína není obor v pravém slova smyslu. Jedná se spíše o filozofii péče a přístupu k jejím cílům a prostupuje tak prakticky všechny medicínské obory.

V nejbližším roce považuji za zásadní cíl odbornou diskuzi s dalšími odbornými společnostmi, především praktickými lékaři, geriatry či onkology a hledání společných témat a jejich řešení. Je nutné připravit aktuální, novou koncepci obecné i specializované paliativní péče a dokončit snahu o samostatný vzdělávací program. Osobně budu usilovat o vytvoření programu přípravy lektorů specializované paliativní péče formou tematických modulů. Tento „teach teachers“ program by se měl stát základem vytvoření „center excellence“ pro další rozvoj hospicové, mobilní i nemocniční paliativní péče.

S úctou a pozdravem

MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.

Předseda ČSPM ČLS JEP

LÉKAŘSKÁ SEKCE

VÝŽIVA V PALIATIVNÍ MEDICÍNĚ / 9.00–10.15

Předsedající: J. Vorlíček, L. Kabelka, A. Marková

Kdy a jak lze ovlivnit kachexii?

doc. MUDr. Miroslav Tomáška, CSc.

FN Brno

Kachexie je komplexní metabolický syndrom doprovázející různá chronická onemocnění včetně nádorových. Charakteristický úbytek tělesné hmotnosti je dominantně podmíněn ztrátou svalové hmoty, přičemž současně může, ale nemusí, jít i o ztrátu tělesného tuku. Velmi často je přítomna anorexie a laboratorní známky zánětu s elevací prozánětlivých cytokinů. Multifaktoriální povaha kachexie vysvětluje současné omezené možnosti v léčbě tohoto stavu.

Výživa sama o sobě nedostačuje k úpravě základní metabolické poruchy, zejména v případě nádorových onemocnění. Ani umělá klinická výživa nevede k nárůstu netukové tělesné hmoty u těchto pacientů. Přesto je úloha systematické dietní intervence významná, zejména v počátečním stadiu, dříve než dojde k výraznému tělesnému vyčerpání.

Z řady zkoušených orexigenních léků je nejčastěji předepisován megestrol-acetát. Nejméně 15 randomizovaných kontrolovaných klinických studií prokázalo signifikantní zvýšení apetitu proti placebu po dávkách 160–1600 mg/den. I když u části nemocných dochází ke zvýšení tělesné hmotnosti, nebyl prokázán nárůst svalové hmoty

ani měřitelné zlepšení funkčního stavu a tím ani celkové kvality života.

Glukokortikoidy inhibují syntézu a uvolnění prozánětlivých cytokinů, zmírňují nevolnost, mohou přechodně zlepšit apetit, ale nezpůsobují významný vzestup tělesné hmotnosti.

Ani další látky stimulující apetit, jako kanabinoidy (dronabinol 2x2,5 mg/den), cyproheptadin nebo ondansetron, nevedou ke zvýšení tělesné hmotnosti.

Potenciální účinná terapie musí být cílena na zmírnění ztráty svalové hmoty za přítomnosti adekvátní výživy. Proto současný výzkum směřuje k potlačení intracelulárního odbourávání bílkovin inhibicí systému proteasom-ubiquitin.

Zatím jedinou nutriční substancí, která interferuje s tímto systémem, jsou mastné kyseliny řady omega-3, především kyselina eikosapentaenová (EPA), obsažená v rybím oleji. Některé menší studie s dávkou EPA 2 g/den již prokázaly nárůst netukové tělesné hmoty a zlepšení kvality života. Farmakologická inhibice odbourávání bílkovin přímo ve svalové buňce zatím není dostupná.

Stimulace syntézy svalových bílkovin anabolickými androgenními steroidy byla účinná u nemocných s chronickou obstrukční plicní nemocí a u HIV infikovaných pacientů.

V blízké budoucnosti lze očekávat lepší efekt kombinované léčby kachexie se současným ovlivněním metabolické poruchy na několika úrovních.

Sippingová enterální výživa a její role u pokročile nemocných – jak ji volit a jak ji užívat?

Tamara Starnovská

FTNsP Praha

Paliativní medicína se snaží respektovat individualitu lidské osobnosti a její jedinečnost ve všech 4 základních rozměrech holistického – celostního pohledu (biologický, psychologický, sociální, spirituální). Jejím cílem je dosažení a udržení co možná nejlepší kvality života pacienta.

Přístup k paliativní péči má být založen na potřebě pacienta bez ovlivnění socioekonomickým postavením, druhem nemoci či jinými podobnými faktory (viz příloha k doporučení Rec 2003, 24). Vyžaduje proto vysoce kvalifikovaný multiprofesní tým s odpovídajícími prostředky.

Zajištění přiměřené výživy je naplněním jedné ze základních potřeb člověka a v souladu s výše uvedenými skutečnostmi proto patří k zajištění přiměřené kvality života. Často však nelze toto kritérium přiměřenosti splnit formou běžně připravené a podávané stravy. Velmi často je pro pacienta komplikované zkonsumovat adekvátní dávku běžné stravy. Podstatně schůdnější je pro něj konzumace stravy formou sippingu či modifikovaného sippingu (například při komplikacích s polykáním tekutin).

Pro určení optimální formy a obsahu stravy je nezbytná spolupráce erudovaného nutričního terapeuta v péči o tyto nemocné. Jeho zásadní

role je při zhodnocení aktuálního rozdílu mezi nutriční potřebou a reálným příjmem živin v souvislosti s objektivními možnostmi a potřebami pacienta. Následně pacientovi individuálně navrhuje kombinaci a dávkování optimální skladby přípravků určených k popíjení. Při tomto sestavení je nutné zohlednit jak chuťové tolerance pacienta, tak možné úpravy přípravků (teplotní a technologické kritérium).

Současná situace však obvykle tato pravidla nesplní, a to z několika důvodů – absence příslušné odbornosti v týmu, neznalost aktuálního obsahu živin ve stravě, nevyhovující forma podávané stravy, neznalost individuálních potřeb a přání pacienta.

Je někdy možné odstoupit od umělé výživy a je to eticky a právně přijatelné?

MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.

DLBšH Rajhrad

Česká společnost paliativní medicíny

ČLS JEP

Interní hematoonkologická klinika

LF MU Brno

Cíle léčby se u pokročile nevléčitelně nemocných vztahují k obecnému postoji k životu, nemoci i umírání, který zaujímá celá společnost. Pokud hodláme respektovat právo nemocného i jeho blízkých v procesu léčby, tvoří jejich postoj hlavní podněty cílům společné péče.

Příjem kaloricky hodnotné stravy a tekutin je v medicíně považován za základní atribut péče nejen profesionálními zdravotníky, ale také laikou veřejností. Množství a kvalita přijaté stravy bývají však často spíše ukazatelem „úspěšnosti“

boje s nemocí, než aby nemocný, jeho blízcí a mnohdy i samotní zdravotníci podmiňovali tento úspěch právě schopností zajistit organizmu dostatečný kalorický příjem.

Každé nevléčitelné onemocnění lze rozdělit na fázi stabilizovanou, zlomu a fázi terminální.

U některých nádorových onemocnění nebo například u nemocných se syndromem pokročilé demence při rozvoji imobilizačního syndromu často nastupuje fáze zlomu nemoci a zajištění přirozeného příjmu stravy i tekutin se stává problematické. Nejde o přesně stanovené situace a zhodnotit vývoj nemoci je tak nutné v multidisciplinárním týmu, kam svými názory zasahuje i samotný nemocný a jeho blízcí.

Právě u postavení výživy a hydratace v léčbě se mnohdy setkáváme se situacemi, kdy se nejasnými ukazují cíle péče a neochota či neschopnost přijmout danou fázi nemoci – na straně zdravotníků, nemocného i jeho blízkých. Vzniká tak paradox na jedné straně overtreatmentu či naopak nihilizmu. Diskuze na téma, zda výživa je součástí péče či léčby, se mi jeví nevýznamná – výživa a její kalorická hodnota jistě rozhoduje o kvalitě života s nemocí. Pokud lze nemoc vyléčit, je základním předpokladem. Pokud nevléčitelně nemocnému můžeme podat výživu tak, jak potřebuje, ale zároveň jak sám akceptuje, tak jistě ve fázi stabilizovaného onemocnění a mnohdy ve fázi zlomu výživa hraje jednu z rozhodujících rolí pro kvalitu života nemocného.

Zůstává řada situací, především v terminální fázi nemoci, kdy již není možné výživu podat v adekvátním potřebném množství přirozenou cestou. Enterální i parenterální cesta podání je sice dnes výrazně lépe dostupná, nicméně jejich užití v kontextu s umírajícím nemocným nese

atributy etické, medicínské i psychosociální. Je otázkou, nakolik je správné ponechat nemocného s plnou enterální výživou v situaci, kdy dochází k sequestraci tekutiny do třetího prostoru, kdy nemocnému komplikují stav opakované tiché aspirace, kdy z důvodu přetížení oběhu kardiálně selhává. Neméně významnými jsou důvody, kdy nemocný tento postup odmítá, a to mnohdy z obav před prodloužením utrpení v konečné fázi života. Časté jsou přitom naopak diskuze o smyslu výživy na pozadí nepřijetí vývoje nemoci pacientem či jeho blízkými. Domnívám se a ukazuje na to i řada zahraničních studií, že zdravotníci sami procházejí fázemi procesu přijetí nemoci dle Dr. Kubler-Ross společně s nemocným. V praxi je pak zřejmé, že pokud nejsme schopni přijmout i nevléčitelnou nemoc jako příležitost k podpoře důstojnosti, řešení spirituálních otázek smyslu vztahů, našeho jednání apod., nemůžeme jako profesionálové podporu nemocnému poskytnout. Naše komunikace s nemocným a rozhodování o dalším průběhu léčby je tak ovlivněno.

V českém právním řádu není zásadní obstrukce, která by bránila odstoupit od neúčinné léčby a v neposlední řadě i péče. Tuto „nesmyslnost léčebného postupu“ není snadné uchopit do guidelines a zřetelně označit. Proto v zemi, kde nemocní stále více než výživou trpí podvýživou a umírání je tabuizovaným tématem, je pochopitelný silný akcent na využití všech možností moderní medicíny. U křehkých, umírajících nemocných musíme vidět nejdříve cíl péče, poté nemocného a jeho postoje. Najdeme-li odvahu si tuto skutečnost přiznat a otevřeně o ní hovořit – nejvíce právě s nemocnými – domnívám se, že skutečně nejlépe dostojíme výroku „primum non nocere“.

Kdy je u nevléčitelně nemocného indikovaná gastrostomie?

MUDr. Milana Šachlová, CSc. et Ph.D.

Masarykův onkologický ústav Brno

Jako „terminálně nemocní“ se obecně v zahraniční literatuře označují pacienti, u nichž lze při obvyklém průběhu jejich choroby předpokládat prognózu přežití kratší než 6 měsíců. Při bližším pohledu je však zřejmé, že tato skupina je heterogenní.

Nemocného, jehož naděje na přežití nepřesahuje jeden měsíc, lze považovat za pacienta v terminální fázi nemoci. Nemocný, jehož naděje na přežití je delší než 1 měsíc a možná delší nebo rovna 3 měsícům a jehož choroba již nereaguje na kurativní léčbu, je považován za pacienta v paliativní fázi nemoci.

Hlavním cílem nutriční péče nemůže být prodloužování přežívání za každou cenu ani pouhé zlepšení nutričního stavu pacientů. Nežádoucí účinky nutričních technik bývají někdy zdrojem zhoršené kvality života a poškozují pravý účel paliativní péče. Rozhodování o zahájení aktivní nutriční péče a zejména o jejím pokračování nebo přerušení však bývá obtížné. Zastavení přísunu stravy či nulový příjem bývají často nemocným, jeho rodinou a/nebo ošetřujícími interpretovány jako ponechání vlastnímu osudu. Výživa bývá úzce spojována se zdrojem života, s energií (FNCLCC 2001).

V terminálním stavu někteří pacienti trpí perorální výživou a pokračují v ní proto, aby uklidnili své blízké. Výživa jim mnohdy způsobuje nevolnost a břišní dyskomfort. Odmítání potravy pacienty v terminálním stadiu je přirozené (Meares 1997).

Enterální výživa (EV) může v paliativní péči zpomalit nutriční rozvrat, zabránit dehydrataci a zlepšit kvalitu života nemocných se zhoubným nádorem horní části zažívacího traktu.

Pokud je funkční zažívací trakt, je enterální výživa indikovaná v případech, že pacient nemůže polykat nebo nějaká překážka v proximálním úseku trávicí trubice brání průchodu stravy. Vytvoření přístupu pro enterální výživu je indikováno, pokud nemocný není schopen přijímat fyziologickou cestou vodu a živiny a má prospěch z enterální výživy. Pokud je v této fázi již vytvořen přístup do trávicího traktu, je vhodné s ohledem na přání nemocného posoudit, zda ve výživě pokračovat.

Pokud EV bude trvat delší dobu než měsíc, resp. 6 týdnů (podle německých autorů), je pro pacienta samotného lepší zavést PEG, než výživu aplikovat sondou. Tento postup je výhodnější i ekonomicky. Je šetrnější zavést perkutánní gastrostomii (PEG), než gastrostomii zavádět operační cestou.

Vytvoření gastrostomie v terminálním stadiu je spojeno s rizikem komplikací, které by mohly ohrozit cíl paliativní péče. Za faktor špatné prognózy se v případě PEG považuje hypalbuminemie. Ve starší práci z r. 1997 byla hladina albuminu pod 30g/l spojena se zvýšeným rizikem předčasného úmrtí (30 dní) po zavedení PEG. Poměr prospěchu a rizika se musí zvážit při zavádění PEG a zvažovat, zda nemocný bude opravdu enterální výživu potřebovat a profitovat z ní dostatečně dlouhou dobu, alespoň 30 dní. Délka přežití pacienta s Karnofského indexem (KI) 10–20 % se pohybuje kolem 17 dní, s KI 30–40 % má přežití 50 dní (Reuben 1988). Prospěch PEG a aplikace EV tedy bude hraniční při KI 20–30 %.

Indikace perkutánní gastrostomie se netýkají jen onkologických pacientů, ale např. pacientů s demencí nebo perzistujícím vegetativním stavem. Výživa aplikovaná do PEG je pro personál v nemocnici nebo léčebnách jednodušší než krmení pacientů, hlavním kritériem je však to, co je prospěšné pro pacienta. Právě na příkladu pacientů s demencí proběhla koncem minulého století diskuze v odborném tisku. Příjem stravy je u těchto pacientů nejdéle udržovanou aktivitou, její vyhasnutí znamená cestu k ukončení života. Jsou práce, které zavádění PEG u těchto pacientů odmítají, protože nezmírní utrpení, neprodlouží život, ale naopak je nutné některé pacienty tlumit (Monteleoni 2004, Gillick 2000).

Nutriční podpora je léčebná intervence, proto i ten, kdo ji indikuje, musí být kvalifikován, musí zvážit přínos a riziko nutriční podpory a nést odpovědnost za indikaci, ale i neposkytnutí nebo odejmutí výživy. Zdravotníci se chrání před zbytečnými dohady opřením o standardy zdravotnického zařízení a pečlivě vedenou dokumentací. Ekonomické aspekty nutriční podpory nejsou prioritní, ale musí být zdůvodněny.

Nutriční tým musí spolupracovat jak při péči o hospitalizované pacienty, tak také při propouštění z hospitalizace do domácí péče. Pro nemocného představuje domov silný symbol, je zde opora rodiny, intimita, přítomnost nejbližších. Pokud je zažívací trakt funkční, využijme ho. V domácím prostředí je také jednodušší zajistit příjem enterální výživy sondou, případně gastrostomií než parenterální výživu. Je zbytečné, aby pacient prožil závěr svého života v nemocnici jen proto, aby dostával výživu. Pokud má pacient zavedený PEG nebo sondu, musí být rodina poučena o jeho ošetřování. Výhodná je i spolupráce s agenturami domácí péče a praktickým lékařem.

Optimální léčba vyžaduje spolupráci lékařů řady odborností a sester, má tedy multidisciplinární charakter v tom nejlepším slova smyslu. Je potřeba se zabývat problematikou podávání výživy sondou nebo gastrostomií u nevléčitelně nemocných v prospektivních studiích a soubory vyhodnocovat nejen s ohledem na měření stavu výživy a míry komplikací, ale i z pohledu kvality života a délky přežívání. Jak prožijí závěr svého života nevléčitelně nemocní, záleží mnohdy na nás zdravotnících.

PALIATIVNÍ LÉČBA SYMPTOMŮ / 10.30–12.00

Předsedající: O. Sláma, H. Jakubíková, M. Tomíšková, K. Křižanová

Zložité bolestivé stavy u nevylicitelně chorých

MUDr. Hedviga Jakubíková

doc. MUDr. Eleonóra Klímová, CSc.

**Neurologická a algeziologická ambulance,
Prešov**

Kvalita života nevylicitelně chorých pacientov je určovaná množstvom symptómov a možnosťami ich kontroly. Jedným z najzávažnejších a najčastejších symptómov je bolesť. Nedostatočne liečená bolesť vedie k telesnému a psychickému utrpeniu, znemožňuje bežné aktivity a ovplyvňuje náladu pacienta.

Na správne vyhodnotenie intenzity bolesti a efektívnosti liečby využívame vizuálne, verbálne a numerické škály, na hodnotenie kvality deskriptory bolesti, ktoré umožňujú hodnotiť jednotlivé komponenty bolesti.

Pre rozhodovanie o liečbe je dôležitá klasifikácia bolestivých stavov podľa patofyziológie na bolesti nociceptívne (somatické, viscerálne), neuropatické a zmiešané.

Zásady liečby chronickej bolesti spočívajú vo voľbe správneho analgetika podľa intenzity bolesti, ktorá je najvýznamnejším parametrom pri rozhodovaní o liečebnom postupe. Pri silnej bolesti využívame kombinácie opioidov a neopiodov, čo umožňuje dosiahnuť rovnaký analgetický efekt s nižšími dávkami jednotlivých analgetík, alebo vyšší efekt, než by sme dosiahli maximálnou dávkou jednotlivých analgetík. Efekt

liečby možno zvýšiť použitím koanalgetík, ako sú antidepresíva, antikonvulzíva, antiarytmiká, myorelaxanciá, kortikoidy, NMDA antagonisti a iné. Pri kontinuálnej bolesti podávame analgetiká v pravidelných časových intervaloch, dávka sa titruje do dosiahnutia dostatočnej úľavy pri tolerovateľných nežiaducich účinkoch. Účinnosť liečby a nežiaduce účinky liekov sa pravidelne vyhodnocujú. U pacientov s chronickou bolesťou preferujeme neinvazívne podávanie analgetík. Pri bolesti, ktorá slabšie reaguje na nasadený opioid, môžeme využiť rotáciu na iný opioid na základe ekvianalgetických dávok, môžeme pridať koanalgetiká, u rezistentných prípadov využívame invazívne techniky.

Dôležitou súčasťou liečby je liečba prelomovej bolesti, ktorá sa môže objavovať na konci dávkového intervalu, môže byť vyvolaná pohybom, terapeutickými intervenciami, alebo ostáva bez zjavnej vyvolávajúcej príčiny. V liečbe využívame zvýšenie jednotlivej dávky lieku alebo skrátenie intervalu medzi dávkami, pri incidentnej bolesti – lieky s rýchlym nástupom účinku a krátkym trvaním účinku.

U pacientov liečených vysokými dávkami opioidov sa môže rozvinúť hyperalgiezia a alodýnia ako prejav neurotoxicity opioidov. Zvyšovaním dávky opioidu bolesť ďalej stúpa a je znížený prah bolesti v celom tele. Riešením je zníženie dávky opioidu a následná rotácia.

Pokroky v poznatkoch o patofyziológii bolesti a znalosť terapeutických postupov umožňujú

rozvíjať a využívať efektívne liečebné metódy aj u nevyliciteľne chorých pacientov. Dostatočná kontrola bolesti významne zlepšuje kvalitu života. Pri zložitých bolestivých stavoch sa často vyžaduje multidisciplinárny prístup a konzultácia s odborníkom v algeziológii a paliatívnej medicíne. Jednotlivé prístupy k zložitým bolestivým stavom musia byť posudzované individuálne s vyhodnocovaním potenciálnych výhod a nevýhod každej terapeutickkej modalit v kontexte pacientovho ochorenia a cieľov liečby.

Manažment malígneho refraktérneho ascitu

Andrea Škripeková
Budmerice

Refraktérny ascites je definovaný ako malígny ascites, ktorý pretrváva napriek podávaniu prvolíniovej protinádorovej terapie alebo ascites viac ako 500 ml počas recidívy alebo progresie nádorového ochorenia. Vyskytuje sa u mnohých onkologických ochorení. Manažment ascitu je sústredený na úľavu symptómov a zahŕňa diétne opatrenia, diuretickú liečbu, opakované veľkoobjemové paracentézy alebo vnútorné peritoneálne spojky. Aj keď sú posledné spomínané opatrenia úspešne využívané pri ascitoch nemalígnej etiológie, nie sú vhodné u pacientov s refraktérnym alebo pokročilým nádorovým ochorením.

Podľa etiológie rozdeľujeme malígny refraktérny ascites na centrálny, periférny, zmiešaný a ascites z obštrukcie lymfatickej drenáže. Rozlíšenie je možné pomocou výpočtu SAAG (serum-ascites albumin gradient), čo je pomer hodnôt albumínu v ascitickej tekutine a v sére.

Podľa zistenej príčiny používame vyššie zmienené terapeutické opatrenia. V prednáške sa sústreďme na sprostredkovanie techniky veľkoobjemovej paracentézy.

Paliativní léčba recidivujících pleurálních výpotků: srovnání účinnosti jednotlivých metod

MUDr. Marcela Tomíšková

prof. MUDr. Jana Skříčková, CSc.

MUDr. Lenka Babičková

MUDr. Bohdan Kadlec

Irena Opletalová

**Klinika nemocí plicních a tuberkulózy,
FN Brno Bohunice**

Malígny pleurální výpotek (MPV) je definován jako výpotek s cytologickým průkazem maligních buněk v pleurální tekutině nebo histologickým průkazem maligní tkáně z biopsie pleury.

Nejčastěji se vyskytuje u mužů se zhoubným nádorem plic a u žen s karcinomem prsu. Ať je zjištěn v době stanovení diagnózy nebo v průběhu nádorového onemocnění, vždy znamená diseminaci choroby a krátkou dobu přežívání, která se pohybuje podle typu nádoru od 3 do 12 měsíců.

Typickými příznaky svědčícími přítomnost MPV jsou dušnost a bolest. Avšak až 25 % MPV je asymptomatických. Intenzita příznaků je závislá nejen na množství výpotku, ale i na dalších faktorech – jako jsou prorůstání nádorové tkáně do hrudní stěny, postižení plicního parenchymu nádorovým procesem, současná přítomnost chronických nenádorových, plicních či kardiovaskulárních chorob.

Diagnózu MPV stanovíme na podkladě fyzikálního vyšetření, zobrazovacích metod a morfo-

logického průkazu maligních buněk v pleurální tekutině nebo přímo z tkáně pleury.

Při rozhodování o léčbě MPV je nutné brát v úvahu tyto faktory:

- citlivost primárního nádorového onemocnění na protinádorovou léčbu
- schopnost pacienta podstoupit protinádorovou léčbu
- přítomnost obtíží, které způsobuje pleurální výpotek nemocnému

Pacient s chemosenzitivním onemocněním, jako je malobuněčný bronchogenní karcinom, lymfom nebo karcinom prsu, má většinou profit ze zahájení onkologické léčby. V tomto případě je většinou nutná jen jednorázová evakuace výpotku.

V případě recidivujícího MPV je indikována paliativní léčba:

- u symptomatických pacientů
- tam, kde protinádorová léčba selhala nebo není primárně indikována

Možnosti paliativní léčby výpotku jsou:

- pleurální punkce – torakocentéza
- zavedení drénu do pleurální dutiny a drenáž výpotku
- pleurodéza
- zavedení pleuroperitoneálního shuntu
- resekce pleury
- symptomatická, medikamentózní léčba

Pro nemocné ve špatném klinickém stavu s předpokládanou dobou přežívání ve dnech až týdnech je indikována evakuační pleurální punkce a symptomatická, medikamentózní léčba.

Pro nemocné v dobrém klinickém stavu, kteří mají předpokládanou délku přežívání v měsících a jsou schopni zákroku v celkové anestézii, je indikována torakoskopie a pleurodéza s použitím práškového talku.

Tam, kde pacient není schopen zákroku v celkové anestezii, je co do úspěšnosti srovnatelnou metodou zavedení drénu do pleurální dutiny a aplikace talku ve formě suspenze. Existují i jiné chemické látky používané k pleurodéze, jejich účinnost se liší a budou diskutovány v přednášce.

Za předpokladu, že pleurodéza nebude úspěšná nebo tam, kde již pleurodéza selhala a výpotek způsobuje nemocnému výrazné obtíže, je vhodné zavést dlouhodobě do dutiny hrudní drén s odváděním tekutiny z hrudníku ven nebo pleuroperitoneální shunt, kterým je odváděna tekutina z dutiny hrudní do dutiny břišní.

V přednášce jsou diskutovány výhody a nevýhody různých modalit paliativní léčby MPV.

Paliativna sedatívna liečba pri neznositelnej dýchavici

MUDr. Kristina Križanová

Národný onkologický ústav, Bratislava

Napriek pokrokom v symptomatickej liečbe progredujúcich nádorových ochorení nemožno niektoré príznaky uspokojivo zmierniť bez zníženia vedomia. Zníženie vedomia môže byť nežiaducim účinkom opioidov, benzodiazepínov, niektorých neuroleptík. Dýchavicu pri nádorových ochoreniach možno ovplyvniť mnohými terapeutickými aktivitami: inhalačnými alebo systémovými kortikoidmi, inhalačnými alebo

systémovými bronchodilatanciami, intrabronchiálnou brachyterapiou, externou rádioterapiou, punkciou pleurálneho alebo perikardiálneho výpotku, talkážou pleurálnej dutiny, podávaním diuretik, inhalovaním kyslíka, korekciou anémie, liečbou kardiálnej insuficiencie ap. Pri niektorých rýchloprogredujúcich nádoroch pľúc spojených s panickými atakmi dýchavice nevystačíme so štandardnými terapeutickými postupmi. Pri podávaní liekov odstraňujúcich pocit dýchavice sa preto nevyhneme vzniku rôzne hlboké sedácie. Z etického hľadiska ide o to, aby postup bol primeraný ťažkostiam chorého, vykonával sa s jeho súhlasom a aby sa starostlivo monitoroval. Je nutný aj súhlas celého paliatívneho tímu s týmto postupom. Uvádzame kazuistiku.

Potrebujú dušní pacienti v terminálnej fázi oxygenoterapii? ANO.

MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.

Masarykův onkologický ústav Brno

Dušnosť je jedným z najčastejších a najobávanejších symptomů pokročilých a konečných štádií chronických onemocnění (např. nádory, chronické srdeční selhávání, CHOPN). Má zásadní vliv na celkovou funkční zdatnost a kvalitu života pacienta. Dušnosť je multidimenzionální subjektivní zkušenost, která pouze volně koreluje s objektivními parametry jako dechová frekvence nebo periferní saturace O_2 (měřená pulzním oxymetrem) nebo pO_2 (zjištěná analýzou arteriální krve). Dušnosť velmi významně souvisí s psychickým stavem pacienta. Deprese a především úzkost pocit dechového dyskomfortu významně zvyšují.

Léčba dušnosti spočívá v komplexním zhodnocení příčiny a v kombinaci kauzálních a symptomatických postupů. Role oxygenoterapie v léčbě dušnosti není v současné době jednoznačná. U pacientů s CHOPN s významnou hypoxií je jednoznačně prokázán příznivý vliv dlouhodobé oxygenoterapie na délku a kvalitu života. Vliv této léčby na subjektivní pocit dušnosti nebyl přímo posuzován. U pacientů s pokročilým onkologickým onemocněním nebyl přínos oxygenoterapie jednoznačně prokázán. Většina studií prokázala, že srovnatelnou úlevu jako kyslík (4–6 l/min) podávaný nosní kanylou („kyslíkové brýle“) přináší podání stlačeného atmosférického vzduchu, resp. zapnutí pokojového ventilátoru. Podání oxygenoterapie pomocí koncentrátoru kyslíku však v sobě nese významné symbolické sdělení („pacient dostává kyslík“) a bývá pacientem a častěji jeho rodinou vyžadováno. Kyslík představuje symbol aktivní léčby dušnosti. Nedostupnost oxygenoterapie vede u části terminálně nemocných k jejich zbytečné hospitalizaci na lůžkách akutní nebo následné péče. Určitou roli na této situaci může hrát nezodpovědná indikace oxygenoterapie u každého dechového dyskomfortu během hospitalizace, která může vést k rozvoji určité psychické závislosti pacienta (nebo jeho rodiny) na oxygenoterapii. K léčbě dušnosti u pacientů v terminálních stavech je třeba přistupovat komplexně: využívat farmakologické i nefarmakologické postupy. Paliativní přínos oxygenoterapie je třeba u každého pacienta individuálně otestovat. Primárním sledovaným parametrem není vliv oxygenoterapie na pO_2 a pCO_2 , ale vliv této léčby na pacientův dechový komfort.

Potřebují dušní pacienti v terminální fázi oxygenoterapii? NE.

MUDr. Pavel Turčáni, Ph.D.

Klinika nemocí plicních a tuberkulózy

LF MU a FN Brno

Kyslík je chemický prvek, který je nezbytný pro život všech organismů. Tvoří 21 % atmosféry. Objevil ho v r. 1772 Carl Wilhelm Scheele a pojmenoval ho „ohnivý vzduch“. Název „oxygene“ zavedl Antoine Lavoisiere a český název „kyslík“ Jan Svatopluk Presl.

Kyslík má široké využití v medicíně, průmyslu, energetice či dopravě. Nejčastěji se vyrábí destilací zkapalněného vzduchu. Je vysoce reaktivní, a proto se nesmí součástí transportních a skladovacích zařízení kyslíku dostat do kontaktu s organickými látkami – tuky a oleji.

V medicíně byl kyslík poprvé využit v 19. století. V průběhu 20. století se pomocí podávání kyslíku z tlakových lahví léčila zánětlivá plicní onemocnění nebo se řešilo zvládání fyzické zátěže. Zlepšení mobility nemocného s oxygenoterapií zajistila firma Linde v roce 1954 vyvinutím systému kapalného kyslíku.

Postupně se ukázalo, že mimo výrazný subjektivní efekt „krásných lehkých pocitů“, vede dlouhodobé podávání O_2 u některých jasně definovaných onemocnění k prodloužení přežití, poklesu počtu hospitalizací a poklesu plicní hypertenze.

V současné době jsou k dodávání kyslíku v medicínské praxi využívány tři typy systémů: stlačený kyslík v tlakových lahvích, kapalný kyslík a koncentrátory kyslíku.

Tlakové lahve jsou nejrůznějších velikostí. Velké jsou ve zdravotnických zařízeních zdrojem

100 % kyslíku i po dobu několika dnů, malé se používají k zajištění oxygenoterapie při převozu nemocných na kratší vzdálenosti (funkčnost cca 2 hodiny). Nevýhodou tlakových lahví je fyzická náročnost při manipulaci a bezpečnostní opatření, která doprovází využití, dopravu a skladování tlakových nádob.

Dražší systémy kapalného kyslíku umožňují nemocnému mobilitu, která je nesrovnatelná s využitím tlakových lahví. Tyto systémy se skládají ze dvou součástí – nepohyblivého zásobníku a přenosného kontejneru (funkčnost cca 8 hodin). Ze zásobníku si 100 % kyslík do mobilního kontejneru doplňuje pacient sám, zásobník plní distribuční firma asi jednou za 14 dní.

Koncentrátory kyslíku jsou zařízení, která nasávají vzduch z okolí přístroje, pomocí filtrů jej čistí a kyslík v něm obsažený koncentrují. Koncentrace kyslíku klesá dle rychlosti průtoku, při průtoku do 5 litrů/min je koncentrace kyslíku v nadechované směsi nad 90 %, při průtoku 2 litrů/min nad 95 %. Ze všech popsanych systémů je tento nejjednodušší. K dispozici jsou koncentrátory kyslíku závislé na odběru energie z elektrické sítě i přístroje bateriové. Nejkomfortnější je bateriový koncentrátor ve formě batohu.

Oxygenoterapie může být u nemocných využita přechodně nebo dlouhodobě. K přechodnému podání kyslíku většinou dochází při dočasném zhoršení zdravotního stavu ve zdravotnickém zařízení. Zdroj kyslíku je majetkem poskytovatele péče, a proto se indikace krátkodobé oxygenoterapie řídí pouze medicínskými doporučeními. Indikace poskytování dlouhodobé domácí oxygenoterapie (DDOT) se v různých státech liší. V České republice se využívají buď koncentrátory kyslíku nebo systémy

kyslíku kapalného. Přístroje jsou poskytovány nemocnému zdarma, pokud pacient splní jednoznačně daná kritéria. Ta zohledňují množství finančních prostředků, které má systém české zdravotní péče k dispozici. Pokud nemocný nesplní přísná indikační kritéria DDOT, lze přístroj získat buď nákupem za plnou cenu nebo jeho pronájmem. Cena přístroje je asi 30 000 Kč, při

pronájmu platí pacient jednorázovou vratnou zálohu 20 000 Kč, 2 500 Kč nevratný manipulační poplatek a 75 Kč denně za každý den pronájmu přístroje. Je-li dlouhodobá domácí oxygenoterapie s ohledem na závažnou prognózu nemocného časově omezena, lze rodině pacienta na přechodnou dobu zapůjčit koncentrátor kyslíku z majetku zdravotnického zařízení.

VARIA / 13.00–14.30

Předsedající: M. Kala, J. Prokop, L. Kabelka

Medicína dlouhodobé péče

MUDr. Ivana Doležalová

Fakultní Thomayerova nemocnice Praha

Cílem vzdělávání v nástavbovém oboru je dosažení takového stupně znalostí, dovedností a postojů, aby byl specialista v medicíně dlouhodobé péče schopen poskytnout adekvátní péči pacientům s komplexní zdravotně sociální problematikou, vzniklou zejména v důsledku chronických či protrahovaných onemocnění a omezené soběstačnosti, dále aby byl schopen posoudit soběstačnost, zdravotní stav i sociální situaci pacienta, navrhnout a zajistit adekvátní postupy a preventivní opatření a indikovat další služby.

Absolvent nástavbového oboru medicíny dlouhodobé péče je oprávněn pracovat samostatně jako specialista v celé šíři tohoto oboru, a to jak v ambulantní, tak v lůžkové složce. V ambulantní složce je oprávněn posuzovat potře-

bu dlouhodobé péče, stanovovat a schvalovat komplexní plán dlouhodobé péče a indikovat jednotlivé služby, ze kterých se tato péče skládá, ať se jedná o služby zdravotní či sociální (indikace domácí péče ve zdravotní oblasti, příspěvku na péči a sociálních služeb v oblasti sociální), předepisovat potřebné rehabilitační a kompenzační pomůcky. Koordinuje činnost komunitních týmů dlouhodobé péče.

Absolvent pracuje v lůžkových zařízeních jako samostatný specialista nebo na funkčních místech na lůžkových odděleních dlouhodobé péče či menších oddělení následné zdravotní péče (do 30 lůžek následné péče) a na funkčních místech na větších odděleních následné péče v případě, že je tato návstava pro obory interna, neurologie či praktické lékařství. Dále metodicky vede a koordinuje práci jednotlivých členů multidisciplinárního týmu dlouhodobé péče. V rámci lůžkové péče je způsobilý předepisování rehabilitačních a kompenzačních

pomůcek, včetně pomůcek pro zcela imobilní nemocné, v případě propuštění nemocného do domácí péče, a je schopen indikovat jednotlivé služby zdravotní i sociální, včetně indikace domácí péče, doporučení a potřebné posouzení k přiznání příspěvku na péči a doporučení k získání sociálních služeb a sociálních výhod.

Nadstandard pro nevyléčitelně nemocné?

Mgr. Jiří Prokop, Ph.D.

Ústav etiky, 3. LF UK, Praha

Rozšíření nabídky možností pro nevyléčitelně nemocné je integrální součástí dnešní péče o terminální stavy. V desátém právu pacienta, které bylo komplexně stanoveno v roce 1992, je psáno, že pacient má právo na ohleduplnou péči personálu a splnění všech přání, jestliže nejsou v rozporu s platnou legislativou, nejen z tohoto důvodu je nutné systematicky dbát na rozšíření nadstandardní péče.

Možnosti nadstandardu rozdělují do tří částí: první část se týká osobních přání pacienta, která nejsou v rozporu s platnou legislativou; druhá část jsou přání „hotelového typu“; třetí část je skutečný nadstandard zdravotní péče.

Část první – osobní přání pacienta jsou různorodá, nesmí však být v protikladu s platnou legislativou. To by bylo např. přání, aby lékař provedl eutanazii, která je v ČR charakterizována jako vražda. Pacient může mít různá přání – maximální možnou přítomnost blízkých osob, možnost volby stravy, svobodu v pohybu i s postelí, svobodu v náplni volného času, svobodu na čas a odpočinek, svobodu pro prožívání intimity mezi partnery nebo náboženské rituály. Některá

přání jsou ale na hraně nebo za hranou zákona – např. přání kouřit v prostorách zdravotního zařízení nebo konzumovat alkohol, případně pornografii. Na jedné straně zákon a mravnost hovoří jasně, že jsou to věci zakázané nebo nevhodné, na druhou stranu mohou člověku po zcela individuální stránce prožívání a vnímání umírání zpříjemnit. Je proto vhodné o těchto věcech s pacientem intenzivně hovořit a upřímně hledat vztah mezi naléhavostí uspokojení tohoto přání a reálnými možnostmi daného zařízení. Tento požadavek klade zvýšené nároky na toleranci a komunikační vyjednávací schopnosti pečujícího personálu.

Část druhá – přání hotelového typu. To jsou přání, které zpříjemňují samotný pobyt a která jsou dnes převážně falešně vydávána za nadstandard ve zdravotnictví – jednolůžkový pokoj, televize, výhled do zeleně nebo na hory, strava, návštěvy, povlečení, oblečení, podávání stravy, strava pro blízké osoby, volnočasové aktivity, individualizace a rozvržení času atd. Tento typ nadstandardních služeb je dnes poměrně rozšířený dle možností jednotlivých organizací, často ale chybí důkladné ceníky, nároky v tomto případě klientů na rozsah nadstandardních služeb a jasné škálování – jaký druh služeb a v jakém rozsahu si klient chce nebo musí koupit.

Část třetí – nadstandard ve zdravotní péči – tento typ nadstandardu je v ČR neobhajitelný z hlediska zákona o veřejném zdravotním pojištění, neboť zdravotní péče má být zdarma. Nicméně již nyní existují možné způsoby zavedení nadstandardů. Tento druh nadstandardu rozdělují na materiálový a personální. Materiálový nadstandard jsou např. léky s vyšším doplatkem, než standardně pře-

depíše lékař nebo hradí pojišťovna – pacient si může připlatit za léky šetrnější, účinnější, příjemnější. Zejména v terminální péči je to velmi důležitý poznatek, který by měl být systematicky pacientům a příbuzným nabízen s nejčistším svědomím prospěchu pacienta a nikoliv farmaceutických firem. To samé je u volby kompenzačních pomůcek – od ošetřování ran, přes stomické pomůcky až po pleny. Druhou podskupinou jsou personální nadstandardy – tento typ se v českém pojišťovacím systému péče nevyskytuje vůbec, nicméně ze zahraničí je známý – možnost zajištění zvýšené ošetrovatelské péče, zajištění personálu s vyšší erudicí nebo zkušenostmi, zajištění nestandardní terapie nebo diagnostických výkonů až po vyplňování formulářů na žádost pacienta/klienta.

Možnosti v nadstandardních službách jsou vskutku pestré, je načase, aby byly požadovány, nabízeny a realizovány.

Syndrom terminální geriatrické deteriorace

MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.

DLBsH Rajhrad

Česká společnost paliativní medicíny

ČLS JEP

Interní hematologická klinika

LF MU Brno

V současné geriatrické medicíně se stále více uplatňuje funkční klasifikace nemocných pomocí tzv. geriatrických syndromů. V prostředí paliativní péče se uplatňuje jako jeden z významných etiologických faktorů, zhoršujících kvalitu života nemocných, tzv. geriatrická

křehkost. Jedná se o věkově podmíněný pokles odolnosti – adaptability organismu seniora s hromaděním handicapu v mentální, nutriční i pohybové rovině pro prostředí, ve kterém dosud senior žil, většinou bývá rozsah této křehkosti – maladaptace – skrytý.

Etiologické faktory zahrnují:

- biologickou involuci
- multimorbiditu a polypragmázii
- genetickou predispozici a životní styl
- psychosociální faktory – typ osobnosti, nastavení sociálního prostředí a bariér, životní ztráty – včetně změny životní role

Kritéria dle Freedové:

- váhový úbytek – 5kg a více v posledním roce
- úchopová síla – snížení o 20 % dle pohlaví a BMI
- rychlost chůze
- vyčerpání, únavnost
- úroveň vlastní aktivity

Mnohé etiologické faktory syndromu geriatrické křehkosti jsou často dalším patogenetickým mechanismem jejího zhoršování:

- cytokinová dysregulace a chron. prozánětlivý a hyperkoagulační stav
- inzulinová rezistence, resp. metabolický sy.
- anorexie a malnutrice, případně kachexie
- snížení motivace a tak i spontaneity a následně sebeobsluhy (jídlo a tekutiny, pohyb, chování)
- omezující důsledky chronických onemocnění – DM, neuropatie, hemiparéza, ventilační a srdeční insuff., anemický sy.

- dysfunkce auton. n. s. – synkopy, pády, sarkopenie, dekubity, anorexie, kachexie, inkontinence, delirium, reakce na tepelnou zátěž
- apatie – dopaminu
- úzkost, deprese, kognitivní deficit
- hormonální deficity (ADAM, PADAM, STH, IgG)
- chronická bolest
- nežádoucí účinky léků – anorexie, sedace, instabilita, únava
- chronický stres

Intervenování syndromu geriatrické křehkosti je obtížné a v praxi jde o skutečné uplatnění holistického modelu nemoci s rozplétáním deteriorační spirály (dle Kalvach). Řada nemocných v řádu měsíců až let dospívá do tzv. syndromu terminální geriatrické deteriorace. Ten je charakterizován:

- imobilizačním syndromem
- závažnou inkontinencí
- deliriem
- ztrátou motivace, rozvojem apatie a postupně dalších kvantitativních změn vědomí
- ireverzibilním zhoršováním stavu výživy s multiorganovým selháním

Je zřejmé, že tato skupina nemocných bude i aktuálním vývojem demografických ukazatelů narůstat a bude vyžadovat citlivý a holistický přístup, nejen – ale také – v terminální fázi nemoci. Vedle nastavení ošetrovatelského procesu s prvky bazální stimulace je velmi významným aspektem komunikace s blízkými nemocného, otázky polypragmatie, výživy a hydratace a v neposlední řadě léčba algických syndromů.

Hamletovská otázka z pohledu pacienta hospice

doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.
Hospic Svatý Kopeček

Obecně pokládané otázky o smyslu lidské existence a silách, které pomáhají překonávat životní nesnáze si klade lidstvo od svého zrodu. Shakespeare je vkládá do úst hrdiny jednoho ze svých slavných divadelních dramát. Nemocní přijati k paliativní péči do hospicového zařízení svými letitými životními zkušenostmi Hamleta velmi často předčí a jejich názory související s diskutovaným tématem je nutno brát s velkou vážností. Do volně vedeného rozhovoru s nemocnými byly vsunuty anketní otázky s cílem zjistit jeho názory na smysl života, na významné životní okamžiky a postoj k záležitostem víry. Vyhodnocení odpovědí vede k závěru, že pro převážnou většinu respondentů mají nejvyšší životní hodnotu rodinné vztahy. Jejich názory jsou v příkrém rozporu se současným konzumním pojetím života. Ve věcech víry se poměrně často i mezi lidmi s náboženským přesvědčením objevuje pochybnost o posmrtném životě. Získané informace by měly posloužit k většímu poznání postojů a názorů nemocných v hospicové péči s cílem dosáhnout lepších výsledků v komunikaci.

Role klinického farmakologa v paliativní medicíně

Mgr. Jana Gregorová
Fakultní nemocnice Na Bulovce, Praha

Abstrakt nedodán.

Trvalá přítomnost rodiny pacienta – je vždy žádoucí a přínosná?**MUDr. Dvořáková Tereza****MUDr. Renata Koževnikovová****MUDr. Ludmila Kopecká****MUDr. Mlada Kamínková****MUDr. Růžena Dvořáková****Občanské sdružení TŘI – provozovatel Hospice Dobrého Pastýře, NZZ, Čerčany**

Hospice umožňují pacientům v terminálním stadiu nevyléčitelné nemoci prožít poslední chvíle života důstojně v doprovodu rodiny a blízkých. Přítomnost nejbližších je pro většinu pacientů velmi důležitá, umožňuje jim zachování kontinuity vztahů, navozuje pocit bezpečí, uvolňuje největší úzkosti. Pacientovi blízcí jsou pomocí i pro ošetrovatelský personál – mohou usnadnit kontakty i péči.

V některých případech je tomu ale naopak – rodina či přátelé se mohou stát problematickým článkem celého systému a jejich přítomnost

může komplikovat komunikaci s pacientem i péči o něj. V našem sdělení demonstrujeme několik kazuistik, v nichž se věnujeme takovým situacím, kdy přítomnost rodiny vytváří bariéru v péči o naše pacienty.

Z naší zkušenosti je nejčastějším důvodem těchto komplikací nepřijetí situace blízké osoby a obava, úzkost ze smrti (projevovaná přehnanou péčí o pacienta, pocitem nedostačité léčby apod.). V těchto případech, pokud je ovšem dostatek času, pomůže psychologická a psychospirituální péče zaměřená na doprovázející blízké osoby – viz kazuistiky 1–3. Jiným důvodem problémů může být přítomnost příbuzného, který má komunikační potíže i v běžném životě (hraniční osobnost, poruchy chování, alkoholizmus apod.). Zde mohou nastat situace, kdy je ohrožena základní péče o pacienta a mohou být přímo ohroženi členové ošetrovatelského týmu.

Na závěr klademe otázku sobě i ostatním kolegům – jak se v takové situaci chovat?

PSYCHOLOGICKÉ A KOMUNIKAČNÍ ASPEKTY PALIATIVNÍ MEDICÍNY / 14.45–16.00

Předsedající: L. Kabelka, A. Marková, J. Prokop

Skrínink deprese u onkologicky nemocných v programu paliativní péče: ANO či NE ?

MUDr. Ladislav Slováček, Ph.D.^{1,2}

MUDr. Birgita Slováčková, Ph.D.³

prof. MUDr. Stanislav Filip, Ph.D.²

MUDr. Iva Slánská²

MUDr. Peter Priester²

MUDr. Jindřich Kopecký²

¹ Clinical Oncology and Radiation Therapy Department, Charles University Hospital and Faculty of Medicine, Hradec Králové

² Department of Field Internal Medicine, Faculty of Military Health Sciences, University of Defence, Hradec Králové

³ Department of Psychiatry, Charles University Hospital and Faculty of Medicine, Hradec Králové

Úvod. Deprese u onkologicky nemocných je dosti častá. U nemocných v programu paliativní péče se vyskytuje cca v 25 %.

Cíle. Zhodnotit výskyt a závažnost depresivní symptomatiky u žen s metastazujícím karcinomem prsu v programu paliativní onkologické péče.

Materiál a metody. Jedná se o pilotní studii prospektivního a transverzálního charakteru provedenou u souboru žen s metastazujícím karcinomem prsu (MBC) v programu paliativní

onkologické péče v rámci Centra paliativní onkologické péče Komplexního onkologického centra FN v Hradci Králové. Data byla získávána v letech 2007–2009 od 41 respondentek s MBC s průměrným věkem 58 let (věkové rozpětí 41–80 let). Počet respondentek s MBC dle typu léčby: paliativní analgetická radioterapie 11, paliativní chemoterapie 5, symptomatická léčba 9. Počet kuřáček byl 3, nekuřáček 22. Všechny respondenty byly vdané. Počet respondentek dle počtu přidružených onemocnění: 0 onemocnění 1, 1 onemocnění 2, 2 onemocnění 9, 3 onemocnění 3, >3 onemocnění 10. Žádná z 41 respondentek s MBC se nikdy neléčila s depresí či jiným psychiatrickým onemocněním a rovněž neužívala antidepressiva a/nebo anxiolytika či jiná psychofarmaka. Nástrojem použitým ke skríninku depresivní symptomatiky u žen s MBC byla Zungova sebesposuzovací škála deprese.

Výsledky. 1. U žen s MBC byly zaznamenány projevy středně těžké deprese (průměrné ZSDS skóre = 60,6). U kontrolní skupiny žen (N=30, průměrný věk 55 let) nebyly projevy deprese zaznamenány (průměrné ZSDS skóre = 38,9). 2. Incidence deprese u žen s MBC v programu paliativní onkologické péče je 61 % (25/41). 3. Závažnost deprese u žen s MBC zahrnovala: těžkou depresi u 5, středně těžkou depresi u 10 a lehkou depresi u 10 responden-

tek. 4. Nebyl prokázán statisticky významný vliv věku, kouření, počtu přidružených onemocnění a typu léčby na výskyt a závažnost depresivní symptomatiky.

Závěr. Pilotní studie má 2 hlavní výstupy: 1. Poukazuje na asociaci mezi onkologickým onemocněním (metastazujícím karcinomem prsu) a depresí. 2. Jednoznačně podporuje nutnost skříninku depresivní symptomatiky u onkologicky nemocných v programu paliativní onkologické péče. 3. Poukazuje na přímou spolupráci mezi klinickým onkologem/paliatistou, onkopsychologem a psychiatrem.

Podpořeno Výzkumným projektem MO ČR No. 0FVZ0000503 a Výzkumný projekt MZdr. ČR No. 00179906.

Péče o pozůstalé – možnosti a limity zdravotníků

Mgr. Radka Alexandrová
DLBsH Rajhrad

Úmrtí blízkého člověka je pro většinu z nás obrovskou ztrátou, ztrátou vztahu, působící velkou psychickou, spirituální a často i fyzickou bolest. I když má každý člověk individuální osobnostní nastavení, obranné mechanismy a zažité různé způsoby vyrovnávání se se závažnými situacemi, v okamžiku úmrtí a hlavně v období vyrovnávání se se smrtí blízkého – v období truchlení – prožívá závažný stres, je emočně precitlivělý, musí se adaptovat na novou situaci. Většina příbuzných, a zvláště ti, kteří nemají odpovídající sociální zázemí, potřebují vyjádření podpory, pomoc v hledání jistoty, bezpečí a vlastních kompetencí – a jsou to především zdravotníci, kteří jim

tuto podporu mohou svým přístupem, rozhovorem či informacemi poskytnout. Práce zdravotníků tedy stále zůstává základem péče o pozůstalé, a proto je třeba si uvědomit základní principy práce s těmito lidmi – to, že pozůstalí prožívají akutní či protahovaný stres, mohou tedy reagovat často i neadekvátně a je třeba jim poskytnout čas, prostor na emoční zpracování, dotazy apod. Stejně důležitá je verbální a neverbální komunikace, to, že pomoc nevnučujeme, ale vždy nabízíme a v neposlední řadě i to, že i zdravotníci jsou jenom lidé se svými emocemi, zkušenostmi a postoji ke smrti.

V rámci institucionální paliativní péče (hospice, paliativní jednotky, domácí hospicová péče) se pomoc a podpora pozůstalým poskytuje daleko častěji na podkladě vztahu, který si zdravotníci s příbuznými vytváří již v době ošetřování terminálně nemocného. Pokud je takovýto vztah založen na vzájemné důvěře a bezpečí, je následná podpora v době truchlení a zármutku pro obě strany přijatelnější a jasnější, často lze také lépe eliminovat či diagnostikovat projev patologického truchlení a nabídnout následnou odbornou péči.

Péče o pozůstalé je v rámci komplexního holistického pojetí paliativní medicíny důležitou součástí péče o umírající. V rámci propojení práce celého paliativního týmu je dobré vědět o psychologické a psychoterapeutické pomoci pozůstalým, o sociálním poradenství pro pozůstalé či o spirituální pomoci. Základem péče o pozůstalé však stále zůstávají zdravotníci, kteří svojí podporou provází pozůstalé těžkým životním obdobím a ovlivňují tak kvalitu jejich dalšího života.

Možnosti psychoterapie v paliativní péči

Mgr. Alexandra Škrobánková

Hematoonkologická klinika FN Olomouc

Diagnóza maligního onemocnění je vždy výrazným zásahem do života člověka. Nemoc má velký dopad na jeho sebepojetí, na to, jak se vidí, chápe a hodnotí. Po počátečním šoku přichází do nemocnice s jedinou nadějí – že se uzdraví. Bohužel ne vždy se nemoc daří zvládnout; situace se nelepší a člověk je nucen se i s tímto vyrovnat. Psychická zátěž je velmi výrazná a to nejen pro něj samotného, ale i pro jeho blízké. Ti všichni potřebují vědět, že nejsou sami, že stále existuje možnost, jak pomoci. Nezasupitelné místo ve zdravotnickém týmu tak má, vedle lékařů a sester, stále častěji i psycholog. Základem jeho práce s nemocnými v paliativní péči, příp. terminálními, je psychoterapie, zejména podpůrná, ve které je důležité nemocnému, ale i jeho blízkým poskytnut dostatek času a možností vyjádřit svá přání, obavy, starosti... Velmi důležité je ujištění, že je to pro nás důležité, a že se tím budeme zabývat. Součástí sdělení bude také kazuistika mapující práci s klientem a jeho rodinou v terminální fázi onemocnění.

Psychologická problematika v paliativní péči na dětské onkologii

Mgr. Kristína Tóthová

Mgr. Irena Vlčková

Klinika dětské onkologie FN Brno

V příspěvku se chceme zabývat psychologickou problematikou typickou pro fázi, kdy

je zřejmé, že další léčba nebude úspěšná – přechodem na paliativní péči. Zaměříme jí na dětské pacienty, se kterými mají autoři nejvíce zkušeností.

K prezentaci potřeb dětí, adolescentů a jejich rodin použijeme ilustrativní kazuistiky pacientů Kliniky dětské onkologie Fakultní nemocnice Brno. Paliativní péče představuje komplexní oblast péče, přistupuje k pacientovi holisticky, a proto zahrnuje nejen medicínskou léčbu, ale s ohledem na zachování co nejvyšší kvality života léčených dětí a jejich rodin také psychologickou. Chceme tuto problematiku prezentovat z hlediska psychologického – jako naši zkušenost s komunikací v paliativní péči a z hlediska psychologického působení a podpory dětí a rodin v posledních fázích života.

Jak se vyrovnat se ztrátou blízké osoby?

PhDr. Marie Macková, Ph.D.

**Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství,
Brno**

Během života člověk prožívá různé krize. Jednou z nejobtížnějších je pak krize zapříčiněná ztrátou blízké osoby. Lidé, kteří ztratili svého blízkého, často popisují svoji situaci jako pocit prázdnoty a ztráty smyslu života.

Proces truchlení neboli proces vyrovnávání se se ztrátou blízké osoby je přísně individuální. Každý potřebuje jiný čas. Pozůstalí však musí tímto procesem projít, jinak hrozí, že v tomto procesu ustrnou. To má pak za následek různé další obtíže, od psychických počínaje, fyzickými konče. Cílem procesu truchlení je naučit se žít bez zemřelého a nalézt nový smysl života. Při

nekomplikovaném truchlení lze využít následující postup, který byl pro přehlednost shrnut do šesti kroků.

Prvním krokem je uvědomit si své pocity a pokusit se na chvíli odpoutat od své bolesti tak, aby mohlo dojít ke stabilizaci emocí. To lze učinit různými způsoby. Začít pečovat o tělo, rozptýlovat mysl poslechem oblíbené hudby nebo shlédnutím oblíbeného filmu. Ruku v ruce s bolestí jde často i hněv – je třeba nebát se ho projevit. Ne však tím způsobem, že budeme spílat svým blízkým. Tím se bolesti možná zbavíme, ale ublížíme jiným. Vhodnější je raději vyjít ven do přírody a svůj hněv vykřičet. Rovněž lze bušit pěstmi do polštáře, trhat papír, štípat dříví... Hněv je totiž formou energie a dokud ji neuvolníme, bude stále v nás. Doporučit lze i setkávání pouze s lidmi, se kterými opravdu pozůstalí chtějí být (žádné společenské návštěvy z povinnosti). Někdy rovněž napomáhá setkání s lidmi, kteří mají podobné potíže a prožívají podobné emoce, nebo návštěva zkušeného odborníka.

Druhým krokem je vyrovnaní se s bolestí. Pokud si ji pozůstalí připustí, musí ji i prožít. Vyhýbání se bolesti může stát otupené city, ztrátu vzpomínek a zatvrzelé srdce. Zlé věci mohou potkat každého, ale na konci tunelu je vždy světlo. Každé břemeno, které nás sráží dolů, se může stát hnacím motorem, který nás žene vpřed. V životě máme vždy možnost volby. Pokud tedy máme pocit, že náš život už ztratil veškerý smysl, nemusí to být pravdou. Každá ztráta je zároveň i počátkem něčeho nového.

Třetím krokem je nahlédnutí do sebe. Lze zavzpomínat na dětství, na to, co jsme rádi dě-

lávali jako děti? Malovali, modelovali, zpívali? Možná je právě nyní čas oprášit své vzpomínky na dětství a hlavně na dětskou hravost. Lze si psát deník, udělat si soupis všech věcí, které pozůstalého trápí. Tím lze oddělit věci, které není možné změnit, od těch, které lze měnit. Vhodné je potom vynakládat energii pouze na věci, které lze měnit. Důležité je nebát se změny v zaběhnutém životě.

Čtvrtým krokem je vyhlédnutí ven. Ven z ulity, do které se podvědomě každý pozůstalí uzavírá. Filmy, tisk a televize pomohou při hledání příležitostí, jak uplatnit to, co dotyčný může poskytovat. Příklady lze nalézt i v okolí pozůstalého, mezi přáteli nebo u životních vzorů. Každá životní těžkost nás může dovést k příležitosti, jak nalézt uplatnění.

Pátý krok – dát k dispozici, co můžeme poskytnout. Pokud budeme spílat ostatním, že náš život nemá smysl, jen plýtváme energií a štěstí nikdy nenalezneme. Naši vnitřní prázdnotu můžeme zaplnit jen sami. Je mnoho možností, jak se rozdávat. Jak to uděláme my, záleží převážně na tom, co můžeme poskytnout.

Šestý krok je krokem posledním i prvním. Dosažení životní náplně je totiž procesem, ne vítězným pohárem, který získáme a již se nemusíme nikdy o nic starat. K dosažení svého cíle potřebujete jasnou vizi a předchozí kroky by nám k ní měly pomoci. Každý člověk prochází trápením a každý člověk má tu moc se trápení postavit.

Na závěr bych chtěla upozornit, že tento postup není určen pro truchlící, kteří jsou krátce po úmrtí svého blízkého a nachází se v akutní fázi truchlení. Jeho využití je možné realizovat zhruba půl roku po ztrátě.

Psychická a existenciální tíseň umírajících

Marie Schindlerová

Sestry v týmu paliativní péče musí být schopny rozeznat tíseň a pečovat o pacienta v tísní. Zejména obhájit zájmy pacienta a v případě potřeby zajistit specializovanou péči. Existenciální tíseň představuje specifický problém, protože ohrožuje samu podstatu osobnosti – toho, kým doopravdy jsme. Pokud nebude věnována pozornost existenciálním problémům, bude mít jakákoliv léčba těchto stavů pouze dočasné účinky a stav pacienta se bude vždy zhoršovat. Jestliže sestrám nečiní problém hovořit o existenciálních otázkách, pacient se k nim v rozhovorech dříve či později vrátí. Pokud pacienty vybídeme k tomu, aby s námi o svých obavách mluvili, poskytneme jim příležitost sdílet jinak velmi osobní a nerozpoznané zdroje utrpení. V bezpečném prostředí, plném důvěry, pacienti sdílejí svůj smutek s příbuznými, přáteli, sestrami a lékaři. Sdílení zármutku usnadňuje hojení. Většinu lidí pomůže, pokud mohou o svých problémech mluvit. Mohou-li se podělit o své obavy, získají pocit pochopení a podpory. Ztráta sebevědomí je pochopitelná reakce na různé změny a vyžaduje podporu sester, které posílí pacientovu naději a pocit vlastní hodnoty. Je nutné věnovat pozornost vztahům v rodině. Dobrá znalost rodiny pomůže sestrám odhalit problematická místa a obavy rodinných příslušníků. Úkolem sestry je podporovat a doprovázet pacienta na jeho cestě. Sestra musí pacienta i jeho příbuzné ujistit o tom, že je bude podporovat a doprovázet ve všech těžkých situacích, které mohou nastat.

Vliv bazální stimulace na přechod do fáze smíření podle Elizabeth Kübler Rossové

Bc. Hana Hlaváčková¹

PhDr. Marie Treflová²

¹ Domácí hospic Cesta domů, Praha

² ZSF JCU České Budějovice

Vzhledem k tomu, že počet nevyléčitelně nemocných a umírajících pacientů narůstá, stává se otázka ošetrovatelské péče o tyto nemocné stále více aktuální a důležitou. Péče o umírající klienty je jednou z nejnáročnějších oblastí ošetrovatelství. Od sestry poskytující tuto péči se vyžaduje nejen odborná připravenost na vysoké úrovni, ale zejména empatie a individuální, holistický přístup ke každému z klientů.

Příspěvek přináší výsledky mé bakalářské práce na téma: Vliv bazální stimulace na přechod do fáze smíření podle Elizabeth Kübler Rossové. Bakalářskou práci jsem zpracovala jako studentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Příspěvek pojednává o tom, jak může začlenění některých technik bazální stimulace do ošetrovatelské péče ovlivnit prožívání a kvalitu života terminálně nemocných klientů ve srovnání s klienty, o které bylo pečováno běžnou ošetrovatelskou péčí používanou v hospicích. Výsledky práce nepotvrdily, že bazálně stimulující ošetrovatelská péče napomáhá výrazně k vyšší kvalitě života sledovaných klientů. Ukázalo se, že nejpodstatnější vliv na prožívání a komfort života těchto pacientů má přítomnost rodiny a blízkých a jejich aktivní účast na ošetrování nemocného. Potvrdilo se také, že začlenění technik bazální stimulace do ošetrovatelské péče napomáhá

rodině a blízkým klienta se do péče o něj zapojit. Toto potvrzuje i 8 kazuistik, které byly v rámci výzkumné práce provedeny. Pro komplexní pochopení stavu, v jakém se pacient nachází z hlediska ošetrovatelské péče, jsou kazuistiky doplněny ošetrovatelskými diagnózami dle klasifikace NANDA II, ošetrovatelskými intervencemi zahrnujícími techniky bazální stimulace a zhodnocením efektu poskytnuté péče.

Očekávám, že můj příspěvek může povzbudit posluchače v hledání nových způsobů péče o terminálně nemocné klienty a tím napomoci těmto nemocným v saturaci jejich zcela specifických a individuálních potřeb. Domnívám se, že paliativní ošetrovatelství je specializovaný obor ošetrovatelství a je úkolem nás sester zasadit se

o jeho rozvoj a lepší postavení v naší zemi, zejména kreativitou a hledáním nových možností péče o své klienty, ale také aplikací ošetrovatelského procesu do své praxe.

Použité zdroje:

FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

O'CONNOR, M., ARANDA, S. Paliativní péče pro sestry všech oborů. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

SVATOŠOVÁ, M. Hospice a umění doprovázet. 5. české vyd. Praha: Ecce Homo, 2003. 150 s. ISBN 80-902049-4-5.

MAREČKOVÁ, J. Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

KOSTRZEWA, S., KUTZNER, M. Was wir noch tun können! 3. vyd. Bern: Hans Huber, 2007. 155 s. ISBN 978-3-456-84400-8.

SESTERSKÁ SEKCE

PÉČE O PACIENTA

V TERMINÁLNÍM STAVU / 9.00–10.15

Předsedající: A. Marková, M. Marková, J. Kirschová

Paliativní péče – péče o pacienta v rodinném kontextu

Mgr. Monika Marková

Hospic sv. Štěpána, Litoměřice

Definice WHO stanoví, že paliativní medicína zahrnuje péči a léčbu nejen pacienta, ale i jeho blízkých. A tato definice průlomově zdůrazňuje, že nemocný a jeho blízcí jsou společnou jednotkou, a pokud je jim péče věnována odděleně nebo jedné části neposkytována vůbec, nemůžeme hovořit o kvalitní paliativní péči a léčbě.

V přednášce se věnuji důležitosti péče o pacienta v rodinných souvislostech, a to i za hospitalizace, a možnostem sester zapojit rodinu do plánování a realizace péče o pacienta.

Dotknu se problematiky doprovázení v různých náročných situacích – umírání živitele rodiny, mladého člověka, dítěte.

Cílem přednášky bude pomoci sestřám lépe podpořit rodinu nemocného a saturovat tak jednu z největších potřeb umírajících – vědět, že o mé blízké je postaráno.

Specifika paliativního ošetřovatelství

Alžběta Marková, M.A.S.

DLBsH Rajhrad

Paliativní medicína, resp. péče jako obor, je velmi mladá. Největší rozvoj zaznamenala ve světě v posledních dvou nebo třech desetiletích. V České republice se paliativní péče rozvíjí od počátku devadesátých let. Toto zamyšlení nad specificitou paliativního ošetřovatelství vychází primárně ze zkušeností z poskytování paliativní péče v ambulantním sektoru, tedy v domácím prostředí nemocného v rámci domácího hospice nebo ve specializované paliativní, domácí (mobilní) péči.

Paliativní péče předpokládá specifický POSTOJ, ÚHEL POHLEDU na potřeby nevyléčitelně nemocných a jejich rodin, který se liší od pohledu v akutní, záchranné medicíně, kde cílem je udržení nebo znovunabytí soběstačnosti nemocného a jeho návrat do běžného života. Paliativní postoj v sobě zahrnuje jiné vnímání času u nemocných, respektování AUTONOMIE pacienta.

Specifičnost ošetřovatelství v paliativní péči je práce sester v multidisciplinárním týmu. Multidisciplinarita neznamena pokus o spolupráci jednotlivých samostatných odborníků, ale tým, který v sobě zahrnuje lékařské, ošetřovatelské, sociální, psychologické, případně duchovní odborné kompetence, které směřují k dobru paliativního pacienta a jeho rodiny.

Další specifikum je ve vzdělání a zkušenostech paliativních sester. Každodenní kontakt sester s umírajícími vede k nabytí zkušeností ne občasné „dochování“ pacientů. Vzdělání v paliativním ošetrovatelství podporuje sestry: 1. k vnímání potřeb nevyléčitelně nemocných, umírajících a jejich blízkých, 2. k rozpoznání, zhodnocení a naplánování adekvátních ošetrovatelských postupů, 3. ke komunikaci s nevyléčitelně nemocnými a jejich blízkými, 4. k rozvoji paliativní filozofie a zacházení s emocemi kolem umírání, smrti a v době truchlení.

Ošetrovatelství v paliativní péči vychází ze všeobecně daných ošetrovatelských postupů, ale vzhledem k cílové skupině pacientů, kteří jsou jejími příjemci, je velmi specifické a není možné, aby nevyléčitelně nemocní a umírající neměli přístup ke kvalitní ošetrovatelské péči na konci života.

Metastazující karcinom štítné žlázy u muže středního věku

Jana Kirschová
DLBsH Rajhrad

Úvod

Nádory štítné žlázy jsou poměrně vzácné, vyskytují se s incidencí 36–60 případů na 1 milion obyvatel a mezi zhoubnými nádory zaujímají 0,5–1 % (zdroj www.linkos.cz). Přesto patří u mladších lidí (ve věku do 45 let) mezi 5 nejčastějších karcinomů a počet těchto nádorů stále narůstá. Zhoubné onemocnění štítné žlázy postihuje dvakrát častěji ženy než muže. Rizikovým faktorem je předchozí radiační zátěž (např. stavy po ozařování krku, větší je jejich výskyt v oblastech, kde došlo k jaderným katastrofám apod.),

výskyt v rodině, jiná onemocnění štítné žlázy, nedostatek jódu a hormonální vlivy.

Karcinomy štítné žlázy představují nehomogenní skupinu nádorů, jejíž jednotlivé formy se liší nejen histologicky, ale především biologickým chováním. Vyžadují odlišné léčebné postupy a mají i různou prognózu – od nádorů s velmi příznivým průběhem a dobře ovlivnitelných terapií, které jsou nejčastější, až po vzácné typy s vysokou agresivitou. Karcinomy štítné žlázy rozdělujeme na diferencované (papilární a folikulární), nediferencované (anaplastický) a medulární karcinom štítné žlázy. Ve štítné žláze se mohou vyskytnout nádory z lymfatické tkáně (lymfomy) nebo metastázy jiných malignit a vzácně sarkomy.

Folikulární karcinom tvoří 5–18 % nádorů štítné žlázy, častěji se vyskytuje u starších osob. Projevuje se jako tuhý rostoucí uzel v oblasti štítné žlázy, v pokročilejším stadiu jsou hmatné uzlinové metastázy na krku, méně časté jsou vzdálené metastázy v kostech, plicích nebo játrech. Funkce štítné žlázy nebývá změněna.

Podle klinických studií je u papilárního karcinomu 40leté přežití u více než 85 % případů, u folikulárního 46 % a medulárního 25 % (Němec a spol. 1994). Zásadní je vhodně zvolená terapie, která kombinuje chirurgické odstranění štítné žlázy, léčbu radijódem a hormonální supresní léčbu.

V případě metastatického postižení je pro prognózu zásadní jeho lokalizace. Pokud není možná kurativní, ani paliativní onkologická (chirurgická, zevní ozáření, radiojod) terapie, další vývoj onemocnění je výrazně ovlivněn nastavením, organizací paliativní péče. V poměrech českého zdravotnictví přitom zásadní roli hraje primární péče.

KAZUISTIKA (Publikována se souhlasem pacienta):

Začátkem srpna 2009 byl odeslán k hospitalizaci v rajhradském hospici zástupcem jeho praktické lékařky 58-letý muž, bez žádosti k přijetí či alespoň předchozího telefonického upozornění. Byl přijat s ohledem na závažnost stavu a nemožnost pobytu v domácím prostředí při akceleraci bolestí a imobilizačním syndromu.

Anamnéza:

1. Adenokarcinom štítné žlázy, stav po tyreoidektomii a krční disekci 6/08 (histologicky folikulární karcinom, T4N1b), stav po terapii radiojodem opakovaně, poslední 7/09, dle poslední PET (4/09) reziduum primárního tumoru, 7/09 zjištěna diseminace tumoru (pacient hospitalizován poté, co se u něj rozvinula během několika dnů středně těžká paraparéza dolních končetin) – metastatické postižení Th2 obratle, následně paliativní radioterapie na oblast Th1-3.
2. Indikován paliativní postup dle Ortopedické kliniky Fakultní nemocnice Brno a Masarykova onkologického ústavu Brno (zde provedeno zevní ozáření metastatického páteřního procesu, bohužel klinicky bez pozitivního efektu), kortikoterapie, analgetická terapie.

Pracoval jako horník, také hlídač v uranovém dole, nyní ve starobním důchodu, zároveň pobírá nemocenské dávky, je rozvedený, má děti – nestýkají se, občas se spojí telefonicky, má přítelkyni; zná svůj zdravotní stav, nemá zájem o duchovní službu, do budoucna uvažuje o propuštění do domácí péče a chtěl by zajistit pečovatelskou službu, pomůcky, ale neví, kdo bude zajišťovat péči doma.

Objektivní nález při přijetí začátkem srpna 2009:

Muž, 58 let, bez ikteru, klid. dušnosti, cyanózy, klidný, snaží se spolupracovat, pomáhá rukama při přesunu na lůžko, v lůžku schopen se otočit, těžká paréza obou dolních končetin, senzitivita zachována, potíže s obštipací, inkontinence moči, kardiopulmonálně kompenzován, TK 130/80.

Průběh hospitalizace:

2. týden

Pacient s generalizací i lokální recidivou tumoru štítné žlázy, paliativní onkologická péče. Bolesti kontrolované, imobilní v lůžku, inkontinentní dvojitě, rozšířena antidepressivní terapie, nyní se již jeví trochu klidnější, bolesti neguje. Doprovázení ve fázi zlomu onemocnění, zajištění klidného a pokud možno bezbolestného průběhu onemocnění.

Psycholog: pacient je lucidní, orientovaný, komunikativní bez problémů. O svém onemocnění byl informován průběžně, u nás sděleny informace o nemožnosti vyléčení a postupy paliativní péče. Pacient informace přijal, reaguje plachtivě, ovšem zcela přiměřeně situaci. Hlavním přáním je být doma – zemřít doma mezi svými, vzhledem k ochrnutí to pravděpodobně nebude organizačně možné – není aktuálně podpora ze strany rodiny. Hlavním tématem je nyní komunikace s ostatními – jak mluvit se známými, přítelkyní, dcerou z druhého manželství. V tuto chvíli je důležitý prostor pro otevřenou komunikaci.

3. týden

Pacient dnes vcelku dobře naladěný. V aktivitě jej udržuje řešení přesunu do domácího prostředí. Po snížení dávky Gabapentinu zmírnění útlumu a rozmazaného vidění. Ke zhoršení

bolestí nedošlo. Zůstáváme proto u nižší dávky. Současná terapie plně kompenzuje algický syndrom – Oxycontin 2x 20 mg tbl., Gabapentin 3x 100 mg, Trazodon 75 mg večer.

Pacient ve stabilizované fázi nemoci, v průběhu fáze zlomu. Na nastavené terapii bez potíží, bez bolestí. Po snížení dávky Gabapentinu se bolesti neobjevily, nežádoucí účinky jsou mírnější. Dnes proběhl společný rozhovor s pacientem a družkou za přítomnosti psycholožky ohledně eventuelního návratu domů za 3–4 týdny. Zatím domluveny nejbližší kroky. Družka pracuje na úpravách domku. Stráví některý den v hospici, aby viděla, jakou ošetrovatelskou péčí je nutno zvládnout. Poté vyzkoušíme propustku na kratší dobu. Podle toho se rozhodneme dál.

Psycholog s pacientem a jeho družkou řešili možnost pobytu v domácím prostředí. Mezi partnery je napětí, kdy pacient se cítí odmítán, reaguje naštvane, velmi obtížně zvládá situaci, kdy je odkázán na činnost druhých. Partnerka si potřebuje vyzkoušet nároky péče a zjistit možnosti, zda pobyt doma bude vůbec reálný. Pacient je s danou situací celkově nespokojený, chtěl by domů. V tuto chvíli se vědomě ovládá, z projevu je ovšem zřejmá zlost, což je přirozený způsob vyrovnávání se s nemocí.

4. týden

Pac. na nastavené terapii t. č. stabilizovaný. Bez bolestí či jiných potíží, jen dochází k pozvolné progresi parézy DKK již téměř do plegie. Je rozhodnut, že se ještě dostane domů a usiluje o to, jak jen je to možné. Organizačně je to ale náročnější. Neuvědomuje si dostatečně důsledky a náročnost péče o svou osobu.

Pacient se 5 dnů před propuštěním se svojí družkou v hospici oženil. Koncem září propuštěn

na svoji žádost domů, předtím stav nemocného prodiskutován s praktickým lékařem, protože nemocný bydlí mimodostupný region našeho domácího hospice, navržena přes praktického lékaře regionální agentura home care. Manželka poučena o ošetrovatelské péči, souhlasí, z hospice zapůjčeny potřebné pomůcky.

2. hospitalizace

Pacient sám odpoledne volal, že PL není ochoten bez vypsání nové žádosti zajistit převoz sanitkou a že on sám si ji zaplatí, když mu ji můžeme zajistit. Sanitku jsme zajistili a pacient byl ve stejný den odpoledne přijat na lůžko DLBSH Rajhrad.

Nemocný má velké obtíže se stolicí a také bolesti žebířů a břicha.

Je velmi neklidný, úzkostný, s kachektizací a pokročilou svalovou atrofizací, má zácpu, vybaveno větší množství měkké, hnědé stolice a přetrvává inkontinence.

Z vyšetření a rozhovoru s nemocným je zřejmé, že v popředí byla jeho úzkost a nemožnost se vyrovnat se situací, kdy je závislý na okolí, také pravděpodobně ne zcela funkční prostředí domácí péče a medicínsky těžká zácpa. Před 4 dny mu byla stolice vybavena na chirurgii, protože prý „praktický lékař odmítl tento výkon doma provést“. Z našeho pohledu nyní budeme řešit nastalé symptomy, stolice aktuálně vybavena a do péče přidán Prothiaden, dále pohovor s rodinou, psychologická podpora. Pacient aktuálně zůstává na lůžku DLBSH Rajhrad.

Jeho stav se již přesunul do terminální fáze nemoci. Rozvíjející se slabost horních končetin ukazuje na možnost růstu nádoru kranioální v páteřním kanálu, je zřetelná výrazná nechut

k jídlu, svalová slabost na horních končetinách je dána i ztrátou svalové hmoty, jsou více a častěji bolesti, nyní více viscerální. Je také zřejmá nižší tolerance k obtížím, je velmi neklidný s ohledem na vývoj své zdravotní, ale i sociální situace. Bohužel není pravděpodobné, že by se ještě vrátil domů, partnerka – nyní již manželka – má sama zdravotní problémy a není další rodinný pečovatel. Přesto jsme přesvědčeni, že tomuto „dramatickému“ (alespoň z pohledu pacienta) vývoji bylo možno předejít a to právě lepší organizací péče v době akutní fáze obtíží a v neposlední řadě i pokud by nabídka služeb domácí zdravotní i sociální podpory mohla být vstřícnější.

Dvě kazuistiky

Kateřina Vilímková

Domácí hospice Cesta domů, Praha

Intenzivní ošetrovatelská péče v domácím prostředí:

- výhody, nevýhody a komplikace,
- velké požadavky na edukaci a komunikaci v rodinách,
- nutnost dobré spolupráce multidisciplinárního týmu.

Týmová práce

v domácí hospicové péči

Vladimíra Šopková

GABRIELA o.s. – Domácí hospice Tabita Brno

„Dobře se starat o nemocné a umírající. Optimista si asi řekne: „To musím dokázat taky!“

A pesimista nejspíš zapláče a vzdychne: „Tak dobře se starat o nemocné a umírající nikdy ne-

dokážu, raději se o to nebudu pokoušet.“ Co tedy dělat? Opravdu jen ten, kdo nic nedělá, nic nepokazí. Ale ten, kdo něco dělá a dělá to s láskou, neudělá asi všechno dobře, ale určitě se mnohému naučí. A z toho bude mít prospěch on sám i druzí lidé.

Je to štafeta dobra, do které jsme zváni. Není to výměnný obchod, ve kterém dáme něco za něco. Je to věc mnohem krásnější. A k tomuto krásnému dávání a přijímání, ve kterém jsou mnozí unaveni, ale všichni obohaceni, jsme zváni. Díky Bohu za to.

Aleš Opatrný

(doslov z knihy Hospice a umění doprovázet)

KAZUISTIKA: 65letý pacient s diagnostikovaným Lymfoepitelovým karcinomem/Schminckeho tumor/epipharyngu (T4N2cMO,kl. st. IV A, dg. 10/06.3 série CHT, RT gama nůž – Homolka, ukončení koncem července 2008). **META** – páteře, pravá nadledvinka. 2 série paliativní CHT – progrese nálezu, onkologická terapie ukončena v preterminálním stadiu pacient doporučen do domácí hospicové péče. Jedná se o věřící rodinu žijící s dospělým synem v nájemním bytě na sídlišti. Oba manželé jsou důchodového věku ze střední sociální vrstvy. Vzájemné vztahy v rodině upřímné, rodina žije svorně, manželka je odhodlána pečovat o manžela až do smrti. Pacient manželku trápí tím, že „všechno musí být po jeho“, ale reálný náhled už nemá.

Týmová práce – jako štafeta

1. Lékaři MOÚ – doporučují domácí hospicovou péči (dále jen DHP).
2. Manželka pacienta – má náhled na zdravotní stav a kontaktuje hospicovou poradnu.

3. Sociální pracovnice HP – asi hodinový osobní pohovor s manželkou o možnostech DHP.
 4. Sestra DH – první návštěva sestry v domácnosti koncem března 2009.
 5. Lékař DH – ještě tentýž den navštíví pacienta a upravuje medikace, návštěvy sester a lékaře DH se opakují po 2 měsících a telefonické konzultace podle momentálního zdravotního stavu pacienta. Rodina má možnost telefonicky se dovolat 24 hod. denně bez omezení. Na telefonu je vždy sestra v pohotovosti, schopna dojet kdykoliv i do domácnosti. Pacient chodí na procházku s manželkou, syn ho zavezl na chatu, kam si přál ještě jet. Stále má naději na další CHT – je to přání pacienta a víra v uzdravení. Když se cítí dobře, na smrt nemyslí.
 6. Půjčovna pomůcek – po třech měsících se stav pacienta zhoršil natolik, že nebyl schopen vstát z lůžka. Půjčovna pomůcek zapůjčuje polohovací lůžko, které odveze a instaluje syn pacienta, který žije ve společné domácnosti s rodiči.
 7. Dobrovolníci – manželka se cítí velmi unavená, pečuje o manžela 24 hod. denně, nabízíme služby dobrovolníků, kteří stráví s pacientem 2–3 hodiny i více, aby si manželka odpočinula a mohla opustit byt bez starosti o manžela.
 8. Kněz – zajišťuje duchovní péči, slouží celé rodině a zaopatřuje pacienta před úmrtím.
 9. Dcera pacienta/vnučka – poslední den života zůstává pacient v komatu, má apnoické pauzy. Manželka volá ve 4 hod. ráno pohotovostní sestru DH, ta přijíždí, stejně jako i dcera pacienta s vnučkou, rozloučit se.
 10. Společná modlitba – pacient umírá v 8.30 při společné modlitbě všech přítomných v míru, zcela smířen. V jeho tváři se odrážel stav vnitřního přijetí a důstojnosti.
- Všichni přítomní se rozloučili se zesnulým při zádušní mši svaté.

SEKCE KAZUISTIK / 13.00–14.30

Předsedající: S. Fabuš, R. Šafářová, J. Král

Mycosis fungoides

MUDr. Eva Kocmanová

Bc. Zdeňka Bednářová

prof. MUDr. Pavel Šlampa, CSc.

**Klinika radiační onkologie LF MU a MOÚ
Brno**

KAZUISTIKA: pacient s mycosis fungoides, rok narození 1920; pacient s onkologickou duplicitou (karcinom prostaty v léčbě flutamidem), sledován od r. 2000, tj. od 80 let věku, na kožní ambulanci pro nespecifické projevy na kůži spojené s pruritem. V r. 2002 histologické vyšetření se závěrem: mycosis fungoides, folikulotropní varianta, léčen různými externy vč. kortikoidních preparátů, bez efektu. V r. 2003, i přes léčbu kortikoidy, dochází k progresi onemocnění, proto konzultován na radioterapeutické ambulanci MOÚ. Vzhledem k celkovému stavu, KI 50 %, nebyla velkoobjemová radioterapie indikována.

Pacient předán do péče IHOK FN Brno, kde byly postupně aplikovány tři linie chemoterapie COP s efektem progresu a s průvodními infekčními komplikacemi. V březnu 2005, t. j. v 85 letech, znovu konzultována možnost paliativního ozaření a předán do péče oddělení radiační onkologie MOÚ s rozsáhlými rozpadajícími secernujícími a zapáchajícími kožními nádory. Indikována paliativní radioterapie na oblast největších infiltrátů rtg ozařovacím přístrojem (7x3 Gy). Tři týdny po ukončení

paliativní radioterapie dochází k výraznému zlepšení lokálního stavu v ozařených oblastech. Proto pokračováno v ozařování dalších ložisek, opět rtg terapií. Nicméně celkový stav se natolik zlepšil, že bylo možno indikovat a provést velkoobjemové ozaření celého těla elektronovou sprchou. Po aplikaci dochází takřka k 100 % regresi kožních ložisek, reziduální infiltráty jsou cíleně ozařeny kontaktním rtg přístrojem. Po ukončení, v srpnu 2005, je pacient bez lokálních známek onemocnění, na kůži jsou pouze pigmentové změny po ozaření. V lednu 2007 se u 87letého pacienta v celkově relativně dobrém stavu (KI 70 %) objevily nově tumorózní morfy v oblasti obličeje a submandibulárně. Provedena opět rtg terapie přímými poli s konkomitantním boostem 9x2,0 Gy. Za čtyři týdny infiltráty v obličeji vymizely a objevily se nové na hýždích. Ty byly ozařeny v březnu 2007 a při poslední kontrole v květnu 2007 úplně regredovaly. Bohužel poté dochází k progresi interkurentního plicního onemocnění a pacient je dále léčen na pracovišti plicního lékařství. Pacient zemřel v září 2007 v důsledku imobilizačního syndromu bez relapsu mycosis fungoides.

Kazuistika potvrzuje výborný efekt léčby zářením nízkými dávkami u mycosis fungoides i u pacienta zdánlivě v inkurabilním stadiu onemocnění. U pacienta bylo zářením dosaženo významného paliativního efektu a podstatného zlepšení komfortu života.

Maligní střevní obstrukce

MUDr. Radka Šafářová

Domácí hospic Cesta Domů, Praha

Pacientka, 57 let.

OA: 2001 inoperabilní adenokarcinom ovaria, chemoterapie, následně hysterektomie, oboustranná adnexektomie, celkové remise onemocnění. 10/08 recidiva onemocnění v malé pánvi, metastázy do jater, plic; chemoterapie. 5/09 přechází do péče jiného pracoviště. 6/09 steno-
zující tumor rekta, histologicky adenokarcinom tlustého střeva, jeden cyklus chemoterapie. 6/09 rozvoj ileózního stavu, axiální transversostomie. Trvá ileózní stav, NGS, parenterální výživa, indikována k symptomatické terapii. 7/09 zaveden tunelovaný centrální žilní katétr, derivační PEG, pro sepsi nejasné etiologie léčena ATB. Rodina edukována v ošetřování PEG, CŽK, aplikaci parenterální výživy. Koncem července propuštěna do péče domácího hospice.

Průběh péče: indikována kompletní parenterální výživa v objemu 3000 ml/den, postupně rozvoj anasarky, intervenována kombinovanou diuretickou léčbou s efektem. V úvodu kolikovitě bolesti při překážkové peristaltice, tlumeny butylscopolaminem, cca během 2 týdnů odeznívají. Nádorová bolest, do poloviny srpna 2009 pacientka odmítá opiáty z obav před nežádoucími účinky, pak Durogesic ve vzestupné dávce v kombinaci s Morphinem SOS. Koncem srpna osmidenní hospitalizace pro urosepsi, nový CŽK, krevní převody, ATB. 9/09 purulentní sekrece z transversostomie, obavy z rozpadu rány – lokální léčba. Od druhé poloviny srpna 2009 problémy s derivací PEGem, intermitentně zvrací sterkorální obsah, nutné manipulace

kanylou s efektem. Postupné zhoršování stavu nemocné. Rodina nezvládá péči, na druhé straně ale trvá na maximálním rozsahu léčby, názorová diskrepance mezi členy rodiny.

Závěr: od poloviny června do druhé poloviny září 2009 trvající ileózní stav při maligní střevní obstrukci, kumulace komplikací.

Diskuze: náročnost ošetrovatelské péče i vedení léčby, únosnost pro rodinu, únosnost pro tým domácího hospice. Spolupráce s rodinou, náročné vedení komunikace. Narůstající neřešitelnost komplikací. Etické a právní aspekty ukončení léčby. Ekonomické aspekty léčby.

Starostlivost o nevy léčiteľne chorého pacienta v ambulantnej praxi algeziológa

MUDr. Ogurčáková Daniela¹

Šujanová Alena²

MUDr. Hasárová Darina³

¹ Algmed s.r.o, Košice

² Ambulancia chronickej bolesti, Košice

³ ACHB Prešov

V ambulanciách pre liečbu chronickej bolesti sa stretávame často s pacientmi, ktorí trpia nestížiteľnou chronickou bolesťou nádorového či nenádorového pôvodu. Tíšenie bolesti u chronickej nádorovej bolesti je najdôležitejšou zložkou práce algeziológa. Bolesť môže byť nielen biologická, ale aj sociálna, psychologická a spirituálna. V liečbe bolesti je potrebný multidisciplinárny prístup.

KAZUISTIKA: 55ročná pacientka liečená 3 roky pre inoperovateľný adenokarcinóm krčka maternice. Od r. 2004 opakovane chemoterapia brachyterapia a radioterapia, pre progre-

siu ochorenia ešte RAT a 2. línia chemoterapie. Onkologická liečba ukončená v marci 2007, odvtedy sledovaná v algeziologickej ambulancii s diagnózou – chronická nestíšiteľná nádorová bolesť pri progresii základného ochorenia. Stav pacientky komplikovaný hydronefrózou a urémiou, rektovaginálnou fistulou s nutnosťou vykonania axiálnej sigmostómie, paraneoplastickou flebotrombózou. V liečbe boli použité regionálne anestéziologické techniky, nutné dlhodobé podávanie opioidov III st. rebríka WHO, adjuvantnej liečby.

Citácia Blumenthal – Barby (1988): podávanie liekov by sa malo riadiť zásadou toľko, koľko treba a tak málo, ako je možné, aby pacient netrpel.

Paliatívni endoskopická ventrikulostómie u nemocných s obštrukčným hydrocefalom pri nitrokomorovej diseminácii nádoru mozku

MUDr. Jan Chrastina, Ph.D.¹

prof. MUDr. Zdeněk Novák, CSc.¹

MUDr. Věra Feitová²

MUDr. Radim Jančálek, Ph.D.¹

Ing. Ivo Říha

¹ Neurochirurgická klinika LF MU a FN u sv. Anny Brno

² KZM LF MU FN u sv. Anny Brno

Nitrokomorový rozsev nádoru pri jeho generalizácii ohrozuje nemocného predovšetkým vznikom obštrukčného hydrocefalu s nitrolebnou hypertenziou. Tento nález je popisovaný u detí s germinomom a meduloblastomom, u dospelých pak u diseminovaných maligných onemocnení (melanom, bronchogenný karcinom, karcinom prsu) a moz-

kových lymfomů. K příznakům obštrukčního hydrocefalu ovšem patří cefalea, nauzea a zvraceni, tedy příznaky významně ovlivňující kvalitu života terminálně nemocného pacienta. Jako možnost neurochirurgické léčby obštrukčního hydrocefalu byla přijímána především shuntová operace s riziky nikoliv hypotetické možnosti další diseminace nádoru cestou implantovaného shuntu a možnost poruchy hojení u imunokompromitovaného nemocného s rizikem infekce implantátu. Alternativu představuje šetrně provedená minimálně invazivní neuroendoskopická operace – vytvoření fenestrace ve spodině III. komory – endoskopická ventrikulostómie III. komory (ETV), která obchází blokádu mokových cest v zadní a střední části III. komory, mokovodu, IV. komory a výtoku ze IV. komory. ETV je po snesení tumorózních náletů možná a umožňuje kvalitní paliaci potíží nemocného, spojených s intrakraniální hypertenzi. Jinou možností při jednostranné blokáde foramen Monroi je septostómie s vytvořením alternatívnej cesty moku z blokované postranné komory. Limitáci je zachovaná resorpční schopnosť arachnoidálnych granulací pro mozkomíšni mok. Krátkodobý výkon, ktorý lze provést i u nemocných v NLA a lokální anestezii, je dobře tolerován a u indikovaných nemocných přináší paliaci subjektivních potíží, spojených s intrakraniální hypertenzi. Rozhodnutí o odběru histologického vzorku záleží na konkrétní anatomické situaci a potenciální diagnostický a terapeutický přínos provedené biopsie by měl nepochybně převyšovat riziko poškození struktur spodiny III. komory.

Ve sdělení prezentujeme kazuistiku nemocných neuroendoskopicky ošetřených pro nitrokomorovou nádorovou diseminaci se vznikem

obstrukčního hydrocefalu na neurochirurgické klinice FN u sv. Anny. K terapeutické a paliativní funkci přistupuje i úloha diagnostická – i při adekvátním předoperačním vyšetření nemocného s hydrocefalem až ventrikuloskopie při neuroendoskopické operaci pro hydrocefalus odhalí intraventrikulární rozsev nádoru.

Paliativní chirurgická léčba recidivy pokročilého karcinomu vulvy

MUDr. Jan Štelcl

MUDr. Josef Chovanec, Ph.D.

Masarykův onkologický ústav Brno

Souhrn

Nádorové onemocnění vulvy postihuje převážně ženy ve vyšším věku. Poslední dobou však pozorujeme výskyt i v nižších věkových skupinách (v souvislosti s HPV infekcí). Incidence zhoubných nádorů vulvy je v ČR stacionární – pohybuje se okolo 4:100 000 žen za rok. Nádor lze včas a dobře odhalit. Bohužel je mnohdy zjištěn až v pokročilém stadiu, kdy je možná pouze léčba paliativní. Pacientky se dostávají na gynekologické vyšetření pozdě. Existují ale bohužel i případy, kdy byly pokročilé prekancerózy či počínající zhoubné nádory léčeny lékařem řadu měsíců konzervativně, bez histologického ověření. V kazuistice popisujeme případ pacientky, u které byl v lednu 2007 diagnostikován karcinom vulvy při velikosti 69x45mm s metastázami v tříselných uzlinách bilaterálně (stadium T2 N2 M0, FIGO klasifikace IVa). Onemocnění bylo řešeno radikální operací a adjuvantní radioterapií. Po dvou letech (v březnu 2009) byla diagnostikována recidiva v malé pánvi, která se klinicky projevila vznikem píštěle v oblasti levé-

ho třísla. Recidiva byla histologicky verifikována. Nejdříve se vytvořila vezikoinguinální a záhy sigmoideinguinální píštěl. Pacientka byla ohrožena sepsí. Intermittentně docházelo k silnému krvácení z postiženého třísla, které pacientku ohrožovalo na životě. Postup paliativní chirurgické péče: bilaterálně zavedeny nefrostomie a vytvořena transversostomie. Tím se podařilo sekreci z třísla zastavit. Stav pacientky byl dále chirurgicky neřešitelný. Proto byla po dohodě přeložena do hospicu k symptomatické péči, kde žije dodnes.

Zlepšení kvality života pacientky plastikou defektu vulvy po onkologické léčbě vulvárního karcinomu

MUDr. Lucie Mouková¹

MUDr. Petr Hyža²

MUDr. Eva Krejčí³

¹ Oddělení gynekologické onkologie, Masarykův onkologický ústav Brno

² Klinika plastické a estetické chirurgie FN u svaté Anny Brno

³ Oddělení onkologické a experimentální patologie, Masarykův onkologický ústav Brno

KAZUISTIKA: U 49leté ženy s karcinomem vulvy byla provedena v únoru 2008 radikální vulvektomie s bilaterální inguinofemorální lymfadenektomií. V histologickém nálezu potvrzen rohovějící spinocelulární karcinom pravého majoritního labia s metastázou v 1/26 regionálních lymfatických uzlin, klasifikace pT1b N1(1/26)M0. V pooperačním období resutura perinea pro dehiscenci, s následnou

adjuvantní radioterapií v celkové dávce 55 Gy (ukončeno 4/2008). Poradiačně v oblasti sutury po vulvektomii vznik velkého kožního defektu s infikovanou bolestivou nekrózou. V 10/2008 provedeno odstranění nekrózy, histologicky bez známek recidivy neoplazie. Pro recidivující infekce vulvárního kožního defektu, které pacientku výrazně hendikepovaly zdravotně, sociálně, sexuálně a psychicky, s nutností užívat opiatová analgetika, indikovány plastické operace. Začátkem 1/2009 provedena nekrektomie defektu vulvy s plastikou, pomocí dvou místních transpozičních laloků, které znekrotizovaly

tahem. Koncem 1/2009 následovala plastika pomocí muskulokutánního stopkového laloku m. gracilis. Sval zůstal po operaci vitální, kožní ostrov znekrotizoval pro insuficienci kožních perforátorů. V 2/2009 zvolena plastika pomocí volného laloku ALTf (antero-lateral thigh flap), kdy byl mikrochirurgicky našit volný perforátorový lalok descendentní větve z a. circumflexa femoris lateralis na cévní stopku m. gracilis. Lalok uchycen, rána zhojena, pacientka t.č. bez obtíží, bez analgetik, spokojená, obnovila kontakt s okolím, našla nového sexuálního partnera, restaging negativní.

SEKCE WORKSHOPŮ

Možnosti a meze psychoterapeutické péče o terminálního pacienta a jeho rodinu

Mgr. Marie Zemanová

CETERA – terapeutické centrum, Praha

Specifické znaky psychoterapeutické péče o terminálního pacienta. Systém rodiny a „pečujících“. Úloha terapeuta při zpracování základních témat, které se týkají smrti a truchlení.

Analýza zdravotní péče a organizace ambulance paliativní onkologické péče

prof. MUDr. Stanislav Filip, Ph.D.

MUDr. Ladislav Slováček, Ph.D.

Bc. Dagmar Švecová

Klinika onkologie a radioterapie LF UK a FN, Hradec Králové

Paliativní ambulantní péče:

Včasné zahájení paliativní péče je nezbytnou součástí rozvoje ambulantní paliativní péče. Představuje zdravotní péči o nemocné, u kterých byla ukončená aktivní onkologická a hematologická léčba. Nemocní, kteří např. podle klasifikace ECOG jsou v kategorii 1 až 2 a potřebují další symptomatickou léčbu, kterou je možno poskytnout ve spolupráci ambulantní a následně domácí péče.

Činnost ambulantní složky:

Ambulance zabezpečující komplexní ambulantní péči, poradenství a symptomatickou léčbu pacientů po ukončení aktivní specifické onkologické léčby. Ambulance by měla usnad-

nit **plnění hlavní funkce paliativní ambulanti péče o onkologické pacienty** ve spolupráci s ambulancemi praktických lékařů (PL) a sesterskou ošetrovatelskou službou v regionu Hradec Králové.

Ambulance pro paliativní onkologickou léčbu musí obsahovat plně funkční složky pro **léčbu bolesti a symptomů**, které souvisí s onkologickým onemocněním, ale také s onkologickou a hemato-onkologickou léčbou (např. toxicita onkologické léčby atd.). Dále **poradenství** a léčbu pacientů po ukončení aktivní specifické onkologické léčby. Rozvoj a zabezpečení dostupné psychologické diagnostiky a **psychoterapie** (která je v kompetenci ošetřujícího lékaře), řešení zdravotních a psychických problémů nemocných. Po skončení období, kdy jsou nemocní úspěšně onkologicky léčeni, dochází k celé řadě významných zlomů, jak v **komunikaci pacienta a lékaře**, ale také ve vzniku nových problémů, které mohou vést k narušení důvěry mezi nemocným a posléze také zdravotnickým zařízením, které nemocného léčilo. Do ambulantní péče musí být nemocní zařazeni včas při **ukončení aktivní kurativní onkologické léčby** (chemoterapie, imunoterapie, radioterapie atd.). Do ambulantní paliativní péče nejsou zařazováni nemocní, u kterých vzhledem k charakteru onemocnění a možnostem současné onkologické léčby bude primárně podávána např. chemoterapie, radioterapie a imunoterapie ani s **paliativním cílem léčby**. Ambulantní paliativní onkologická péče obsahuje další důležitou část paliativní péče a to v období, kdy je nemocnými a jejich rodinou požadována **dlouhodobá zdravotní péče** při

rozvoji komplikací nádorového onemocnění. Tato situace vyžaduje cílenou edukační práci – poradenství a zabezpečení dalšího osudu, odborný dohled nad nemocným – **rozvinutí paliativní péče**.

V ambulantní péči tohoto typu je důležitý **profesionální přístup** zdravotnického personálu, který dokáže včas odhalit situaci, kdy nemocný nutně bude vyžadovat paliativní péči. Důležité je tyto **nemocné evidovat a sledovat** jejich zdravotní stav formou pravidelných kontrol na ambulanci, vedení ambulantní dokumentace a průběžná práce s nemocným a rodinou. Hlavní je spolupráce s PL a agenturami, které nabízejí sesterskou ošetrovatelskou službu a domácí péči. Jejich vhodné vytipování a určení odpovídajících kompetencí v zdravotní a sociální péči – tak aby podle možností co nejvíce udržovali kvalitu života nemocného.

Spolupráce onkologického centra a hospice. Kontinuita nebo diskontinuita péče?

MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.

Masarykův onkologický ústav, Brno

Rozhodnutí o ukončení protinádorové léčby a přechodu na symptomatický paliativní přístup má závažné důsledky pro cíle a organizaci další léčby a péče. Velmi důležitou součástí tohoto procesu je otevřená diskuze s pacientem a jeho blízkými o prognóze dalšího vývoje nemoci a cílech péče. Obecný cíl „udržení dobré kvality života“ je třeba s pacientem rozpracovat do konkrétních a pro pacienta významných cílů a o dosažení těchto

cílů usilovat. Model hospicové péče realizovaný jako multidisciplinární péče o pacienta v pokročilém nebo konečném stadiu nevyléčitelné nemoci je dle zahraničních i domácích zkušeností efektivním způsobem poskytování zdravotní, psychologické, sociální a spirituální péče. Hospicová péče je v ČR poskytována především v lůžkových hospicích, některé aspekty hospicové péče jsou dostupné také ambulantně a v domácím prostředí prostřednictvím agentur home care. Existuje několik specializovaných zařízení domácí hospicové péče, existují zatím částečně mimo systém úhrad zdravotní péče. Pacienti jsou do hospice odesíláni často velmi pozdě. V lůžkových hospicích v ČR je průměrná délka pobytu 28 dní, střední délka (medián) je však méně než 14 dní. V hospicích (domácích a lůžkových) v ČR umírá cca 9 % ze všech zemřelých na onkologické onemocnění.

Pacienti často přicházejí do hospice nepřipraveni a překlad vnímají jako traumatizující diskontinuitu. Důvodem pozdního odesílání pacientů do hospice je celá řada. Některé jsou rázu technického, jiné odráží faktory kulturní, hodnotové a relativní „nezabydlenost“ konceptu paliativní a hospicové péče v odborné i laické veřejnosti. Domníváme se, že v onkologických centrech je třeba usilovat o následující změny:

- a) S pacienty léčenými nekurativní (paliativní) protinádorovou léčbou je třeba otvírat diskuzi o paliativních cílech léčby a o hospicové péči.
- b) S pacienty je třeba včas a otevřeně hovořit o prognóze nemoci včetně předpokládaného časového rámce délky života.
- c) Paliativní a hospicovou péči je třeba nabízet jako aktivní multidisciplinární péči již v průběhu protinádorové léčby.
- d) Do nabídky služeb onkologických center je třeba více integrovat koncepty a postupy paliativní medicíny.
- e) Je na zvážení potřeba a užitečnost vytvoření specializovaných ambulancí, týmů a oddělení onkologické paliativní péče v rámci onkologických center.
- f) Výše uvedené body a)–c) předpokládají specifický komunikační výcvik onkologů, kteří s pokročile nemocnými pacienty pracují.

Centrum integrované a paliativní péče

MUDr. Alexandra Aschermannová, CSc.

Odborný léčebný ústav onkologie a pneumologie na Pleši

Evropská onkologická společnost uděluje každoročně certifikaci vybraným onkologickým centrům, která splní podmínky a kritéria ESMO programu Integrované a paliativní péče. Hlavním požadavkem je, aby pracoviště zajišťovalo komplexnost onkologické péče s důrazem na kvalitu služeb paliativní péče, garantovalo kontinuitu péče v celém průběhu péče o nemocného a plnilo tzv. filozofii neopuštění pacienta. Detailně rozpracovaná kritéria musí definovat způsoby řešení všech somatických symptomů s důrazem na úlevu od bolesti, zajištění psychologické intervence, sociální podporu, řešení existenciálních problémů a potřeb. Pracoviště musí zabezpečit poskytnutí urgentní péče i zajištění péče o preterminální a terminální stavy. Mělo by se podílet také na základním

aplikovaném výzkumu v oblasti onkologie a paliativní medicíny. Centrum zajišťuje vzdělávací programy včetně školení v paliativní medicíně, má nabízet i možnost podpory pro rodinné příslušníky pacientů. Centrum má mít vypracované programy hodnocení všech symptomů se zaměřením na hodnocení kvality života pacientů. V roce 2009 byl ESMO certifikát udělen 27 evropským pracovištím, ve třech případech nebyl certifikát udělen. Termín podání žádosti o udělení certifikátu pro příští rok je v polovině dubna 2010.

Prezentace zkušeností a návrh koncepce pro regionální paliativní onkologickou péči

prof. MUDr. Stanislav Filip, Ph.D.

MUDr. Ladislav Slovák, Ph.D.

Bc. Dagmar Švecová

Klinika onkologie a radioterapie LF UK a FN, Hradec Králové

Cíle

Kompetence zdravotní péče, ošetrovatelské intervence, které předcházejí vzniku komplikací např. při dlouhodobém pobytu pacienta na lůžku. Komplexnost péče v medicíně vyžaduje propojenou spolupráci odborného týmu, do něhož patří nejen onkolog, ale také sociální pracovník a psycholog. Tým doplňují také členové rodiny, kteří se aktivně účastní péči o nemocného.

Náplň práce

- Ambulantní a lůžková.
- Domácí péče např. „home help“. Specializované zařízení např. hospice a další.

- Důležité – sociální pomoc, sociální prevence. Předpoklady práce s onkologickým pacientem, práce s rodinou a blízkými přáteli pacienta – edukace.

Model lékařské a sociální péče

- Legislativní problémy s konkrétním modelem v ČR.
- Vztah ekonomika-péče-ekonomika jako limitující faktor zdravotní péče.

Etapa „prvního“ kontaktu

- Onkologická léčba a její modalita.
- Lékař, zdravotnický pracovník, sociální pracovník, psycholog.
- Paliativní léčba a její modalita.
- Individuální přístup, terapeutický postup, plán paliativní péče.

Druhá etapa – sociální pracovník

- Psychosociální anamnéza, nemocný – nemoc, role nemocného – rodina, lékař, zdravotnický pracovník.
- Anticipace budoucnosti a hodnoty, ekonomická situace – širší sociální podmínky.

Třetí etapa – plán řešení

- Měl by být sdělen např. lékařem, sociálním pracovníkem, psychologem – podmínkou je vzájemná propojenost a informovanost.
- Lékař – pacient – rodina.
- Dobrá znalost stavu nemocného, znalost charakteru nemoci, prognóza, znalost podmínek poskytování péče v regionu.
- Důležité podmínky: pacient by měl sám rozhodnout o dalším postupu paliativní léčby. Ověřování výsledků paliativní péče.

Paliativní péče a stát

- Typy nevládní neziskové péče a její organizace, neziskové organizace.
- Důležité – zákony a vyhlášky. Zdravotní pojišťovny – formy spolupráce.

Ukazatele kvality paliativní onkologické péče**Prediktivní faktory paliativní onkologické péče**

- Diagnóza (v návaznosti na stadium). Sledování vývoje ECOG (v návaznosti na počet ambulantních návštěv).
- Sledování kvality života (v návaznosti na škálu bolesti). Sledování „benefit cost“ (v návaznosti na léky a vyžádanou zdravotní péči).

SEKCE POSTERŮ

Paliativní péče z pohledu sociálního pracovníka – kazuistika

Dana Štefečková

Nemocnice Šumperk a.s.

Paliativní péče není určena výhradně onkologickým pacientům. Dle celosvětových trendů je cílem nabízet paliativní péči co nejširšímu okruhu uživatelů. Na poskytování paliativní péče tak má nárok každý, jehož onemocnění již nelze vyléčit.

V posledním desetiletí došlo v České republice k rozmachu paliativní péče pro onkologické pacienty, zejména pak co se týče rozvoje hospicového hnutí. Co však pacienti, jejichž diagnóza není onkologická a přesto jejich onemocnění není léčitelné? Lze i těmto pacientům zajistit kvalitní péči a důstojné umírání? Příspěvek formou kazuistiky přibližuje paliativní péči o klientku s neléčitelným onemocněním. Důraz je kladen zejména na úlohu sociálního pracovníka při zajišťování této péče.

Faktory ovlivňující postoj sester v následné péči k celoživotnímu vzdělávání v paliativním ošetřovatelství

Mgr. Helena Kisvetrová

Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Olomouc

V současné době poskytují v České republice institucionální péči terminálně nemocným často léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) a ošetrovatelská oddělení domovů pro seniory (DS). Úroveň péče o umírající v následné péči byla laickou i odbornou veřejností dlouhodobě hodnocena spíše negativně. Na kvalitu paliativního ošetřovatelství má zásadní vliv také deficit ve znalostech, motivaci a komunikačních kompetencích sester. Podílí se na tom i dřívější systém vzdělávání sester, protože až v 90. letech se otevírá otázka paliativní péče i ve vzdělávacím systému zdravotnických profesionálů.

Cílem výzkumné studie, která proběhla září 2007 až květen 2008 byla identifikace faktorů ovlivňujících postoj sester k celoživotnímu vzdělávání v oblasti paliativního ošetřovatelství. Byla použita kvantitativní metodologie – anonymní dotazníkové šetření, na které odpovědělo 153 sester (74 z DS a 79 z LDN). Výzkum proběhl v šesti krajích (5 LDN a 9 DS). Všechna zařízení byla situována mimo krajská města a poskytovala na svých odděleních péči terminálně nemocným seniorům.

Výzkum identifikoval následující faktory, které se podílejí na postoji sester k celoživotnímu vzdělávání: deficit vzdělání v obecné paliativní péči, nekonkrétní představa o kvalitním paliativním ošetřovatelství, spokojenost s nabízenou péčí, nedocnění přínosu vzdělávání pro vlastní praxi, opomíjení benchmarkingu, syndrom vyhoření a preferování výkonů na úkor přímé komunikace sestry – umírající.

Návrhem řešení, které podporuje pozitivní postoj sester z následné péče k celoživotnímu vzdělávání v paliativním ošetřovatelství, je modulový vzdělávací projekt, kde cílovou skupinou jsou nejen všeobecné sestry z následné ošetrovatelské péče, ale i management pracovišť.

Incidence and relevance of depression among palliative cancer care female inpatients: a prospective study

MUDr. Birgita Slováčková, Ph.D.³

MUDr. Ladislav Slováček, Ph.D.^{1,2}

MUDr. Iva Slánská²

prof. MUDr. Stanislav Filip, Ph.D.²

prof. MUDr. Jiří Petera, Ph.D.¹

prof. MUDr. Ladislav Jebavý, CSc.^{2,4}

¹Clinical Oncology and Radiation Therapy Department, Charles University Hospital and Faculty of Medicine, Hradec Králové, Czech Republic

²Department of Field Internal Medicine, Faculty of Military Health Sciences, University of Defence, Hradec Králové, Czech Republic

³Department of Psychiatry, Charles University Hospital and Faculty of Medicine, Hradec Králové, Czech Republic

⁴Department of Clinical Hematology, 2nd Department of Medicine, Charles University Hospital and Faculty of Medicine, Hradec Králové, Czech Republic

Depression occurs in approximately 25 % of palliative care patients. It is widely recognized by clinicians that depression is a difficult symptom to identify amongst patients with advanced illness. This can lead to difficulties in the management of physical symptoms, such as pain, and also cause much distress to patients and their families. We carried out prospective and cross-sectional study among 64 palliative cancer care female inpatients during year 2007–2008 at the Department of Clinical Oncology and Radiation Therapy of Charles University Hospital in Hradec Králové, Czech Republic. The mean age for all 64 subjects was 60.5 years (aged 29–88 years). We evaluated the incidence and relevance of depression among palliative cancer care female inpatients. The Czech version of Zung self-rating depression scale was performed. Statistical analysis was performed by means of analysis of variance (ANOVA). P values < 0.05 were considered significant. The statistical analysis was con-

ducted using the StatSoft Statistic Base software package, version 7.1. The number of subjects with cancer of lung was 5, with sarcomas 1, with cancer of endometrium 11, with ovarian cancer 7, with breast cancer 17, with intracranial or extracranial meningioma 4, with primary brain tumor 6, with cancer of rectum 4, with cancer of ventricle 2, with cancer of gallbladder 2, with melanomas 2, with pancreas head cancer 2 and cancer of buccal cavity 1. The number of subjects treated with palliative radiotherapy was 29, with palliative chemotherapy was 12 and with symptomatic therapy was 23. The statistical evaluations present that mean Zung's self-rating depression score (ZSDS) certifies the presence of signs of mildly depression among palliative cancer care female inpatients (ZSDS > 50). The mean ZSDS in all subjects was 56. The mean ZSDS in groups of healthy females (N=30) was 38.9. The incidence of depression is 71.8% (46 of all 64 subjects). The relevance of depression is characterized: the serious depression (ZSDS >71) was proved in 8 of all 46 subjects, the medium serious depression (ZSDS 61–70) in 21 subjects of all 46 subjects and minimum or mildly depression (ZSDS 51–60) in 17 of all 46 subjects. As far as we are informed, findings of our pilot depression study present the existence of the association between oncological disease and depression. We think that our results correspond to that oncological disease is characterized by pain, sleep

disturbances, dyspeptic difficulties, immobilization, low self-sufficiency and many others. These difficulties have a negative impact on patient's physic and mentally condition. Also, these difficulties are associated with psychological and social distress for patient's families. People with oncological disease in palliative care have significant disability that also affects psychosocial and emotional aspects of their quality of life.

Acknowledgements

Supported by the Research Project of the Ministry of Defence of the Czech Republic No. 0FVZ0000503 and the Research Project of the Ministry of Health of the Czech Republic No. 00179906.

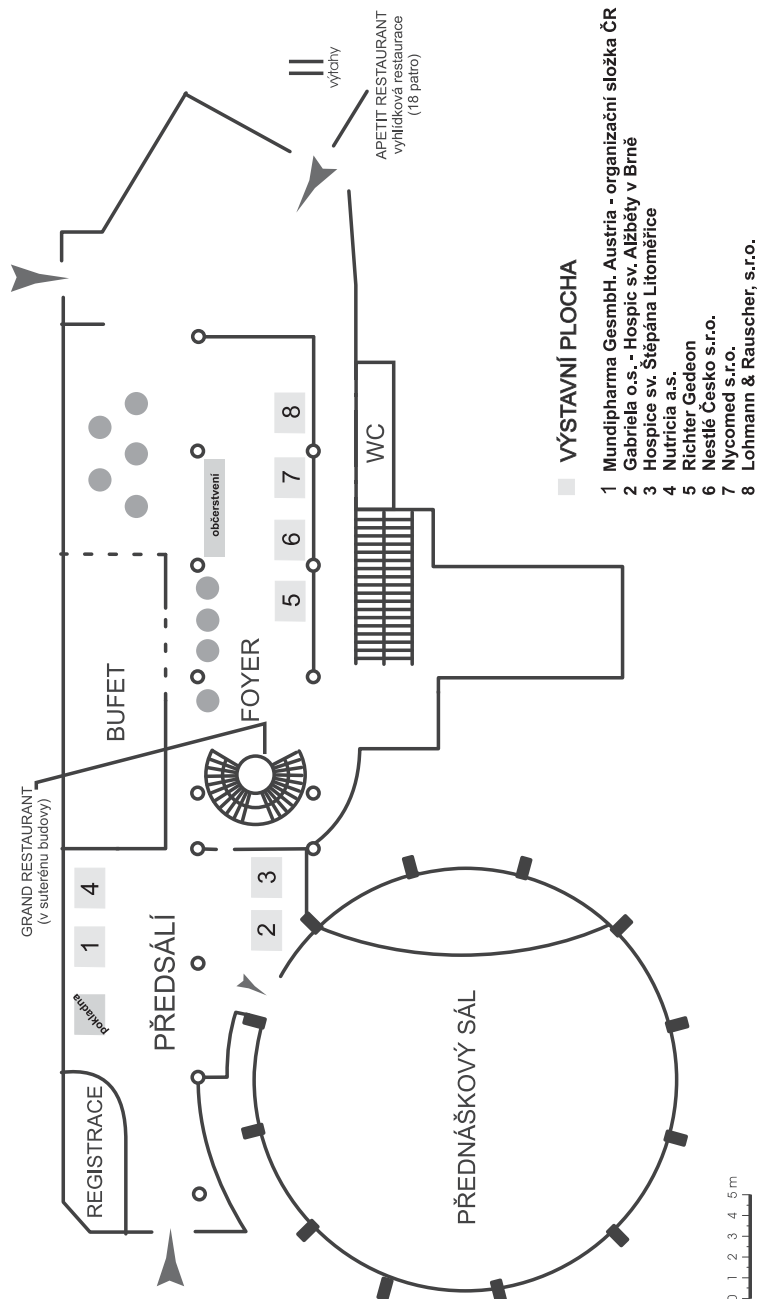
Využitie prvkov neverbálnej komunikácie v terapeutickom rozhovore v paliatívnej medicíne
doc. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, Ph.D. et. Ph.D.

Mgr. Dušana Pčolková
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Trnavskej univerzity v Trnave

Poster popisuje jednotlivé aspekty neverbálnej komunikácie, ktorými sú haptika, proxemika, teritorialita, očný kontakt, posturika, paralingvistika, mimika a gestika a ich erudované využitie v prospech zvýšenia kvality života nevyliciteľne chorého pacienta.

Rozmístění vystavovatelů na vzdělávací akci I. ČESKO-SLOVENSKÁ KONFERENCE PALIATIVNÍ MEDICÍNY

12.11. 2009, REGIONÁLNÍ CENTRUM OLOMOUC



Paliatívna medicína a liečba bolesti

Jedinečný odborný recenzovaný časopis s kombinovaným zameraním na paliatívnu problematiku a liečbu bolesti sa venuje podpore a terapii nevyliciteľne chorých pacientov vrátane psychologickej podpory a ošetrovateľstva. Samostatnú kapitolu tvorí nepaliatívna liečba bolesti a podporné liečebné a ošetrovateľské postupy.

Časopis vydáva spoločnosť **SOLEN** v spolupráci so
Slovenskou spoločnosťou pre štúdium a liečbu bolesti
Českou spoločnosťou paliatívnej medicíny.

Odborní editori časopisu:

- MUDr. Stanislav Fabuš,
- MUDr. Kristína Križanová

Periodicita:

- 3x ročne

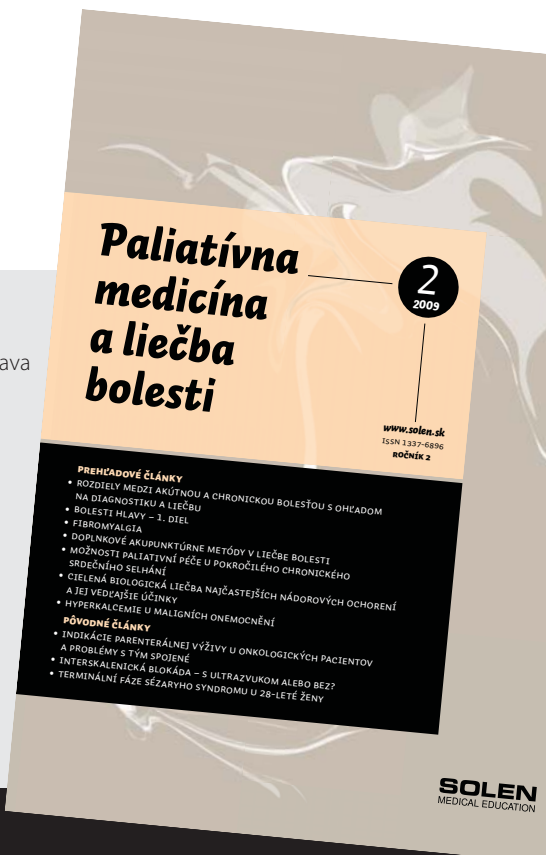
Časopis si možno objednať v SR:

- *poštou*: SOLEN s.r.o., Lovinského 16, 811 04 Bratislava
- *on-line*: na www.solen.sk
- *e-mailom*: predplatne@solen.sk
- *telefonicky*: 02/5465 0649
- *faxom*: 02/5465 1384

Časopis si možno objednať v ČR:

- *poštou*: SOLEN, Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc
- *e-mailom*: predplatne@solen.cz
- *telefonicky*: 585 204 335
- *faxom*: 582 396 099

www.solen.sk



Nutridrink Compact

Více výživy v menším objemu

NOVINKA



Nový standard v enterální výživě



Nutridrink Compact je vysoce účinný sipping nové generace, který v malé lahvičce o objemu 125 ml obsahuje stejné množství výživy, jako Nutridrink ve 200ml balení - 300 kcal/12 g bílkovin.

Nutridrink Compact pomůže vašim pacientům přijmout potřebné množství energie a živin v objemu o 40 % menším.

NUTRICIA
Nutridrink
Compact