

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2017**

**Lenka Vondráčková**



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

**Lenka Vondráčková**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**ROLE SESTRY V PÉČI O PACIENTA S MALOBUNĚČNÝM  
INOPERABILNÍM KARCINOMEM PLIC**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Simona Šípová

PLZEŇ 2017



Prohlášení

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

V Plzni dne: 25.3.2017

.....  
vlastnoruční podpis

## Poděkování

Děkuji Mgr. Simoně Šípové za odborné vedení bakalářské práce a poskytování cenných rad a připomínek. A především za ochotu a čas, který mi věnovala.

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Vondráčková Lenka

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Role sestry v péči o pacienta s malobuněčným inoperabilním karcinomem plic

Vedoucí práce: Mgr. Simona Šípová

Počet stran – číslované: 63

Počet stran – nečíslované: 14

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 28

**Klíčová slova: chemoterapie – karcinom plic – komplikace léčení – ošetrovatelský proces – paliativní péče – plíce – přístup sester**

## **Souhrn**

Dlouhodobě představují celosvětově nádory plic vzhledem ke své agresivitě závažný medicínský problém. Česká republika se bohužel řadí ve výskytu plicní malignity na jedno z předních míst na světě.

V ČR je rakovina plic u mužů nejčastějším nádorovým onemocněním, u žen třetím nejčastějším. Z historického hlediska ženy v tomto směru statisticky muže rychle dohánějí. Je to dáno především větší oblibou nikotinu u žen než například před padesáti lety.

Ročně je v ČR nově diagnostikováno přibližně 6500 pacientů a 5500 pacientů na plicní nádor zemře. V tomto směru je malobuněčný typ rakoviny nejzákeřnější a zaujímá asi 20% všech plicních nádorů.

Ve své bakalářské práci popisují problematiku ošetrovatelské péče a roli sestry v souvislosti s péčí o pacienta, zahájením a průběhu léčby a ev. jejími nežádoucími účinky, komplikacemi a reakcemi na změny pacientových nálad, změn zdravotního stavu i s ohledem na průběh choroby.

## **Annotation**

Surname and name: Vondráčková Lenka

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: The nurses role in taking care of patient with small cell lung carcinoma

Consultant: Mgr. Simona Šípová

Number of pages – numbered: 63

Number of pages – unnumbered: 14

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 28

**Keywords: access of nurses – complications of treatment – chemotherapy – dying – lung – lung cancer – nursing process – palliative care**

## **Abstract**

Lung cancer is the leading cause of cancer deaths worldwide in both men and women and due to their aggressiveness become a serious medical problem. Czech Republic, unfortunately, lies in the incidence of lung cancer in one of the leading places in the world.

The lung cancer remains the leading cause of cancer mortality in men and 3rd cause of mortality in women in the Czech Republic. From the historical point of view the women are statistically just behind the men. The reason is in growing popularity of nicotine in women nowadays comparing to fifty years ago.

There are approximately 6500 newly diagnosed patients per year in the Czech Republic and about 5500 patients dies for the lung cancer in one year. The small cell lung carcinoma is the most insidious type of lung cancer and occupies about 20% of all lung tumors.

In my bachelor thesis I focus on nursing care and the nurses role in the care of patient with lung cancer, in the begining of the diagnose and start of the treatment, during the treatment ( including dealing with drug side effects, complications) and focus on the psychological changes and changes in the patients health status as the disease progresses.



## Obsah

Úvod .....	9
<b>Teoretická část .....</b>	<b>10</b>
<b>1 Anatomie a fyziologie dýchacího systému.....</b>	<b>10</b>
1.1 Anatomie dýchacího systému .....	10
1.2 Fyziologie dýchacího systému.....	13
<b>2 Bronchogenní karcinom .....</b>	<b>15</b>
2.1 Nemalobuněčný karcinom plic .....	16
2.2 Malobuněčný karcinom plic .....	17
<b>3 Malobuněčný karcinom plic.....</b>	<b>19</b>
3.1 Incidence a prevalence malobuněčného karcinomu plic .....	19
3.2 Epidemiologie malobuněčného karcinomu plic.....	19
3.3 Prognóza malobuněčného karcinomu plic .....	22
3.4 Klinický obraz.....	22
3.5 Léčba.....	24
3.5.1 Chirurgická léčba .....	24
3.5.2 Chemoterapie .....	24
3.5.3 Radioterapie .....	25
3.5.4 Léčba bolesti .....	26
3.6 Nežádoucí účinky léčby malobuněčného karcinomu plic .....	26
<b>4 Profesionální přístup sester k pacientovi s onkologickým onemocněním... 28</b>	<b>28</b>
4.1 Zásady profesionálního přístupu k onkologicky nemocným pacientům ...	28
<b>Praktická část.....</b>	<b>30</b>
<b>5 Formulace problému.....</b>	<b>30</b>
<b>6 Cíl výzkumu .....</b>	<b>30</b>
6.1 Dílčí cíle.....	30
6.2 Výzkumné otázky .....	30
<b>7 Druh výzkumu a výběr metodiky .....</b>	<b>30</b>
<b>8 Metoda.....</b>	<b>30</b>
<b>9 Výběr případu .....</b>	<b>31</b>
<b>10 Způsob získávání informací.....</b>	<b>31</b>
<b>11 Organizace výzkumu .....</b>	<b>32</b>
11.1 Kazuistika č. 1 .....	32

11.1.1	Diagnózy .....	32
11.1.2	Anamnéza.....	32
11.1.3	Fyziologické funkce .....	33
11.1.4	Průběh hospitalizací .....	33
11.1.5	Ošetrovatelský proces podle modelu M. Gordonové.....	35
11.2	Kazuistika č. 2 .....	39
11.2.1	Diagnózy .....	39
11.2.2	Anamnéza.....	39
11.2.3	Fyziologické funkce .....	40
11.2.4	Průběh hospitalizace .....	40
11.2.5	Ošetrovatelský proces podle modelu M.Gordonové.....	41
11.3	Kazuistika č. 3 .....	45
11.3.1	Diagnózy .....	45
11.3.2	Anamnéza.....	46
11.3.3	Fyziologické funkce .....	47
11.3.4	Průběh hospitalizace .....	47
11.3.5	Ošetrovatelský proces podle modelu M.Gordonové.....	49
<b>12</b>	<b>Souhrn získaných údajů.....</b>	<b>54</b>
<b>13</b>	<b>Diskuze.....</b>	<b>59</b>
<b>14</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>63</b>
	<b>Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>64</b>
	<b>Seznam zkratk .....</b>	<b>67</b>
	<b>Seznam obrázků.....</b>	<b>68</b>
	<b>Seznam příloh.....</b>	<b>69</b>

## ÚVOD

Svojí bakalářskou prací chci poukázat na problémy pacientů léčených s malobuněčným karcinomem plic, čím procházejí, jak své obtíže zvládají a jak může sestra co nejlépe pacientům pomoci. Jde o velmi závažné onemocnění, které bývá odhaleno a diagnostikováno již v pokročilém stádiu. Pacienti v té době již mají mnoho obtíží a léčení malobuněčného karcinomu jim většinou ještě jejich zdravotní stav zhorší. Je to potom právě sestra a ošetrovatelský personál, kdo je s pacientem v nejtěsnějším a nejčastějším kontaktu a vnímá všechny jeho potřeby a problémy. Obsahem je nejprve teoretická část, která je věnována anatomii dýchacích cest, morfologii nádorů a jejich diagnostice, onkologické léčbě obecně a přístupu sester k onkologicky nemocnému pacientovi. V kazuistikách popisují pacienty, kterým byl diagnostikován malobuněčný karcinom plic, jejich léčbu a s tím spojené komplikace. Výstupem mé práce je mapa ošetrovatelské péče o pacienty s malobuněčným karcinomem.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE DÝCHACÍHO SYSTÉMU

V následující kapitole bude pozornost věnována popisu anatomie a fyziologie dýchací soustavy.

Podmínkou látkové výměny v organismu je neustálý přívod kyslíku. Při veškerých, v organismu, probíhajících pochodech ve tkáních vzniká oxid uhličitý a voda, které je nutno z organismu odstraňovat. Výměna a přenos kyslíku a oxidu uhličitého v těle jsou uskutečňovány prostřednictvím krve. Z funkčního hlediska je dýchání složeno ze tří na sebe navazujících procesů:

- **Zevní dýchání**, což je první fází dýchacího cyklu, kdy dochází k výměně plynů mezi atmosférou a krví. K této výměně dochází výhradně v plicích.
- **Rozvod dýchacích plynů**, mezi povrchem plic a buňkami tkání obstarává krev. Transport plynů je oboustranný, kdy je do tkání přiváděn kyslík a ze tkání je odváděn oxid uhličitý a voda. Oxid uhličitý difunduje v plicích do vydechovaného vzduchu.
- **Vnitřní neboli tkáňové dýchání** zajišťuje výměnu plynů mezi krví a tkáňovými buňkami a zahrnuje i okysličovací pochody, jež jsou realizovány uvnitř buněk. (DYLEVSKÝ, 2013)

### 1.1 Anatomie dýchacího systému

Dýchací cesty se dělí na zevní nos, nosní dutinu, nosohltan, hrtan, průdušnici, průdušky a plíce. Za vlastní dýchací části plic jsou respirační bronchy a alveoly. (DYLEVSKÝ, 2009) Dýchací cesty zachovávají ve všech svých oddílech stejný stavební mechanismus, jež je dán všem trubicovitým orgánům. Stěna trubicovitých orgánů je složena ze sliznice, podslizničního vaziva a z chrupavčitého skeletu, vaziva a hladké svaloviny. (DYLEVSKÝ, 2013)

**Nos, nosní dutina a vedlejší nosní dutiny.** **Nos (nasus)** je trojbokého tvaru a tvoří přední část obličeje. Povrch nosu je pokryt kůží, jež obsahuje mnoho mazových žlázek. Podkladem kořene nosu jsou párové nosní kůstky, výztuž dalších partií nosu tvoří chrupavky. **Nosní dutina (cavitas nasi)** je na nos navazující prostor, který je po stranách

ohraničený kostěnými výběžky horní čelisti. Strop dutiny nosní je tvořen kostí čelní a kostí čichovou. V zadní části pokračuje nosní dutina dvěma otvory do nosohltanu, jedná se o tzv. choany. (DYLEVSKÝ, 2009) Nosní dutina je patrem oddělena od dutiny ústní. **Nosní přepážka (septum nasi)** rozděluje prostor nosní dutiny na dvě nestejně poloviny, jež jsou horizontálně členěny nosními skořepami na horní, střední a dolní nosní průchod. (DYLEVSKÝ, 2013)

Nosní dutina se propojuje i s prostory, které se nacházejí v oblasti lebečních kostí, a jedná se o tzv. **vedlejší nosní dutiny**. (ELIŠKOVÁ, NAŇKA, 2006)

**Nosohltan (nasopharynx)** je horní nálevkovitý úsek hltanu, do které choanami proudí vzduch z nosní dutiny. Vzduch vdechnutý ústy je do hrtanu přímo přiváděn, tedy tento vzduch je bez jakýchkoli „úprav“ v nosní dutině a v nosohltanu a tudíž obsahuje mikroorganismy, prach apod. Hranicí mezi nosohltanem a ústní částí hltanu je měkké patro a čípek. Při procesu polykání se zvedá svalovina měkkého patra a odděluje ústní dutinu od dutiny nosní. Po stranách hltanu ústí do nosohltanu, na každé straně, tzv. Eustachova trubice, jež spojuje střední ucho s nosohltanem. Eustachova trubice vyrovnává změny tlaku ve středouší. (DYLEVSKÝ, 2009) V blízkosti obou ústí Eustachových trubice se nachází nakupenina lymfatické tkáně, o níž hovoříme jako o nosohltanové mandli. Nosohltanová mandle patří k mízní tkáni nosní dutiny a nosohltanu, kdy vytváří bariéru a ochranu organismu proti infekci, která se šíří vzduchem. (DYLEVSKÝ, 2013)

**Hrtan (larynx)** má typický trubicovitý tvar s mírně nálevkovitým vyklenutím do horní části hltanu a s dolním úsekem, jež přechází plynule do průdušnice. Hrtan je lokalizován na přední straně krku, před jícnem. Je zavěšen na jazylce, která je připojena k lebeční bazi. Kostra hrtanu je tvořena hrtanovými chrupavkami, kdy největší z nich je chrupavka štítná, která vytváří nápadnou vyvýšeninu v přední části krku. Pod štítnou chrupavkou se nachází prstenčitá chrupavka, ke které jsou na zadním obvodu připojeny tzv. trojboké hlasivkové chrupavky. Od hlasivkových chrupavek jdou k zadní ploše štítné chrupavky hlasové vazy. Dutina hrtanu je od hltanu oddělena hrtanovou příklopkou neboli epiglotitis. (DYLEVSKÝ, 2013) Hrtanové chrupavky jsou mezi sebou navzájem spojené drobnými klouby, jež umožňují a zprostředkovávají jejich vzájemný pohyb. (DYLEVSKÝ, 2009)

**Průdušnice a průdušky.** **Průdušnice (trachea)** navazuje na prstencovou chrupavku a svým průběhem před jícnem sleduje zakřivení páteře. V krčním úseku, po stranách trachey, se nacházejí laloky štítné žlázy. (ELIŠKOVÁ, NAŇKA, 2006) Trachea vstupuje do hrudníku, kde se následně rozděluje na pravou a levou průdušku a poté vstupuje do plic. **Pravá průduška (bronchus dexter)** probíhá téměř v přímém pokračování trachey. **Levá průduška (bronchus sinister)** odstupuje pod ostřejším úhlem a je také, oproti pravému bronchu, delší. Po vstupu průdušek do plic se bronchy mnohonásobně větví do tzv. bronchiálního stromu. Bronchy, jejichž průsvit je menší než jeden milimetr se nazývají jako bronchioly. **Bronchioly** mají již poměrně redukovanou stavbu své stěny, neboť jsou tvořené především sliznicí a vazivem, svalovina je redukována. Větve bronchiálního stromu tvoří společně s okolním vazivem, hladkými svaly a cévami, poměrně pružný skelet plic. (DYLEVSKÝ, 2013)

**Plíce (pulmo, pulmones)** jsou orgány jehlanovitého tvaru, vyplňující převážnou část prostoru hrudní dutiny. Vrcholky plic, které přesahují horní okraje klíčních kostí, jsou pojmenovány jako tzv. plicní hroty. Lehce prohloubené plochy, kterými plíce naléhají na bránici, tvoří plicní báze. Bronchy, cévy a tak nervy vstupují do plic v tzv. plicních stopkách – v plicních hilech. (DYLEVSKÝ, 2013)

**Pravá plíce** je hlubokými zářezy diferencována na tři laloky a **levá plíce** má dva laloky. Plicní tkáň je složena z rozmanitého typů bronchů, vaziva, cév a nervů. (ELIŠKOVÁ, NAŇKA, 2006) Bronchy se po vstupu do plic dělí na lalokové bronchy a ty se následně dále větví na bronchy segmentové. Plicní segment je úsek plicní tkáně, který vykazuje vlastní průdušku a cévy a je oddělen od ostatních segmentů vazivovou vrstvou.

**Segmentové bronchy** se dále diferencují až na respirační bronchy, kterými jsou započaty vlastní dýchací odstavce plic. Teprve zde dochází k výměně plynů. **Respirační bronchy** (bronchioly, průdušinky) se po krátkém průběhu mírně rozšiřují, a na rozšířené úseky nasedají polokulovité váčky neboli alveoly. (DYLEVSKÝ, 2013)

**Plicní alveoly** mají stěnu tvořenou sítí jemných vazivových vláken, mezi kterými se nacházejí bohaté pleteně krevních kapilár. Na vnitřní (dutinové) straně alveolů se nachází tenká vrstva respiračního epitelu, který je tvořen mimořádně plochými buňkami, přes které jsou molekuly transportovány z dutiny alveolu do krve, která protéká kapilárami a naopak. (DYLEVSKÝ, 2013) Dylevský uvádí, že: „*respirační bronchy s celým*

*„systémem váčků a cévami, tvoří funkční jednotku plic, plicní lalůček, který je v průměru velký asi 1 mm“.* (DYLEVSKÝ, 2013)

## 1.2 Fyziologie dýchacího systému

V průběhu dýchání je realizována celá řada fyzikálních a chemických změn ve složení jak vdechovaného, tak i vydechovaného vzduchu. Vdechovaný vzduch se průchodem horními cestami čistí, zvlhčuje a také otepluje. Vydechovaný vzduch se naopak ochlazuje, čímž se tedy velmi výrazně omezují tepelní ztráty v organismu. (ELIŠKOVÁ, NAŇKA, 2006) Dylevský ke složení vdechovaného vzduchu prezentuje, že: „*vdechovaný vzduch se skládá z 21 % (20,94 %) kyslíku, 79 % (79,02 %) dusíku a vzácných plynů a z 0,04% oxidu uhličitého*“.

 (DYLEVSKÝ, 2013)

Vydechovaný vzduch nemá stejné složení. V první fázi výdechu je jeho skladba poměrně obdobná jako u vzduchu vdechovaného. Tento vzduch prochází z tzv. mrtvého prostoru, jež tvoří převážně horní cesty dýchací (nosní dutina, vedlejší nosní dutiny, trachea, bronchy až alveoly). Do mrtvého prostoru také zařazujeme alveoly, jež nejsou ve chvíli nádechu prokrvené. Objem **mrtvého dýchacího prostoru** se pohybuje kolem 150 až 230 ml. Ve druhé fázi výdechu je následně vydechován alveolární vzduch, který obsahuje 15 až 16 % kyslíku a asi 5 až 6 % oxidu uhličitého. Při klidném dýchání tvoří objem vydechovaného vzduchu kolem 500 ml. (DYLEVSKÝ, 2013) Vlastní převod plynů, tedy kyslíku a oxidu uhličitého, z vdechovaného vzduchu do krevního oběhu a naopak je uskutečňován v prokrvených plicních alveolách a to za využití procesu difúze. Plicní difúze představuje pasivní děj, který je závislý na celé řadě faktorů a aspektů. Důležitý, pro difúzi, je především rozdíl tlaku kyslíku v plicních alveolách a v krvi, jež se nachází v plicních kapilárách. (DYLEVSKÝ, 2009)

Při **vdechu** neboli inspiriu se zvětšují rozměry hrudníku, neboť do plic je nasáván vzduch. Inspirium je aktivním dějem, který je výrazně závislý na aktivitě a funkčnosti vdechových svalů, kterými je bránice, zevní mezižeberní svaly, svaly prsní a také některé svaly krku a zad. **Výdech** čili expirium je pasivním dějem, při kterém se uplatňuje vlastní pružnost plic, pružnost stěny hrudníku a také hmotnost hrudníku. Mezi výdechové svaly zařazujeme břišní svaly, vnitřní mezižeberní svaly. Při prohloubeném dýchání

se do procesu dýchání zapojují navíc ještě tzv. pomocné dýchací svaly: zádové svaly, krční svaly nebo svaly pletence pažního. (DYLEVSKÝ, 2013) Množství vzduchu, jež člověk vydechne v průběhu jednoho výdechu, se definuje jako tzv. **dechový objem**. Při klidném dýchání je dechový objem tvořený zhruba 500 ml vzduchu. Při fyzické námaze či při výrazném rozrušení stoupá dechový objem až na hodnotu 1 až 2 litry. Po normálním vdechu nebo výdechu je zdravá osoba schopna nadechnout ještě určité množství vzduchu, tj. inspirační rezervní objem a při výdechu vydechnout, tzv. expirační rezervní objem. Maximální množství vzduchu, které můžeme vydechnout po největším možném nádechu, se nazývá jako **vitální kapacita plic**, která je orientačním ukazatelem výkonnosti a funkčnosti plic. (DYLEVSKÝ, 2013)

Dýchání je proces, jež se neustále přizpůsobuje na měnící se podmínky a potřeby organismu. Hlavní roli v procesu dýchání má dýchací centrum, které se nachází v prodloužené míše. Frekvence dýchacích pohybů se v klidovém režimu pohybuje kolem 12 až 20 dechů za minutu. Aktivita dýchacího centra je automatickým, reflexním dějem, který ale může být ovlivňován celou řadou jak chemických, tak i nervových podnětů. (DYLEVSKÝ, 2013)



## 2 BRONCHOGENNÍ KARCINOM

Bronchogenní karcinom je celosvětově považován, a to především z hlediska mortality, za vůbec nejčteněji se prezentující nádor, který je maligního, tj. zhoubného charakteru. Bohužel Česká republika patří mezi státy, jež vykazují výraznou incidenci a také mortalitu u tohoto typu nádoru. Na bronchogenní karcinom celosvětově umírá kolem 1,1 miliónu osob za rok. Česká republika patří mezi země s vysokou incidencí i mortalitou na karcinom plic. V České republice na bronchogenní karcinom zemře kolem 5500 osob.

Je možné uvést, že mortalita na plicní karcinom se, u mužského pohlaví, v posledních letech výrazně snižuje (např. za dobu posledních 25 let došlo ke snížení mortality asi o 15 %), ale u ženského pohlaví stále mortalita dosahuje poměrně vysokých hodnot a je trvale na neustálém vzestupu. (ZATLOUKAL, 2011) Začátkem 20. století se jednalo o vzácně se vyskytující onemocnění, zatímco koncem 20. století se již jedná o chorobu, která je poměrně častá. Hlavní příčinou vzniku tohoto závažného onemocnění je kouření. (ZATLOUKAL, PETRUŽELKA, 2001) Zatloukal a Petruželka uvádějí, že: „*u žádného z běžně se vyskytujících nádorů nebyl vztah mezi vyvolávající příčinou a vznikem onemocnění statisticky tak přesvědčivě doložen, jak je tomu v případě kouření a plicní rakoviny*“. (ZATLOUKAL, PETRUŽELKA, 2001)

Nádorová transformace představuje přeměnu normální, fyziologické, buňky v buňku nádorového typu. Jejím dělením poté vzniká celý nádor, jež tedy představuje klonální proliferaci. Hlavní podstatou transformace je přeměna neboli mutace určitých genů, tj. protoonkogenů na onkogeny. Tato mutace může být zapříčiněna jednak chemikáliemi (kancerogeny) radiací nebo onkoviry. (FAKAN, 2005)

Dle biologické povahy se nádory diferencují na benigní a maligní. Benigní neboli nezhoubné nádory jsou specifické tím, že rostou pomalu a expanzivně, tj. mechanicky kolem sebe roztlačují okolní tkáň, ve většině případech mají vazivové pouzdro a netvoří dceřiná ložiska, tj. metastázy. Maligní (zhoubné nádory) rostou velmi rychle a infiltrují se do svého okolí, ničí okolní tkáň, do které vrůstají. Jejich specifikem je to, že nebývají opouzdřené a zakládají vzdálené metastázy. (FAKAN, 2005) Bronchogenní karcinom řadíme do skupiny maligních, tj. zhoubných nádorů. (ZATLOUKAL, PETRUŽELKA, 2001)

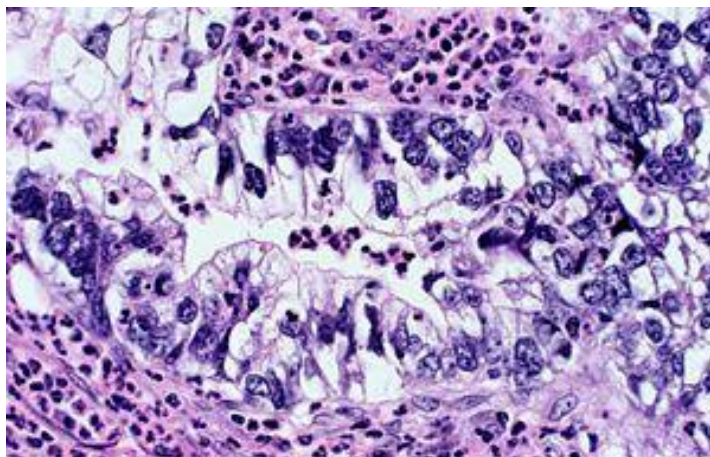
Bronchogenní karcinomy se dle biologického chování, histologického složení nebo podle místa vzniku diferencují na tzv. nemalobuněčný a malobuněčný karcinom. Malobuněčné karcinomy zaujímají četnost zhruba kolem 20 až 25 % a karcinomy nemalobuněčného typu zaujímají kolem 75 až 80 % ze všech případů bronchogenního karcinomu. (SKŘÍČKOVÁ, KAPLANOVÁ, 2008) I přes výrazný pokrok léčby a diagnostiky jsou zatím výsledky léčby stále neuspokojivé, neboť většina pacientů s tímto druhem nádoru umírá. Za vůbec nejdůležitější prognostický aspekt je považováno stádium onemocnění v době jeho diagnostikování. (ZATLOUKAL, 2011)

## **2.1 Nemalobuněčný karcinom plic**

Nemalobuněčný bronchogenní karcinom (viz obrázek 1) neboli také non Small Cell Lung Cancer jak již bylo uvedeno výše je čtenější než malobuněčný karcinom, a to kolem 75 až 80 %. Jedná se o nádor, který oproti malobuněčnému nádoru pomaleji roste a jsou pro něj typické symptomy tzv. regionální diseminace (tvorba metastatických ložisek). (VORLÍČEK, ABRAHAMOVÁ, VORLÍČKOVÁ, 2012) U časných nebo lokálně pokročilých fází choroby je možné provést chirurgické řešení. U pokročilých stádií nemoci je indikována radioterapie a chemoterapie, nikoli ale léčba chirurgická. Z hlediska histologie do této skupiny zhoubných nádorů patří např. adenokarcinom, dlaždicobuněčný karcinom, adenoskvamózní karcinom nebo velkobuněčný karcinom apod. (ZATLOUKAL, PETRUŽELKA, 2001)

Radikální radioterapie může prodloužit přežití nemocných, bez tvorby vzdálených metastáz, a současně zvyšuje jejich kvalitu života. Také chemoterapie má v komplexní léčbě nemalobuněčného karcinomu důležitý význam, neboť chemosenzitivita tohoto typu nádoru je výrazně nižší než tomu je malobuněčného karcinomu. (ZATLOUKAL, 2008)

Obrázek 1 Nmalobuněčný bronchogenní karcinom (adenokarcinom plic)



Zdroj: (MALIŠKOVÁ, 2014)

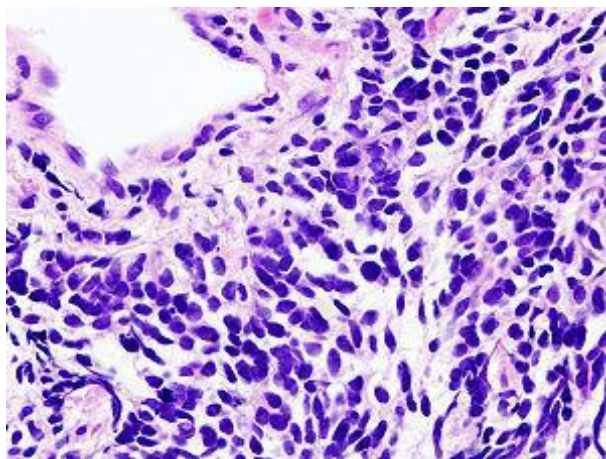
## 2.2 Malobuněčný karcinom plic

Malobuněčný bronchogenní karcinom čili Small Cell Lung Cancer se prezentuje asi ve 20 až 25 % ze všech plicních tumorů. Pro tento typ nádoru je typický rychlý růst a také sklon k rychlému metastazování. Mezi typy malobuněčného bronchogenního karcinomu plic zařazujeme např. ocáskový karcinom, intermediální karcinom, ovískový smíšený karcinom. (ZATLOUKAL, 2008)

Jedná se o nádorové onemocnění, jež se velmi rychle šíří do vzdálených lokalit, tj. rychle metastazuje. Mezi nejčastěji zasažené lokality nádorovým bujením patří oblast mozku, jater nebo kostní dřev. (ZATLOUKAL, 2008) V době diagnostikování se již většinou nádor prezentuje svými klinickými symptomy metastáz. Zároveň se ale objevují příznaky, tzv. paraneoplastické syndromy, které bývají velmi často primárními symptomy, které na onemocnění upozorňují. Může se jednat o projevy neurologického, kožního charakteru, dále se objevují kloubní bolesti, žilní záněty apod. Malobuněčný karcinom plic (viz obrázek 2) tedy představuje systémové onemocnění, které nutně vyžaduje komplexní a systémovou terapii. (ZATLOUKAL, 2011) Při léčbě malobuněčného karcinomu plic dominuje především chemoterapie a také radioterapie. Chirurgický zákrok je realizován přísně individuálně a to pouze u raných fází choroby. (ZATLOUKAL, PETRUŽELKA, 2001) Pro léčbu je důležité diferenciaci nádoru do dvou základních skupin, a to na limitovanou fázi onemocnění a na extenzivní fázi (klasifikace Veterans Administration Lung Cancer Study Group (VALG)). Limitované stadium představuje chorobu, kdy je onemocnění ohraničené pouze na jedno plicní křídlo, ale současně mohou

být zasaženy i mízní uzliny, nebo se může prezentovat i jednostranný výpotek (na straně zasažené nádorovým onemocněním). Radioterapii je možné realizovat pouze v jednom ozařovacím poli. Extenzivní stádia onemocnění představují všechny další typy onemocnění. (ZATLOUKAL, 2011)

Obrázek 2 Malobuněčný karcinom plic



Zdroj: (MALIŠKOVÁ, 2014)

Prognóza onemocnění je výrazně závislá na fázi onemocnění, v době, kdy je stanovena diagnóza. Léčebná reakce na chemoterapii se prezentuje zhruba ve 80 až 90 % nemocných. Tato léčebná reakce ale bohužel bývá pouze dočasná, neboť onemocnění má sklon recidivovat. U onemocnění limitované fáze bývá doba přežití, bez terapie, kolem tří měsíců, při využití chemoterapie se doba přežití zvyšuje na zhruba 12 až 14 měsíců a při terapii kombinovaného typu (tj. kombinace radioterapie a chemoterapie) se doba přežití pohybuje kolem 16 až 20 měsíců. U extenzivního stadia choroby je průměrná doba přežití, bez léčby, 6 týdnů, při využití chemoterapie je to zhruba 7 až 8 měsíců. (KADLEC, SKŘIČKOVÁ, 2012)

Je nutno ještě uvést, že plíce jsou mimo primárních plicních tumorů také častou lokalitou, kde se objevují sekundárních nádory neboli metastázy (asi kolem 25 až 50 % případů). Za nejčastější zdroj plicních metastáz je považováno nádorové onemocnění prsu, germinální tumory, osteosarkomy, sarkomy měkkých tkání, karcinomy štítné žlázy, nádory ledvin nebo gastrointestinálního traktu, nádory gynekologické nebo nádory prostaty apod. (ZATLOUKAL, 2008)

### **3 MALOBUNĚČNÝ KARCINOM PLIC**

V rámci této kapitoly bude pozornost věnována malobuněčnému karcinomu plic, jež je považován, z hlediska mortality, morbidity, úspěšnosti léčby a rizika metastazování za závažnější než karcinom plic, jež je nemalobuněčného charakteru.

#### **3.1 Incidence a prevalence malobuněčného karcinomu plic**

Malobuněčný karcinom tvoří kolem 20 až 25% ze všech prezentujících se plicních tumorů. Jedná se o nádor, pro nějž je typické a specifické, že se velmi rychle šíří do vzdálenějších orgánů, jako jsou mízní uzliny, játra, mozková tkáň nebo kostní dřev.

Další charakteristikou tohoto nádoru je skutečnost, že, velmi často, již v době stanovení diagnózy, se tumor prezentuje již svými symptomy, tj. zasažením vzdálenějších orgánů metastázami. Tudíž jde o to, že se velmi často projevují již sekundární ložiska nádoru než ložiska primární. (KADLEC, SKŘIČKOVÁ, 2012)

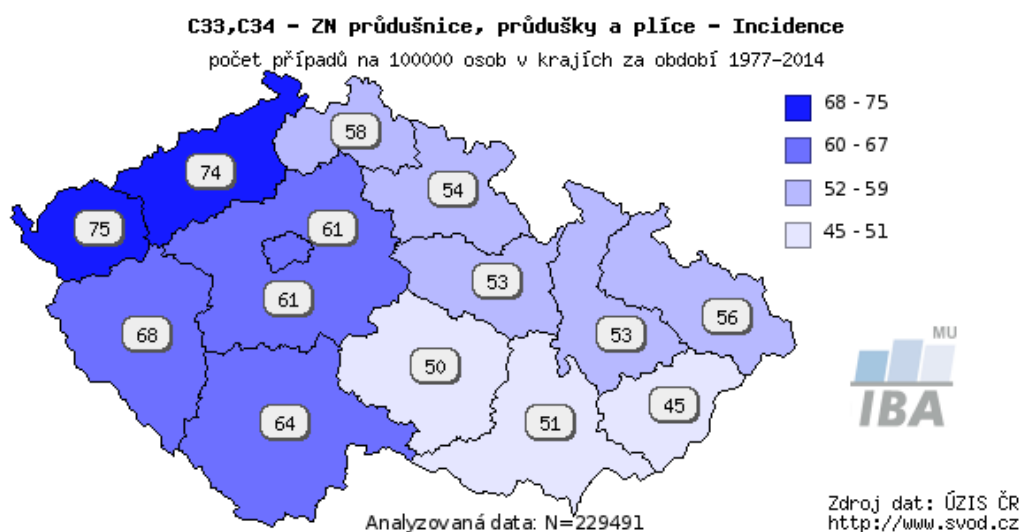
#### **3.2 Epidemiologie malobuněčného karcinomu plic**

V České republice je zhoubný novotvar trachey a plic považován za druhý nejčtenější tumor, jež je diagnostikován u mužů a čtvrtý maligní nádor, jež je diagnostikován u žen. Při provedení srovnání s dalšími evropskými zeměmi tak pak poté patří Česká republika mezi státy, jež disponují nejvyšší incidencí a také mortalitou na zhoubné onemocnění plic. U mužského pohlaví bylo zjištěno, že incidence a mortalita na tento typ nádorů pomalu klesá, zatímco u žen se prezentuje, i když, pozvolný nárůst, a to jak mortality, tak i incidence výskytu tohoto typu nádoru.

Zhruba až 75 % maligních nádorů bývá odhaleno a diagnostikováno u jedinců mužského pohlaví, kteří se nacházejí ve věku 60 let a více a u osob ženského pohlaví, se jedná také o věkovou skupinu 60 let a více, kdy je diagnostikováno kolem 66% novotvarů maligního charakteru. (ABRAHÁMOVÁ, 2016)

Pro lepší představivost ohledně výskytu zhoubných nádorů trachey, průdušky a plic prezentuji obrázek, jež ukazuje, četnost výskytu těchto nádorů v letech 1977 až 2014, v jednotlivých krajích České republiky.

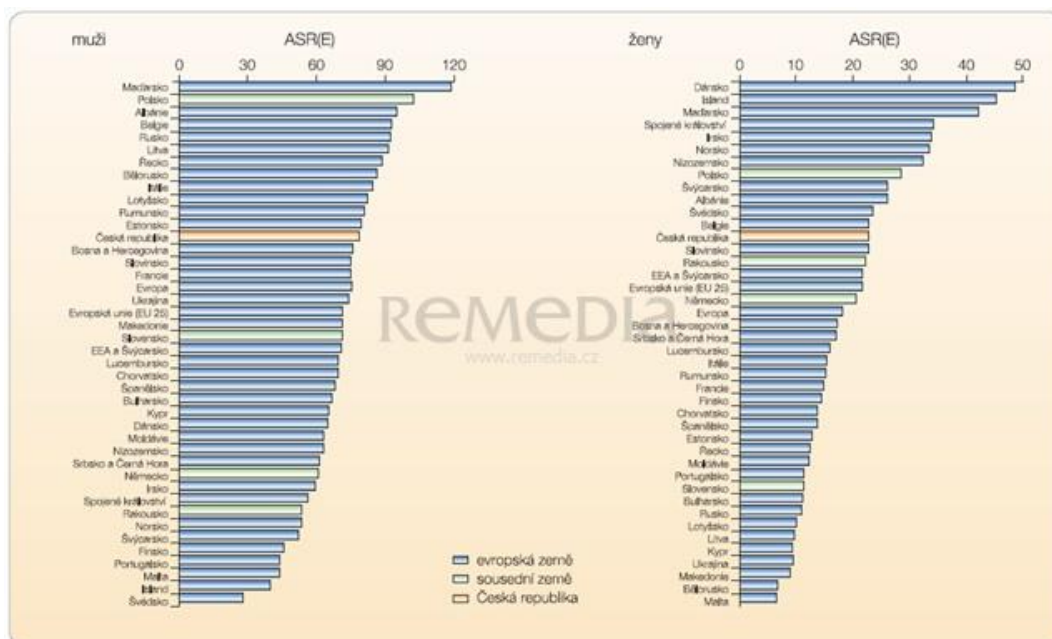
Obrázek 3 Epidemiologie zhoubných nádorů trachey, průdušky a plic



Zdroj: (WWW.LINKOS.CZ, 2016)

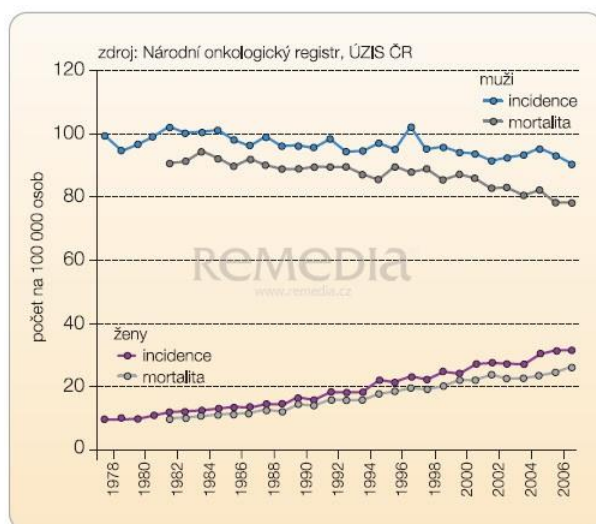
Zhoubné nádory představují malignitu, jež dosahuje vůbec nejvyšší mortalitu a to jak v České republice, tak i celosvětově. Z celosvětového pohledu na uvedené onemocnění umírá až kolem 1 miliónu osob za rok (viz obrázek 4). Česká republika, již dlouhodobě, patří při porovnání s dalšími evropskými státy mezi země, kde se prezentuje nejvyšší incidence a mortalita v důsledku zhoubného novotvaru plic. Za rok v České republice zemře, na tuto diagnózu, zhruba 3500 mužů a asi 1500 žen. (ABRAHÁMOVÁ, 2016) Vývoj incidence a mortality prezentuje obrázek 5.

Obrázek 4 Vývoj incidence a mortality u zhoubného novotvaru plic (z celosvětového hlediska, v ČR oranžové značení)



Zdroj: (ABRAHÁMOVÁ, 2016)

Obrázek 5 Vývoj incidence a mortality na zhoubný novotvar plic (v letech 1978 až 2006)



Zdroj: (ABRAHÁMOVÁ, 2016)

Obrázek 4 i 5 shodně ukazují, že se prezentuje výrazný nárůst incidence i mortality u zhoubného novotvaru plic a to jak v České republice, tak i v celosvětovém měřítku. Současně oba prezentované obrázky dále ukazují riziko mortality a incidence i vzhledem k pohlaví. Kdy se ukazuje, že u obou pohlaví je riziko tohoto onemocnění obdobné u obou

pohlaví, tudíž, dříve se jednalo o onemocnění, jež bylo hlavní doménou mužského pohlaví, zatímco v posledních letech dochází k nárůstu incidence choroby především u ženského pohlaví.

Z obrázku 5 je také zřejmé, že u žen se mortalita a incidence téměř rovnají, u mužů je o něco vyšší incidence než mortalita, z čehož se dá usuzovat, že z hlediska mortality je mortalita vyšší u ženského pohlaví, než mužského. Otázkou však zůstává, zda vyrovnání se mortality a incidence u žen je dáno zvýšením výskytu tohoto onemocnění u žen nebo opravdu tím, že pro ženy je toto onemocnění více smrtelné, vzhledem k mužskému pohlaví.

### **3.3 Prognóza malobuněčného karcinomu plic**

Celková prognóza choroby je závislá na konkrétní fázi onemocnění v době diagnostikování choroby. Terapeutická odpověď na podávanou chemoterapii se pohybuje v rozmezí 80 až 90 %, ale výrazným problémem je fakt, že tato odpověď je pouze dočasného charakteru, neboť choroba má výrazný sklon k recidivám a celkové progresi. (KADLEC, SKŘIČKOVÁ, 2012) Zatloukal, Petruželka prezentují, že: „*malobuněčný Karcinom plic se vyznačuje rychlým a agresivním typem růstu. Medián přežívaných naléčených nemocných ve stádiu limited disease (LD) je 12 týdnů a 5 – 6 týdnů u extensive disease (ED)*“ . (ZATLOUKAL, PETRUŽELKA, 2001) Kolem dvou let přežití se udává u 5% nemocných s diagnózou malobuněčného karcinomu plic. (KADLEC, SKŘIČKOVÁ, 2012)

### **3.4 Klinický obraz**

Úvodem této kapitoly je vhodné upozornit, že nejsou známy zcela jednoznačné klinické symptomy nebo spíše varovné signály, jež by umožňovaly zachycení a diagnostiku onemocnění ještě v počátečních stádiích. V případě, že se již klinické příznaky prezentují, tak to znamená, že choroba pokročila.

Klinické příznaky je možné diferencovat do třech základních skupin a to na příznaky lokálního typu, jejichž výskyt je závislý na lokalizaci nádoru, další skupinou jsou příznaky metastatického procesu a tzv. paraneoplastické symptomy. (SKŘIČKOVÁ, TOMÍŠKOVÁ, BABIČKOVÁ, KAPLANOVÁ, 2008)



**Klinické příznaky lokálního charakteru** představuje především **kašel**, kdy se jedná především o nově a náhle vzniklý kašel, jehož podkladem není chronická bronchitida nebo jiná akutní respirační onemocnění. Důležité je, že kašel přetrvává více jak 3 až 4 týdny a to i přes léčbu suspektní bronchitidy. (KADLEC, SKŘIČKOVÁ, 2012) Kašel bývá suchý, popřípadě s vykašláváním vazkého hlenu. Ve chvíli diagnostikování karcinomu je kašel přítomen zhruba u více jak 80 % nemocných. Dalším, poměrně, častým příznakem je **hemoptýza** čili vykašlávání krve. K hemoptýze dochází tehdy, když nádor poruší bronchiální cévu. Hemoptýza se při diagnostice onemocnění objevuje asi u 20 % nemocných osob. Spíše, než-li masivní krvácení se hemoptýza prezentuje jako drobné krvavé nitky ve sputu. Příznakem jsou i recidivující záněty plic neboli pneumonie, které nereagují na podávání antibiotik nebo neustále recidivují (stejná lokalizace). (SKŘIČKOVÁ, TOMÍŠKOVÁ, BABIČKOVÁ, KAPLANOVÁ, 2008)

Mezi **příznaky metastatického procesu** patří především **bolest na hrudníku**, kdy nádor metastazuje do pohrudnice, svalstva hrudní stěny, do žeber nebo oblasti hrudní páteře apod. Bolest hrudníku se objevuje asi až u 40 % nemocných. Lokální nitrohruďní progrese nádoru může ukazovat například i na perikarditidu, poruchy akce srdeční, symptomy tamponády srdeční nebo stav srdeční insuficience až selhávání srdce. **Chrapot** je jedním z nejčastěji se prezentujících symptomů, jež jsou spojeny s šířením tumoru. **Polykací obtíže** se objevují také poměrně často, neboť progrese tumoru může způsobovat zúžení jícnu. Příznak dušnosti neboli dyspnoe je přítomen až u téměř 30 % nemocných s karcinomem plic. (SKŘIČKOVÁ, TOMÍŠKOVÁ, BABIČKOVÁ, KAPLANOVÁ, 2008)

**Mimoplicní příznaky** se projevují dle orgánů, které jsou metastatickým procesem zasaženy: neurologické nebo i psychiatrické příznaky (metastázy v centrálním nervovém systému), metastatické zasažení kostí (patologické fraktury), metastatické zasažení kostní dřeně (anémie) aj. (KADLEC, SKŘIČKOVÁ, 2012)

**Paraneoplastické syndromy** jsou u tohoto onemocnění velmi časté a také bývají často prvními příznaky choroby. Endokrinní syndromy například zahrnují hyperfosfatemii, hyperkalcemii, hyponatremii, ale i dermatomyozitidy, neurologická onemocnění (periferní neuropatie), svalové postižení (myastenii) a cévní postižení (migrující tromboflebitis). (SKŘIČKOVÁ, TOMÍŠKOVÁ, BABIČKOVÁ, KAPLANOVÁ, 2008)

## 3.5 Léčba

Zatloukal, Petružalka uvádějí, že: „v současní době jsme ve stádiu určité skepse, protože za posledních 15 let se trend ve zlepšování léčebných výsledků významně zpomalil a dále se už nedosáhlo významnějšího prodloužení doby přežívání“. (ZATLOUKAL, PETRUŽELKA, 2001) Kombinovaná chemoterapie je v současné době považována za zcela základní léčebnou modalitu a pokládá se za standardní mechanismus léčby daného onemocnění. Chemoterapie se dále kombinuje s aktinoterpií nebo i chirurgickou léčbou. Další možnosti léčby jako je např. imunoterapie, biologická léčba, blokátory angiogeneze nebo genová léčba, mají spíše okrajový význam. I když malobuněčný karcinom je výrazně chemosenzitivní a radiosenzitivní, tak většiny nemocných dochází dříve či později k relapsu choroby. (ZATLOUKAL, PETRUŽELKA, 2001)

### 3.5.1 Chirurgická léčba

Naplánovaný chirurgický výkon je u malobuněčného karcinomu plic indikován jen u nemocných s patologicky zjištěnou a výrazně limitovanou fází choroby. Realizace chirurgického výkonu je nejefektivnější pouze ve stádiu I. a II. choroby. Primárně provedený chirurgický výkon u periferního zhoubného nádoru, kdy ještě nejsou zasaženy lymfatické uzliny, bývá doplňován o tzv. adjuvantní chemoterapii či chemoradioterapii. Metodu neoadjuvantní chemoterapie a chemoradioterapie s následným provedeným chirurgickým výkonem je možné využít až při dosažení kompletní remise či alespoň stavu částečné remise po zahájení úvodní terapie. (ZATLOUKAL, PETRUŽELKA, 2001)

Tzv. záchranný chirurgický výkon neboli salvage operation představuje odstranění tumoru, kde byla nedostatečná a neefektivní terapeutická odpověď na provedenou chemoterapii. Tento záchranný chirurgický výkon se provádí pouze v tom případě, že se pacient nachází v poměrně dobrém klinickém stavu, a onemocnění jej výrazně limituje v jeho kvalitě života. (ZATLOUKAL, PETRUŽELKA, 2001)

### 3.5.2 Chemoterapie

Ve stádiu extenzivního typu malobuněčného karcinomu je indikována chemoterapie a to v takovém rozmezí, kdy se podávají 4 až 6 cyklů chemoterapie. (ZATLOUKAL, 2011)

Za cytostatika první volby je považováno použití platinového derivátu (tj. cisplatina) a etopoxidu. V kombinované léčbě se dále využívá léku ifosfamidu nebo pactitaxelu. U stádia limitovaného se počet cyklů chemoterapie odvíjí dle typu a charakteru

terapeutické odpovědi. V případě, že je dosaženo poměrně rychlé a efektivní léčebné odpovědi, tak postačuje podání zhruba čtyř cyklů chemoterapie, po kterých je následně nemocný podroben radioterapii. Jestliže je terapeutická odpověď spíše pozvolná a ne zcela efektivní, ale nemocný toleruje chemoterapii, tak je možné aplikovat až šest cyklů a poté se, v individuálních případech, ještě zvažuje aplikace radioterapie.

Podání chemoterapie v tzv. druhé linii má velký přínos především pro snížení výskytu symptomů metastáz a možnosti prodloužení délky života nemocného jedince. K této léčbě druhé linie se doporučuje podávání cytostatik jako je například paclitaxel, topotekan a ifosfamid aj. (ZATLOUKAL, PETRUŽELKA, 2001) Podávání tzv. systémové chemoterapie ve většině případech umožňuje prodloužení života nemocného a snížení prezentace a působení klinických symptomů nemoci. (SKŘIČKOVÁ, TOMÍŠKOVÁ, BABIČKOVÁ, KAPLANOVÁ, 2008)

### **3.5.3 Radioterapie**

U nemocných s malobuněčným karcinomem plic i ve stádiu kompletní remise je značné riziko recidivy choroby a rozvoje vzniku mozkových metastáz a to ve chvíli ukončení terapie primárního nádoru. Z tohoto důvodu se ukazuje být značně efektivní preventivní ozáření mozkové tkáně. Jedná se tedy o tzv. profylaktické ozáření mozku, jež velmi výrazně snižuje jak incidenci, tak i prevalenci k výskytu nových metastatických ložisek. Při užití radioterapie je dokázáno, že dojde ke snížení tvorby metastáz v mozkové tkáni až o téměř 30 %. Celkově dojde k prodloužení doby do stádia progresu choroby a také se šance na zlepšuje 3leté přežití nemocného až o 5 %.(ZATLOUKAL, PETRUŽELKA, 2001)

Uvedené profylaktické ozáření mozku je doporučováno u pacientů s jak limitovanou, tak i extenzivní fází choroby, u nichž při léčbě došlo alespoň k parciální terapeutické odpovědi. Profylaktické ozáření mozku je realizováno v 10 až 15 frakcích. Metoda profylaktického ozáření mozku se ale nedoporučuje v době realizace systémové chemoterapie, neboť je zde zvýšené riziko výskytu toxicity pro mozkovou tkáň nebo u nemocných, jež se nacházejí v celkově špatném stavu nebo jež mají poruchy mentálních a kognitivních funkcí. (KADLEC, SKŘIČKOVÁ, 2012)

### 3.5.4 Léčba bolesti

Léčebný postup se liší podle charakteru a intenzity bolesti, její propagace a změny její intenzity v čase. Intenzita bolesti je hodnocena nejčastěji podle pomoci vizuálně analogové škály, kde jeden konec značí „žádná bolest“ a druhý konec značí „nejhorší představitelná bolest“. Při léčbě bolesti je důležité léčit základní příčinu bolesti. Paliativní onkologická terapie (např. chemoterapie a radioterapie) vede u mnohých nemocných ke snížené spotřebě analgetik, neboť je prostřednictvím těchto léčebných metod získána, i když jen dočasná kontrola, nad nádorovým růstem. (ZATLOUKAL, PETRUŽELKA, 2001) Zatloukal a Petruželka uvádějí, že: „*symptomatické úlevy je dosahováno u 80 % nemocných s běžnými perorálními analgetiky, v 10 % je nutná intervence anesteziologa a chirurga a jen v 10 % nemocných se nedaří dosáhnout optimální úlevy od bolesti*“. (ZATLOUKAL, PETRUŽELKA, 2001) Za optimální a efektivní úlevu od bolesti je vhodné považovat zmírnění bolesti až o 90 %, nikoli tedy její úplné odstranění. Úplná eliminace bolesti je možná pouze v případě výrazného útlumu pacienta a tím snížení jeho kvality života. (ZATLOUKAL, PETRUŽELKA, 2001)

### 3.6 Nežádoucí účinky léčby malobuněčného karcinomu plic

Více jak 50 % nemocných se zhoubným nádorem se v průběhu léčby potýká se značnými nežádoucími účinky užívaných léčebných metod (radioterapie, chemoterapie či chirurgické léčby). Například nežádoucí účinky radioterapie na zdravou tkáň představují výrazné limitující hledisko pro stanovení dávky záření. Platí, že riziko vzniku komplikací a pravděpodobnost kurativního efektu radioterapie by neměla být v protichůdném postavení. (SKŘIČKOVÁ, TOMÍŠKOVÁ, BABIČKOVÁ, KAPLANOVÁ, 2008)

**Únava** je poměrně častým problémem při léčbě karcinomu plic. Jedná se o pokles funkčního stavu, který se u nemocných může prezentovat poklesem výkonnosti ve sféře jak mentální, tak i tělesné či dokonce emocionální. U zhoubného onemocnění se jedná o charakter únavy, jež je spíše dlouhodobý, tj. trvá několik týdnů a výrazně ovlivňuje kvalitu života nemocného. Příčinou únavy může být i rozvoj anémie, která vzniká v důsledku radioterapie a chemoterapie. Při léčbě anémie může dojít ke zlepšení únavy a jejímu snížení.

**Nádorová kachexie** vzniká u více jak 80 % nemocných s maligním onemocněním v terminálních stádiích choroby. Nádorová kachexie je doprovázena celou řadou

nepříjemných symptomů, jako je nechutenství, chronická nevolnost, střídání zácpy nebo průjmů, astenie. (ZATLOUKAL, PETRUŽELKA, 2001)

**Alopecie** neboli plešatost (vypadávání vlasů a ochlupení včetně obočí) představuje vůbec nejčteněji se prezentující nežádoucí účinek protinádorové léčby. Vznik a také rozvoj alopecie je závislý na dávce a na charakteru podávané cytostatické léčby. Alopecie pro nemocného znamená výrazně negativní až deprimující pocit, neboť osoba je nucena přijmout svou „novou“ identitu. (ZATLOUKAL, PETRUŽELKA, 2001)

Protinádorová léčba působí proti růstu a metastazování nádorů, ale zároveň se velmi výrazně projevuje mnohými nežádoucími účinky, jež nepříznivě zasahují do výživy a stravování nemocné osoby. (WWW.LINKOS.CZ, 2016) U nemocného se objevují pocity nevolnosti, nechutenství, zvracení, ale i suchost v ústech či dokonce bolestivé postižení sliznice dutiny ústní. Současně se objevují i změny v pojetí a vnímání chutí jídla, průjem nebo naopak zácpa. (VORLÍČEK, ABRAHÁMOVÁ, VORLÍČKOVÁ, 2012)

## **4 PROFESIONÁLNÍ PŘÍSTUP SESTER K PACIENTOVI S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM**

Profesionální přístup sester k nemocným s maligním onemocněním je důležitý ve všech fázích choroby, tj. v době ambulantního ošetřování, tak i v době hospitalizace pacienta. Sestra je osobou, jež je pacientovi vůbec nejbliže, neboť se s ní setkává každý den a kdykoli během dne je mu k dispozici a napomáhá mu řešit jeho aktuálně vzniklé problémy a těžkosti. V rámci rozmanitých ošetrovatelských výkonů se jej dotýká, podává mu léky k tišení bolesti apod. Také sestra s nemocným tráví nejvíce času a z tohoto důvodu si k ní nemocný vytváří důvěru a vztah, neboť jí svěřuje své pocity, vnitřní nastavení, nálady, úzkosti a podobně. (VORLÍČEK, ABRAHÁMOVÁ, VORLÍČKOVÁ, 2012)

### **4.1 Zásady profesionálního přístupu k onkologicky nemocným pacientům**

Důležité je vědět, že pacienti s onkologickou diagnózou jsou lidé, kteří jsou jinak zdraví, a to především z hlediska psychicky, a kteří se aktuálně nacházejí v mezní životní situaci. Z tohoto důvodu se mohou chovat či jednat neočekávaně, nepředvídatelně a často i nestandardně. (DOSTÁLOVÁ, 2016)

V nastalých krizových situacích je nutné zachovat maximální možný klid, neboť pouze tak je možné zajistit, aby došlo ke snížení strachu, úzkosti a neklidu pacienta. Třeba je si uvědomit, že pacient s onkologickým onemocněním vnímá chování a jednání druhých a dle toho si pak vytváří určité teorie a vysvětlení pro vzniklou situaci. (VENGLÁŘOVÁ, MAHROVÁ, 2006)

Mnoho pacientů s onkologickou diagnózou nutně potřebuje, a také vyžaduje, komunikaci dotykem. Z tohoto důvodu je třeba se dotýkat pacientů na částech těla, jež jsou i nejsou zasažena onkologickým procesem. Pacient by v žádném případě neměl pociťovat, ze strany sestry, odpor k jeho tělu.

Dále je potřeba umět si udělat chvílku pro naslouchání nemocným, na jejich vyprávění a na to, že se potřebují svěřit se svými stesky, obtížemi, strachem. Zde je často vhodné pacienta pouze vyslechnout, bez jakýchkoli dalších komentářů a osobních názorů. Vhodné je pacienty chválit a povzbuzovat za vše co jen jde, aby měli pocit vlastního významu a potřebnosti. (VORLÍČEK, ABRAHÁMOVÁ, VORLÍČKOVÁ, 2012)

Z hlediska psychohygieny sestry je nutné vždy pamatovat na fakt, že empatie je vnímavé vcítění se a reagování na aktuální potřeby nemocných, ale v žádném případě se nejedná o to, že by se pacientům musela sestra zcela odevzdat, až na úkor svého psychického zdraví a pohody. Sestra může o pacienty efektivně a kvalitně pečovat pouze tehdy, když ona sama bude v dobré jak mentální a emocionální, tak i tělesné kondici. (VORLÍČEK, ABRAHÁMOVÁ, VORLÍČKOVÁ, 2012)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 FORMULACE PROBLÉMU

Malobuněčný karcinom plic je velmi těžké onemocnění, se špatnou prognózou. V době určení diagnózy se již nádor projevuje svými příznaky (kašel, nechutenství, dušnost, hubnutí, subfebrilie,...). Zároveň se objevují projevy neurologické, kožní, bolesti kloubů, záněty žil. Jde o systémové onemocnění vyžadující systémovou léčbu. A s tím zároveň je podstatná ošetrovatelská péče, která by měla zahrnovat komplexní péči o nemocné. Ti si během léčby procházejí fyzickými a psychickými problémy a právě proto, je důležité, aby všeobecná sestra znala všechny potíže a obavy těchto nemocných a dokázala jim svým odborným a přitom lidským přístupem pomoci.

## 6 CÍL VÝZKUMU

Zmapovat nečastější problémy nemocných léčených pro uvedenou diagnózu a na základě získaných informací navrhnout plán ošetrovatelské péče o tyto nemocné.

### 6.1 Dílčí cíle

Zmapovat, co nemocným hospitalizovaným na oddělení PNE kliniky schází z hlediska ošetrovatelské péče.

### 6.2 Výzkumné otázky

Jaké jsou nejčastější potíže nemocných s danou diagnózou.

Nejčastější ošetrovatelské problémy během hospitalizace nemocných.

## 7 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY

Pro svoji práci jsme si zvolili kvalitativní výzkum formou kazuistik, nahlížením do dokumentace, pozorováním nemocných.

## 8 METODA

Svoji bakalářskou práci jsem v praktické části zpracovala jako ošetrovatelský proces. Formou kazuistik jsou popsány hospitalizace tří nemocných na klinice



Pneumologie a ftizeologie ve FN Plzeň na standardním oddělení. Pro přehlednost jsem si vybrala pro sběr všech informací model Marjory Gordonové. Tento model je často využíván při poskytování ošetrovatelského procesu. Pomocí něj všeobecná sestra může pacientovi lépe pomoci uspokojovat bio-psycho-sociální potřeby. Model má 12 základních oblastí, jejich znalost sestře pomůže v péči o daného nemocného.

## **9 VÝBĚR PŘÍPADU**

Nemocné jsme si záměrně vybírali s ohledem na dané onemocnění, komunikativnost a ochotu spolupráce.

## **10 ZPŮSOB ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ**

Veškeré informace jsem získávala z rozhovorů, pozorování a nahlížením do dokumentace. Pacienti byli informováni o sběru dat a souhlasí s jejich použitím v bakalářské práci. Všichni nemocní byli ujištěni, že moje zjištění je důvěrné a dále ho nebudu používat.

## 11 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum proběhl v období od října 2016 do února 2017 na klinice Pneumologie a ftizeologie ve FN Plzeň. Mluvila jsem a pozorovatři zámerně vybrané nemocné. Všichni byli informováni o tématu mé práce a souhlasili s výzkumem.

### Interpretace získaných údajů

#### 11.1 Kazuistika č. 1

##### Pacientka č. 1, narozena 16. října 1942

První hospitalizace 28.10.2016 - 12.11.2016

Druhá hospitalizace 4.12.2016 – 13.12.2016

Třetí hospitalizace 27.12.2016 – 7.1.2017

##### 11.1.1 Diagnózy

Stav po ablaci prsu vpravo pro solidní intraduktální karcinom prsu 1988

Stav po chemoterapii a ozáření pravé stěny hrudní a axily

Stav po plastických operacích prsů 1994 a 2009

Osteoporóza

Vleklá dyspepsie, hmotnostní úbytek

##### 11.1.2 Anamnéza

**Rodinná anamnéza:** otec zemřel v 80 letech na ca střev, matka v 92 letech na ca prsu, sestra žije, zdráva, synové zdraví.

**Osobní anamnéza:** v dětství vážněji nestonala, kontakt s TBC neguje, do operace prsu s ničím vážněji nestonala.

**Operace** – mastektomie s následným ozářením v roce 1988, postradiační změny.

**Léky:** Vigantol 10 gtt 1x týdně , Caltrate 0-0-1 , Trittico 75mg 0-0-1.

**Alergie:** prach

**Pracovní anamnéza:** starobní důchod,dříve stomatoložka.

Od roku 1988 nekouří, dříve 5 cig/denně od 20 let.

**Sociální anamnéza:** žije sama v rodinném domě, bez vlhkosti, plísní, bez zvířat.

Váha : 45 kg , výška : 159 cm , BMI : 17, 9

### 11.1.3 Fyziologické funkce

TK : 130/90

P : 95/min.

DF : 14/min.

Sat. O<sub>2</sub> : 92%

### 11.1.4 Průběh hospitalizací

Pacientka byla na 1. hospitalizaci na klinice PNE, oddělení B přijata pro zhoršení dechu, kašel a slabost k dovyšetření. Proveden vstupní RTG plic,kde popsána v. s. pravostranná pneumonie a susp. výpotek. Byla nabrána kompletní laboratoř,onkomarkry, virová serologie.

Objektivně: kachektická, eupnoická, tachykardická, dýchání sklípkové, vpravo v rozsahu celého plicního pole oslabené.

Subjektivně: vykašlává světlé sputum, začala být dušná, zejména při námaze, teploty kolem 37,2 st C, trvá nechutenství, udává hmotnostní úbytek, ale neví kolik, nevážíla se, jiné obtíže neguje.

Při příjmu byla pacientka uložena na dvoulůžkový pokoj, přála si nadstandardní pokoj, bohužel v té době nebyl volný. Pacientka klidná, vyrovnaná, sestra ji provedla oddělením, ukázala, kde najde toalety, sprchy, knihovnu, sesternu a lékaře.

Po vybalení si věcí a uložení se do lůžka, sestra pacientku seznámila s právy pacientů, s vnitřním řádem FN a ukázala pacientce, kde je na pokoji najde. Dále sestra sepsala ošetřovatelskou anamnézu, edukovala pacientku o používání kyslíku, o nutnosti zavedení PŽK, a o výkonech, co ji čekají. Byla nasazena ATB intravenózně a 2 l O<sub>2</sub>/NH.

Pacientka podstoupila CT plic, bronchoskopii, punkci výpotku. Z cytologie výpotku i z cytologie při bronchoskopii byly nalezeny buňky malobuněčného karcinomu. Toto potvrzeno i histologií.

7. 11. pacientce zaveden hrudní drén pro progredující fluidothorax. Sestra trpělivě vysvětlila pacientce průběh výkonu, péči po výkonu, nabízela dopomoc s hygienou, vyprazdňováním a snažila se povzbuzovat pacientku, pro kterou byl zavedený hrudní drén velkým diskomfortem.

Ošetřující lékař pacientku seznámil s maligní diagnózou a plánovanou léčbou. Pacientka s navrhovanou léčbou souhlasí. Podán 1. cyklus chemoterapie Vepezid – Carboplatina. Léčbu pacientka tolerovala velmi dobře, pro klesající odvody hrudní drén vytažen a pacientka dimitována do domácí a naší ambulantní péče. Doposud soběstačná s dobrou kvalitou života.

Ke 2. hospitalizaci přichází pacientka během 2. cyklu chemoterapie, opět pro zhoršené dýchání, teploty přes 38 st C. Dle usg pleury recidiva maligního výpotku, cca 2000ml vpravo. Opět zaveden hrudní drén, nasazena ATB a hydratace intravenózně. Sonograficky zjištěny metastázy v játrech a obou plicních vrcholech. Po dobrání ATB a zrušení hrudního drénu pacientka propuštěna domů.

K 3. hospitalizaci přichází pacientka zesláblá, unavená, kachektická, popisuje odpor k jídlu, zácpu, provedeno kontrolní CT plic, kde jsou popsány tři metastázy v játrech, další ve skeletu a opět výrazný maligní výpotek vpravo a nově i menší vlevo. Pacientka si začíná stěžovat na bolesti na plicích, zaveden hrudní drén, po odsátí výpotku přechodné zlepšení dechu. Celkově pacientka chátrá, potřebuje pomoc při hygieně, vyprazdňování, s jídlem. Opakovaně zvána nutriční terapeutka, aby s pacientkou našly vhodnou stravu, kterou bude pacientka tolerovat. Sestra podává během dne sipping, který ale pacientka většinou odmítá. Po zlepšení stavu podán další cyklus chemoterapie, poté pacientka zůstala hospitalizována pro opětovné zhoršení dechu, bolestí, kašel, otoky lýtek, velkou únavu, nechutenství, zácpu. S ohledem na celkový stav nemocné zatím chemoterapie nepodávána, nutné doplnění krevního obrazu podáním EBR. Podávání analgetik a opiátů na léčbu dušnosti a tlášení bolestí, laxativa k řešení zácpy. Stav se horší, pacientka je odkázána na pomoc personálu, další léčbě neúnosná.

### **11.1.5 Ošetřovatelský proces podle modelu M. Gordonové**

#### **Podpora zdraví**

- 1) Při první hospitalizaci se pacientka zajímá o své zdraví, spolupracuje s ošetřovatelským personálem, naslouchá rad lékařů.
- 2) Při druhé hospitalizaci stále spolupracuje s ošetřovatelským týmem.
- 3) Při třetí hospitalizaci pacientka považuje za základní hodnoty zdraví a soběstačnost.

#### **Výživa**

- 1) Vzhledem k nechutenství toho moc nesní, udává třikrát až čtyřikrát denně asi čtvrtinu porce, poslední týdny i méně pije, myslí si kolem 750 ml tekutin za den.
- 2) Stále nemá chuť k jídlu a ve všem se jen „pošťourá“, i když dostane oblíbené jídlo, nesní víc než pár soust. Neupije mnoho, dle ordinace lékaře hydratace intravenózní cestou.
- 3) Nechutenství přetrvává, na opakované dotazy, co by chtěla pacientka objednat k jídlu, tvrdí, že nic. Nabízen sipping v různých formách, pije nedostatečně, okolo 0,5 l denně, hydratace zajištěna intravenózně.

## **Vylučování**

- 1) Močení v normě, úměrné tomu kolik upije tekutin denně, ale trápí ji zácpa, myslí si, že kvůli tomu, že málo jí. Podáván senný čaj a laxativa dle ordinací lékaře.
- 2) Močí méně, úměrně tomu, jak málo upije za den tekutin. Zácpa přetrvává, podávány laxativa.
- 3) Při třetím přijetí dehydratace, zavodněna intravenózní cestou, aktivně vybízena k jídlu. Nechuť až odpor k jídlu, stolice jedenkrát za 5 dní, s obtížemi.

## **Aktivita, odpočinek**

- 1) Doposud byla soběstačná, chodila ven na procházky, v noci spala dobře kolem osmi hodin, nyní je poněkud omezená dušností, cítí se více unavená a často usíná i přes den.
- 2) Při druhé hospitalizaci slabá, říká, že doma už se pohybovala jen v rámci bytu, ven již nechodila, únava a dušnost jí to nedovolily. Spíše polehává.
- 3) Stav opět o něco horší, dojde si na WC, dál už ne, většinu dne pospává, v noci spí dobře.

## **Vnímání, poznávání**

- 1) Pacientka nepotřebuje brýle na čtení ani na dálku, vidí i slyší dobře.
- 2) Chápe danou situaci a rozumí všemu navrhovanému.
- 3) Je si vědoma závažnosti onemocnění i prognóze.

## **Vnímání sama sebe**

- 1) Pacientka má dostatečné informace o své nemoci a léčbě, má důvěru v ošetřující personál.
- 2) Má dost velké informace o rozsahu a možnostech léčby vzhledem k jejímu medicínskému vzdělání.
- 3) dalším postupu je vždy srozumitelně informována a seznámena.

## **Vztahy**

- 1) Je vdovou už deset let, před důchodem pracovala jako stomatoložka, doposud se zajímá o novinky v tomto oboru, ráda čte, chodí do divadla a na koncerty. Dva dospělí synové bydlí poměrně daleko, pacientku trochu trápí nemožnost vidat častěji vnoučata. Rodina je jí velkou oporou.
- 2) Při druhém přijetí již udává poněkud omezení v kulturním a sociálním vyžití vzhledem ke své nemoci.
- 3) Velmi často ji navštěvují kamarádky, i synové jezdí na návštěvy, byť většinou jen o víkendech. Všichni ji povzbuzují a pomáhají zvládat obtíže spojené s nemocí.

## **Sexualita**

- 1) Má dva syny, byla třikrát gravidní, jeden potrat.
- 2) Žije sama, je vdova, přítele nemá
- 3) Stav nezměněn.

## **Zvládání zátěže, odolnost vůči stresu**

- 1) Ve stresu není, zvládá ho dobře, jen má obavy, z toho, jak se bude její nemoc vyvíjet.
- 2) Stres zvládá dobře, děti jsou dospělé a zabezpečené, o ně strach nemá.
- 3) Při třetí hospitalizaci přiznala strach z umírání, jinak prý se ničeho nebojí.

## **Životní princip**

- 1) Je životním optimistkou.
- 2) Věří na osud, co se má stát, stane se.
- 3) Nejvyšší hodnotou pro ni je zdraví.

## **Bezpečnost, ochrana**

- 1) Vlasy, kůže, nehty v normě, má zaveden hrudní drén, který je za aseptických podmínek ošetřován, dále má zaveden periferní žilní katétr v levé ruce. Dle Maddona st. 0.
- 2) Je slabá, občas se jí točí hlava při vstávání z lůžka, vlasy vypadané v důsledku cytostatik, nosí šátek nebo paruku. Zaveden hrudní drén-pigtail, který za aseptických podmínek ošetřován, odsáván a proplachován. Periferní žilní katétr ošetřován asepticky.
- 3) Při třetím přijetí již nedojde na WC, proto přistaven pojízdný WC u lůžka, chvílemi zmatená, zhoršuje se dušnost, krom podávání O<sub>2</sub>, navýšení opiátů. Zaveden opět hrudní drén-pigtail a periferní žilní katétr.

## **Komfort**

- 1) Občas si pacientka stěžuje na bolesti, dle Melzakovy škály od 1-10 udává číslo 2. Dále trpí dušností, zvláště při námaze a zácpou. Podáván kyslík nosními hroty, analgetika, opiáty, laxativa dle ordinací lékaře.
- 2) Dušnost i bolesti progredují, dle Melzacka udává číslo 3-4 při druhém přijetí. Změna v analgetické léčbě a navýšení opiátů dle ordinace lékaře. Zácpa přetrvává, doporučen pohyb, laxativa.
- 3) Při třetí hospitalizaci již dušnost téměř nemizí, objevuje se při sebemenším pohybu, bolesti se také zintenzivňují, celkově chátrá a slábne, celou situaci si plně uvědomuje. Bolesti dle Melzacka při přijetí na st. číslo 4, poté se je dařilo korigovat na st. 1-2.

## **Růst a vývoj**

- 1) Pacientka hubne, je kachektická, váží 45 kg, měří 159 cm, BMI 17,9.
- 2) Při další hospitalizaci pacientka váží 43 kg, BMI má 17.
- 3) I nadále chátrá a váží při příjmu 42 kg, BMI má 16,6.



## 11.2 Kazuistika č. 2

### Pacient č.2, narozen 5. 3. 1970

1. hospitalizace	9.11.2016 – 27.11.2016
2. hospitalizace	18.12.2016 – 1.1.2017
3. hospitalizace	18.1.2017 – 31.1.2017

### 11.2.1 Diagnózy

Záněť slinivky 2004

Apendektomie 1989

Nikotinismus

Chronický etylismus

### 11.2.2 Anamnéza

Rodinná anamnéza: rodiče už nežijí, co měli za nemoci, neví, děti nemá, se sestrou se nestýká.

Osobní anamnéza: kontakt s tbc neguje, v dětství běžné nemoci, vážněji nestonal, očkování jen povinné.

Kouří 40-50cigaret denně od 15 let, alkohol- denně vypil cca 1,5 litru vína

Operace: apendektomie v roce 1989

Léky: neužívá

Alergie: žádné

Pracovní anamnéza: je již 4 roky nezaměstnaný, předtím řidič

Sociální anamnéza: bydlí na ubytovně

Hmotnost: 73kg

Výška : 180cm

BMI: 22,5

### 11.2.3 Fyziologické funkce

TK: 122/76

DF: 16/min.

TF: 89/min.

Sat.O2: 95%

### 11.2.4 Průběh hospitalizace

Pacient byl přijat na oddělení PNE B pro slabost, dušnost, bolesti vedle hrudní kosti. Objektivně: orientovaný, klidová eupnoe, dýchání sklípkové, DK bez otoků.

Subjektivně: cítí se unavený, dušnost při rychlejší chůzi, kašel jen při kouření, tepoty neměl, zhubl za 4 roky 35kg, občas se mu točí hlava.

Při příjmu byl vystrašený, tichý, byl rád, že leží na třílůžkovém pokoji, kde si může povídat se spolupacienty. Sestra ho provedla po oddělení, pohovořila s ním, uklidnila a seznámila s právy pacientů a vnitřním řádem FN. Po sepsání ošetřovatelské anamnézy a změření fyziologických funkcí byl pacient vyšetřen lékařem. Vzhledem k vysoké hodnotě CRP ( 490mg/l ) byly ihned nasazeny antibiotika intravenózně. Sestra vysvětlila pacientovi postup zavedení žilního katetru a jeho manipulaci s ním. Bolesti se řešily navyšováním analgetik, posléze přechodem na opiátové léky, které si pacient pochvaluje. Další den byl pacient poslán na CT plic, kde popsán centrálně uložený plicní tumor vlevo, prorůstající do stěny levého hlavního bronchu. Provedena bronchoskopie, kde cytologicky popsány buňky

vzhledu malobuněčného karcinomu. Toto následně potvrzeno i histologicky. Dle dalšího CT i usg jsou patrné metastázy do jater. Pacient je informován lékařem o maligní povaze onemocnění a o další léčbě. Po zalečení infektu antibiotiky je podán první cyklus chemoterapie Vepezid, Carboplatina, který pacient velmi dobře zvládnul a poté je propuštěn do domácí péče s tím, že se za tři týdny dostaví k podání další dávky chemoterapie.

Ke 2. hospitalizaci přichází pacient k podání druhého cyklu chemoterapie, cítí se slabší, nechutenství přetrvává, bolesti na hrudi a dušnost mírně zhoršeny. V krvi opět elevace zánětlivých parametrů, podávány antibiotika, zjištěn fluidothorax vlevo. Zaveden hrudní drén, pigtail a pravidelně odsáván. Pro významný pokles hemoglobinu podány dvakrát EBR. Po stabilizaci CRP mohl být podán druhý cyklus chemoterapie. Pacient po celou dobu léčení spolupracoval, byl informován. Po vytažení hrudního drénu, dokončení chemoterapie dimitován do domácí péče.

K 3. hospitalizaci se pacient dostavil z důvodu podání třetího cyklu chemoterapie, viditelně pohublý, unavený, přesto doposud soběstačný. Přetrvává kašel, dušnost a bolesti se zhoršují. Navýšena analgetická léčba, doplněná o injekční opiáty dle potřeb pacienta. Zjištěn opět recidivující výpotek, prozatím jen punktován. CRP opět zvýšeno (157mg/l), podávány antibiotika intravenózně. Po zlepšení stavu mohlo dojít k podání třetího cyklu chemoterapie, který pacient snesl velmi dobře. Po ukončení propuštěn z hospitalizace.

### **11.2.5 Ošetřovatelský proces podle modelu M.Gordonové**

#### **Podpora zdraví**

- 1) Pacient se zajímá o průběh léčby, spolupracuje s lékaři i s nelékařským personálem.
- 2) Při další hospitalizaci pacient přiznává, že se pokoušel přestat kouřit, ale neúspěšně, dále spolupracuje se zdravotnickým týmem.
- 3) Při třetím přijetí informován o progresi onemocnění a dalším postupu, přesto, ale naslouchá a důvěřuje ošetřovatelskému personálu.

## **Výživa**

- 1) Chuť k jídlu má sniženou, přesto jí téměř plné porce pětkrát denně. Vypije kolem 2 litrů tekutin denně, hydratován dobře.
- 2) Snaží se jíst podle doporučení lékařů i nelékařského personálu, ale udává, že mu stačí jen pár soust a cítí se plný. Občas si dal pivo, „prý na chuť“. Ostatní tekutiny pije v množství okolo 1,5 l denně.
- 3) Při další hospitalizaci nechutenství přetrvává i množství vypitých tekutin klesá. Hydratace ještě přiměřená.

## **Vylučování a výměna**

- 1) Močí pravidelně, bez obtíží, stolice jedenkrát za dva až tři dny, zřejmě v souvislosti s podáváním opiátů. Dle ordinace lékaře podávána laxativa.
- 2) Močí bez problémů, obtíže s defekací občasné, pokud zapomene užívat laxativa.
- 3) Při následném přijetí moč v normě, jen močí méně často v souvislosti s menším vypitým množstvím tekutin, zácpa přetrvává, stolice přibližně jedenkrát za tři dny.

## **Aktivita, odpočinek**

- 1) Čas po dobu hospitalizace tráví čtením a komunikací se spolupacienty, spí dobře celou noc, i přes den usíná, jak říká, nikdy tolik nespál.
- 2) Vzhledem k tomu, že je bez práce, většinu dne polehává a pospává. Procházky zvládne jen kratší, dušnost mu víc nedovolí. V nemocnici čte, luští křížovky.
- 3) Stále přetrvává slabost a únava, proto nejvíce času stráví na lůžku, rád si povídá se spolupacienty i personálem, sleduje TV.

## **Vnímání, poznávání**

- 1) Pacient má dobrý sluch i zrak, brýle nepotřebuje. Dokáže vyjádřit své potřeby, je seznámený se svým zdravotním stavem od lékaře a informace mu nechybí.
- 2) Vyjadřuje se plynule a srozumitelně, je informován o vývoji nemoci.
- 3) Pacient se snaží spolupracovat, aktivně se zapojuje do léčby.

## **Vnímání sebe sama**

- 1) Má obavy z léčby a z toho, jak ji bude zvládat. Se svým dosavadním životem není úplně spokojen, spoustu věcí by dnes udělal jinak.
- 2) Je připraven se s nemocí poprat, s náročnými situacemi si většinou poradí sám, ale je rád za podporu přítelkyně.
- 3) Stále pozitivně naladěný, jak říká, bere každý den jako by byl poslední.

## **Vztahy**

- 1) Žije na ubytovně s přítelkyní, děti žádné nemají. Přítelkyně ho chodí pravidelně navštěvovat a podporuje ho v léčení. On sám je přátelský, nemá problém vycházet s ostatními pacienty ani personálem.
- 2) Stále žijí s přítelkyní na ubytovně, je komunikativní, milý.
- 3) Kontaktoval svoji sestru, se kterou se dlouhá léta nestýkal, chodí ho navštěvovat, pacient úplně pookřál, že má „opět rodinu“.

## **Sexualita**

- 1) Po dobu hospitalizace mu chybí intimní život, který udržuje s přítelkyní. Přál by si s ní do budoucna založit rodinu.
- 2) Pacient příliš nechce na tohle téma mluvit.
- 3) Ani při třetí hospitalizaci nechce mluvit o sexualitě.

## **Zvládání zátěže, odolnost vůči stresu**

- 1) Má strach ze svého onemocnění, má obavy, jak zvládne chemoterapii, prožívá napětí. Ke snížení napětí pacientovi pomáhají léky, relaxace, komunikace se zdravotnickým personálem.
- 2) Již se tolik nebojí léčby, po první chemoterapii vše zvládnul bez větších potíží. Ale napětí stále prožívá, má obavy, co bude dál. Nabídnut pohovor s psychologem, který pacient velmi uvítal.
- 3) Cítí obavy z toho, jak ztrácí sílu, přiznává, že se zátěží se vypořádává kouřením, pomáhá mu péče přítelkyně a sestra.

## **Životní princip**

- 1) svoje zdraví se nikdy moc nezajímal, ale rád by to změnil a začal zdravěji žít.
- 2) Je bez náboženského vyznání.
- 3) Za nejdůležitější teď považuje hlavně zdraví a spokojený život s blízkými.

## **Bezpečnost, ochrana**

- 1) Vlasy, nehty čisté, kožní turgor v normě, chrup má vlastní, ale ne v dobrém stavu, přiznává, že u zubního lékaře nebyl již několik let. Má zaveden periferní žilní katetr, dle Maddona st. 0.
- 2) Kožní turgor stále v normě, vlasy začaly vypadávat po chemoterapii, opět zaveden periferní žilní katetr, dle Maddona st. 0, dále zaveden hrudní drén, ošetřován za aseptických podmínek.
- 3) Trpí orální mukozitidou po cytostatické léčbě, změna stravy na kašovitou, dle ordinace lékaře podávány léky, nabízen sipping. Periferní žilní katetr, dle Maddona st. 0.

## **Komfort**

- 1) Pacient si stěžuje na bolesti vlevo za hrudní kostí, dle Melzackovy škály 0-10 udává bolest číslo 3. Dle ordinace lékaře jsou podávány analgetika v kombinaci s opiáty.
- 2) Při druhé hospitalizaci udává stále bolesti vlevo na hrudi, dle Melzackovy škály 0-10 pod číslem 4. Stávající léčba navýšena dle ordinace lékaře. Poté úleva na st. 1.
- 3) Opět progrese bolesti, dušnosti, při příjmu udává intenzitu bolesti dle Melzacka st. 4. Analgetická léčba upravena dle ošetřujícího lékaře.

## **Růst a vývoj**

- 1) Pacient váží 73 kg, měří 180 cm, BMI má 22,5. Za poslední 4 roky zhubl 35 kg.
- 2) Při druhém přijetí váží 69 kg, BMI má 21,3. Od poslední hospitalizace zhubl 4kg.
- 3) Při třetím příjmu váží 66 kg, BMI má 20,3. Od druhé hospitalizace zhubl o 3 kg.

## **11.3 Kazuistika č. 3**

### **Pacient č. 3, narozen 9. 7. 1952**

1. hospitalizace 19.11.2016 – 6.12.2016
2. hospitalizace 25.12.2016 – 2.1.2017
3. hospitalizace 22.1.2017 – 17.2.2017

### **11.3.1 Diagnózy**

Stav po difuzním velkobuněčném B-nonhodginovském lymfomu 2008

Stav po maligním melanomu trupu 2013

Stav po transplantaci ledviny pro chronickou glomerulonefritidu 1995

Papilokarcinom močového měchýře 2010

Stav po IM 2002

Stav po plicní embolii

Hyperlipidémie

Arteriální hypertenze

Stav po amputaci LDK pro gangrénu

Lymfedém pravé horní končetiny

### **11.3.2 Anamnéza**

Rodinná anamnéza: otec zemřel v 68 letech při dopravní nehodě, matka v 80 letech na selhání organismu, sourozence nemá, děti nemá

Osobní anamnéza: kontakt s TBC nejuje, běžné dětské nemoci

Operace, úrazy: 0

Kouřil 25 cigaret denně od 18 let do teď, alkohol, drogy 0

Léky: Bealoc 200 mg 1-0-0, Prednison 5 mg 1-0-0, Amlozek 5 mg 1-0-0, Furon 40 mg 1-1-0, Cordarone 200 mg 1-0-0, Anopyrin 100 mg 1-0-0.

Alergie: Nitrofurantoin, Doxybene

Pracovní anamnéza: elektrikář, od 40 let v invalidním důchodu

Sociální anamnéza: žije se ženou sám na chatě, zvířata nemají



Hmotnost: 102 kg

Výška: 180 cm

BMI: 31,5

### 11.3.3 Fyziologické funkce

TK: 92/68

DF: 15/min.

TF: 82/min.

Sat.O<sub>2</sub>: 90%

### 11.3.4 Průběh hospitalizace

Pacient k 1. hospitalizaci na PNE B přichází překladem z II. IK, kde nalezen hrudní výpotek vpravo. Indikována hrudní drenáž. Při přijetí velmi milý, spolupracující, rád by menší pokoj, má končetinovou protézu, invalidní vozík, přesto sám velmi samostatný a dopomoc ošetrovatelského personálu potřebuje jen zřídka. Uložen na pokoj, seznámen s chodem oddělení, s právy pacientů a řádem FN. Po sepsání ošetrovatelské anamnézy uložen na nadstandardní pokoj.

Objektivně: klidově dušný i při delším mluvení, lymfedém pravé horní i dolní končetiny.

Subjektivně: dušnost při minimální zátěži, kašel, v noci spí, ale „musí si najít polohu“, jí polovinu porce, převážně přes den posedává, odkázán na pomoc manželky. Bolesti na hrudi vpravo. Zhubl asi 15 kg za poslední tři měsíce, chuť k jídlu menší.

Při přijetí elevace zánětlivých parametrů (CRP 201), nasazeny ATB intravenózně, zaveden hrudní drén. Z cytologie výpotku i následné cytologie při bronchoskopii

diagnostikován malobuněčný karcinom plic. Dle PET CT zjištěny také mnohačetné metastázy do jater, mediastálních a nadklíčkových uzlin. Pacient informován lékařem o maligní povaze onemocnění a následné léčbě. Pro špatný periferní přístup zaveden CŽK, pacient seznámen s výkonem, souhlas podepsal. Při zavedené léčbě výrazné zlepšení stavu pacienta, hrudní drén odstraněn, v krevním obraze pokles hemoglobinu, podány 2x EBR, poté zahájena léčba chemoterapií Vepezid, Carboplatina. Pro přetrvávající bolesti nalepena opiátová náplast Fentanyl 25mg. Pacient poté v dobrém stavu propuštěn do domácí léčby.

Ke 2. hospitalizaci přichází pacient z důvodu zavedení portu. Cítí se slabý, chuť k jídlu snížena, trápí ho suchý kašel, zácpa. Implantace portokatétru proběhla bez komplikací, pacient si pochvaluje toto zajištění žilního vstupu. Dále provedena evakuační a diagnostická punkce hrudníku vpravo pro výpotek. Podán 2. cyklus chemoterapie Vepezid, Carboplatina, pacient snáší velmi dobře, po ukončení dimitován do domácí péče.

K 3. hospitalizaci přichází pacient k podání 3. cyklu chemoterapie, udává nechutenství, slabost, dušnost bolesti na hrudi vpravo, přesto optimistický a spolupracující. Pro vysoké zánětlivé parametry ( CRP 217mg/l ) chemoterapie odložena, opět podávány ATB, zjištěn masivní fluidothorax, který zadrénován pigtailem, odsáván a proplachován. Pro nelepšící se hodnotu CRP, změna antibiotik, mezitím pokles hemoglobinu v krevním obraze, podány 2x EBR. Pacient stále slabší, méně soběstačný, přesto trpělivý. Přetrvávají obtíže s vyprazdňováním, bolesti horší, navýšena analgetická léčba. Po poklesu zánětlivých parametrů podán 3. cyklus chemoterapie. Poslední den hospitalizace vytažen hrudní drén a pacient propuštěn do domácí péče.

### 11.3.5 Ošetrovatelský proces podle modelu M.Gordonové

#### Podpora zdraví

- 1) Zajímá se o svůj zdravotní stav a průběh léčby, respektuje všechna doporučení zdravotníků, je slabý, bolesti tišeny analgetiky a opiáty.
- 2) Ke druhé hospitalizaci přichází stále optimistický, vyjadřuje důvěru v ošetřující zdravotníky, cítí se slabší, bolesti přetrvávají.
- 3) Při třetím přijetí zhoršená dušnost, i přes špatnou mobilitu je vcelku v rámci lůžka soběstačný.

#### Výživa a metabolismus

- 1) Pacient má narušenou chuť k jídlu, nechutná mu, jí malé porce, pije dostatečně kolem 1,5 l až 2 l denně.
- 2) Nechutenství trvá, i přesto, že mu manželka vaří jeho oblíbená jídla, pije kolem 1,5 l denně tekutin.
- 3) Rád si dopřeje bezkofeinovou kávu, jí malé porce jídla několikrát za den, pije dostatečné množství tekutin, převážně vodu a ovocný čaj. Asi kolem 1,5 l denně.

#### Vylučování

- 1) Močí úměrně tomu, co denně vypije, moč fyziologická, bez příměsí. Stolice s obtížemi jedenkrát za 3- 4 dny, dle ordinace lékaře podávány laxativa, snaha o větší pohyb.
- 2) Moč čirá, bez potíží močí, asi odhadem 8 krát denně, stolice v důsledku podávání opiátových náplastí a omezeného pohybu tak jedenkrát za 4 dny, dle ordinace lékaře podávání laxativ.
- 3) Močení bez problémů, pálení ani řezání neudává, zácpa přetrvává, podáván senný čaj, a zajišťován větší pohyb.

## **Aktivita, odpočinek**

- 1) Pacient má již dlouhá léta pohyb velmi omezený, pohybuje se na invalidním vozíku, nebo o berlích s protézou, doma rád vaří a dělá domácí práce, které zvládne, v nemocnici čte, luští křížovky, sleduje televizi, snaží se o pravidelné procházky po chodbě.
- 2) Snaží se každý den alespoň jednou nasadit si končetinovou protézu a projít se po chodbě, byť s lymfedémem pravé horní končetiny mu chůze o berlích způsobuje značnou námahu. Jinak se pohybuje na invalidním vozíku. Převážnou část dne tráví v lůžku, kde čte, čile a pravidelně komunikuje po telefonu s manželkou a blízkými.
- 3) Při třetím přijetí stále stejně soběstačný s vozíkem nebo protézou. Spí kolem 7 hodin spánku, ale léky na spaní užívá jen v nemocnici.

## **Vnímání, poznávání**

- 1) Mluví plynule, má bohatou slovní zásobu, dokáže vyjádřit své potřeby. Pacient má dobrý sluch, brýle nosí na blízko, očního lékaře navštěvuje pravidelně.
- 2) Nemá výpadky paměti, komunikuje přiměřeně okolnostem, novým okolnostem se snadno přizpůsobuje.
- 3) Při třetí hospitalizaci se v tomhle směru nic nemění, zrak, sluch se nehorší, stále komunikativní.

## **Vnímání sebe sama**

- 1) Sám sebe považuje za optimistu, prý ho už nic nemůže překvapit. Věří, že nemoc zvládne, chce bojovat do posledních sil.
- 2) Nepřipouští si vůbec, že by se měl vzdát, „ten prevít ho nedostane“.
- 3) Přichází opět pozitivně naladěný, vyloženě se těší na další cyklus „chemky“.

## **Vztahy**

- 1) Žije s manželkou na chatě, mají velmi pěkný vztah, děti žádné nemají. Manželka ho často a pravidelně navštěvuje a aktivně se zajímá o jeho zdravotní stav. Dříve pracoval jako elektrikář, od 40 let v invalidním důchodu. Je komunikativní k okolí.
- 2) S manželkou mají velmi silné pouto, tím, že neměli žádné děti, jsou si velmi blízcí.
- 3) Manželka za ním pravidelně dochází, nosí mu domácí vařenou stravu, povídají si dlouhé hodiny, je poznat, jak moc se mají rádi.

## **Sexualita**

- 1) V této oblasti neudává pacient žádné problémy, bez prodělané pohlavní nemoci.
- 2) Sám říká, že má jiné priority a hodnoty než je sex.
- 3) Ve svém stavu už prý může jen vzpomínat, vypráví s úsměvem, ale bez lítosti.

## **Zvládání zátěže, odolnost vůči stresu**

- 1) Kouřil 25 cigaret denně od 18 let doposud, alkohol ani jiné návykové látky neužíval, léky na spaní užívá jen po dobu hospitalizace, doma spí bez problémů. Současné problémy se týkají nemoci, ale pacient si je nepřipouští, byť nějaké obavy přece jen má.
- 2) Po dobu hospitalizace pacient nekouří, ale přiznává, že v domácím prostředí ano. V nemocnici užívá léky na spaní, doma spí bez nich celkem dobře.
- 3) svých obavách týkajících se nemoci, léčení a budoucnosti mluvit moc nechce. Vše bere s nadhledem.

## **Životní princip**

- 1) Těší se, až zase bude na své chatě s manželkou, na pejska a čas, který spolu všichni prožijí.
- 2) Jak říká, ještě toho má spoustu před sebou, na co se může těšit.
- 3) Má obavy o svou manželku, co by si bez něj počala.

## **Bezpečnost, ochrana**

- 1) Pacient má implantovaný port, napíchnutý za aseptických podmínek Huberovou jehlou, zaveden hrudní drén, ošetřován aseptickým přístupem, okolí drénu klidné. Chrup má pacient vlastní, v nepříliš dobrém stavu, k zubnímu lékaři chodí zřídka. Vlasy a nehty v normě, kožní turgor beze změn. Lymfedém pravé horní končetiny omezuje její pohyb.
- 2) Port napíchnutý Huberovou jehlou za aseptických podmínek, vlasy vypadávají po léčbě cytostatiky, kožní turgor beze změn.
- 3) Při třetí hospitalizaci opět napíchnutý port, pacient si velmi pochvaluje tuhle možnost žilního vstupu, zaveden hrudní drén-pigtail, který ošetřován, proplachován a odsáván za aseptických podmínek.

## **Komfort**

- 1) Pacient není úplně mobilní, spoléhá na pomoc zdravotníků nebo manželky. Je zesláblý, unavený, má bolesti na hrudi a v místě zavedení hrudního drénu, dle intenzity a charakteru hodnoceno Melzackovou škálou pod číslem 2. Bolest je tišena analgetiky a opiáty dle ordinace lékaře.
- 2) Při druhém přijetí stav stran mobility stejný, slabost, bolesti doma vzrůstaly až ke st. 3 dle Melzackovy škály. Navýšení analgetické léčby i pomocí opiátů.
- 3) K další hospitalizaci přichází v pohublém, byť stejně vitálním a pozitivním stavu, bolesti se drží dle Melzacka na st. 2, dušnost se zhoršila, zřejmě v důsledku doplnění výpotku. Ordinace dle ošetřujícího lékaře provedeny.

## **Růst a vývoj**

- 1) Pacient váží 102 kg, měří 180 cm a jeho BMI je 31,5. Přesto udává hmotnostní úbytek za poslední tři měsíce.
- 2) Při druhé hospitalizaci pacient váží 94 kg, BMI má 29,1, od poslední hospitalizace zhubl 8 kg.
- 3) Ke třetímu přijetí se dostavil s váhou 88 kg, BMI má 27,1, od poslední hospitalizace zhubl 6 kg.

## 12 SOUHRN ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Při sledování a rozhovorech s pacienty při jejich opakovaných hospitalizacích jsem zjistila, že všichni mají shodné problémy v souvislosti s jejich onemocněním. První potíží byla nedostatečná výživa, způsobena nechutenstvím, s každým pacientem toto bylo řešeno individuálně, intervencí bylo umožnit pacientovi výběr jídla, přidávání bílkovinových doplňků, konzultace nutriční terapeutky.

Dalším problémem u všech pacientů byla akutní bolest, kterou se dařilo tišit analgetickou léčbou a opiáty. A na to navazoval další problém a tou byla zácpa. Vzhledem k nedostatečné výživě a léčbě opiáty zácpou trpěli opakovaně všichni pacienti, dle intervencí byl zajištěn dostatečný pitný režim, zařazení vláknin do stravy a dle ordinace lékaře podávány laxativa.

V souvislosti s opakovaným zavedením hrudních drénů, s postupným ubýváním sil se u všech sledovaných pacientů objevil deficit sebeděče při hygieně, aktivně nabízena pomoc ošetřovatelského personálu, poskytnutí soukromí a dostatek času na provedení hygieny.

Dalším společným problémem byla dušnost v souvislosti s jejich onemocněním, nejprve většinou při pohybu, při posledních hospitalizacích pacienti udávali dušnost i v klidu, intervencí bylo podávání oxygenoterapie, dle ordinace lékaře aplikace opiátů.

### **Nedostatečná výživa související s nechutenstvím**

#### **Projevující se:**

**Subjektivně:** odporem k jídlu, nezájmem o jídlo, pocitem sytosti po požití malého množství potravy

**Objektivně:** ubývání na váze, úbytek svalové a hmoty a podkožního tuku, malý denní příjem potravy, v laboratoři pokles albuminu, bílkovin, iontů

**Cíl:** Pacient bude dostatečně vyživován

#### **Ošetřovatelské intervence:**

- posuď, zda pacient chápe nutnost dostatečné nutrice
- prodiskutuj jeho stravovací návyky
- umožni pacientovi výběr dle vlastní chuti
- spolupracuj s rodinou ohledně dovozu domácí stravy
- zajisti pacientovi nutriční terapeutku



**Hodnocení:** Všichni pacienti trpěli nechutenstvím, pacientka č. 1 přes všechny možné nabízené intervence mnoho nejedla, opakovaně toto řešila s nutriční terapeutkou, sipping moc netolerovala, hydratace zajištěna intravenózní cestou, pacient č. 2 se velmi snažil, ocenil možnost vybírat si jídlo sám, pacient č. 3 využíval domácí stravu, kterou mu vozila manželka. U pacientů č. 2 a 3 se podařilo nechutenství zmírnit, pacientka č. 1 se přes veškerou snahu zdravotníků i rodiny malnutričně horšila.

### **Akutní bolest v souvislosti se zhoršením zdravotního stavu**

#### **Projevující se:**

**Subjektivně:** strach, sdělení, označení bolesti

**Objektivně:** sténání, grimasy, pocení, bolestivý výraz v obličeji

**Cíl:** pacient udává, že je bolest mírnější, či úplně ustoupila

#### **Ošetřovatelské intervence:**

- pozoruj neverbální projevy bolesti
- posuď bolest (charakter, trvání, lokalizace)
- sleduj fyziologické funkce měnící se při bolesti
- posuzuj ovlivnitelnost bolesti
- pečuj o pohodlí pacienta,
- zajisti klidné prostředí
- doporučuj úlevové polohy
- dle ordinace lékaře podávej analgetika a sleduj jejich vedlejší účinek

**Hodnocení:** Všichni pacienti při přijetí měli bolesti na hrudi, dle Melzackovy škály pacientka č. 1 st. 4, pacient č. 2 st. 4, pacient č. 3 st. 3-4. Po nasazení, či případném navýšení stávající analgetické léčby v kombinaci s opiáty u všech došlo ke zmírnění bolestí. Pacientka č. 1 st. 1- 2, pacient č. 2 a 3 udávali st. 1.

Použitá škála: Melzackova škála bolesti

1. st. – mírná bolest
2. st. – nepříjemná bolest
3. st. – intenzivní bolest
4. st. – krutá bolest
5. st. – nesnesitelná bolest

## **Zácpa v souvislosti s malým příjmem potravy a podáváním opiátů**

### **Projevující se:**

**Subjektivně:** porucha chuti k jídlu, snížení frekvence defekace, pocit zvýšeného tlaku v břiše

**Objektivně:** snížení tělesné aktivity, tvrdá stolice, obtížné vyprazdňování

**Cíl:** pacient se pravidelně vyprazdňuje, nepocítuje napětí břicha

### **Ošetrovatelské intervence:**

- posuď míru aktivity a pohybu
- zhodnoť užívané léky a jejich vedlejší účinky
- dbej na dostatek soukromí při vyprazdňování
- věnuj pozornost množství a četnosti vyprazdňování
- pouč pacienta o dostatečném pitném režimu
- dle ordinace lékaře podávej projímadla, klyzma

**Hodnocení:** Všichni pacienti udávali zhoršené a méně časté vyprazdňování, u pacientky č. 1 nedošlo k velkému zlepšení přes nabízení laxativ, čípků, projímavých čajů, četnost stolice byla 1x za 3-4 dny. Pacienti č. 2 a 3 po podané léčbě, zařazením vlákniny do stravy, větším pohybem dosáhli pravidelného vyprazdňování denně, výjimečně 1x za 2 dny.

## **Deficit sebepéče při provádění hygieny**

### **Projevující se:**

**Subjektivně:** pocit studu, strach, úzkost

**Objektivně:** neschopnost si dojít do koupelny, neschopnost se dostatečně umýt, osušit

**Cíl:** pacient bude provádět hygienu na úrovni svých schopností, má zajištěnou pomoc v rámci domácí péče nebo ošetrovatelského personálu

### **Ošetrovatelské intervence:**

- naslouchej aktivně přáním pacienta
- při úkonech dbej na zajištění soukromí
- zhodnoť, zda je deficit dočasný nebo trvalý
- věnuj pozornost dalším faktorům včetně zhoršení zraku, emoční stability
- posuď paměť, intelekt

**Hodnocení:** Při prvním přijetí byli pacientka č. 1 a pacient č. 2 plně soběstační a hygienu si prováděli sami bez pomoci, pacient č. 3 vzhledem k amputaci DK a pohybu na invalidním vozíku potřeboval dopomoc při hygieně v koupelně i na lůžku. U pacientky č. 1 došlo postupně k zhoršení soběstačnosti a hygienu musel provádět ošetřovatelský personál. Pacient č. 2 také postupně zeslábl, ale stačila mu jen pomoc ve formě doprovodu do koupelny, kde si ještě hygienu obstaral sám. U pacienta č. 3 se nic nezměnilo.

### **Dušnost související se základním onemocněním**

#### **Projevující se:**

**Subjektivně:** dušnost, strach z dušení se

**Objektivně:** poruchy dýchání, pocení, cyanóza, tachykardie, zmatenost

**Cíl:** pacient se aktivně účastní léčebného režimu dle svého zdravotního stavu, je oběhově stabilní

#### **Ošetřovatelské intervence:**

- posuď frekvenci a hloubku dechu, namáhavost dýchání
- zhodnoť úroveň vědomí
- měř okysličení pomocí pulzní oxymetrie
- dle ordinace lékaře podávej kyslík a medikaci
- poskytuj psychickou podporu

**Hodnocení:** Pacientka č. 1 po všechny hospitalizace měla oxygenoterapii pomocí nosních hrotů, postupně průtok kyslíku navyšován, a tišení dušnosti i opiáty. Pacienti č. 2 a 3 po dobu hospitalizací měli kyslík k dispozici v průtoku 2 litrech za minutu, ale většinou ho nepoužívali, stačil jim ke zlepšení dušnosti účinek opiátových náplastí.

### **Riziko infekce se zavedením žilního vstupu, hrudního drénu**

**Cíl:** invazivní vstupy budou čisté, bez známek infekce, bezpečná aplikace i.v.

#### **Ošetřovatelské intervence:**

- kontroluj denně invazivní vstupy
- prováděj denně sterilní převazy
- hledej místní známky infekce v okolí invazivních vstupů
- dodržuj aseptické podmínky při manipulaci s invazivními vstupy

**Hodnocení:** Všichni pacienti měli okolí intravenózního vstupu čisté, bez známek infekce, dle potřeby a standardů FN Plzeň probíhaly výměny katétrů.

**Použitá škála:** Maddonova klasifikace tromboflebitis

- 0- není bolest ani reakce v okolí
- 1- pouze bolest, ne reakce v okolí
- 2- bolest a zarudnutí
- 3- bolest, zarudnutí, edém, bolestivý pruh v průběhu žíly
- 4- hnis, zarudnutí, edém, bolestivý pruh v průběhu žíly

Všichni pacienti st. 0.

## 13 DISKUZE

Naše bakalářská práce se zaměřila na pacienty s malobuněčným karcinomem plic. Jejím cílem bylo shrnout největší problémy na základě ošetřovatelského procesu, kdy jsme sbírali informace od pacientů, od rodinných příslušníků, z dokumentace, a navrhnout mapu ošetřovatelské péče o tyto nemocné. Z uvedených kazuistik je zřejmé, že nemocní s malobuněčným karcinomem plic se musí se svojí diagnózou vyrovnat v době, kdy jsou již často sužováni řadou potíží, které výrazně zhoršují jejich komfort (dušnost, bolest, nechutenství, zácpa, únava, slabost). Je to v důsledku toho, že v době určení diagnózy bývá onemocnění již v pokročilém stádiu, kdy je pravděpodobnost dlouhodobého přežívání velmi malá.

Ke zjišťování informací jsme použili model Marjory Gordonové, kdy jsme porovnávali a shromažďovali poznatky o největších problémech pacientů s karcinomem plic. Snahou zdravotníků je zlepšit kvalitu života nemocných primárně onkologickou léčbou, ale především léčbou zmírnit výše uvedené symptomy. Vzhledem ke špatné prognóze by zároveň měla být i zahájena paliativní péče. Malobuněčný karcinom je inoperabilní, neboť zakládá časné mikrometastázy, léčí se systémově, to znamená chemoterapií. Léčba je velmi náročná, nemocní jsou ohroženi jak samotným onemocněním, tak i komplikacemi léčby, jako jsou nevolnost, zvracení, poklesy v krevním obrazu, infekční komplikace. Zejména pro ženy je nepříjemným doprovodným jevem alopecie, která je ale jen dočasná. Onemocnění je často komplikováno řadou stavů, které vyžadují hospitalizaci, například zavedení hrudní drenáže při pleurálním výpotku, zajištění žilního vstupu k podávání chemoterapie, nastavení analgetické léčby, hydratace. Při progresi onemocnění a klinickém zhoršování stavu je vhodné promluvit s pacientem a jeho blízkými na téma následné péče, jestli se zvládne rodina postarat v domácím prostředí, za pomoci home care, mobilního hospice, domácí péče nebo zda začít zařizovat přijetí do LDN, hospice. Při chronické dechové nedostatečnosti indikujeme dlouhodobou domácí oxygenoterapii, pokud jsou splněna indikační kritéria, jakou jsou 6 měsíců nekuřáctví a kyslíkový test. V případě, že jsou již vyčerpané možnosti léčby, nemocný je na symptomatickém postupu, je v nemocnici hospitalizován z důvodu dechové nedostatečnosti a nespĺňuje indikační kritéria k DDOT, snažíme se zapůjčit koncentrátor kyslíku domů, aby nemocný mohl být co nejdéle v domácí péči.

Důležité je citlivě, v soukromí informovat pacienta o diagnóze, výsledcích vyšetření, o průběhu léčby, prognóze a komunikovat s rodinou. Zjistila jsem, jak moc je

náročné pro rodinu se vyrovnat s onkologickým onemocněním a umíráním a jak je důležitá vzájemná podpora všech členů rodiny, shodně jako Symerská (2016) píše ve své bakalářské práci. Všichni pacienti, kterým je sdělena závažná diagnóza, procházejí pěti fázemi přijetí podle Elisabeth Kübler-Ross. Nejprve přichází šok, popírání, pacient nevěří, že zrovna jemu, se něco takového děje, „to přece není možné, to musí být omyl“. Toto zavírání očí nad skutečností bývá většinou jen dočasnou obranou. Další fází je hněv, zlost, kdy hledá viníka, odmítá se nechat ošetřit, má zlost na zdravé lidi. Třetí fází je smlouvání, vyjednávání s osudem, pacienti i dosud nevěřící lidé, slibují Bohu cokoli, jen aby oddálili neúprosný osud. Je to jakýsi pokus o odklad. Hledají zázračné léčitele, diety, pověry, jsou ochotni zaplatit cokoli. Čtvrtou fází je smutek, deprese. Pacient je ochromený svou ztrátou, strachuje se o zajištění rodiny, rezignuje na léčbu. Poslední fází je smíření, akceptace, pacient je pokorný, přijal svůj konec, loučí se s blízkými. Tak jako to popisuje E.Kübler Ross, jsem ověřila, že tato pátá fáze nemusí u všech těžce nemocných přijít. Tato pátá fáze nemusí u všech těžce nemocných přijít. Na našem oddělení se nejčastěji setkávám s pacienty ve fázích jedna až čtyři. Komunikace s nimi je velmi složitá, sestra musí být vnímavá a ke každému pacientovi přistupovat individuálně. Pacientka č. 1 byla velmi uzavřená, na dotazy odpovídala, byla příjemná, ale ke spontánnímu hovoru nedocházelo. Myslím, že především při třetí hospitalizaci byla někde mezi rezignací a smířením. Nejvíce času trávila četbou, spánkem, se spolupacientkami si příliš nepovídala. Oproti ní pacient č. 2 a č. 3 byli velmi komunikativní, sami začínali mluvit, byli zvědaví stran léčby, výkonů, chodu oddělení. Oba hleděli pozitivně a optimisticky do budoucnosti, i přes postupné zhoršování zdravotního stavu. Myslím, že na našem oddělení je péče o tyto nemocné na vysoké úrovni, přesto je stále co vylepšovat. Je mi velmi líto, že na oddělení pravidelně nedochází kaplan nebo řádová sestra, že nedochází klinický psycholog za těmi, kteří by to potřebovali a pohovory s nimi by uvítali. Mám za to, že všechnu tuhle péči saturujeme my sestry. Jsme na rozdíl od lékařů s pacienty mnohem více času, dozvíme se spoustu informací, co pacienty trápí a z čeho se těší. Pro mne osobně bylo vždy velmi příjemné si s pacienty povídat například během ošetřování hrudního drénu, kdy se čas, který to zabere, dá využít k tomu, abych pacienta edukovala ohledně například podání chemoterapie, vyšetření, které ho čeká, uklidnila jeho obavy, zjistila, jestli má nějaké starosti a jak bych mu případně mohla pomoci. Velmi mě potěšilo, když pacient č. 2 ve spolupráci s psychologem dokázal najít cestu ke své sestře, se kterou nebyl dlouhá léta v kontaktu. Byla mu v následujících týdnech velkou oporou. Naopak jako neúspěch hodnotím zajištění

dostatečné nutriční u pacientky č. 1. Stejně jako Trenzová (2015) popisuje ve své diplomové práci, jsem zjistila, že nutriční stav a dostatečná výživa významně ovlivňuje léčení a průběh stonání onkologických pacientů. Byť jsme se všichni snažili nabízet jakoukoli dietu, opakovaně byla zvána nutriční terapeutka, spolupracovali jsme s rodinou, s blízkou přítelkyní pacientky, nepodařilo se nám nalézt řešení a pacientka většinu jídla stále odmítala. Ani bílkovinné doplňky ani sipping pacientka příliš netolerovala. Hydratace byla zajištěna intravenózní cestou.

Léčba bolesti patří mezi hlavní léčby většiny maligních onemocnění. Bolest postihuje až 80% pacientů s nádorovým onemocněním. Pacienti mají většinou mnohem větší strach z bolesti než ze samotné nemoci. Bolest je subjektivní pocit a my jako zdravotníci ji pacientovi musíme vždy věřit. Důležité je, abychom získali pacientovu důvěru a popravdě nám sdělil intenzitu bolesti, někteří pacienti mají sklony ke zlehčování. Podstatné je popsat lokalizaci bolesti, její intenzitu, charakter, co bolest snižuje a co naopak zhoršuje a jak se bolest mění během dne. Sestra by měla použít správnou měřicí škálu bolesti. Což v mém případě byla Melzackova škála, která pro svoji jednoduchost byla pro pacienty nejvhodnější.

Nastavení analgetické léčby se u všech třech pacientů krátce po přijetí k hospitalizaci dařilo vyřešit, všichni dostali opiátové náplasti různé síly, které jsou velmi oblíbené mezi pacienty, protože pacienta nijak nezatěžují svou aplikací ani nebolí, zároveň měli možnost si říkat průběžně podle potřeby o podání opiátu injekčně nebo ve formě perorálních tablet. Což využívala nejvíce pacientka č. 1 a pacient č. 2. Pacient č. 3 byl spokojen s nastavenou léčbou opiátové náplasti.

Na oddělení PNE se denně setkáváme s těžce nemocnými i umírajícími pacienty. Ošetrovatelská péče o ně je velmi náročná nejen fyzicky, ale především psychicky, důležitá je i komunikace s příbuznými. Pacienti i jejich rodiny jsou většinou rádi, když jim laicky „přeložíme“ a vysvětlíme informace, které jim poskytl lékař. Chtějí se vypovídat, svěřit, poradit, utěšit. Jak bylo řečeno, vzhledem ke špatné prognóze onemocnění by měla být zároveň zahájena i paliativní péče. Cílem paliativní péče je zmírnit bolesti, dušnost, zachovat důstojnost pacientovi a poskytnout oporu rodině a blízkým. Hlavní důraz klade na kvalitu života, nesnaží se o urychlení ani o oddálení smrti, je založena celostním pohledem na pacienta, respektuje priority a přání pacienta a umožňuje pacientovi, aby poslední období života prožili ve společnosti svých nejbližších v důstojném a vlídném prostředí. Bohužel zatím takhle péče v celé své podstatě na našem standardním oddělení

ještě nemá své místo. Ze své zkušenosti můžu říct, že i když se na oddělení snažíme udělat podmínky pro to, aby příbuzní mohli poslední dny a chvíle strávit se svým blízkým a nabízíme veškeré možnosti, většina lidí toto nevyužije a pacient umírá sám. Většinou mají strach z toho, že uvidí milovaného člověka umírat, z toho, že sami nezvládnou jeho odchod.

Velmi důležitou součástí ošetrovatelské péče je umění komunikovat. Zvládnutí komunikace je velmi náročné. Každý pacient jinak reaguje, na sestřích si vybíjí svůj hněv a frustraci ze své nemoci, trpí odtržením od rodiny, mění se jeho tělesné, sociální a psychické potřeby, zužují ho bolesti. Má obavy z nedostatku pozornosti, zájmu, osamění, opuštění, strach z dalšího průběhu nemoci a strach ze smrti. Všechny tyto okolnosti ovlivňují jeho chování a jednání. Je na sestře zvládnout vhodně komunikaci. Zásadní je o pacienta projevit osobní zájem, nemocný nesmí vycítit lhostejnost. Její neverbální projev by měl být shodný s verbálním projevem, neměla by být otočená záda, uhýbat očima. Měla by komunikovat srozumitelně, respektovat únavu a nechut' pacienta pokračovat v hovoru. To vše pochopitelně platí i pro komunikaci s rodinou a blízkými pacienta. Další neméně důležitou součástí ošetrovatelské péče je umění edukace. Každá sestra by měla citlivě a srozumitelně, s přihlédnutím ke zdravotnímu a psychickému stavu a intelektu pacienta, umět přiměřeně edukovat ve všech oblastech ošetrovatelské péče.



## 14 ZÁVĚR

Ve svojí bakalářské práci jsem se zaměřila na problematiku nemocných s malobuněčným karcinomem plic a roli sester, které o ně v průběhu hospitalizace pečují. V teoretické části jsem se zabývala anatomií dýchacího ústrojí, rozdělením karcinomu plic na malobuněčný a nemalobuněčný karcinom, druhy léčby, nežádoucími účinky léčby a rolí sestry v péči o onkologicky nemocné. V praktické části jsem formou kvalitativního výzkumu pomocí kazuistik popsala tři pacienty, kterým byl u nás na klinice Pneumologie a fizeologie diagnostikován malobuněčný karcinom. Popsala jsem jejich tři hospitalizace, pro přesnější popis jsem použila ošetrovatelský proces podle Marjory Gordonové. Myslím, že z uvedených kazuistik je zřejmé, jak závažné a zákeřné onemocnění je malobuněčný karcinom. Každé onkologické onemocnění je velmi zatěžující především pro pacienta, ale i jeho nejbližší a ošetrující personál. V případě malobuněčného karcinomu je to těžší o to, že onemocnění rychle progreduje a šance na vyléčení je téměř nulová. Proto je podstatné znát všechny problémy těchto nemocných a snažit jim co nejvíc a nejlépe usnadnit jejich stonání. Výstupem mé práce je tedy mapa ošetrovatelské péče, kde jsem shrnula nejčastější problémy nemocných a zároveň intervence nás sester. Přesto, že si myslím, že na naší klinice je péče o onkologicky nemocné na vysoké úrovni, tak především v oblasti péče o pacienty v terminálních stavech je ještě mnohé co dohánět. Proto za velký úspěch a krok dopředu považuji otevření oddělení paliativní péče, které by se do budoucna mělo na naší klinice otevřít a umožní prožít důstojně zbytek života, bez bolesti a strachu.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ABRAHÁMOVÁ, J. *Www.remedia.cz* [online]. Epidemiologie zhoubného novotvaru průdušky a plicí (C34) v ČR. 2016. [cit. 2016-12-10]. Dostupné z:<http://www.remedia.cz/Okruhy-temat/Farmako-epidemiologie/Epidemiologie-zhoubneho-novotvaru-prudusky-a-plice-C34-v-CR/8-Y-NP.magarticle.aspx>.

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.

DOSTÁLOVÁ, O. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 2016. 168 s. ISBN 978-80-247-5706-3.

DYLEVSKÝ, I. *Funkční anatomie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 2009. 532 s. ISBN 978-80-247-3240-4.

DYLEVSKÝ, I. *Základy funkční anatomie člověka*. 1. vydání. Praha: České vysoké učení technické. 2013. 213 s. ISBN 978-80-01-05249-5.

EDITED BY SIEGFRIED SEEBER. *Small cell lung cancer*. S.l.: Springer, 2012. ISBN 9783642823749.

ELIŠKOVÁ, M., NAŇKA, O. *Přehled anatomie*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Karolinum, 2006. 309 s. ISBN 80-246-1216-X.

FAKAN, F. *Přehled patologie pro bakalářské zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Karolinum. 2005. 112 s. ISBN 80-246-1054-X.

FALK, Stephen A. a C. J. WILLIAMS. *Lung cancer*. 3rd ed. New York: Oxford University Press, 2010. Facts (Oxford, England). ISBN 0199569339.

JANÁČKOVÁ, Laura. *Život je boj: praktický průvodce rakovinou pro nemocné a jejich blízké*. Ilustroval Aleš ČUMA. V Brně: Grifart, 2014. ISBN 978-80-905337-4-5.

KADLEC, B., SKŘIČKOVÁ, J. [Http://zdravi.euro.cz](http://zdravi.euro.cz) [online]. Malobuněčný karcinom plic. 2012. [cit. 2016-12-03]. Dostupné z:<http://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/malobunecny-karcinom-plic-463625>.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.

MALÍŠKOVÁ, I. *Možnosti radioterapie v léčba karcinomu plic*. Brno, 2014. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra radiologických metod. Vedoucí práce Aleš Kudláček.

SKŘIČKOVÁ, Jana a Vítězslav KOLEK. *Základy moderní pneumoonkologie*. Praha: Maxdorf, c2012. Jessenius. ISBN 978-80-7345-298-8.

SKŘIČKOVÁ, J., TOMÍŠKOVÁ, M., BABIČKOVÁ, L., KAPLANOVÁ, J. Diagnostika a léčba karcinomu plic ve stáří. *Česká geriatrická revue*. 2008, 6 (1), S. 20 - 30. ISSN 1214–0732.

SKŘIČKOVÁ, J., KAPLANOVÁ, J. [Http://www.linkos.cz](http://www.linkos.cz) [online]. Nemalobuněčný karcinom plic. 2008. [cit. 2016-12-03]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/files/onkologicka-pece/10/100.pdf>.

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

STARNOVSKÁ, Tamara, Jaroslava PAVLÍČKOVÁ a Danuše HRBKOVÁ. *Výživa při nádorovém onemocnění: [praktická příručka pro pacienty]*. Praha: Nutricia, 2007. ISBN 978-80-239-9055-3.

SYMERSKÁ, Romana. Život s onkologicky nemocným člověkem [online]. Brno, 2016 [cit. 2017-03-29]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Alice Prokopová.

TRENZOVÁ, Nikola. Výživa při paliativní péči u onkologických pacientů [online]. Brno, 2015 [cit. 2017-03-29]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Milana Šachlová

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 2006. 144 s. ISBN 978-80-247-1262-8.

VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 2012, 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3.

*Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1720-4.

*Www.linkos.cz* [online]. Výskyt nádorů plic a průdušek v ČR. 2016. [cit. 2016-12-10]. Dostupné z: <<http://www.linkos.cz/zhoubne-nadory-prudusek-plic-a-pohrudnice-c33-34/vyskyt-nadoru-plic-a-prudusek-v-cr/>>.

*Www.linkos.cz* [online]. Výživa onkologicky nemocného. 2016. [cit. 2016-12-12]. Dostupné z: <<http://www.linkos.cz/vyziva/vyziva-onkologicky-nemocneho/>>.

ZATLOUKAL, P., PETRUŽELKA, L. *Karcinom plic*. 1. vydání. Praha: Grada Avicenum. 2001. 400 s. ISBN 80-7169-819-9.

ZATLOUKAL, P. *Http://zdravi.euro.cz* [online]. Bronchogenní karcinom – léčba. 2011. [cit. 2016-12-03]. Dostupné z: <<http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/bronhogenni-karcinom-lecba-460143>>.

ZATLOUKAL, P. *Www.medicinapropraxi.cz* [online]. Karcinom plic. 2008. [cit. 2016-12-03]. Dostupné z: <<http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/01/06.pdf>>.

## SEZNAM ZKRATEK

ATB .....	antibiotika
BMI.....	body mass index
CRP.....	c-reaktivní protein
CŽK .....	centrální žilní katetr
DDOT .....	dlouhodobá domácí oxygenoterapie
DF .....	dechová frekvence
EBR .....	erytrocyty bez buffy-coatu resuspendované
i.v. ....	intravenózně
P .....	puls
PNE.....	Klinika pneumologie a ftizeologie
PŽK.....	periferní žilní katétr
SatO2 .....	saturace kyslíku
St.....	stupeň
tj.....	to je
TK.....	tlak krve
tzv.. .....	takzvaně
v.s. ....	velmi suspektní

## **SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1 – Nemalobuněčný bronchnogenní karcinom (adenokarcinom plic)

Obrázek 2 – Malobuněčný karcinom plic

Obrázek 3 – Epidemiologie zhoubných nádorů trachey, průdušky a plíce

Obrázek 4 – Vývoj incidence a mortality u zhoubného novotvaru plic (z celosvětového hlediska, v ČR oranžové značení)

Obrázek 5 – Vývoj incidence a mortality na zhoubný novotvar plic (v letech 1978 až 2006)

Obrázek 6 – Plán chemoterapie

Obrázek 7 – Nařaděná chemoterapie k podání

Obrázek 8 – Bílkovinné doplňky

Obrázek 9 – Hrudní dren - pigtail

Obrázek 10 – Hrudní dren - pigtail

## **SEZNAM PŘÍLOH**


Příloha č. 1 – Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Příloha č. 2 – Informovaný souhlas

Příloha č. 3 – Mapa ošetrovatelské péče

## Obrázek 6 – Plán chemoterapie

strana 1



**Fakultní nemocnice Plzeň**  
 Edvarda Beneše 13, 30599 Plzeň, IČO: 00669806  
**Klinika pneumologie a ftizeologie**

Přednosta Prof. MUDr. Miloš Pešek, CSc.  
 Identifikace: [redacted] Narozen/a 9.7.1952 Pohlaví M Plátce 111

364 01 Toužim, tel.: 724 746 137

**0.3.2017** **Onkologické vyš. - plán chemoterapie**

Série: 1 Začátek linie: [redacted]  
 Začátek cyklu: 7.3.2017 10 hod. Počet dnů cyklu: 21 Konec cyklu: 28.3.2017 Pořadí cyklu v linii: 3

**Rozpis cyklu chemoterapie:**  
 Hmotnost (kg): 102 Výška (cm): 180 BSA (m<sup>2</sup>): 2,214 Dávka %: 100

**Poznámka: prosím dodat na Plicní kl. - B**

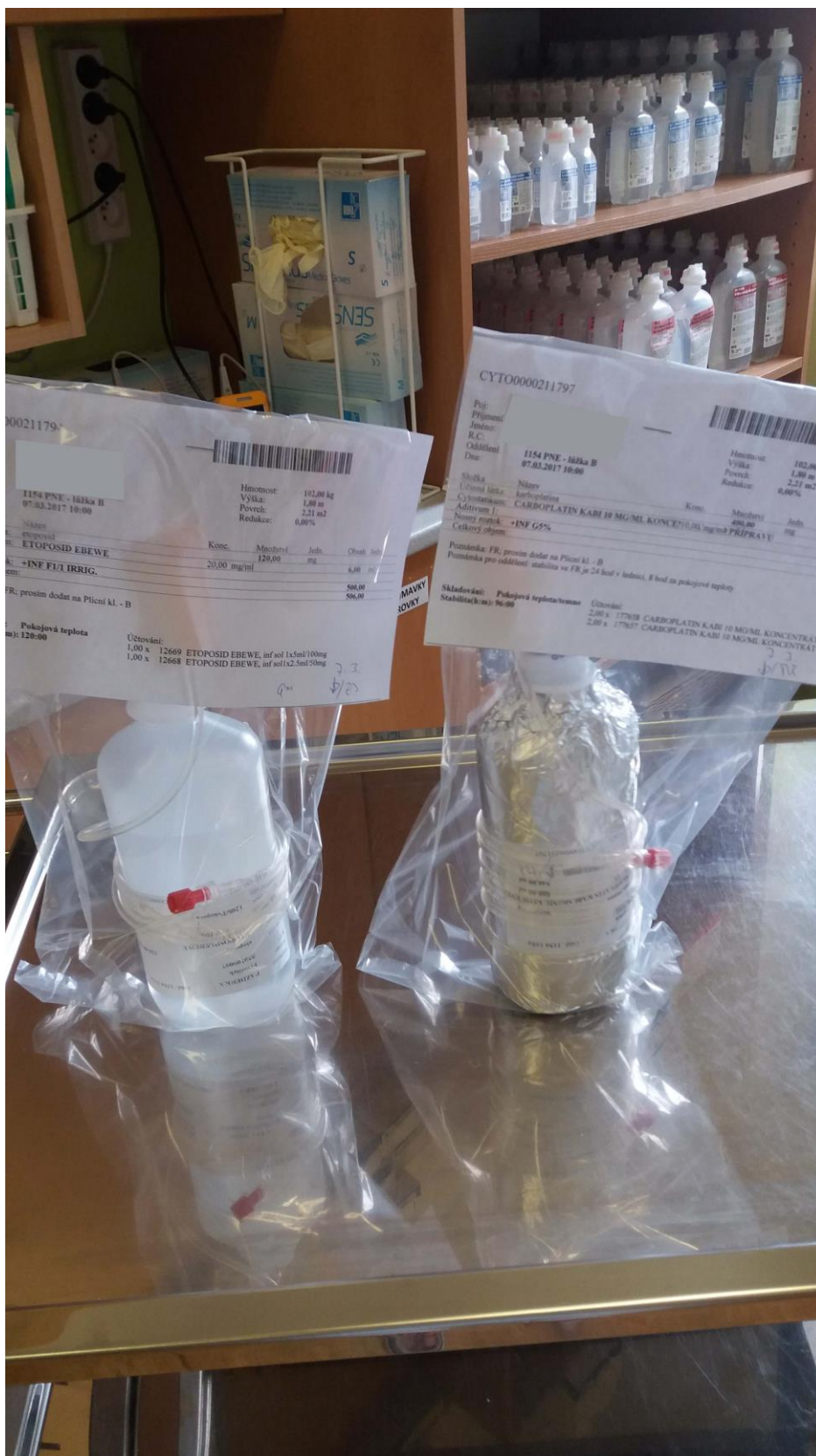
<b>07.03.2017 10 h.</b>						Podpis:
<b>ETOPOSID EBWE</b>						
Ordinov. dávka:	Dávka /m <sup>2</sup>	Mj:	Vypočt. dáv.:	Nosič:	Objem [ml]:	
120	60	mg	132	FR	500	
<b>07.03.2017 10 h.</b>						Podpis:
<b>CARBOMEDAC</b>						
Ordinov. dávka:	Dávka /m <sup>2</sup>	Mj:	Vypočt. dáv.:	Nosič:	Objem [ml]:	
400	200	mg	442	FR	500	
<b>08.03.2017 10 h.</b>						Podpis:
<b>ETOPOSID EBWE</b>						
Ordinov. dávka:	Dávka /m <sup>2</sup>	Mj:	Vypočt. dáv.:	Nosič:	Objem [ml]:	
120	60	mg	132	FR	500	
<b>09.03.2017 10 h.</b>						Podpis:
<b>ETOPOSID EBWE</b>						
Ordinov. dávka:	Dávka /m <sup>2</sup>	Mj:	Vypočt. dáv.:	Nosič:	Objem [ml]:	
120	60	mg	132	FR	500	

MUDr.

WinMedicalc - KlulD: 79541727



**Obrázek 7 – Nařaděná chemoterapie k podání**



Obrázek 8 – Bílkovinové doplňky



**Obrázek 9 – Hrudní dren - pigtail**





Obrázek 10 – Hrudní dren - pigtail



# PŘÍLOHY

## Příloha č. 1 – Povolení sběru informací ve FN Plzeň



Vážená paní  
Lenka Vondráčková  
Studentka oboru Všeobecná sestra  
Fakulta zdravotnických studií – Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
Západočeská univerzita v Plzni

### Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** sběr informací pomocí analýzy zdravotnické dokumentace pacientů *Kliniky pneumologie a ftiizeologie (PNE)* FN Plzeň. Vaše šetření budete provádět v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Role sestry v péči o pacienta s inoperabilním malobuněčným karcinomem plic*“.

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

- Vrchní sestra *PNE* souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nesmí narušit chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření budete provádět za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
  - **Sběr informací pro Vaši bakalářskou práci budete provádět pod přímým vedením Bc. Jany Marešové, staniční sestry PNE FN Plzeň.**
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, pokud budou uvedeny ve Vaší práci, musí být anonymizovány.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete Zdravotnickému oddělení / klinice či Organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, 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 vedoucích pracovníků Vám šetření umožnit, pokud by Vaše šetření narušovalo plnění Vašich pracovních povinností, či nevhodně zasahovalo do provozu ZOK.

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](mailto:chabrovas@fnplzen.cz)

6. 10. 2016

## Příloha č. 2 – Informovaný souhlas

### INFORMOVANÝ SOUHLAS

#### NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

#### STUDENT

jméno

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail

#### VEDOUcí BP:

jméno

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail

#### CÍL STUDIE

Cílem studie je...

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

#### SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já .....

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

### Příloha č. 3 – Mapa ošetrovatelské péče

	<b>Problém</b>	<b>Cíl</b>	<b>Intervence</b>
<b>Podpora zdraví</b>	Snižující se soběstačnost	Udržet maximální možnou soběstačnost	Pomoc v běžných denních činnostech
<b>Výživa Metabolismus</b>	Snížený příjem potravy, malnutrice, dehydratace	Pacient nebude hubnout Nebude mít známky podvýživy, pacient bude dostatečně hydratován, strava pro pacienta zůstane příjemnou součástí dne	Nutriční screening Sledování přijaté stravy a tekutin
<b>Vylučování</b>	Zhoršené vylučování stolice	Pravidelné vyprazdňování	Dostatek tekutin, vhodná strava, laxativa
<b>Aktivita Odpočinek</b>	Nedostatek odpočinku	Dostatečný spánek, po kterém se pacient cítí odpočínutý	Dodržování spánkové hygieny
<b>Vnímání Poznávání</b>	Nedostatečná informovanost, spolupráce pacienta	Pacient se bude aktivně zajímat a podílet se na léčbě	Dostatečně pacienta informovat a povzbuzovat
<b>Vnímání sama sebe</b>	Strach z léčby a budoucnosti	Pacient nebude pocíťovat obavy a strach	Podpořit v optimismu, ocenit úsilí, které pacient v souvislosti s léčbou vyvíjí, aktivně nabízet pomoc
<b>Vztahy</b>	Samota, stesk po rodině	Pacient se necítí osamělý	Umožnit návštěvy rodinných příslušníků, edukovat blízké o důležitosti a vhodnosti pravidelného kontaktu s pacientem
<b>Zvládání zátěže</b>	Stres, deprese	Pacient nebude trpět depresí	Snížit napětí pacienta, nabídnout pomoc psychologa
<b>Životní princip</b>	Obavy o rodinu	Pacient nebude pocíťovat obavy, bude klidný	Rozhovorem snížit obavy o rodinu, doporučit pacientovi vhodné poradenství, například pastorační službu
<b>Bezpečnost</b>	Riziko infekce	Zabránění infekce	Zavádění katetrů, drénů za přísně aseptických podmínek, předejít vzniku infekce převazy za dodržení aseptického postupu
<b>Komfort</b>	Zhoršující se mobilita	Udržet pacienta mobilního v rámci jeho možností	Podpořit mobilitu, nabídnout kompenzační pomůcky, analgetika
<b>Růst a vývoj</b>	nechutenství	Odstranit nebo zmírnit nechut' k jídlu	Zajistit nutričního terapeuta, aktivně nabízet doplňky stravy, domluva s rodinou stran domácí stravy, sipping