

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Jitka Těšínská

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Jitka Těšínská

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA
S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM MOZKU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Čadová

PLZEŇ 2015

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

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

V Plzni dne 25. 03. 2015.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Lucii Čadové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji pracovníkům FN v Plzni, Klinika Onkologie, za poskytování odborných rad i ostatním spolupracovníkům z mého pracoviště ve FN.

Touto cestou děkuji též mé rodině za obětavost a velkou podporu v průběhu mého bakalářského studia na Fakultě zdravotnických studií.

Anotace

Příjmení a jméno: Těšínská Jitka

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelská péče o pacienta s nádorovým onemocněním mozku

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Čadová

Počet stran – číslované: 59

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 12

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 20

Klíčová slova: Anatomie mozku, mozek, vyšetřovací metody, mozkový nádor, paliativní péče, pacient, bolest, onkologie.

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí o pacienty s nádorovým onemocněním mozku. V teoretické části je uveden přehled informací o anatomii mozku, příčinách vzniku mozkových nádorů, používaných vyšetřovacích metodách, léčbě a ošetrovatelských postupech u pacientů s nádory mozku. Praktická část se zaměřuje na ošetrovatelský proces u pacientů s nádorovým onemocněním mozku s důrazem na jeho specifika.

Annotation

Surname and name: Těšínská Jitka

Department:

Title of thesis: Nursing care of patients with cancer of the brain

Consultant: Mgr. Lucie Čadová

Number of pages – numbered: 59

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 12

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 20

Keywords: The Anatomy of the brain, brain, methods of examination, brain tumor, paliative care, the patient, pain, oncology.

Summary:

Bachelor thesis deals with the nursing care of patients with cancer of the brain. The theoretical part provides an overview of the anatomy of the brain, causes of brain tumors, used diagnostic methods, treatment and nursing procedures in patients with brain tumors. The practical part focuses on the nursing process for patients with cancer of the brain with emphasis on its specifics.

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 NÁDOROVÉ ONEMOCNĚNÍ MOZKU	11
1.1 Anatomie mozku	11
1.2 Výskyt nádorů na mozku	13
1.3 Vyšetřovací metody	15
1.4 Diagnostika	16
1.5 Klinický obraz	17
1.6 Léčba mozkových nádorů	17
1.6.1 Chirurgická léčba	17
1.6.2 Radioterapie	18
1.6.3 Chemoterapie	18
1.7 Léčba bolesti	19
1.8 Paliativní péče	21
2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	23
2.1 Ošetrovatelský proces	23
2.2 Potřeby pacienta v ošetrovatelském procesu	24
2.3 Oblasti ošetrovatelské péče o onkologicky nemocného	25
2.3.1 Soběstačnost a sebepéče nemocného	25
2.3.2 Hygiena a oblékání	26
2.3.3 Výživa	26
2.3.4 Vyprazdňování moče a stolice	27
2.3.5 Péče o venózní port	27
2.3.6 Péče o psychický stav nemocného	28
PRAKTICKÁ ČÁST	30
3 OBECNÁ ČÁST	30
3.1 Formulace problému	30
3.2 Cíl práce	30
3.2.1 Zadání dílčího cíle	30
3.3 Druh a výběr metodiky výzkumu	30
3.3.1 Druh výzkumu	30
3.3.2 Výběr metodiky výzkumu	31
3.3.3 Výběr respondentů pro výzkum	31
3.3.4 Způsob získávání informací o respondentech	31

3.3.5	Výběr ošetrovatelského modelu	32
3.4	Organizace výzkumné práce	32
4	SPECIÁLNÍ ČÁST - KAZUISTIKY	33
4.1	Případ č. 1	33
4.1.1	Záznam informací z rozhovoru s pacientkou	34
4.1.2	Plán ošetrovatelské péče	37
4.2	Případ č. 2	42
4.2.1	Záznam informací z rozhovoru s pacientem č.2	43
4.2.2	Plán ošetrovatelské péče	46
	DISKUZE	51
	ZÁVĚR	54
	LITERATURA A PRAMENY	55
	SEZNAM ZKRATEK	57
	SEZNAM TABULEK	58
	SEZNAM OBRÁZKŮ	59
	SEZNAM PŘÍLOH	60

ÚVOD

Nádorové onemocnění je v dnešní populaci velice časté a postihuje všechny věkové skupiny obyvatelstva. Stručně lze říci, že nádorové bujení vzniká nekontrolovatelným růstem vlastních buněk. Toto bujení může být sice i neškodné, ale také může nemocného ve velice krátké době zahubit. S nádorovým onemocněním se v současné době stále častěji setkáváme v celé populaci občanů České republiky a to již od malých dětí až po staré lidi. Z uvedených důvodů jsem si vybrala námět na svou bakalářskou práci tematiku z oblasti „Ošetrovatelská péče o pacienta s nádorovým onemocněním mozku“.

Příčinou vzniku nádorového onemocnění může být celá škála chorob. Nádorové onemocnění je v dnešní populaci velice časté a postihuje všechny věkové skupiny obyvatelstva. Stručně lze říci, že nádorové bujení vzniká nekontrolovatelným růstem vlastních buněk. Toto bujení může být sice i neškodné, ale také může nemocného pacienta ve velice krátké době zahubit. Na vzniku nádoru se mohou podílet genetické příčiny, onkogenní viry, chemické látky, radioaktivní záření. Vliv prostředí a životní styl každého jsou nápomocny v rozvoji nádorového onemocnění.

V obvyklých případech se považuje za projev malignity to, že nádor roste do okolí a je schopen se rozsévat a zakládat metastázy. U maligních nádorů mozku se metastázy vyskytují zřídka. Nádor může vzniknout v jakékoli tkáni, nejčastěji tam, kde se buňky množí nejvíce a kde jsou stimulovány hormony. U pacientů s nádorem mozku mohou probíhat změny osobnosti, poruchy motoriky, paměti a další návazná onemocnění, které značně stěžují ošetrovatelskou péči. Péče o onkologicky nemocné pacienty klade velice náročné požadavky na ošetřující personál i rodinné příslušníky. Léčebný a ošetrovatelský proces k těmto pacientům vyžaduje individuální přístup ke každému z nich.

Bakalářská práce obsahuje dvě části a to teoretickou a praktickou. Teoretická část obsahuje přehled informací z anatomie mozku, o příčinách vzniku mozkových nádorů, používané vyšetřovací metody, léčbu a ošetrovatelské postupy při ošetřování pacientů s onkologickým onemocněním mozku. Praktická část se zaměřuje na ošetrovatelský proces o pacienty s nádorovým onemocněním mozku a jeho specifika. Pro mou výzkumnou práci jsem si vybrala kvalitativní výzkum, který byl realizován formou kazuistiky a rozhovoru se dvěma pacienty.

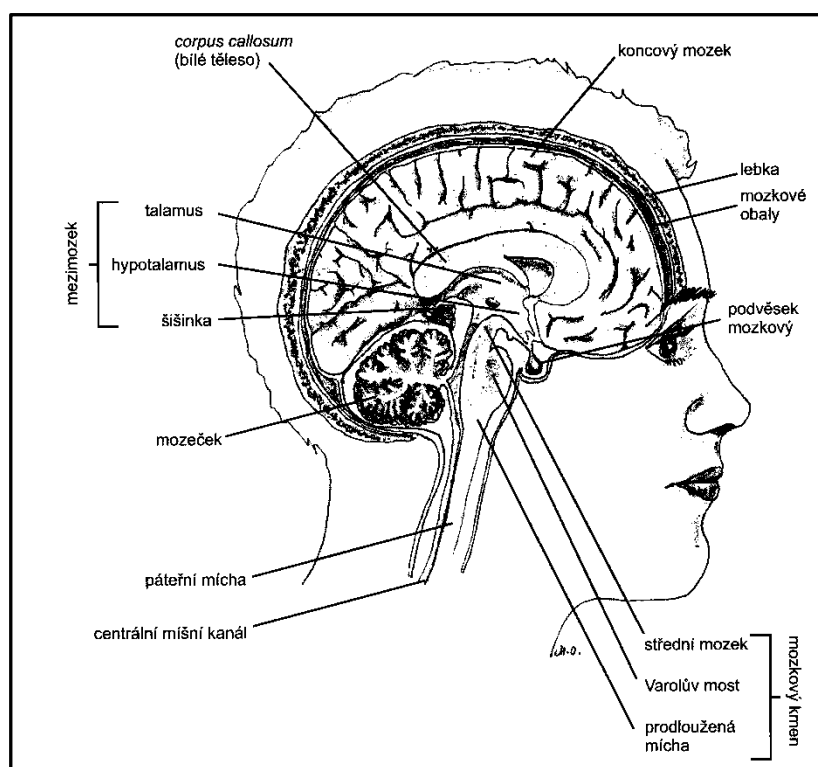
TEORETICKÁ ČÁST

1 NÁDOROVÉ ONEMOCNĚNÍ MOZKU

1.1 Anatomie mozku

Struktura s popisem rozhodujících částí mozku je nejlépe patrná z níže uvedeného obrázku č. 1 a následného detailnějšího popisu. (1, str. 228)

Obr. 1: Anatomie mozku



Zdroj: MERKUNOVÁ, ALENA., OREL, MIROSLAV. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*, 1.vyd. Praha: Grada, 2008, 304 s. ISBN 978-80-247- 1521-6

Veškeré části mozku jsou vzájemně propojeny a fungují jako celek. K jednotlivým částím mozku patří - mozkový kmen, mozeček, mezimozek a koncový mozek. (1, str. 227)

Mozkový kmen

Patří mezi první část mozku a těsně navazuje na hřbetní míchu. Směrem od hřbetní míchy na něm popisujeme tyto tři části: prodloužená mícha, Varolův most a střední mozek. Neurony mozkového kmene se dle funkce rozčleňují do mnoha center. Mozkový kmen je poset sítí rozptýlených a vzájemně s propojených nervových buněk. Společně tvoří

vzestupný a sestupná systém retikulární formace. Význam retikulární formace jsou především integrační, spojovací, koordinační a aktivační a dále tato formace dostává velké množství vstupních informací, které přicházejí ze všech smyslových orgánů. V jádrech retikulární formace mozkového kmene jsou lokalizována centra pro život důležitých reflexů, jako je polykání, kýchání, kašláni, zvracení a dalších a také centra základních životních funkcí, tj. dechové srdeční, cévní a trávicí centrum. Mimo jader retikulární formace se v mozkovém kmeni také nachází centra reflexů také jádra některých mozkových nervů. Mozkovým kmenem také probíhá velké množství vzestupných a sestupných nervových drah. Směrem nahoru a dopředu na mozkový kmen přímo navazuje mezimozek a na zadní stranu mozkového kmene naléhá mozeček. (1, str. 228-229)

Mezimozek

Nachází ve středu mozku mezi mozkovými polokoulemi. Ke struktuře mezimozku patří talamus a hypotalamus. Talamus se skládá ze dvou stejných ovoidních těles, mezi kterými se nachází III. Mozková komora. Neurony talamu se shlukují do center, tzv., talamických jader, které se dále seskupují do určitých funkčních skupin. Pro své funkce je právem nazýván bránou vědomí, protože umožňuje vstup těchto informací do mozkové kůry a tím pádem do vědomí. Talamus je propojen nervovými vlákny s mnoha oblastmi mozku. Narušením funkce talamu se může projevit např. změnou kožní citlivostí, od úplné necitlivosti až po úplné vnímání. (1, str. 231)

Mozeček

Nachází se v zadní jámě lební nad prodlouženou míchou a Varolovým mostem. Váha u dospělého člověka je 140 g. Skládá se ze dvou hemisfér. Šedou hmotu nacházíme na povrchu, ve zvrásněné mozečkové kůře a také v hloubi mozečku. Bílá hmota je uložena v centru mozečku. Na mozečku lze pouhým okem spatřit členění mozečkové kůry hemisfér mozečkového červa do jednotlivých lalůček a lístků, Společně s bílou hmotou mozečku připomíná na řezu korunu stromu a nazývá se strom života. (1, str. 229)

Koncový mozek

Skládá se ze dvou mozkových hemisfér a tyto hemisféry od sebe odděluje hluboká podélná štěrbin, do které vstupuje výběžek tvrdé pleny mozkové. Je považován za nejmohutnější část lidského mozku. (1, str. 232)

Cévní zásobení mozku

Lidský mozek je metabolicky velmi aktivním orgánem. Disponuje obrovským energetickým obratem a má velmi vysoké nároky na dodávku okysličené krve, respektive kyslíku a živin. (1, str. 221)

Mozek okysličují čtyři hlavní tepny:

- a) Pravá a levá vnitřní krkavice.
- b) Pravá a levá páteřní tepna.

Tyto čtyři tepny se v mozku spojují v nepárovou bazilární tepnu, která vytváří společně s oběma vnitřními krkavicemi na spodině mozku tepenný Willisův okruh. Z něho pak odstupují tepny, které zásobují jednotlivé oblasti mozku krví. Odkysličená krev je poté z jednotlivých částí mozku odváděna systémem mozkových žil, které dále ústí do žilních splavů a ty se společně sbíhají do vnitřních hrdelních žil. (1, str. 222)

„Neurony nejsou v přímém kontaktu s krví.“ (1, str. 222)

Jsou oddělené tzv. hematoencefalickou bariérou. (1, str. 222)

1.2 Výskyt nádorů na mozku

Nádory na mozku se vyskytují v různých částech mozku a mohou být primární či sekundární, zhoubné a nezhoubné. Podle přesného typu nádoru je poté uzpůsobena léčba nádoru. (2, str. 189)

U mozkových nádorů se dále hodnotí histologická klasifikace a TNM klasifikace. Mozkové nádory se nešíří mimo centrální nervový systém. Proto TNM klasifikace definuje pouze velikost T. (7, str. 15)

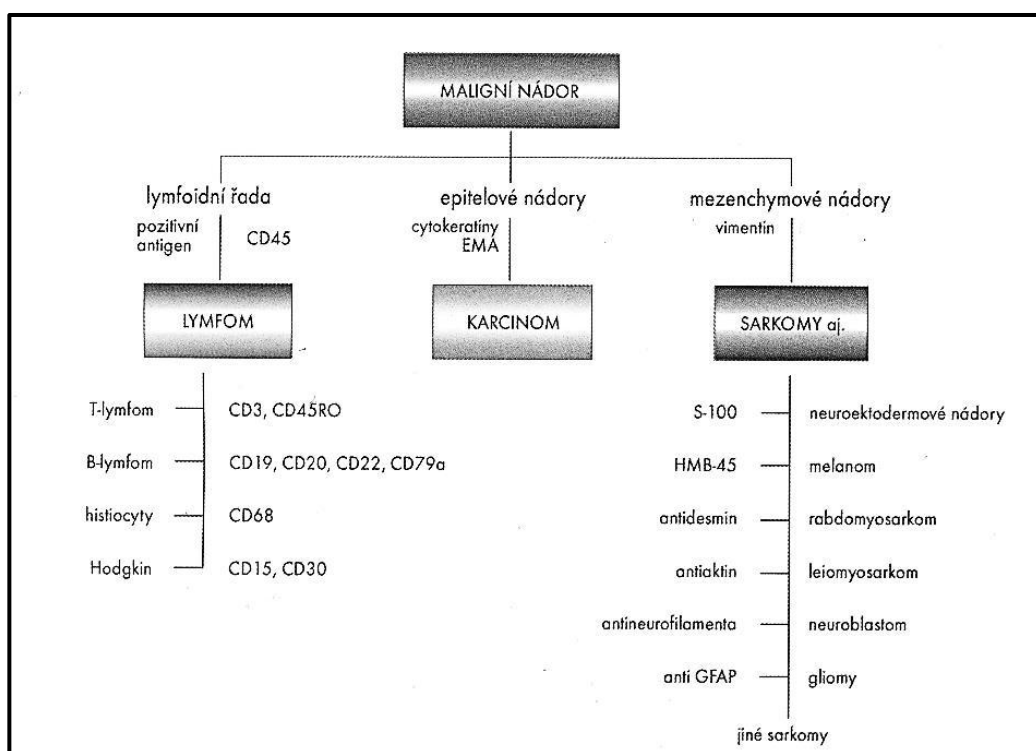
1.2.1 Zhoubné nádory

Zhoubné nádory jsou expanzivně chovající se nádory vyrůstající z mozkové tkáně (neurony, gliomy) nebo z okolních struktur (meningy, nervové pochvy). K těmto druhům nádorů lze zařadit vzácně se primárně vyskytující lokalizovaný germinom ze zárodečných tkání a primární mozkový lymfom. Některé primární tumory mozku rostou pomalu a jsou chirurgickou léčbou vyléčitelné, jiné jsou nevyléčitelné a vysoce agresivní.(glioblastom

multiforme). Zhoubné mozkové nádory se šíří do okolní mozkové tkáně a některé typy mohou metastazovat v rámci celého nervového systému. Sekundární mozkové nádory vzniknou metastázemi maligních tumorů jiného původu do nervového systému, jejich incidence je 10x vyšší než incidence primárních nádorů. (2, str. 189)

Přiřazení zhoubných nádorů je patrné z níže uvedeného obrázku č. 2, na kterém je vyobrazen „Orientační panel k rozlišení histogenetického původu zhoubných nádorů“. (3, str. 75)

Obr. č. 2: Přiřazení zhoubných nádorů



Zdroj: KLENER, PAVEL. *Klinická onkologie* Praha: Galén, 2002, 686 s. ISBN 80- 7262-151-3

1.2.2 Nezhoubné nádory

Nezhoubné nádory mozku jsou takové, které se nešíří do okolní mozkové tkáně a nemetastazují do nervového systému. Bohužel se ale z nezhoubného nádoru může při delším růstu stát nádor zhoubný. Z nejznámějších nezhoubných nádorů je Meningeom, který vyrůstá velmi pomalu z mozkové tvrdé pleny. Tento druh nádorového onemocnění postihuje většinou starší pacienty. První příznakem bývá většinou epileptický záchvat,

který přivede nemocného do nemocničního zařízení. Nádor je nutné chirurgicky odstranit, ale nemusí se povést celé odstranění nádoru. V takovém případě je nutné pravidelné sledování nemocného a provádět jeho kontrolu MR v intervalu 6 – 12 měsíců. (2, str. 189)

1.2.3 Nádory šířící se v okolí

Nádory šířící se z okolí jsou procesy, které prorůstají z okolí mozku přes tvrdou plenu intrakraniálně. Jedním z takto šířících nádorů je paraganglion prorůstající do jugulární žíly, primární nádory kalvy, atypické či maligní meningeomy, fibrózní dysplazie a procesy na bázi lební, zahrnující procesy v paranasálních dutinách a orbitě. (7, str. 11)

1.3 Vyšetřovací metody

Pro správné určení diagnózy je mnohdy zásadním a prvotním vyšetřením odběr biologického materiálu, zejména krve a moče a informace z tohoto vyšetření jsou cenným doplňkem anamnestických údajů a fyzikálního vyšetření. (12, str. 11)

Pro diagnostiku nádorů má vhodná volba vyšetřovací metody velký význam. Tímto vyšetřením můžeme prokázat přítomnost samotného nádoru, jeho velikost, uložení, šíření do okolních tkání, jeho cévní zásobenění a také má význam pro určení vhodné léčby radioterapií. (2, str. 44)

1.3.1 Rentgenové vyšetření

Rentgenové vyšetření se vyznačuje zkratkou (RTG) a je základním nativním vyšetřením. Pro diagnostiku nádorového onemocnění mozku není tato metoda vhodná. Naopak tuto vyšetřovací metodu lze použít při diagnostice kostních nádorů, nádorů plic a mediastina. (2, str. 44)

1.3.2 Výpočetní tomografie

Výpočetní tomografie (CT) je velice důležitá zobrazovací metoda pro diagnostiku mozkových nádorů. Vyšetření musí být vždy provedeno s použitím kontrastní látky, protože takto provedené vyšetření může s vysokou pravděpodobností odhalit i přítomnost maligního ložiska. (7, str. 12)

CT vyšetření se provádí na specializovaném pracovišti, které má příslušné vybavení a vyškolenou obsluhu. Součástí obslužného personálu je radiologický asistent a lékař, který musí k provádění CT vyšetření mít speciální proškolení. „*CT zařízení pracuje na principu počítačového digitálního zobrazování*“. (2, str. 44)

1.3.3 Magnetická rezonance

Magnetická rezonance (MR) je druhým nejdůležitějším vyšetřením pro diagnostiku mozkových nádorů. Provádí se rovněž za pomoci aplikace kontrastní látky, a pokud se zjistí přítomnost maligního ložiska, je tento nálezn dostatečnou indikací k operačnímu zákroku, pokud je to vhodné vzhledem k umístění nádoru. (7, str. 12)

1.3.4 Pozitronová emisní tomografie

Pozitronová emisní tomografie (PET/CT) je zcela nové vyšetření zobrazovacího zařízení, které umožňuje souběžně provádět vyšetření metodou PET a CT. Tato metoda umožňuje prokázání maligní tkáně. Principem tohoto vyšetření je podání označené glukózy radionuklidem, emitujícím pozitrony. Vlastností nádorových buněk je rychlé vychytávání glukózy a proto dojde k vychytání radioaktivní látky v nádorech a jejich znázornění na pořizovaném snímku. Spojením dvou vyšetřovacích metod PET a CT do jednoho přístroje umožňuje zobrazení nádorové tkáně s vyšším vychytáváním glukózy oproti tkáním se zdravými buňkami. (2, str. 45)

1.4 Diagnostika

Ložiskové příznaky či rozvíjející se nitrolební hypertenze vzbudí podezření na mozkový nádor, Zlatým standardem pro diagnostiku mozkových nádorů je CT a MR vyšetření. V případě nejasností můžeme použít stereotaktickou biopsii, pomocí které se odebere vzorek tkáně z podezřelé oblasti. Tato biopsie umožní určení histologickou skladbu nádoru. Velká opatrnost musí být kladena při odběru vzorku tkáně, neboť tkáně odebraná z nekrotického centra či z adematózní oblasti může přinést falešné negativní výsledky. Dalším diagnostickým vyšetřením může být stanovení vyšetření mozkomíšního moku. Některé primární mozkové nádory, např. glioblastom, meduloblastom, mají schopnost metastazovat per continuitatem v oblasti likvorových cest a proto v těchto případech likvorová cytologie může výrazně přispět k diagnostice těchto mozkových nádorů. (7, str. 13)

1.5 Klinický obraz

Prvním příznakem mozkového nádoru může být difúzní bolest hlavy, která je přítomna již ráno a zapříčiněna dráždění nociceptivních struktur v důsledku růstu nádoru. Proto každá nově vzniklá bolest hlavy by měla být důvodem k provedení speciálního vyšetření a tím k vyloučení tumoru mozku. Dalším symptomem primárního mozkového nádoru mohou být psychické změny, zejména zvýšená podrážděnost, agresivita. V některých případech může nádor způsobit celkovou změnu osobnosti. Příznakem pokročilého onemocnění je syndrom nitrolební hypertenze, který se může projevovat zvracením obloukem bez předchozí nauzey, silnou bolestí hlavy, kvantitativními poruchami vědomí. (7, str. 11)

Epileptické záchvaty jsou prvotním příznakem u celé jedné čtvrtiny pacientů s mozkovým nádorem; rovněž u jedné třetiny pacientů se epilepsie vyskytuje v celém průběhu onemocnění. (7, str. 12)

„Epileptický záchvat je elektrofyziologicky dokumentován jako nekontrolovatelný, synchronní výboj skupiny gangliových buněk v mozku“. (4, str. 243)

Další příznaky se liší dle uložení ložiska mozkového nádoru. Např. pro nádory v oblasti mozkového kmene bývá *„charakteristickým příznakem neurologický syndrom s poruchami mozkových nervů na straně ložiska“.* (7, str. 12)

1.6 Léčba mozkových nádorů

Obecné zásady pro léčbu maligních mozkových nádorů musí být vždy komplexní. Komplexní léčba zahrnuje radikální operaci, po níž následuje aktinoterapie a poté případně chemoterapie. Kombinace léčebných metod souvisí s WHO stupněm malignity, který v přehledu uvádí tabulka 1.3 Obecné principy léčby primárních nádorů CNS. (7, str. 16)

1.6.1 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba má stanoveny tři základní cíle. Prvním cílem je získat definitivní histologickou diagnózu pomocí stereotaktické či otevřené biopsie, druhým cílem je redukce tumorózní tkáně a tím dosáhnout snížení nitrolebního tlaku; zlepšit účinnost dalších léčebných metod. V některých případech mozkového nádoru je cílem totální resekce tumoru. Po chirurgické léčbě následuje zpravidla kontrolní CT či MR vyšetření s hodnocením výsledku radikálnosti sekrece. Neurochirurgická léčba má za cíl totální

resekci tumoru, ale u centrálně uložených tumorů to nebývá možné a proto u těchto případů je vhodná částečná resekce. Tím se zmenší velikost nádoru a zlepší se tím podmínky pro další léčbu. Neurochirurgickou léčbou se neřeší jen primární mozkové nádory, ale i metastázy karcinomů za podmínek, primárního odstranění nádoru, a pokud nejsou informace o metastázách v jiných lokalizacích. Ale i opačný postup se provádí velice často. V tomto případě se nejprve operuje mozková metastáza, histologicky se vyšetří a následně se provede operace primárního ložiska. Přežití takto operovaných pacientů může být i několik let. (7, str. 16)

1.6.2 Radioterapie

Pro prodloužení života pacientů postižených zhoubným nádorem mozku je přínos radioterapie nesporný proto radioterapie většinou následuje po chirurgické léčbě. Nejčastěji se používá dávka 50 – 60 GY po dobu 5 až 6 týdnů za použití kobaltového záření či za použití lineárního urychlovače. Používají se zpravidla tři druhy ozařovacích technik. První technikou je cílená radioterapie zaměřená jen na oblast tumoru. Tato technika se používá u vysoce maligních gliomů a ependymomů bez spojení s likvorovými prostory. Druhou možností radioterapie je zaměření na celou oblast neurokrania např., v případě bronchogenního karcinomu nebo kurativně u primárních lymfomů CNS. Třetím typem použití radioterapie je na celý likvorový prostor tedy i na páteř. *„Leksellův Gama nůž neboli multifokální gama záření cílené do jedné oblasti, který je vhodný pro ozáření solitárních metastáz do průměru 1,5 cm“.* (7, str. 16)

1.6.3 Chemoterapie

„Pod pojmem chemoterapie rozumíme podávání léků (cytostatik), které mají potenciál zabít buňky cytotoxickým účinkem“. (2, str. 82)

Cytostatika jsou syntetického původu, nebo mohou být deriváty látek získaných z rostlin či z plísní. Mechanismus účinku, jakým poškozují nukleové kyseliny, cytostatika dělíme do několika dalších skupin. (2, str. 82)

Chemoterapeutickou léčbu u nádorů CNS lze rozdělit na intratekální a nitrožilní aplikaci. Intratekální aplikace se používá pouze při procesech postihujících likvorové cesty a to formou opakovaných lumbálních punkcemi nebo metodou implantovaného Ommaya rezervoáru. Tato aplikace se indikuje jen zřídka. Chemoterapie je pouze paliativní, nikoliv kurativní a proto je možné ji indikovat pouze u pacientů v celkovém dobrém zdravotním

stavu. U jednotlivých histologických typů mozkových nádorů se může použít různý druh cytostatické látky i jiné schéma chemoterapie. (7, str. 17)

1.7 Léčba bolesti

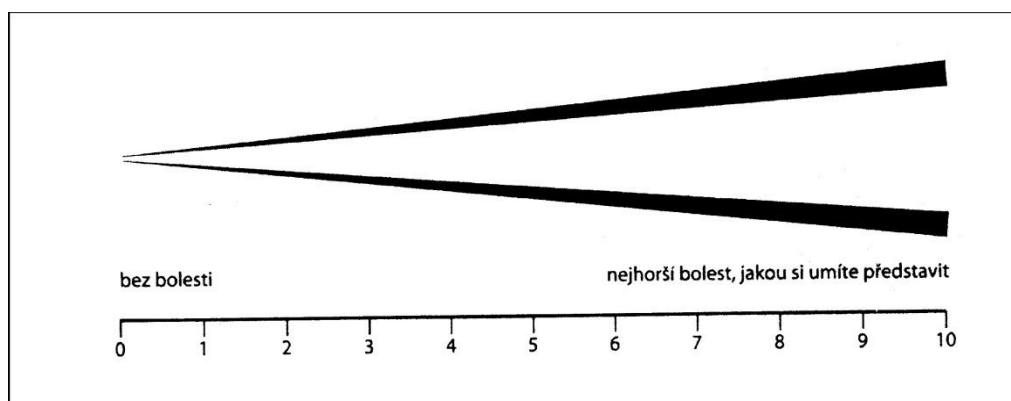
Léčba bolesti je vždy součástí komplexní onkologické léčby, která se musí u pacienta vždy sledovat. Způsoby, které se využívají při léčbě nádorové bolesti lze rozdělit na kauzální a symptomatické. (2, str. 137)

Bolest je jednou z nejčastějších symptomů pokročilého stádia nádorového onemocnění. Neléčená bolest může vést až k imobilitě, nechutenství až ke kachexii, k sociální dysfunkci až k izolaci. Bolest je bohužel jednou ze složek utrpení v závěru života. V první řadě musíme objasnit příčinu bolesti a to především zjistit vztah k nádorovému onemocnění. Pacienti mohou někdy současně trpět více druhy bolesti a poté každý typ vyžaduje specifický postup léčby. Správné zhodnocení nádorové bolesti zjišťujeme za pomoci komplexní anamnézy, fyzikálního a neurologického vyšetření a v případě potřeby za pomoci dalšího vyšetření. (8, str. 41)

Nádorovou bolest lze charakterizovat jako bolest akutní, která je vyvolána tkáňovými změnami a trvá nejméně řadu měsíců i několik let a může způsobit v nervovém systému změny v nervovém systému jako je tomu při bolesti chronické. Během dne intenzita bolesti značně kolísá a epizody, které se u pacienta objevují; s jinak dostatečně mírněnou bolestí se označují jako epizodická či průlomová bolest. (8, str. 41)

Hodnocení intenzity bolesti je zásadní pro stanovení dalšího léčebného postupu. Jedním z jednoduchých nástrojů hodnocení intenzity bolesti mohou být použity hodnotící škály jako je verbální škála bolesti, vizuální analogová škála či numerická škála. Vizuální analogová škála je patrná z obr. č. 3. (8, str. 43)

Obr. 3: Hodnocení intenzity bolesti



Zdroj: SLÁMA, ONDŘEJ., KABELKA, LADISLAV., VORLÍČEK, JIŘÍ., a kol. *Paliativní medicína pro praxi*, 1. vyd. Praha: Galén, 2007, 362 s. ISBN 978-80- 7262-505-5

Vícerozměrné nástroje pro měření bolesti je ve světě často využíván McGillův dotazník bolesti. U nás se v současnosti často tento dotazník nepoužívá z důvodu pro pacienta zbytečnou zátěží z vyplňování dotazníků a zda jsou veškeré získané informace relevantní z hlediska léčby. McGillův dotazník přikládám pro ukázkou - viz Příloha č. 1. (8, str. 43)

Příkladem možnosti farmakologické léčby jako je systémové podávání analgetik a adjuvantních léků (např. Perorální, parenterální, transdermální, rektální podávání neovoidních a ovoidních analgetik. Dalším postupem podání analgetik mohou být epidurální a subarachnoidální podání (např. aplikace ovoidů nebo směsi ovoidů a lokálního anestetika do spinálního katétru. Používají implantované podkožní pumpy spojené se spinálním katétrem. (8, str. 46)

Základní principy léčby nádorové bolesti dle WHO jsou: na prvním místě je velice důležitá pro volbu analgetika intenzita bolesti, kterou udává pacient, na druhém, dle charakteru bolesti, např. neuropatická, viscerální, lze podávat koanalgetika, které lze kombinovat s analgetiky na všech stupních žebříčků. Dalším důležitým bodem léčby nádorové bolesti je podávat analgetika či opioidy v pravidelných intervalech, kdy další dávka analgetika bude podána před znovuobjevením bolestí. Velikost dávky je individuální. Během léčby bolesti se musí sledovat i nežádoucí účinky analgetik a tyto stavy léčit. Během léčby bolesti se musí pravidelně hodnotit analgetická účinnost léků. (8, str. 47 - 48)

K léčbě bolesti lze použít neopioidní analgetika jako např. Paracetamol, Metamizol, atd. Opioidní analgetika, která se dále dělí na slabé např. Tramadol, Codein a silné opioidy jako je např. Morfín, Fentanyl atd. (8, str. 49-56)

Opioidy se používají v různých lékových formách s jinak rychlým účinkem. Obecně lze říci, že pro určení správného druhu a dávky opioidů rozhoduje intenzita bolesti, celkový stav a také to, jestli nemocný již v minulosti opioidy užíval či ne. (8, str. 47)

1.8 Paliativní péče

Paliativní péčí v onkologii rozumíme poskytovanou aktivní péči pacientovi, který trpí nevyлéčitelnou nemocí v pokročilém či konečném stadiu. Jejím cílem je zmírnit bolest, tělesné i duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života. Paliativní péče dále usiluje o zachování kvality a prodloužení života pro pacienta přijatelný, respektuje a chrání důstojnost, péče důsledně vychází z přání a potřeb pacientů. Dále umožňuje vytvořit podmínky pro pacienta, aby mohl prožít poslední období svého života v důstojném a klidném prostředí svých blízkých. (8, str. 25).

Základním principem paliativní péče je to, že chápe umírání jako součást života a které každý jedinec prožívá individuálně. Ve své všestranné péči poskytuje oporu příbuzným umírajících a pomáhá zvládat zármutek i po smrti blízkého člověka. (8, str. 25)

„Termín paliativní péče má velice blízko k termínu podpůrné péče“. (5, str. 545)

Paliativní péči rozdělujeme na část obecnou a specializovanou. V obecné části poskytují péči zdravotníci v rámci stávajících zdravotnických struktur s důrazem na bio-psycho-socio-spirituální individualitu každého jedince. Její součástí je dobrá komunikace s pacientem a jeho rodinou, účinná léčba symptomů a psychosociální podpora všem zúčastněným. Specializovanou péči poskytuje pacientům a jejich rodinám tým odborníků speciálně vzdělaní v paliativní péči. *„Přechod mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí by měl být plynulý“.* (8, str. 31)

Specializovaná paliativní péče se dělí:

- zařízení domácí paliativní péče, kde se komplexní péče poskytuje především domácím prostředí garantovanou dostupnou péčí 24 hodin denně, 7 dní v týdnu.

- Lůžkový hospic poskytuje specializovanou paliativní péči především pacientům v preterminální a terminální fázi nevléčitelného onemocnění. Zde je kladen velký důraz na individuální potřeby nemocného.
- Oddělení paliativní péče v rámci jiných zdravotnických zařízení, kde je pacientům *„poskytována komplexní paliativní péče a zároveň potřebují pro diagnostiku a léčbu ostatní služby a komplement nemocnice“*. (8, str. 31)

Paliativní péče a eutanázie jsou dva úplně rozdílné pojmy. Poskytování paliativní péče smrt neurychluje, ale ani za každou cenu neoddaluje a *„eutanázie je aktivní usmrcení na pacientovu žádost; proto etický rozdíl mezi oběma přístupy je zásadní“*. (8, str. 27)

2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

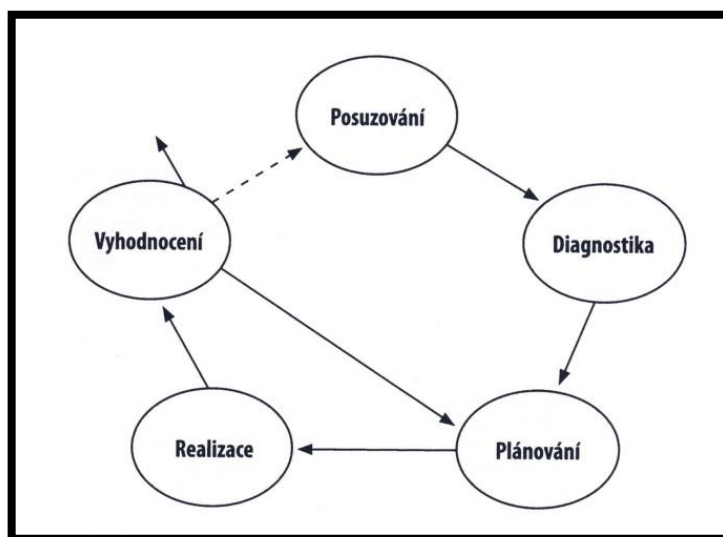
2.1 Ošetřovatelský proces

„Ošetřovatelský proces je komplexní systém kroků a postupů při ošetřování nemocného. Sestry se při péči o pacienta zabývají člověkem jako celkem, jako bytostí bio – psycho – sociální, bytostí holistickou“. (10, str. 9)

Ošetřovatelský proces se skládá z pěti fází a každá fáze je velice důležitá pro komplexnost a funkčnost aplikace ošetřovatelského procesu. (6, str. 16) Pomocí ošetřovatelského procesu se realizuje uspokojování potřeb nemocného. (10, str. 9)

Vztahy mezi jednotlivými kroky ošetřovatelského procesu lze ilustrovat následovně (6, str. 19) – viz následující obr. č 4.

Obr. 4: Vztahy mezi jednotlivými kroky ošetřovatelského procesu



Zdroj: TÓTHOVÁ, VALÉRIE. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2009, 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1

Holizmus je filozofický směr, který vyzdvihuje prvenství celku a vychází z idealismu. (14, str. 14) „Holizmus je základem ošetřovatelských teorií, modelů, etických zásad a vytváří hodnotový systém oboru ošetřovatelství“. (9, str. 63)

V holistickém pojetí je lidský organizmus integrovaná a organizovaná jednotka. Pokud dojde k poruše jedné části celku, zákonitě dojde i k poruše další části systému. Proto lze obecně říci, že dlouhodobá psychická zátěž a stres je úrodnou půdou pro vyvolání

somatického onemocnění. Strach, úzkost, napětí vedou postupně k sociální izolaci a samotě, která může být příčinou vzniku negativních emocí, jako je hněv a hostilita. Prostředí, ve kterém dotyčný žije nebo se pohybuje, úzce ovlivňuje či přímo souvisí se zdravotním stavem. (10, str. 9-10). „*Je dokázané, že lidé žijící osamoceni dříve umírají*“. (10, str. 10)

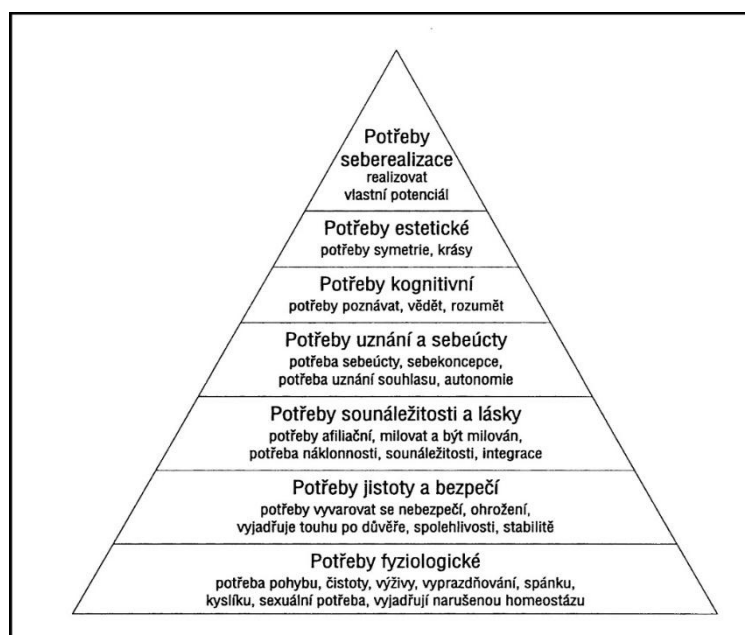
Na každého člověka nutno pohlížet jako na individualitu, s jedinečnými vlastnostmi, postoji, názory a potřebami a mít na paměti, že individuální bude i psychická odezva neuspokojené potřeby. (10, str. 10)

2.2 Potřeby pacienta v ošetrovatelském procesu

Potřeba je obecně projevem nedostatku, který člověku chybí a jeho odstranění je žádoucí. Prožívání nedostatku ovlivňuje pozornost, myšlení, emoce a tím vytváří vzorec chování jednotlivce. Všichni lidé mají společné potřeby, jen každý jedinec vyjadřuje a uspokojuje své potřeby jiným způsobem, z nichž si není ani jeden podobný. (10, str. 10)

Hierarchie organizovaného systému potřeb podle Maslowa je patrný z následujícího vyobrazení uvedeného na níže uvedeném obrázku č. 5, který byl převzat z údajů uvedených v publikaci. (10, str. 15)

Obr. 5: Maslowova hierarchie potřeb



Zdroj: TRACHTOVÁ, EVA., a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání, Brno: NCO NZO, 2006, 186 s., ISBN: 80-7013-324-4

Individualita je znát opravdu v každém druhu potřeby. Potřeba výživy je společná všem živým bytostem, jen jí každý uspokojujeme jiným způsobem. Příkladem může být školák, který uspokojí svoji potřebu výživy ve školní jídelně a naproti tomu manažer, který svoji potřebu výživy uspokojí v restauraci. Potřeba bude u obou splněna, jen jiným způsobem. Takto lze postupovat u ostatních potřeb. Potřeby lze uspokojovat žádoucím či nežádoucím způsobem. Za žádoucí uspokojování potřeb považujeme ty způsoby, které nepoškozují nás ani ostatní a jsou v mezích zákona. Za nežádoucí způsob uspokojování potřeb lze považovat ten, který škodí danému jedinci či ostatním nebo se vymyká mezím zákona. (10, str. 10)

Základní potřeby jedince se během života nemění, jen způsob uspokojování se během života liší a to v důsledku věku, výchovy, sociálního prostředí, atd. (10, str. 15)

Také nesmíme zapomínat na fakt, že vedle biologických potřeb musejí být u jedince uspokojeny také potřeby jistoty a bezpečí, sociálního kontaktu, úcty, neboť potom teprve mohou nastat uzdravovací procesy. (10, str. 16)

2.3 Oblasti ošetrovatelské péče o onkologicky nemocného

Oblasti poskytované ošetrovatelské péče vždy vyplývají diagnózy a z aktuálního zdravotního stavu nemocného a mohou se během poskytované péče měnit a je důležité je správně zhodnotit a přizpůsobit této změně ošetrovatelskou péči. (10, str. 17)

2.3.1 Soběstačnost a sebeděže nemocného

Soběstačnost můžeme definovat jako míru samostatnosti člověka při vykonávání denních aktivit. Sestra vždy zhodnotí míru soběstačnosti pacienta dle dostupných testů na hodnocení sebeděže a soběstačnosti a dle výsledku poskytuje příslušnou péči. (10, str. 20)

„Správné a přesné hodnocení úrovně sebeděže a soběstačnosti nemocného je výchozím momentem nejen pro jednotlivé ošetrovatelské intervence a ošetrovatelský plán, ale i pro veškeré diagnostické a terapeutické zákroky“. (10, str. 21)

Nejčastěji se využívá pro hodnocení všedních činností Barthelův test, kdy 0 – 40 bodů je nemocný vysoce závislý a naopak při 65 – 95 bodech je nemocný lehce závislý – viz Příloha č. 2. (10, str. 20 – 23)

Do těchto denních aktivit řadíme hodnocení ohledně výživy, vyprazdňování, hygieny a oblékání, spánku a odpočinku. Pokud je zjištěn nějaký deficit, tak může mít různé příčiny a to například poruchy tělesné hybnosti či kognitivní poruchy. (10, str. 25)

2.3.2 Hygiena a oblékání

Potřeba hygieny a čistoty je považována za základní biologickou potřebu. Tato potřeba je definována jako soubor pravidel a postupů vedoucích k podpoře a ochraně zdraví. Péče o hygienu a oblékání jsou aktivitami, které napomáhají k uspokojování biologických potřeb. Jako u předešlých potřeb bude potřeba hygieny a oblékání uspokojována u každého jedince individuálně a také neuspokojená potřeba bude mít odlišné psychické odezvy. (10, str. 51)

Faktory, které ovlivňují hygienickou péči a oblékání dělíme na několik podskupin a to Fyziologicko-biologické (věk, pohlaví, zdravotní stav, stav pokožky, tělesné funkce a pohyb), na Psychicko-duchovní faktory do kterých řadíme (emocionální ladění a sebekoncepci), dále na Sociálně-kulturní faktory do kterých spadá (výchova, móda, hygienické návyky z dětství, etnografické vlivy a hlavně civilizace) a v poslední řadě Faktory životního prostředí, zejména geografické podmínky, vlhkost ovzduší a místo pobytu. (10, str. 52)

2.3.3 Výživa

Výživa je biologickou primární potřebou člověka a také předpokladem k zachování života. Pro zdraví je nutný příjem přiměřeného a vyváženého množství pevné a tekuté stravy. Proto i v nemoci je důležitá vyvážená strava, dostatek vitamínů a vlákniny a tím se předejde i dalším komplikacím způsobené případným deficitem výživy. (10, str. 82)

Musí být kladen velký důraz na způsob podávání stravy, neboť to je také velmi důležité pro správnou výživu. Sestra vždy musí správně posoudit stav výživy u pacienta a v případě shledání deficitu dále postupovat. Na hodnocení stavu výživy se používá nejčastěji body mass index, kdy se hodnotí, zda je hmotnost přiměřená výšce a kdy hodnocení 20 – 25 bodů je považováno za normální hodnotu. Každý nemocný má stanovenou lékařem dietu dle své diagnózy a aktuálního zdravotního stavu. (10, str. 87)

Nádorové onemocnění a jeho léčba mohou vyvolat určité potíže, které negativně ovlivní příjem potravy a tekutin. Proto je nutné, aby si sestra těchto problémů včas všimla a strava byla složením těmito komplikacím přizpůsobena. Komplikací může být například nechutenství, nevolnost či zvracení. (15, str. 11)

Součástí správné výživy je i vyvážený přísun tekutin, který by měl být za 24 hodin okolo 2500 ml. Důležité je sledování denního příjmu a výdeje tekutin a v případě deficitu a zahájit ošetrovatelské intervence vedoucí k úpravě stavu. (10, str. 93)

2.3.4 Vyprazdňování moče a stolice

Vyprazdňování je základní, fyziologickou a biologickou potřebou každého člověka. Vyprazdňování zasahuje do intimity člověka. Uspokojování potřeby vyprazdňováním je u každého jedince individuální. V tomto ohledu také hodně záleží na životosprávě, na pohybové aktivitě a dalších faktorů. U jednoho člověka je normální uspokojování potřeby vyprazdňování dvakrát denně, u jiného dvakrát týdně. Proto musí setra při posuzování vyprazdňování v rámci ošetrovatelské anamnézy přistupovat k nemocnému diskrétně a citlivě zacházet s těmito údaji. (10, str. 95)

2.3.5 Péče o venózní port

Pro léčbu nádorového onemocnění mozku se používá mnoho léků a většina z nich se může podávat jen nitrožilně. Z tohoto důvodu se zavádí z počátku léčby pacientovy periferní kanyla, která ovšem není úplně vhodná pro opakované podávání cytostatik a jiných potřebných léků. (2, str. 112)

Zejména v paliativní péči se přistupuje k infuzní terapii, za pomoci které se do organismu vpraví větší množství tekutin a analgetik. (11, str. 185)

Z důvodu opakovaného nápichu žil na horních končetinách dochází k embolizaci a zvaživovatění a také k dalším nemalým komplikacím. Proto se většinou po nemožnosti punkce periferních žil přistupuje ke kanylaci centrální žíly. Přístup do centrální žíly můžeme provést přes podklíčkovou, jugulární či stehenní tepnu. Centrální žilní katétr má své nesporné výhody, nebo lze do něj aplikovat hyperosmolární roztoky či koncentrované roztoky glukózy, odebírat krev či měřit centrální žilní tlak. Centrální katétr je určen pro krátkodobou aplikaci v délce 4 až 6 týdnů. (2, str. 112)

Pro dlouhodobé podání je nejvhodnější aplikací do venózního portu. Pod pojmem venózní port si představíme plochou komůrku z titanu či plastu, na které je na spodní straně opatřena širokou fixační základnou a na přední straně je opatřena silikonovou membránou, která je vysoce odolná pro opakované nápichy huberovou jehlou, která se na tento venózní port používá. Katétrem, který vychází z komůrky, zavede se nejčastěji přes v.subclavia do centrální žíly a je zašita do podkoží a pokud se ukončí aplikace do portu, vstříkne se do portu heparinová zátka. Poté se odstraní pouze huberova jehla a port není

takřka pod kůží viditelná. Pro další aplikaci se opět do komůrky zavede tato speciální jehla a odsaje se heparinová zátka a port lze znovu použít. Výhodou je i minimalizace vzniku infekce a také opakované použití, nevýhodou je snad jen vysoká cena tohoto venózního portu, která se pohybuje od 8000 do 20000 tisíc korun, ale je hrazen ze zdravotního pojištění. (2, str. 113)

Při centrální kanylaci může dojít k akutní komplikaci a to nejčastěji k poranění okolních struktur, špatnému uložení katétru, zřídka pneumotoraxu. Proto je důležité včas komplikaci zjistit a zahájit nápravu. Proto je nutné po každém zavedení centrální kanyly a před první aplikací provést po 2 hodinách kontrolní RTG snímek, který nám ověří správné umístění kanyly. (2, str. 113)

Z pozdních komplikací je nejčastěji uváděná trombóza kanylované žily, zevní či vnitřní okluze katétru. Při vnitřní okluzi se doporučuje propláchnutí katétru 10 000 UI heparinu v 5 mililitrech fyziologického roztoku, (2, str. 114)

Používání, manipulace a ošetřování portu musí probíhat za velice přísných aseptických podmínek, musí pravidelně probíhat kontrola okolí a musí ho provádět jen zaškolený personál. (2, str. 113)

2.3.6 Péče o psychický stav nemocného

Nádorové onemocnění vyvolá u člověka zásadní změnu v tělesné, duševní a také duchovní oblasti. Jedinec se musí během krátké doby vyrovnat s mnoha změnami, které mohou nastat a přizpůsobit se nové situaci. U pacienta se nejčastěji střídají vlny smutku, hněvu, úzkosti, strachu a deprese. Každý pacient potřebuje individuální čas se s takto závažnou situací srovnat. Též bude mít každý jedinec svůj individuální způsob řešení. (8, str. 237)

Některý pacient se s novou situací po určité době smíří a bude spolupracovat s lékaři i zdravotníky, podstoupí léčbu, která je pro jeho diagnózu možná, ale jiný pacient může po vyslechnutí diagnózy zvažovat dobrovolný odchod z tohoto světa, cítí se být již zbytečný. Pokud pacient mluví o sebevraždě, je nutné se těmito problémy nemocného zabývat a nabídnout konkrétní pomoc psychologa nebo použít jiné metody, jak tento stav změnit. Velmi důležitá je spolupráce rodiny. Vždy je také důležitá správná komunikace sestry s pacientem a jeho rodinou. Hlavním úkolem sester v péči o psychický stav pacienta

s nádorovým onemocněním mozku je empaticky naslouchat, pomoci řešit konkrétní problémy nemocných, které je mohou trápit. (18, str. 116)

Reakce jednotlivých pacientů v procesu umírání nádorového onemocnění popsala Elisabeth Kübler-Rossová v pěti fázích a to šok, agrese, smlouvání, fáze deprese a smíření. Těmito fázemi neprochází jen pacient, ale také jeho nejbližší. (13, str. 116-117)

PRAKTICKÁ ČÁST

3 OBECNÁ ČÁST

3.1 Formulace problému

Nádorové onemocnění je v dnešní populaci velice časté a postihuje všechny věkové skupiny obyvatelstva. Stručně lze říci, že nádorové bujení vzniká nekontrolovatelným růstem vlastních buněk. Toto bujení může být sice i neškodné, ale také může pacienta ve velice krátké době zahubit. Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala téma ošetrovatelské péče o nemocného s nádorem mozku.

U pacientů s nádorem mozku mohou probíhat změny osobnosti, poruchy motoriky, paměti a proto je ošetrovatelská péče o tyto pacienty velice náročná. Myslím si, že je velice důležité do problému vždy, pokud to je možné, zapojit celou rodinu pacienta. Má to dobrý vliv na samotnou léčbu a hlavně na psychiku pacienta. Také si myslím, že se často pozapomíná na individuální komunikaci klientů s nádorem mozku.

3.2 Cíl práce

Cílem mé práce je prozkoumání problematiky ošetrovatelské péče u pacientů s nádorovým onemocněním mozku. V práci bude zpracovaný ošetrovatelský plán péče u pacienta s nádorovým onemocněním mozku.

3.2.1 Zadání dílčího cíle

- 1) Zjistit, jakým způsobem se vyrovnávají pacienti s diagnózou nádoru mozku.
- 2) Zjistit roli sestry při poskytování ošetrovatelské péče o takto nemocné pacienty.
- 3) Zpracovat plán ošetrovatelské péče o pacienta s nádorem mozku.

3.3 Druh a výběr metodiky výzkumu

3.3.1 Druh výzkumu

Pro získávání informací do mé výzkumné práce jsem si vybrala kvalitativní výzkum a ten jsem provedla metodou kazuistiky a rozhovoru. V odborné práci se především zaměřuji na specifické problémy pacientů s nádorovým onemocněním mozku. Také si všímám reakcí pacientů opačného pohlaví na své onemocnění.

3.3.2 Výběr metodiky výzkumu

V případové studii s pomocí dvou hloubkových rozhovorů popisuji a hodnotím stav pacientů, nejvíce čerpáním z anamnézy osobní a současné, která je velice důležitá pro správný přístup k pacientovi. Dále se řídím dalšími částmi anamnézy a to rodinnou, pracovní a sociální. Také je důležité pro mou práci srovnání prožívání u obou pacientů a zjistit, zda se některé reakce shodují či neshodují.

Výběr případové studie byl záměrný.

3.3.3 Výběr respondentů pro výzkum

Do své bakalářské práce jsem si cíleně vybrala dva pacienty, muže a ženu, hospitalizované na Onkologické a radiodiagnostické klinice FN Plzeň. Tento výběr jsem provedla pro srovnání prožitků a vývoje nemoci u pacientů opačného pohlaví. Výzkum probíhal se souhlasem manažerky pro vzdělávání a výuku NELZP, zástupkyní náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, Mgr.Bc. Světlušě Chabrové, a samozřejmě se souhlasem pacientů.

3.3.4 Způsob získávání informací o respondentech

Informace do své odborné práce jsem získávala pomocí polostrukturovaného rozhovoru. K provedení rozhovoru jsem oslovila dva pacienty onkologického oddělení s diagnózou maligního tumoru mozku, staniční sestru této lůžkové stanice a ošetřující lékaře obou těchto pacientů.

Všichni oslovení s provedením rozhovoru souhlasili. Rozhovor s pacienty probíhal odděleně na pokojích, kde nebyl přítomen již další pacient, kde bylo zaručeno soukromí. Během rozhovoru jsem po souhlasu nemocných používala nahrávací zařízení a všímala jsem si reakcí pacientů na zodpovídané otázky.

Rozhovor u každého pacienta trval 35 minut, u zdravotníků 45 minut a bylo to také z důvodu zmírnění únavy u pacientů. Každý z respondentů byl před zahájením rozhovoru informován, že může kdykoliv rozhovor ukončit bez uvedení důvodu nebo nemusí na některé otázky odpovědět, pokud mu budou nepříjemné.

Dalším způsobem, pomocí kterého jsem získávala informace, byla za přítomnosti staniční sestry zdravotní dokumentace a záznam ošetrovatelské anamnézy – viz Příloha č. 3.

3.3.5 Výběr ošetrovatelského modelu

Pro oba pacienty jsem zvolila pro vypracování ošetrovatelského plánu stejný výběr koncepčního modelu – **Virginia Henderson: Teorie základní ošetrovatelské péče.**

Tento koncepční model obsahuje základní ošetrovatelskou péči. V průběhu poskytování ošetrovatelské péče mohou nastat různé problémy ohledně uspokojování základních potřeb, které se mohou objevit kdykoliv během života i v průběhu nemoci. V tomto případě je nutné dopomoc druhé osoby a postupně dosáhnout k obnově samostatnosti nemocného. Základní ošetrovatelská péče je poskytována stejným způsobem v nemocničním i domácím prostředí.

Koncepční model se skládá ze 14 elementárních potřeb, které vycházejí ze základních složek člověka a to biologickou, psychickou, sociální a spirituální – viz Příloha č. 4. (14, str. 46)

Podle tohoto koncepčního modelu jsem navrhla a vypracovala plány ošetrovatelské péče pro oba níže uvedené respondenty I. a II.

3.4 Organizace výzkumné práce

Na začátku rozhovoru se soustředím u obou pacientů na prožívání před zahájením léčby a postupně se dostávám k dalším otázkám, které se dotknou samotného prožívání během léčby.

Výzkum jsem prováděla v době od 13. 10. 2014 do 31. 10. 2014 na oddělení ORAK ve FN Plzeň, v souladu s informovaným souhlasem zdravotnického zařízení, který příkládám - viz Příloha č. 5.

4 SPECIÁLNÍ ČÁST - KAZUISTIKY

4.1 Příklad č. 1

Prvním pacientem je žena, paní J. B., narozená v roce 1962, která onemocněla nádorovým onemocněním mozku v roce 2014. V červnu roku 2014 si pacientka zašla pro dlouhotrvající bolesti hlavy k obvodnímu lékaři. Při prováděném vyšetření došlo v ordinaci u jmenované k epileptickému záchvatu a byla rychlou záchrannou službou převezena na neurologické oddělení FN Plzeň, kde se podrobila vyšetření MR, na kterém byl shledán nádorový útvar. Pacientka byla v červenci roku 2014 operována na neurochirurgickém oddělení operaci, kde se provedla frontotemporální kraniotomie s neradikální resekcí glioblastoma multiforme G4 v oblasti inzuly a putamen. Ještě před přijetím na onkologické oddělení došlo nemocné v srpnu téhož roku k recidivě tumoru v oblasti levé inzuly s těžkou pravostrannou hemiparézou a středně těžkou smíšenou fatickou poruchou.

Pacientka je vdaná, žije s manželem a dvěma dospělými syny v rodinném domku na okraji Plzně. Pracuje jako dispečerka u velké dopravní firmy. Sourozence nemá, děti i manžel jsou zdraví. V dětství prodělala běžné onemocnění, v roce 1996 byla provedena na chirurgické klinice resekce 8. a 9. žebra vpravo pro osteoblastom s následnou dispenzarizací. Dále se léčí pro hypofunkci štítné žlázy na substituci. V dokumentaci uvedena alergie na Ajatin.

Pacientka byla přijata na onkologické a radioterapeutické oddělení 4. 9. 2014 a byl stanoven plán léčby, který stanovil lékař-radiolog 23 frakcí ozáření a konkomitentně bude podáván Temodal 100 mg 1 tbl. denně. U pacientky probíhá pravidelně v intervalu 1x denně rehabilitace a po celou dobu byla pacientka uložena na lůžku na antidekubitární matraci typu Apex a po 2 hodinových intervalech polohována a vypodkládaná polohovacími klíny. Fyziologické hodnoty při příjmu: TK 145/85, P-76, hmotnost 51 kg, výška 160 cm, BMI 19,9.

Veškerý sběr dat proběhl na onkologickém oddělení za nepřerušené hospitalizace pacientky.

Podávané léky dle ordinace lékaře – viz níže uvedená Tabulka č. 1:

Tabulka č. 1: Ordinovaná léčiva pacienta č. 1

LETROX 50 mg	1 – 0 - 0
FORTECORTIN 4 mg	1 – 1 – 0 od 17. 10. 2014 1 – ½ - 0
HELICID 20 mg	1 – 0 – 0
CIPRALEX 20 mg	1 – 0 – 0
FLAVOBION	1 – 0 – 1
TEMODAL 100 mg	1 – 0 – 0
KALIUM CHLORATUM	1 – 0 – 0
CALCIUM EFF. 500 mg	0 – 1 – 0
FRAXIPARINE 0,3 ml	1x denně v 8 hodin
DEGAN při nevolnosti až 3 denně	p.p.
DEXAMETHAZON roztok na afty	3xdenně
HERPESIN umg. na ret	p.p.

4.1.1 Záznam informací z rozhovoru s pacientkou

Normální dýchání

Subjektivně:

Pacientka udává, že nemá potíže s dýcháním, ani nemá kašel.

Objektivně:

Pacientka není dušná, nekašle, má normální dýchání v jakékoliv poloze na lůžku.

Dostatečný příjem potravy a tekutin

Subjektivně:

Pacientka udává, že má sníženou chuť k jídlu. Jí pravidelně, ale v malých dávkách, udává větší chuť na tekutou stravu, pije ráda nutriční doplňky stravy. Tekutin pije dost, příjem považuje za dostatečný.

Objektivně:

Pacientka se stravuje 5x denně a také konzumuje 2x denně nutriční doplněk, který dostává ke stravě a také ovoce a zeleninu donášenou od rodiny. Při přípravě stravy potřebuje dopomoc s přípravou k lůžku, nakrájením potravy na hlubokém talíři a dopomoc k posazení na lůžku. Tekutiny přijímá pomocí dětské lahvičky, kterou si zvládne sama podat ze stolečku a sama se napít.

Vylučování

Subjektivně:

Pacientka udává stolici pravidelnou, nemá pocit zácpy. Moč odvádí hadička do pytlíku a o tu se nemusí starat.

Objektivně:

Pacientka má stolici pravidelnou 1x denně, bez příměsí a zápachu, normální barvy a konzistence, při pocitu dojít si na potřebu si zazvoní o donesení podložní mísy. Moč odvádí PMK velikosti CH 18 a byl zaveden 1. 9. 2014.

Pohyb a udržování vhodné polohy

Subjektivně:

Pacientka udává potřebu polohování a dopomoc s posazováním k jídlu.

Objektivně:

Pacientka potřebuje polohovat v intervalu á 2 hodiny z důvodu prevence vzniku dekubitů, vypodkládání a pravidelné posazování k jídlu.

Spánek a odpočinek

Subjektivně:

Pacientka udává občasný problém s usínáním, záleží jí také, s kým je na pokoji a zda dotyčný chrápe či ne.

Objektivně:

Pacientka má narušený spánek, dle ordinace lékaře možné podat Stilnox 1 tbl p. p.

Vhodné oblečení, oblékání a svlékání

Subjektivně:

Pacientka udává, že potřebuje pravidelnou dopomoc při oblékání a svlékání.

Objektivně:

Pacientka je několikrát denně převlékána ošetřujícím personálem a také rodinou z důvodu dobrého pocitu pacientky.

Udržování fyziologické tělesné teploty

Subjektivně:

Pacientka udává, že nemá teplotu ani pocit chladu.

Objektivně:

Pacientka je během dne bez zvýšené tělesné teploty, má dobré prokrvení končetin.

Udržování upravenosti a čistoty těla

Subjektivně:

Pacientka udává pomoc při ranní a večerní hygieně, v péči o pokožku a ústní hygienu.

Objektivně:

Pacientka potřebuje dopomoc při hygieně, při přípravě pomůcek je schopna si omýt obličej a část těla, personál pečuje o pokožku promazáváním.

Odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých

Subjektivně:

Pacientka udává, že se cítí bezpečně, nemá pocit pádu z lůžka.

Objektivně:

Pacientka umí používat signalizační zařízení, zvednuté zábrany u lůžka slouží jako prevence pádu.

Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů

Subjektivně:

Pacientka udává, že má ráda návštěvy rodiny, s komunikací udává velký problém.

Objektivně:

Pacientka má každý den na návštěvě někoho z rodiny, komunikace s rodinou i s personálem probíhá pomocí počítače a napsané komunikace.

Vyznávání vlastní víry

Subjektivně:

Pacientka udává, že je křesťanka.

Objektivně:

Pacientka je křesťanského vyznání.

Smysluplná práce

Subjektivně:

Pacientka udává dopomoc při zapnutí a vypnutí počítače, úprava polohy při této aktivitě.

Objektivně:

Pacientka potřebuje dopomoc při obsluze počítače.

Hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace

Subjektivně:

Pacientka udává dopomoc při zapnutí a vypnutí rádia a televize.

Objektivně:

Pacientka potřebuje dopomoc při obsluze televize a rádia.

Učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení

Subjektivně:

Pacientka udává nezájem o učení a nové věci.

Objektivně:

Pacientka nejeví zájem o nové věci a učení, je nutno jí aktivně pobízet.

4.1.2 Plán ošetrovatelské péče

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1. 00085 Omezená pohyblivost související s nádorovým onemocněním mozku.

Subjektivně:

Pacientka udává omezenou hybnost z důvodu pravostranné hemiparézy.

Objektivně:

Nemožný pohyb pravé poloviny těla, neschopnost samostatného otáčení na lůžku.

Očekávané výsledky:

Během hospitalizace nedojde u pacientky ke vzniku imobilizačního syndromu ani ke vzniku dekubitů.

Ošetrovatelské intervence:

Dopomáhej se změnou polohy.

Polohuj pacientku po 2 hodinách.

Veď polohovací plán.

Zajisti pravidelné návštěvy rehabilitačního pracovníka.

Dohlížeť na bezpečnost pacientky.

Hodnocení péče (po 14 dnech):

Pacientka pravidelně cvičí ve spolupráci s rehabilitační pracovníci, nedošlo k imobilizačnímu syndromu.

2. 00108 Deficit sebezpečie v oblasti hygieny a oblékání související s pravostrannou hemiparézou.

Subjektivně:

Pacientka udává zhoršenou schopnost se samostatně umýt a obléct.

Objektivně:

Pacientka není samostatně schopna se celá umýt ani se samostatně obléknout a svléknout.

Barthelův test 25 bodů.

Očekávané výsledky:

Pacientka bude během hospitalizace čistá a upravená, bude mýt ostříhané nehty, pokožka bude čistá, bez opruzenin.

Ošetrovatelské intervence:

Zjistí míru soběstačnosti pomocí Barthelova testu.

Zajisti při provádění hygieny soukromý a dopomoc.

Prováděť hygienu ve vhodné době dle možností a přání pacientky.

Prováděť výměnu oblečení dle přání a potřeb pacientky.

Hodnocení péče (po 14 dnech):

Pacientka si s pomocí personálu omyje sama obličej, učeše se, potřebuje stále dopomoc s oblékáním.

Barthelův test 25 bodů.

3. 00110 Deficit sebezpečie v oblasti vyprazdňování moče a stolice související se základním onemocněním.

Subjektivně:

Pacientka odtok moče neregistruje, při velké potřebě si zazvoní o podložní mísu.

Objektivně:

Pacientka má zavedený PMK s pravidelnou kontrolou, při potřebě na stolicí používá podložní mísu.

Očekávané výsledky:

Pacientka nebude mít opruzeniny a bude v suchu a v čistotě.

Ošetřovatelské intervence:

Zajisti pravidelnou hygienu genitálií.

Pravidelně sleduj PMK, prevence vzniku močové infekce.

Sleduj příjem tekutin 1,5 – 2 l denně.

Udržuj pacientku v suchu a v čistém ložním i osobním prádle.

Sleduj vyloučenou moč a stolicí, upozorni na případné odchylky.

Prováděj pečlivý záznam do dokumentace.

Hodnocení péče (po 14 dnech):

Pacientka je v suchém a čistém prádle, pokožka je bez opruzenin a defektů, PMK odvádí světle žlutou moč.

4. 00102 Deficit sebezpečí v oblasti stravování související s pravostrannou hemiparézou.

Subjektivně:

Pacientka udává nutnost nakrájení a přípravy stravy k lůžku, udává potřebu jíst z hlubokého talíře a tekutiny přijímá z dětské lahvičky.

Objektivně:

Pacientka potřebuje dopomoc s přípravou a porcováním stravy k lůžku, používá ke stravě hluboký talíř a jí lžící.

Očekávané výsledky:

Pacientka bude mít vyvážený přísun potravy a tekutin.

Ošetřovatelské intervence:

Zjisti míru soběstačnosti pomocí Barthelova testu.

Zjisti a podávej dle lékaře předepsanou dietu.

Dohlížej nad dostatečným příjmem tekutin.

Připrav pacientce k lůžku tekutiny.

Připrav a naporcuj pacientce stravu k lůžku.

Poskytuj pacientce dostatek času a soukromý na konzumaci potravy.

Sleduj pravidelně 1x týdně hmotnost pacientky.

Hodnocení péče (po 14 dnech):

Pacientka je schopna se po přípravě stravy a naporcování samostatně najíst a po přípravě tekutin do dětské lahvičky samostatně napít. Pacientka má váhový přírůstek 2 kg.

5. 00051 Zhoršená verbální komunikace související s afázií.

Subjektivně:

Pacientka neverbálně vyjadřuje potíže s komunikací.

Objektivně:

Pacientka ke komunikaci využívá posunky, kývnutí hlavy a vyjadřuje se pomocí notebooku.

Očekávané výsledky:

Pacientka bude nadále využívat alternativní způsoby komunikace.

Pacientka vyjadřuje uspokojení s alternativními způsoby komunikace.

Pacientka nebude frustrována zhoršenou komunikací po dobu hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence:

Poskytuj další alternativní řešení v komunikaci, např. kartičky s písmeny abecedy.

Dej pacientce dostatek času na odpověď.

Udržuj optimismus pacientky, pochval ji za snahu.

Hodnocení (po 14 dnech):

Pacientka se nadále vyjadřuje pomocí neverbální komunikace a notebooku, snaží se psát levou rukou na papír.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy**6. 00155 Riziko pádu související se základním onemocněním a pravostrannou hemiparézou.****Očekávané výsledky:**

Během hospitalizace pacientky nedojde k pádu z lůžka.

Ošetrovatelské intervence:

Zhodnot' soběstačnost pacientky pomocí Barthelova testu.

Upozorni rodinu na možné riziko vzniku pádu.

Zajisti stále u lůžka signalizační zařízení a zvednuté zábrany.

Hodnocení péče (po 14 dnech):

U pacientky nedošlo k pádu.

7. 00004 Riziko infekce související se zavedeným permanentním močovým katétrem.**Očekávané výsledky:**

Po dobu zavedení PMK nedojde ke vzniku infekce.

Ošetrovatelské intervence:

Sleduj dobu zavedení PMK a zajisti včasnou výměnu.

Pravidelně kontroluj PMK.

Sleduj tělesnou teplotu.

Informuj pacientku o projevech infekce.

Hodnocení péče (po 14 dnech):

U pacientky nedošlo k močové infekci.

Edukační plán pro pacienta č. 1

Účel: Poskytnout pacientce dostatek informací o nutnosti zavedení PMK.

Cíl: Pacientka bude po 30 minutách znát důležitost a prospěch zavedení PMK.

Pomůcky: PMK, odborný časopis.

Výukové metody: Prezentace, výukové materiály.

Psychomotorické: Pacientka by měla vyjádřit své obavy z komplikací, měla by klást otázky.

Kognitivní: Pacientce vysvětlím důležitost zavedení PMK, možná rizika a komplikace.

Afektivní: Pacientka by měla pochopit důležitost zavedení PMK.

Hlavní body plánu:

Psychomotorické – Vysvětlím pacientce důležitost zavedení PMK a jeho péči.

Kognitivní – Seznámím pacientku s PMK a dalšími pomůckami.

Afektivní – Pacientka budu postupně vysvětlovat a informovat o péči o PMK.

Hodnocení:

Psychomotorické – Pacientka přijala PMK, má snahu dodržovat nutná opatření.

Afektivní – Pacientka sama předvedla manipulaci s PMK.

Kognitivní - Pacientka svými slovy zodpověděla kladené otázky a dokázala vyjmenovat důležité opatření v péči o PMK.

4.2 Případ č. 2

Druhým respondentem je muž, pan M. M., narozen v roce 1956, který onemocněl poprvé B-buněčným lymfomem již v červnu v roce 2013, kdy proběhla léčba 6 cyklů chemoterapie, a v srpnu roku 2014 došlo k progresi tohoto typu mozkového nádoru a pacient byl přijat dne 16. 10. 2014 na onkologické a radioterapeutické oddělení k naplánování radioterapie.

Tohoto pacienta přivedly k obvodnímu lékaři opakované závratě a nevysvětlitelné pocity na zvracení během dne po dobu několika týdnů. Obvodní lékař objednal pacienta na CT vyšetření, při kterém byla zjištěna progresse nádorového onemocnění mozku. Pacient je ženatý, žije s manželkou a dospívající dcerou v panelákovém bytě, pracuje jako technik v malém podniku.

V dětství prodělal běžné onemocnění, chronicky se léčí s esenciální hypertenzí od roku 1999 a diabetem mellitem II. typu od roku 2002. Alergie na PNC. Pacient byl přijat k provedení radioterapie a ozařovací plán je stanoven na 23 frakcí. Pacient má od června roku 2013 zaveden venózní Port, kdy byl důvod zavedení dlouhodobější aplikace chemoterapie. Fyziologické funkce při příjmu: TK 130/80, P-78, hmotnost 83 kg, výška 176cm, BMI 26,8.

Veškerý sběr dat proběhl na onkologickém oddělení za nepřerušené hospitalizace pacienta.

Podávané léky dle ordinace lékaře – viz níže uvedená Tabulka č. 2:

Tabulka č. 2: Ordinovaná léčiva pacienta č. 2

LORISTA H 50/12,5 mg	1 – 0 - 0
CALVUS 50 mg	1 – 0 – 0
KEPPRA 500 mg	1,5 – 0 – 0
KALIUM CHLORATUM	0 – 1 – 0
CIPRALEX 10 mg	1 – 0 – 0
NOLPAZA 40 mg	1 – 0 – 0
FORTECORTIN 4 mg	2 – 1 – 0

MINIRIN 60 mg	1 – 0 – 1
FLAVOBION	1 – 0 - 1
ESSENTIALE	1 – 1 - 1
LACTULOSA odm. ráno	1 – 0 – 0
IBALGIN 400 mg při bolesti	p.p.
KETONAL 1 amp. I. m.	½ hodiny před RT
DEXAMETHAZON roztok na afty	3xdenně
PLASMALYTE 1000 ml + 1 amp. Pyridoxin + 1 amp. Celaskon	1x denně na 4 hodiny

4.2.1 Záznam informací z rozhovoru s pacientem č. 2

Normální dýchání

Subjektivně:

Pacient udává, že nemá žádné potíže s dýcháním, ani nemá kašel.

Objektivně:

Pacient nemá žádné potíže s dýcháním ani při změně polohy.

Dostatečný příjem potravy a tekutin

Subjektivně:

Pacient udává, že nemá potíže s příjmem potravy, jí toho dost a vypije také dostatečné množství tekutin, nemá pocit žízně.

Objektivně:

Pacient se stravuje samostatně lžící 6x denně, sní většinu porce a také konzumuje potraviny přinesené od rodiny. Za den vypije cca 1 litr tekutin z hrnečku.

Vylučování

Subjektivně:

Pacient udává nepravidelnou stolici 1x týdně, má pocit plnosti. Na malou i velkou stranu chodí na záchod.

Objektivně:

Pacient má stolici nepravidelnou 1x týdně, bez příměsí a zápachu, normální barvy a konzistence, samostatně si dojde na toaletu, která je součástí pokoje.

Pohyb a udržování vhodné polohy

Subjektivně:

Pacient udává samostatnost při změně polohy, jen občasné točení hlavy a závrat, k jídlu se sám připraví.

Objektivně:

Pacient je v pohybu soběstačný a potřebuje jen dohled při chůzi po chodbě a při sprchování.

Spánek a odpočinek

Subjektivně:

Pacient neudává žádný problém se spánkem.

Objektivně:

Pacient nemá narušený spánek, spí celou noc.

Vhodné oblečení, oblékání a svlékání

Subjektivně:

Pacient udává, že nepotřebuje dopomoc při oblékání a výběru oblečení.

Objektivně:

Pacient je v oblékání samostatný, během dne se sám převlékne dle potřeby.

Udržování fyziologické tělesné teploty

Subjektivně:

Pacient udává, že nemá teplotu ani pocit chladu.

Objektivně:

Pacient nemá během dne ani v noci teplotu.

Udržování upravenosti a čistoty těla

Subjektivně:

Pacient neudává dopomoc při ranní a večerní hygieně, dokáže se při ranní i večerní hygieně sám umýt, sám pečuje o dutinu ústní. Ve sprše si přeje dopomoc personálu.

Objektivně:

Pacient nepotřebuje dopomoc při hygieně, sám se umyje, jen při osprchování je nutný dohled z důvodu točení hlavy, personál pečuje o pokožku promazáváním a o stříhání nehtů.

Odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých

Subjektivně:

Pacient udává, že se necítí být ohrožený.

Objektivně:

Pacient umí používat signalizační zařízení, je poučen o pomalém vstávání z lůžka.

Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů

Subjektivně:

Pacient udává, že má rád všechny návštěvy a hlavně návštěvy rodiny, s komunikací nemá žádný problém.

Objektivně:

Pacient má každý den na návštěvě někoho z rodiny, komunikace s rodinou probíhá bez potíží.

Vyznávání vlastní víry

Subjektivně:

Pacient neudává žádnou víru.

Objektivně:

Pacient je bez náboženského vyznání.

Smysluplná práce

Subjektivně:

Pacient udává, že si dokáže sám zapnout i sám obsluhovat počítač.

Objektivně:

Pacient nepotřebuje dopomoc při obsluze počítače.

Hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace

Subjektivně:

Pacient udává, že si sám dokáže zapnout a vypnout rádio a televizi.

Objektivně:

Pacient nepotřebuje dopomoc při obsluze televize a rádia.

Učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení

Subjektivně:

Pacient získává informace z internetu.

Objektivně:

Pacient má zájem o nové věci a učení.

4.2.2 Plán ošetrovatelské péče

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1. 00027 Deficit tělesných tekutin související s nedostatečným pocitem žízně.

Subjektivně:

Pacient udává přísun tekutin jako dostatečný, nemá pocit žízně.

Objektivně:

Pacient vypije za den jen okolo 1000 ml tekutin, má suchou kůži na rukou.

Očekávané výsledky:

Během hospitalizace bude mít pacient dostatečný přísun tekutin.

Ošetrovatelské intervence:

Motivuj pacienta k pitnému režimu.

Sleduj příjem tekutin za 24 hodin.

Zahaj infuzní terapii dle ordinace lékaře.

Dohlížeť nad denním příjmem tekutin.

Hodnocení péče (po 14 dnech):

Pacient vypije za den 1 – 1,5 litru tekutin, nemá již suchou kůži na rukou.

2. 00011 Zácpa související s nedostatečným přísunem tekutin.

Subjektivně:

Pacient udává obtížné vyprazdňování, zácpa mu způsobuje při vyprázdňování bolest.

Objektivně:

Pacient má tuhou stolicí 1x týdně, zácpa mu přidělavá potíže.

Očekávané výsledky:

Pacient nebude mít zácpu, bude mít měkčí a pravidelnější stolicí.

Ošetrovatelské intervence:

Zajisti dostatečný přísun tekutin.

Podávej dle ordinace lékaře vhodné laxantia.

Zajisti u pacienta dostatečný přísun vlákniny ve stravě.

Spolupracuj s rodinou ohledně donášení vhodných potravin.

Hodnocení péče (po 14 dnech):

Pacient má po užívání Lactulosity stolicí 2x v týdnu, stolice je měkčí a méně bolestivá.

3. 00148 Strach související se základním onemocněním, hrozbou smrti.

Subjektivně:

Pacient se cítí být smutný, neví, jak dlouho léčba potrvá.

Objektivně:

Pacient je smutný ale při komunikaci se rozpovídá.

Očekávané výsledky:

Zmírnění úzkosti.

Ošetrovatelské intervence:

Komunikuj s pacientem.

Zajisti spolupráci s rodinou.

Zajisti návštěvu psychologa.

Hodnocení péče (po 14 dnech):

Pacient je po zapojení rodiny do jeho problému vyrovnanější a klidnější.

4. 00133 Chronická bolest související s nádorovým onemocněním.

Subjektivně:

Pacient udává občasnou bolest hlavy v oblasti spánků hlavně po radioterapii.

Objektivně:

Pacient si řekne o lék na bolest před ozářením.

Očekávané výsledky:

Pacient nebude mít bolest.

Ošetrovatelské intervence:

Podávej dle ordinace lékaře léky na bolest.

Dohlížej na užívání léku.

Zajisti po domluvě s lékařem podání analgetik pravidelně před radioterapií.

Hodnot pravidelně bolest.

Hodnocení péče (po 14 dnech):

Pacient má nastavenou analgetickou léčbu před radioterapií a nemá již bolest po radioterapii.

5. 00108 Deficit sepeče v oblasti hygieny a oblékání související s točením hlavy.

Subjektivně:

Pacient udává točení hlavy při sprchování.

Objektivně:

Pacient je schopen se u umyvadla samostatně umýt a obléci, dohled jen při sprchování v koupelně.

Barthelův test 85 bodů.

Očekávané výsledky:

Pacient bude během hospitalizace čistý a upravený, bude mýt ostříhané nehty, pokožka bude čistá.

Ošetrovatelské intervence:

Zjistí míru soběstačnosti pomocí Barthelova testu.

Zajisti při prováděné hygieně dohled.

Prováděj výměnu oblečení dle přání a potřeb pacienta.

Hodnocení péče (po 14 dnech):

Pacient se za dohledu personálu sám vysprchuje v koupelně.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy**6. 00004 Riziko infekce související se zavedením venózního portu****Očekávané výsledky:**

Nedojde k infekci.

Ošetrovatelské intervence:

Prováděj převazy za přísně aseptických podmínek.

Kontroluj místo vpichu a okolí portu.

Zajisti správný postup aplikace do venózního portu.

Informuj pacienta o riziku vzniku infekce.

Hodnocení péče (po 14 dnech):

U pacienta nedošlo k infekci.

7. 00155 Riziko pádu související s točením hlavy a nestabilitou při chůzi.

Očekávané výsledky:

Během hospitalizace nedojde k pádu pacienta.

Ošetrovatelské intervence:

Edukuj opakovaně pacienta o riziku pádu.

Zhodnoť soběstačnost pacienta pomocí Barthelova testu.

Upozorni rodinu na možné riziko vzniku pádu.

Zajisti stále u lůžka signalizační zařízení.

Hodnocení péče (po 14 dnech):

U pacienta nedošlo k pádu.

Edukační plán pro pacienta č. 2

Účel: Poskytnout pacientovi dostatek informací o nutnosti zavedení venózního portu.

Cíl: Pacient bude po 30 minutách znát důležitost a prospěch zavedení venózního portu.

Pomůcky: Model port, odborný časopis.

Výukové metody: Prezentace, výukové materiály.

Psychomotorické: Pacient by měl vyjádřit své obavy z komplikací, měl by klást otázky.

Kognitivní: Pacientovi vysvětlíme důležitost zavedení portu, možná rizika a komplikace.

Afektivní: Pacient by měl pochopit důležitost zavedení venózního portu.

Hlavní body plánu:

Psychomotorické – Vysvětlíme pacientovi důležitost zavedení portu a jeho péči.

Kognitivní – Seznámím pacienta s portem a dalšími pomůckami.

Afektivní – Pacient budu postupně vysvětlovat a informovat o péči o žilní katétr.

Hodnocení:

Psychomotorické – Pacient pozitivně přijal port a má snahu dodržovat nutná opatření.

Afektivní – Pacient sám předvedl manipulaci s modelem portu.

Kognitivní - Pacient svými slovy zodpověděl kladené otázky a dokázal vyjmenovat důležité opatření v péči o port.

DISKUZE

Ošetrovatelská péče o pacienty s nádorovým onemocněním mozku by měla být poskytována individuálně v závislosti na formě, respektive klinickém obrazu onemocnění. V rámci kazuistického šetření jsem zjišťovala poskytovanou míru péče pacientům s podobným průběhem onemocnění. Pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče uspokojující všechny potřeby bylo nutné stanovit ošetrovatelské diagnózy u každého pacienta zcela individuálně. Diagnózy byly sestaveny s ohledem na aktuální zdravotní stav pacientů. U pacientky č. 1 byly zjištěny deficity sebedpěče v několika oblastech a to zhoršená verbální komunikace, zhoršená pohyblivost, deficit sebedpěče při koupání a hygieně, při oblékání a úpravě zevnějšku, při vyprazdňování. V péči o tuto oblast se používají inkontinentní pomůcky, které se pravidelně vyměňují. Výměna PMK probíhá pravidelně po 21 dnech. Dalším problémem, který u této pacientky hrozil, bylo riziko vzniku dekubitů a z tohoto důvodu se přistoupilo k použití antidekubitární matrace a k polohování po 2 hodinách a také byl zaveden plán prevence péče o dekubity a jiné rány, neboť pacientka byla zhodnocena na 19 bodů, což je hodnoceno jako střední riziko). O pokožku pacientky pečuje ošetrovatelský personál pravidelně při ranní a večerní hygieně a dále dle potřeby. U první respondentky mne velice překvapila smířenost pacientky s danou situací a odhodlanost v boji se zákeřnou nemocí. Pacientka před onemocněním vedla velice aktivní život, bydlela s manželem a dvěma dospělými syny v rodinném domku na okraji Plzně. Pracovala jako dispečerka u velké dopravní firmy a všichni volný čas trávili všichni společně turistikou po celé České republice. Prvotní zdravotní potíže začaly již v roce 1996, kdy byla provedena na chirurgické klinice resekce 8. a 9. žebra vpravo pro osteoblastom s následnou dispenzarizací až do doby zjištění diagnózy nádoru mozku. Od té doby se změnil celé její rodinně život, není možné už z důvodu důsledků onemocnění tyto aktivity provozovat. Musela se postupně smířit a přizpůsobit změně jejího dosavadního života. Sama pacientka udává, že bez podpory rodiny by to určitě nezvládla. Ještě než nastoupila nemocná k radioterapii na Onkologické a radioterapeutické oddělení, prodělala komplikace spojené s růstem mozkového nádoru. U nemocné došlo k pravostranné hemiparéze a také byla zasažena afatickou poruchou, která v současné době pacientku nejvíce omezuje. Je upoutána na lůžko a dorozumívá se pomocí počítače, který obsluhuje levou horní končetinou také s velkou podporou celé rodiny. S počátku jsem úplně nevěděla, jak

s pacientkou navázat kontakt, ale během krátké doby jsme se dorozumívaly celkem bez potíží. Během mého výzkumu u této pacientky snášela radioterapii a zároveň i perorální chemoterapii celkem uspokojivě a nevyskytla se v jejím zdravotním stavu žádná další velká komplikace.

Očekávané výsledky problémů pacientky si myslím byly splněny a z tohoto důvodu jsem s plánem ošetrovatelské péče spokojená. Důležitost je však kladena na pokračování sestavování ošetrovatelského plánu.

U pacienta č. 2 byly stanoveny hlavní potíže chronická bolest, deficit tělesných tekutin, deficit sebepečce při koupání a hygieně, strach a úzkost ze smrti.

U druhého respondenta mne zpočátku překvapila otevřenost, s jakou pacient mluvil o svém onemocnění, ale během delší doby hospitalizace již tak otevřený nebyl, nechtěl už být v nemocnici, chtěl k rodině. Řešením tohoto stavu byla jednoznačně spolupráce rodiny, která navštěvovala velice často pacienta v nemocnici a tím mu zpříjemňovala dlouhé chvíle. V době plného zdraví bydlel s manželkou a dospívající dcerou v panelákovém bytě a pracoval jako technik v malém podniku v místě bydliště a jeho největší zálibou byla cyklistika. V každé volné chvíli se této zálibě věnoval a momentálně ho nejvíce trápí, že nemůže z důvodu svého zdravotního stavu na kole prozatím jezdit. Sám ale ke konci rozhovoru uvádí, že věří, že se k milovanému sportu ještě vrátí. Tento pacient už v minulosti prodělal nádorové onemocnění a pro sebe říká, že i tentokrát toto onemocnění musí zvládnout. Pacienta přivedly k obvodnímu lékaři opakované závratě a nevysvětlitelné pocity na zvracení během dne po dobu několika týdnů. Obvodní lékař objednal pacienta na CT vyšetření, při kterém byla zjištěna progresse nádorového onemocnění mozku.

V dětství prodělal běžné onemocnění, chronicky se léčí s esenciální hypertenzí od roku 1999 a diabetem mellitem II. typu od roku 2002. Od té doby se změnil celé jeho rodině život. Musel nastoupit na radioterapii do nemocnice, musel přestat chodit do práce a veškeré osobní i pracovní aktivity musel přizpůsobit svému zdravotnímu stavu. Musel se postupně smířit a přizpůsobit změně dosavadního života.

Také u respondenta č. 2 si myslím, že očekávané výsledky, které jsem si stanovila, byly dosaženy a proto jsem s vypracováním ošetrovatelského plánu spokojena. I v tomto případě musí být kladena důležitost při pokračování sestavování ošetrovatelského plánu.

V závěrečných poznátcích jsem z provedeného kazuistického šetření zjistila, že pohlaví pacientů nemá zásadní vliv na problematiku a prožívání nádorového onemocnění mozku.

Spíše jsem se utvrdila v domněnce, že důležitější roli hrají osobnostní rysy a premorbidní osobnost jedince a také sociální a rodinné zázemí. Během léčby, která probíhá většinou formou radioterapie a trvá přibližně 6 – 8 týdnů. Během této doby mohou nastat u pacientů změny nálad z důvodu dlouhého odloučení od rodiny a zaměstnání. Proto je kladen opravdu velký důraz na profesionální komunikaci personálu onkologické a radioterapeutické kliniky a na soudržnost rodiny spolupráci rodiny.

U pacientky č. 1 stejně jako u pacienta č. 2 byly společnými komplikacemi těchto kazuistik deficit sebezpečí při koupání a hygieně, riziko pádu, deficit při vyprazdňování a také strach a úzkost.

Domnívám se, že i společné cíle, které jsem si v bakalářské práci vytyčila, byly splněny:

Zjistit, jakým způsobem se vyrovnávají pacienti s diagnózou nádoru mozku.

Zjistit roli sestry při poskytování ošetrovatelské péče o takto nemocné pacienty.

Zpracovat plán ošetrovatelské péče o pacienta s nádorem mozku.

ZÁVĚR

Závěrem lze říci, že dnešní doba sebou nese vysoký výskyt nádorového onemocnění v populaci. Tento druh onemocnění si nevybírání, postihuje všechny věkové kategorie. Nejdůležitějším doporučením pro minimalizování výskytu nárůstu nádorového onemocnění je především včasná návštěva lékaře při prvotních příznacích. Včasné zahájení vhodné léčby může pro pacienta znamenat pozitivní průběh onemocnění a i onemocnění úplně vyléčit. Příznaky jsou z počátku velice nenápadné, nemusí je pociťovat všichni pacienti stejně. Po diagnostice nádorového onemocnění dochází u pacientů k individuálním potížím, hlavně psychického a ekonomického rázu. Zhoršováním stavu dochází k výskytu problémů a dochází ke změně soběstačnosti a pacient se v posledním stádiu onemocnění stává závislý na pomoci druhých osob. Rakovina postihuje všechny složky člověka. Tím také lze říci, že rozvojem nádorového onemocnění se ošetrovatelská péče stává náročnější.

Základní potřeby pacientů s nádorem mozku se uspokojují individuálně a především dle aktuálního zdravotního stavu. V dnešní době je již lékařská i ošetrovatelská péče velice kvalitní a proto je důležitá spolupráce více odborníků. Na této komplexní péči se podílí tým zdravotníků, složený z lékařů, lékařů specialistů, dále všeobecných sester, rehabilitačních pracovníků, nutričních terapeutů a další nelékařských zdravotnických pracovníků a v neposlední řadě také psycholog. Poskytovaná péče musí být úplná a důsledná aby se předcházelo vzniku komplikací.

Neméně důležitá je také pomoc pečujícím rodinám jednak ze strany ošetrujícího personálu, ale také dostupných svépomocných organizací, které jsou schopny tuto složitou situaci trochu ulehčit

Důležitost musí být kladena na přání nemocných, proto pokud je to alespoň trochu možné, měly by se akceptovat tyto přání. V potaz by měl být brán fakt, že většina nemocných si přeje zemřít v kruhu svých blízkých a také v rodinném prostředí. Umírání se bojí většina lidí, proto by jim měl být umožněn důstojný odchod z tohoto světa.

Věřím, že práce bude přínosnou pro ostatní studenty, laickou veřejnost a také zdravotnické pracovníky a přispěje tak ke zlepšení péče o pacienty s nádorovým onemocněním mozku.

LITERATURA A PRAMENY

- 1) MERKUNOVÁ, ALENA., OREL, MIROSLAV. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*, 1.vyd. Praha: Grada, 2008, 304 s. ISBN 978-80-247- 1521-6
- 2) VORLÍČEK, JIŘÍ., a kol. *Klinická onkologie pro sestry*, 1.vyd. Praha: Grada, 2006, 328 s. ISBN 80-247-1716-6
- 3) KLENER, PAVEL. *Klinická onkologie* Praha: Galén, 2002, 686 s. ISBN 80-7262-151-3
- 4) SEIDL, ZDENĚK., OBENBERGER, JIŘÍ. *Neurologie pro studium i praxi*, 1.vyd. Praha: Grada, 2004, 364 s. ISBN 80-247-0623-7
- 5) ADAM, ZDENĚK., a kol. *Obecná onkologie a podpůrná léčba*, 1. Vyd. Praha: Grada, 2003,788 s. ISBN 80-247-0677-6
- 6) TÓTHOVÁ, VALÉRIE. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2009, 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1
- 7) ADAM, ZDENĚK., VORLÍČEK, JIŘÍ. A kol. *Speciální onkologie*, 1.vyd. Brno, 542 s., ISBN 80-210-2826-2
- 8) SLÁMA, ONDŘEJ., KABELKA, LADISLAV., VORLÍČEK, JIŘÍ., a kol. *Paliativní medicína pro praxi*, 1. vyd. Praha: Galén, 2007, 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5
- 9) PLEVOVÁ, ILONA., a kol. *Ošetrovatelství I*, 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3
- 10) TRACHTOVÁ, EVA., a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání, Brno: NCO NZO, 2006, 186 s., ISBN: 80-7013-324-4
- 11) MIKŠOVÁ, ZDENKA., FROŇKOVÁ, MARIE., a kol. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I.*, 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, 248 s., ISBN 80-247-1442-6

- 12) MIKŠOVÁ, ZDENKA., FROŇKOVÁ, MARIE., a kol. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II.*, 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, 170 s., ISBN 80-247-1443-1
- 13) PLEVOVÁ, ILONA. *Ošetrovatelství II.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s., Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3558-0.
- 14) PAVLÍKOVÁ, SLAVOMÍRA. *Modely ošetrovatelství v kostce*, 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 152 s., ISBN 80-247-1211-3
- 15) STARNOVSKÁ, TAMARA., PAVLÍČKOVÁ, JAROSLAVA., HRBKOVÁ, DANA. *Výživa při nádorovém onemocnění: praktická příručka pro pacienty.* Praha: Nutricia, 2007, 40 s., ISBN 978-80-239-9055-3.
- 16) MAREČKOVÁ, JANA. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*, 1.vyd. Praha: Grada, 2006, 264 s., ISBN 80-247-1399-3
- 17) ADAM, ZDENĚK., VORLÍČEK, JIŘÍ. A kol. *Speciální onkologie*, 1.vyd. Brno, 542 s., ISBN 80-210-2826-2
- 18) MARKOVÁ, MONIKA. *Sestra a pacient v paliativní péči.* 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
- 19) FITZGIBBON, DERMOT., R., LOESER, JOHN., D. *Cancer pain: assessment, diagnosis, and management.* Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams, c2010, x, 378 p. ISBN 16-083-1089-2.
- 20) VČELÁK, PETR. Studijní materiály. *Informatika a výpočetní technika.* [Online] 20. únor 2012. [Citace: 20. únor 2012.] <http://home.zcu.cz/~vcelak/fzs-materialy.php>.

SEZNAM ZKRATEK

aj. – a jiné

CNS- centrální nervový systém

CT- počítačová tomografie

EEG - elektro-encephalo graf

FN – Fakultní nemocnice

CH – označení pro velikost močového katétru

MR- magnetická rezonance

Např. - na příklad

NELZP – nelékařský zdravotnický pracovník

ORAK – onkologické a radioterapeutická klinika

PET/CT - pozitronová emisní tomografie

PMK – permanentní močový katétr

Port – centrální žilní katétr

PŽK – periferní žilní katétr

RT- radioterapie

RTG- rentgen

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Ordinovaná léčiva pacientu č.1

Tabulka č. 2: Ordinovaná léčiva pacientu č.2

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č.1: Anatomie mozku (1, str. 227)

Obrázek č.2: Přiřazení zhoubných nádorů (3, str. 75)

Obrázek č.3: Hodnocení intenzity bolesti (8, str. 43)

Obrázek č.4: Vztahy mezi jednotlivými kroky ošetrovatelského procesu (6, 19)

Obrázek č.5: Maslowova hierarchie potřeb (10, str. 15)

SEZNAM PŘÍLOH

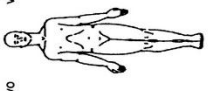
- PŘÍLOHA č. 1: McGillův dotazník
- PŘÍLOHA č. 2: Barthelův test základních všedních činností
- PŘÍLOHA č. 3: Ošetřovatelská anamnéza
- PŘÍLOHA č. 4: Model Virginia Henderson - Teorie základní ošetřovatelské péče
- PŘÍLOHA č. 5: Povolení sběru informací ve FN Plzeň

PŘÍLOHA č. 1 McGillův dotazník


Obr. 2.1.2. Brief Pain Inventory (česká verze)

1. Po celý život většinu z nás čas od času něco zabolí (hlava, výron kotníku, zub). Cítil(a) jste dnes jinou než takovou všední bolest?
Ano, Ne,
2. Na obrázku vybarvete místa, která Vás bolí.
Nejbolestivější místo označte X.

vpravo



vlevo



3. Ohodnotte, prosím, svou bolest zakroužkováním čísla, které odpovídá Vaší nejhorší bolesti za posledních 24 hodin.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Ohodnotte, prosím, svou bolest zakroužkováním čísla, které odpovídá Vaší nejmenší bolesti za posledních 24 hodin.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Ohodnotte, prosím, svou bolest zakroužkováním čísla, které odpovídá Vaší průměrné bolesti za posledních 24 hodin.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Ohodnotte, prosím, svou bolest zakroužkováním čísla, které vypovídá, jakou bolest máte právě teď.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Jaké užíváte léky proti bolesti či jakou léčbu jste podstoupil(a)?

8. Jak velkou úlevu Vám přinesla léčba nebo léky proti bolesti v posledních 24 hodinách?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Označte procento, které nejlépe vypovídá o tom, jak moc Vám léky nebo léčba uleví.
0 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 100 %

10. Označte číslo, které popisuje, jak během posledních 24 hodin bolest ovlivnila Vaši

a) celkovou aktivitu:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b) náladu:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c) schopnost chodit:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
d) běžnou práci (doma i mimo domov):	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
e) vztahy s jinými lidmi:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
f) spánek:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
g) radost ze života:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Zdroj: SLÁMA, ONDŘEJ., KABELKA, LADISLAV., VORLÍČEK, JIŘÍ., a kol.

Paliativní medicína pro praxi, 1. vyd. Praha: Galén, 2007, 362 s. ISBN 978-80-7262-505-

PŘÍLOHA č. 2 Barthelův test základních všedních činností

3. Bathelův test základních všedních činností

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	Najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomoci neprovede	5 0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomoci neprovede	5 0
5.	Kontinence stolice	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	Kontinence moče	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0

Zdroj: TRACHTOVÁ, EVA., a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání, Brno: NCO NZO, 2006, 186 s., ISBN: 80-7013-324-4

PŘÍLOHA č. 2 Barthelův test základních všedních činností

8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
		s malou pomocí	10
		vydrží sedět	5
		neprovede	0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
		s pomocí 50 m	10
		na vozíku 50 m	5
		neprovede	0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0

0 – 40 bodů vysoce závislý

45 – 60 bodů závislost středního stupně

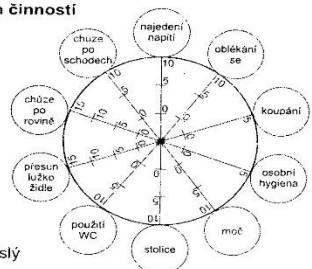
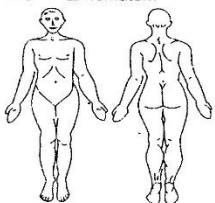
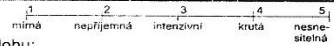
65 – 95 bodů lehká závislost

96 – 100 bodů nezávislý

Zdroj: TRACHTOVÁ, EVA., a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2.* vydání, Brno: NCO NZO, 2006, 186 s., ISBN: 80-7013-324-4

PŘÍLOHA č. 3 Ošetřovatelská anamnéza

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

TERAPEUTICKÉ / KOMPENZAČNÍ POMŮCKY																										
Katetry/kanyly: dat. zavedení: <input type="checkbox"/> periferní žilní <input type="checkbox"/> centrální žilní <input type="checkbox"/> arteriální <input type="checkbox"/> močový katétr dat. posl. katetrizace: _____ drenáž: <input type="checkbox"/> tracheostomická kanyla	sondy/stomie: <input type="checkbox"/> NG <input type="checkbox"/> NJ <input type="checkbox"/> gastrostomie <input type="checkbox"/> nefrostomie <input type="checkbox"/> kolostomie	pomůcky: <input type="checkbox"/> kardiostimulátor <input type="checkbox"/> hůl/berle <input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> brýle <input type="checkbox"/> sluch. aparát <input type="checkbox"/> končetinová protéza:	<input type="checkbox"/> inz. pero <input type="checkbox"/> vozík <input type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> dolní <input type="checkbox"/> kont. čočky <input type="checkbox"/> inz. pumpa																							
POHYBLIVOST, SOBĚSTAČNOST		VYLUČOVÁNÍ																								
Barthelův test všedních činností  <p>0 - 40 bodů - vysoce závislý 45 - 60 bodů - závislost středního stupně 65 - 95 bodů - lehká závislost 100 bodů - nezávislý</p> Kategorie: Pády v anamnéze v posl. 6 měsících: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano		datum poslední stolice: stolice: <input type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> neprav. Jak často: užívá projímadla / jaká:																								
		DÝCHÁNÍ																								
		<input type="checkbox"/> bez potíží Příčina zhoršeného dýchání: <input type="checkbox"/> námaha <input type="checkbox"/> kardiální <input type="checkbox"/> kašel <input type="checkbox"/> bolesti <input type="checkbox"/> kouření <input type="checkbox"/> astma - jaké užívá léky: jiné:																								
		STAV KŮŽE																								
		<input type="checkbox"/> norm. <input type="checkbox"/> dekubitus <input type="checkbox"/> odřenina <input type="checkbox"/> hematom <input type="checkbox"/> bérkový vřed <input type="checkbox"/> vyrážka - místo: • charakter rány: • převaz rány (čím): • dat. posl. převazu:																								
																										
KOGNITIVNÍ FUNKCE, KOMUNIKACE		BOLEST																								
vědomí: <input type="checkbox"/> norm. <input type="checkbox"/> zhoršené orientace: <input type="checkbox"/> norm. <input type="checkbox"/> zmatený komunikace: <input type="checkbox"/> bez problémů <input type="checkbox"/> zhoršená kontakt: <input type="checkbox"/> odezírá <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> afatický slovník	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano  Používá úlevovou polohu: Používá zmírňující prostředky:																									
VÝŽIVA		SOCIÁLNÍ PODMÍNKY																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BMI</td> <td>> 20</td> <td>18 - 20</td> <td>< 18</td> </tr> <tr> <td>Ztráta hmotnosti za posl. 3 měs.</td> <td>< 3 kg</td> <td>3 kg</td> <td>> 3 kg</td> </tr> <tr> <td>Příjem jídla za posl. měsíc</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>< 1/2 porce</td> </tr> <tr> <td>Stres faktor</td> <td></td> <td>horečka, bolesti břicha, nechtěná zvracení</td> <td>průjem, zvracení > 6 dní, dialýza, odmítnutí stravy</td> </tr> <tr> <td>Celkem *</td> <td>-</td> <td colspan="2">Dietní omezení:</td> </tr> </tbody> </table>		0	1	2	BMI	> 20	18 - 20	< 18	Ztráta hmotnosti za posl. 3 měs.	< 3 kg	3 kg	> 3 kg	Příjem jídla za posl. měsíc	-	-	< 1/2 porce	Stres faktor		horečka, bolesti břicha, nechtěná zvracení	průjem, zvracení > 6 dní, dialýza, odmítnutí stravy	Celkem *	-	Dietní omezení:		Bydlí doma sám: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne s kým: Kdo se bude o ni/něho starat po propuštění:	
	0	1	2																							
BMI	> 20	18 - 20	< 18																							
Ztráta hmotnosti za posl. 3 měs.	< 3 kg	3 kg	> 3 kg																							
Příjem jídla za posl. měsíc	-	-	< 1/2 porce																							
Stres faktor		horečka, bolesti břicha, nechtěná zvracení	průjem, zvracení > 6 dní, dialýza, odmítnutí stravy																							
Celkem *	-	Dietní omezení:																								
		SPÁNEK																								
		Cítí se odpočinutý po spánku: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne problémy: <input type="checkbox"/> nemůže usnout <input type="checkbox"/> často se v noci budí <input type="checkbox"/> brzy vzhůru, kdy: <input type="checkbox"/> musí na toaletu																								
VÍRA, ETNIKUM		PLÁNOVANÉ PROPUŠTĚNÍ																								
Víra (příkladá-li jí pac. význam): Etnikum: <input type="checkbox"/> Vietnamci <input type="checkbox"/> Ukrajinci jiné:		Předpokládá se edukace <input type="checkbox"/> pacienta <input type="checkbox"/> rodiny v: <input type="checkbox"/> aplikaci inzulínu <input type="checkbox"/> péči o stomii <input type="checkbox"/> nácviku soběstačnosti <input type="checkbox"/> ošetřování / RHC <input type="checkbox"/> jiné:																								
ALERGIE (červeně)																										
CENNOSTI, PRÁVA PACIENTŮ																										
Uloženy v trezoru FN <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano (viz. doklad) Šaty uloženy v centrální šatně <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Klient byl informován, že za cennosti, které uloží do centrálního trezoru, personál neodpovídá. Klient byl seznámen Právy pacientů a Provozním řádem oddělení: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Podpis pacienta: Informace podala sestra: _____ datum: _____ Anamnézu odebrala sestra: _____ hod.: _____																										

Zdroj: Ošetřovatelská anamnéza (Pobytový list - tiskopis FN Plzeň, FN0361/02)

PŘÍLOHA č. 4 Model Virginia Henderson - Teorie základní ošetrovatelské péče

1. Normální dýchání
2. Dostatečný příjem potravy a tekutin
3. Vylučování
4. Pohyb a udržování vhodné polohy
5. Spánek a odpočinek
6. Vhodné oblečení, oblékání a svlékání
7. Udržování fyziologické tělesné teploty
8. Udržování upravenosti a čistoty těla
9. Odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých
10. Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů
11. Vyznávání vlastní víry
12. Smysluplná práce
13. Hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace
14. Učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení

Zdroj: PAVLÍKOVÁ, SLAVOMÍRA. *Modely ošetrovatelství v kostce*, 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 152 s., ISBN 80-247-1211-3

PŘÍLOHA č. 5 Souhlas s povolením sběru informací ve FN Plzeň



Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči

Dr. E. Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní

Jitka Těšínská

Studentka oboru Všeobecná sestra, Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií,
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** sběr informací o ošetrovatelských / léčebných metodách používaných u pacientů *Onkologické a radioterapeutické kliniky (ORAK) FN Plzeň*, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Ošetrovatelská péče o pacienta s nádorovým onemocněním mozku*“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra osloveného pracoviště souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění.
- **Sběr informací pro Vaši kazuistiku budete provádět pod přímým vedením Mgr. Simony Boudové, vrchní sestry ORAK.**
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, pokud budou uvedeny ve Vaší práci, budou anonymizovány.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete Zdravotnickému oddělení / klinice či Organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho výzkumu, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, jejich soukromí či pokud by spolupráce s Vámi zaměstnanci pociťovali jako újmu. Účast zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených zaměstnanců FN Plzeň s Vámi.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr., Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

28. 4. 2014

Zdroj: vlastní