

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Michaela Rainkeová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Michaela Rainkeová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

ROLE SESTRY PŘI PÉČI O PACIENTKU LÉČENOU BRACHYTERAPIÍ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Simona Šípová

PLZEŇ 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Simony Šípové a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 27. 3. 2015.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Simoně Šípové za odborné vedení práce, milý přístup, cenné rady, připomínky a trpělivost při vedení bakalářské práce, za čas, který mi věnovala a za poskytování materiálů důležitých k vypracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat mé rodině za pochopení, trpělivost a podporu ve studiu a také pracovníkům onkologické a radioterapeutické kliniky Fakultní nemocnice v Plzni.

Anotace

Příjmení a jméno: Rainkeová Michaela

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Role sestry při péči o pacientku léčenou brachyterapií

Vedoucí práce: Mgr. Simona Šípová

Počet stran – číslované: 46

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 20

Počet příloh: 9

Počet titulů použité literatury: 33

Klíčová slova: anatomie a fyziologie ženských pohlavních orgánů, gynekologické malignity, prevence a screening, brachyterapie, potřeby nemocných v onkologické léčbě

Souhrn:

V současné době gynekologické nádory představují závažný medicínský i společenskoekonomický problém. Gynekologické nádory jsou po nádorech prsu a stěva třetím nejčastějším nádorovým onemocněním u žen, zejména karcinom děložního těla a karcinom děložního hrdla. Každoročně na ně v ČR zemře 1500 až 2000 žen. V bakalářské práci se zabývám problematikou ošetrovatelské péče a rolí sestry v souvislosti s nežádoucími účinky pacientek léčených brachyteraapií. Teoretická část je věnována popsání onkologické léčby všeobecně, protože je nezbytně spojena s brachyterapeutickou léčbou. V dalších kapitolách se zabývám radioterapií, ženskými pohlavními orgány samotnou brachyterapeutickou léčbu a jejími nežádoucími účinky, se kterými se může sestra v onkologii setkat. Nezapomněla jsem se zaměřit také na psychologickou stránku takto nemocných žen a jejich potřeby jakožto onkologicky nemocných. V praktické části jsem se zaměřila na pacientky, které podstoupily tuto léčbu. Zpracovala jsem jednotlivé

kazuistiky, jejich subjektivní pocity i objektivní zhodnocení ošetrovatelské péče. Výstupem bakalářské práce je vytvořený dokument, mapa ošetrovatelské péče pacienta u nežádoucích účinků brachyterapeutické léčby.

Annotation

Surname and name: Rainkeová Michaela

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Role of nurses in the care of a patient treated with brachytherapy

Consultant: Mgr. Simona Šípová

Number of pages – numbered: 46

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 20

Number of appendices: 9

Number of literature items used: 33

Keywords: anatomy and physiology of the female genital organs, gynecological malignancy, prevention and screening, brachytherapy, the needs of patients in cancer treatment

Summary:

Currently, gynecologic tumors represent a serious medical and socioeconomic problem. Gynecologic tumors, after breast and colon tumors the third most common cancer in women, particularly cancer of the uterine body and cervix carcinoma. Every year in the Czech Republic they die 1500-2000 women. In the bachelor thesis deals with the issue of nursing care and the role of nurses in relation to adverse events in patients treated with brachytherapy. The theoretical part is devoted to describing cancer therapy in general, because it is necessarily associated with brachytherapy treatment. In subsequent chapters deal with radiotherapy, female sexual organs alone brachytherapy treatment and its side effects with which nurses may encounter in oncology. I did not forget to also focus on the psychological aspects of such ill women and their needs as oncology patients. In the practical part I focused on patients who have undergone this treatment. I compiled the individual case histories, their subjective feelings and objective evaluation of nursing care. The output of the thesis is to create a document map of the nursing care of the patient with side effects brachytherapy treatment.

OBSAH

ÚVOD.....	0
TEORETICKÁ ČÁST	1
1 ONKOLOGICKÁ LÉČBA.....	1
1.1 Historie.....	1
1.2 Druhy onkologické léčby.....	1
1.2.1 Kurativní léčba	1
1.2.2 Adjuvantní léčba.....	1
1.2.3 Podpůrná léčba	1
1.2.4 Paliativní léčba	1
1.3 Radioterapie	2
1.3.1 Základní rozdělení radioterapie	2
1.3.2 Zevní radioterapie.....	2
1.3.3 Vnitřní radioterapie.....	2
2 ANATOMIE ŽENSKÝCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ.....	3
2.1 Zevní pohlavní orgány	3
2.1.1 Velké stydké pysky (labia majora)	3
2.1.2 Malé stydké pysky (labia minora)	3
2.1.3 Pošťeváček (clitoris).....	3
2.2 Vnitřní pohlavní orgány.....	3
2.2.1 Vaječník (ovarium).....	3
2.2.2 Vejcovod (tuba uterina).....	3
2.2.3 Děloha (uterus)	4
2.2.4 Pochva (vagina)	4
3 PREVENCE A SCREENING	5
3.1 Prevence.....	5
3.1.1 Primární prevence.....	5
3.1.2 Sekundární prevence.....	5
3.1.3 Terciární prevence	5
3.1.4 Kvartérní prevence	5
3.2 Screening	5
3.2.1 Screening zhoubných gynekologických nádorů	5
3.3 Preventivní opatření:	5
3.4 Úloha sestry v nádorové prevenci.....	6
3.4.1 Ošetřovatelské intervence.....	6
3.5 Zhoubné nádory vulvy	7
3.6 Zhoubné nádory pochvy	7

3.7	Zhoubné nádory děložního hrdla	8
3.8	Zhoubné nádory děložního těla.....	8
4	BRACHYTERAPIE	9
4.1	Historie brachyterapie	9
4.2	Zdroje v brachyterapii.....	9
4.3	Základní rozdělení brachyterapie podle umístění zdroje	9
4.3.1	Intrakavitární	9
4.3.2	Intraluminální	9
4.3.3	Intersticiální	10
4.3.4	Povrchová (muláž).....	10
4.4	Plánování brachyterapie.....	10
4.5	Intrakavitární brachyterapie	10
4.6	Uterlovaginální aplikace (UVAG).....	10
4.7	Aplikátory používané při brachyterapii	11
4.7.1	Fletcherův aplikátor	11
4.7.2	Prstencový – ring – aplikátor.....	11
4.7.3	Kolpostat.....	11
4.7.4	Vaginální válec	11
4.7.5	Heymanova tamponáda	11
4.8	Nežádoucí účinky po brachyterapii	11
4.8.1	Časné reakce	12
4.8.2	Pozdní změny po radioterapii	14
4.9	Kompetence sester	14
4.9.1	Všeobecná sestra.....	14
4.9.2	Způsobilost k výkonu tohoto povolání	15
4.10	Vzdělávací programy specializačního vzdělávání nelékařů.....	16
4.10.1	Vstupní podmínky a průběh specializačního vzdělávání	16
4.10.2	Specializovaná ošetrovatelská péče v onkologii a paliativní péči.....	17
4.10.3	Kompetence sester	17
5	POTŘEBY NEMOCNÝCH V ONKOLOGICKÉ LÉČBĚ.....	19
5.1	Vyrovňávání se s nemocí	19
5.2	Prožívání nádorového onemocnění.....	19
5.2.1	Stadia nádorového onemocnění a jejich prožívání dle Jandourkové a Čepické 19	
5.2.2	Fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Rossovové	20
5.3	Psychosociální podpora pacientky v průběhu nemoci	21
6	MAPA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	22

PRAKTICKÁ ČÁST	23
7 FORMULACE PROBLÉMU	23
8 CÍL PRÁCE	24
8.1 Dílčí cíle.....	24
9 METODA VÝZKUMU	25
10 VZOREK RESPONDENTŮ	26
11 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ – OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	27
11.1 Kazuistika č. 1	27
11.1.1 Diagnózy.....	27
11.1.2 Anamnéza	27
11.1.3 Fyziologické funkce	27
11.1.4 Průběh hospitalizace	28
11.1.5 Ošetřovatelský proces.....	29
11.2 Kazuistika č.2	30
11.2.1 Diagnózy.....	30
11.2.2 Anamnéza	30
11.2.3 Fyziologické funkce	31
11.2.4 Průběh hospitalizace	31
11.2.5 Ošetřovatelský proces při brachyterapii podle modelu Gordonové	33
11.3 Kazuistika č. 3	34
11.3.1 Diagnózy.....	34
11.3.2 Anamnéza	34
11.3.3 Fyziologické funkce	35
11.3.4 Průběh hospitalizace	35
11.3.5 Ošetřovatelský proces při brachyterapii podle modelu Gordonové	36
12 ANALÝZA ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	39
DISKUZE	43
ZÁVĚR.....	46
LITERATURA A PRAMENY	10
SEZNAM ZKRATEK	13
SEZNAM OBRÁZKŮ	14
SEZNAM PŘÍLOH	15
OBRÁZEK Č. 1 - BRACHYTERAPEUTICKÝ PŘÍSTROJ, AUTOMATICKÝ AFTERLOADING	16
OBRÁZEK Č. 2 - UTEROVAGINÁLNÍ ZAVADĚČ- VIENNA RING	17
OBRÁZEK Č. 4 - UTEROVAGINÁLNÍ APLIKÁTOR- FLETCHERŮV APLIKÁTOR	18
OBRÁZEK Č. 6 - STERILNÍ STOLEK K VÝKONU UTEROVAGINÁLNÍ BRACHYTERAPIE	19

PŘÍLOHA 1 – MAPA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTKU LÉČENOU BRACHYTERAPIÍ	20
PŘÍLOHA 2 – SOUHLAS S VÝZKUMEM VE FN PLZEŇ.....	21
PŘÍLOHA 3 – RADIKÁLNÍ BRACHYRADIOTERAPIE NÁDORŮ DĚLOŽNÍHO ČÍPKU (UTEROVAGINÁLNÍ APLIKACE, UVAG)	22
PŘÍLOHA 4 – ADJUVANTNÍ BRACHYRADIOTERAPIE NÁDORŮ DĚLOŽNÍHO ČÍPKU A TĚLA (VAGINÁLNÍ APLIKACE)	23
PŘÍLOHA 5 – INFORMOVANÝ SOUHLAS S BRACHYRADIOTERAPIÍ	24
PŘÍLOHA 5 – INFORMOVANÝ SOUHLAS S BRACHYRADIOTERAPIÍ	25
PŘÍLOHA 5 – INFORMOVANÝ SOUHLAS S BRACHYRADIOTERAPIÍ	26
PŘÍLOHA 6 – OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU, PACIENTKA Č. 1	27
PŘÍLOHA 6 – OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU, PACIENTKA Č. 1	28
PŘÍLOHA 6 – OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU, PACIENTKA Č. 1	29
PŘÍLOHA 7 – OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU, PACIENTKA Č. 2	30
PŘÍLOHA 7 – OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU, PACIENTKA Č. 2	31
PŘÍLOHA 7 – OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU, PACIENTKA Č. 2	32
PŘÍLOHA 8 – OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU, PACIENTKA Č. 3	33
PŘÍLOHA 8 – OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU, PACIENTKA Č. 3	34
PŘÍLOHA 8 – OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU, PACIENTKA Č. 3	35

ÚVOD

Pro svojí bakalářskou práci jsem zvolila téma Role sestry v péči o pacientku léčenou brachyterapií. Tato práce se zabývá tím jakou roli má sestra v problematice nádorového onemocnění ženských pohlavních orgánů, zejména jejich léčbou za pomoci Brachyterapie. V současné době gynekologické nádory představují závažný medicínský i společenskoekonomický problém. Karcinom děložního těla, nebo také karcinom děložního hrdla patří mezi nejčastější onkologická onemocnění u žen. Nemalou součástí tomu přispívá zvyšující se věk u žen a také se stále častěji objevuje výskyt gynekologických malignit u mladších žen. Základní léčebnou modalitou v radikální léčbě těchto nádorů je radioterapie jak ve formě zevní tak i vnitřní nebo konkomitantní radiochemoterapie.

Radioterapie je v dnešní době neodmyslitelnou součástí moderní onkologické léčby. Je nedílnou součástí komplexní péče o onkologického pacienta. Téměř polovina onkologicky nemocných ji během své léčby podstoupí. Využívá účinků ionizačního záření, které způsobí, že ozářené buňky nejsou schopny rozmnožování a umírají. Nádorové buňky jsou obecně mnohem citlivější na ozáření než buňky zdravé, a proto je možné nádorové onemocnění zářením vyléčit.

V teoretické části se zabývám nejprve onkologickou léčbou, prevencí, anatomií a fyziologií pohlavních orgánů ženy, následně jejich nádory. Jednotlivě u nich popisují epidemiologii, etiologii, patogenezi a klinické projevy, diagnostiku a léčbu. Dále jsem se věnovala brachyterapii a její úlohy v léčbě gynekologických nádorů. U každého onkologického pacienta je důležitá i psychologická podpora, proto jsem se věnovala i jí.

V praktické části předkládáme výběr tří kazuistik u žen, které podstoupily léčbu brachyradioterapií. V kazuistikách se budeme zabývat výsledky použití brachyterapie u konkrétních případů a na to jak může klientkám sestra pomoci k zlepšení jejich stavu a předejití nežádoucím účinkům.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ONKOLOGICKÁ LÉČBA

1.1 Historie

Nádorová onemocnění jsou známá od pravěku. Provázejí lidstvo od jeho vzniku. Důkazy přinesly archeologické nálezy, a to jak u mumií, tak v záznamech v egyptských papyrusech.

U nás je v neoborných kruzích pro nádorové onemocnění vžitý název rakovina. Léčba zhoubných nádorů – rakoviny se datuje od 19. století, kdy se začali o problematiku zajímat patologové, internisté a gynekologové. Léčení bylo nejprve chirurgické a teprve objevem rentgenového záření a radia se léčebné možnosti rozšířily. Spolek českých lékařů byl založen v roce 1862. V roce 1904 byl ustanoven Spolek pro potírání rakoviny v Praze. V Brně existoval „Dům útěchy“ od roku 1928, jehož vznik byl dán potřebou postarat se o nevléčitelně nemocné pacienty s nádory. Ten byl přebudován v léčebný ústav (1933–35), nyní Masarykův onkologický ústav.

Dále vznikaly odborné společnosti onkologické i radiologické. S přibývajícimi možnostmi systémové onkologické léčby (chemoterapie, hormonální léčba, imunoterapie nebo biologická léčba) byla schválena odbornost klinického onkologa, který se díky tomu stal členem multidisciplinárního týmu. Tento tým se nejčastěji skládá z radiačního, klinického onkologa, patologa, radiologa, chirurga, gynekologa a z dalších odborníků, kteří navrhnou pacientovi optimální vyšetřovací a léčebný plán. Po roce 1990 vznikla řada občanských iniciativ, které usilují o prohloubení nádorové prevence a snaží se o zlepšení kvality života onkologických pacientů. Jednou z nejstarších a nejznámějších je Liga proti rakovině. (Dienstbier, 2012)

1.2 Druhy onkologické léčby

1.2.1 Kurativní léčba

Cílem kurativní léčby je zcela odstranit nádor a vyléčit nemocného. Pokud je nádor solidní, jedná se o operační postup. Kurativní léčebné postupy se často kombinují. Například chemoterapie a operace, nebo chemoterapie a transplantace kostní dřeně u leukémie. (Vorlíček, 2006)

1.2.2 Adjuvantní léčba

Neboli léčba zajišťovací, kde byl odstraněn primární nádor a pacient se zajišťuje proti vytvořením metastáz. Nejčastěji jde o chemoterapii, radioterapii a cílenou léčbu. Může se jednat o léčbu před radikálním zákrokem, ale i po zákroku. (Vorlíček, 2006)

1.2.3 Podpůrná léčba

Někdy je uváděná jako symptomatická. Má za cíl zkvalitnit život pacientů během jejich léčby a zmírňovat jejich obtíže, způsobené nádorem, nebo komplikacemi při léčbě. (Vorlíček, 2006)

1.2.4 Paliativní léčba

Jedná se o komplexní podpůrnou léčbu u pacientů v terminálním stádiu jejich života, kdy se již vyčerpaly všechny léčebné prostředky a postupy, kterými můžeme pacienta vyléčit. Jde o důležitou součást péče, která se zaměřuje na odstranění bolesti, výživu a hygienu tak, aby byla zajištěna co nejvyšší kvalita života v jeho poslední fázi. (Vorlíček, 2006)

1.3 Radioterapie

Radioterapie je jednou ze základních metod léčby zhoubných nádorů a je účinnou lokální či lokálněregionální metodou léčby nádorových onemocnění a vybraných nenádorových stavů. V průběhu své choroby radioterapii podstoupí velká část (min. 50-70%) onkologických pacientů. V léčbě se využívá zejména elektromagnetického záření a záření elektronů. (Hynková, 18 s.)

1.3.1 Základní rozdělení radioterapie

Obecně radioterapii dělíme dle polohy zdroje záření na zevní (externí) radioterapii (teleterapie, TRT, ERT) a brachyradioterapii (brachyterapie, BRT). Při zevní radioterapii zdroj záření působí mimo tělo pacienta a při brachyterapii zdroj záření působí přímo v místě nebo přímo do orgánu či tkáně s nádorem, event. do jeho lůžka. Obě metody se dají použít samostatně anebo se vzájemně kombinují.

Radioterapie, od svých počátků na konci 19. století, prošla výraznými změnami, které přinesly nové technické možnosti a radiobiologické poznatky. Tyto změny sledují hlavní záměr radioterapie, tj. s maximální přesností dopravit do přesně definovaného cílového objemu dostatečnou dávku záření v určitém čase a s minimálním zatížením zdravých tkání.(Hynková, 18 s.)

1.3.2 Zevní radioterapie

Zevní ozařování neboli teleradioterapie znamená ozařování z dálky, je jednou z nejčastějších metod využívaných při léčbě nádorů v radioterapii. Hlavním zdrojem záření do 60. let minulého století bylo rentgenové záření vytvářené v rentgenkách, to se nyní používá jen v paliativní léčbě (např. ozáření kostních metastáz). Od 60. let minulého století se rozvíjí megavoltážní radioterapie, která využívá γ záření radionuklidů ve formě tzv. bomb. Dalším zdrojem jsou elektronové urychlovače, v současné době jen lineární urychlovače. Jde o nejefektivnější typ radiace. (Roztočil, 2011)

1.3.3 Vnitřní radioterapie

Neboli brachyradioterapie kdy se zdroj záření zavádí do tkání nebo do tělních dutin. Zdroj je umístěn přímo v oblasti nádoru, kde je možné dosáhnout vysoké dávky v nádorovém ložisku. Radionuklidy se zde plní do pouzder, které mohou mít formu jehel, tub, ovoidů nebo drátků. Které se posléze zavádějí přímo do tkáně nebo pomocí nejrůznějších aplikátorů (sondy, kolpostat) a do dutin. (Vorlíček, 2012)

2 ANATOMIE ŽENSKÝCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ

Ženské pohlavní orgány rozdělujeme na zevní a vnitřní. Mezi vnitřní orgány patří vaječníky (ovaria), vaječníky (tuba uterinae), děloha (uterus), pochva (vagina), které jsou uloženy v malé pánvi. Zevní pohlavní orgány jsou uloženy v regio urogenitalis. Patří k nim pošťeváček (klitoris), velké stydké pysky (labia majora), malé stydké pysky (labia minora) a topořivé těleso (bulbus vestibuli). (Grim, 2005)

2.1 Zevní pohlavní orgány

2.1.1 Velké stydké pysky (labia majora)

Jsou kožní řasy, které jsou podélně uloženy od symfýzy až k hrázi a mezi nimi tvoří štěrbinu stydkou (rima pudenti). (Fiala, 2004)

2.1.2 Malé stydké pysky (labia minora)

Nacházejí se navnitř od velkých pysků. Jsou tvořeny jemnou kůží a zevně vpředu se spojují uzdičkou. Mezi nimi se nachází poševní předsíň (vestibulum vaginae). Vyúsťují zde drobné slizniční žlázy včetně Bartoliniho žlázy. (Grim, 2005)

2.1.3 Pošťeváček (clitoris)

Tvoří ho topořivá tkáň s bohatým nervovým zásobením a leží těsně pod spojnicí malých stydkých pysků. (Grim, 2005)

2.2 Vnitřní pohlavní orgány

2.2.1 Vaječník (ovarium)

Je párová pohlavní žláza uložená po stranách dělohy a fixovaná vazem ligamentum ovarii proprium k rohu dělohy. V době pohlavní zralosti produkuje ženské pohlavní hormony a v měsíčních ovariálních cyklech vajíčka. Zralý vaječník je pokryt tunicou albuginea na které je tenká vrstva zárodečného epitelu. Vnitřek dělíme na kůru (kortex) a dřev (medulla). Nahromaděné epitelální buňky tvoří folikuly, ve kterých jsou vajíčka (oocyt, ovum). V průběhu zrání vajíčka vzniká ve folikulu dutinka a vzniká Gráfův folikl, který po dozrání praskne, tento děj nazýváme ovulace. Po ovulaci se mění Gráfův folikl ve žluté tělísko (corpus luteum), které při oplodnění vajíčka přetrvává déle. Pokud nedojde k oplodnění, změní se v bílé tělísko (corpus albicans). Folikulární buňky tvoří hormon estrogen, který ovlivňuje druhotné pohlavní znaky a změny děložní sliznice. Žluté tělísko produkuje hormon progesteron, který ovlivňuje menstruační cyklus. (Grim, 2005)

2.2.2 Vejcovod (tuba uterina)

Je asi 8-15 cm párová trubice, která je připevněna peritoneální řasou a volným pohyblivým závěsem k pobřišnici. Sliznice vybihá v řasy pokryté buňkami s řasinkami kmitajícími směrem do děložní dutiny. Slouží k transportu vajíčka do dělohy, ale k oplození vajíčka dochází již ve vejcovodu a za pomoci peristaltiky a řasinkového epitelu pomáhá vajíčko transportovat do děložní dutiny, kde se usídí. Spolu s vaječníkem tvoří děložní adnexa. (Dylevský 2009)

2.2.3 Děloha (uterus)

Je dutý svalnatý orgán hruškovitého tvaru ve kterém probíhá vývoj zárodku až do porodu, rozdělujeme ji na děložní dno (fundus uteri), děložní tělo (corpus uteri) a děložní hrdlo (cervix uteri). Děložní stěnu tvoří tři vrstvy sliznice (endometrium), svalovina (myometrium) a vazivo (parametrium). Endometrium je tvořeno cylindrickým epitelem s četnými žlázkami, pod vlivem hormonů prodělává 28 denní menstruační cyklus. (Dylevský 2009)

2.2.4 Pochva (vagina)

Je odvodná cesta poševní a kopulační orgán, je to asi 10cm dlouhá trubice, která spojuje dělohu se zevnějškem. Její horní část je upevněna na děložní hrdlo, pochva se otevírá a tvoří vchod poševní (introitus vaginae), kolem vstupu jsou svalová vlákna m bulbocavernosus tvořící m, sphincter vaginae, která mají schopnost stáhnout poševní vchod. Před počátkem sexuálního života je poševní vchod z části uzavřen řasou, která je označována jako panenská blána (hymen). Při prvním poševním styku dochází k defloraci tzv. porušení hymenu. (Grim, 2005)

3 PREVENCE A SCREENING

Onkologická prevence představuje komplexní soubor opatření, která jsou prováděná za účelem předejít všem negativním událostem spojených se vznikem zhoubných nádorů progresí a recidiv. (Cibula, 2009)

3.1 Prevence

Prevenzi můžeme rozdělit do čtyř úrovní.

3.1.1 Primární prevence

Její snahou je snížit výskyt zhoubných nádorů, eliminují se rizikové faktory a identifikují se jedinci s vysokým genetickým rizikem pro vznik malignit. Její úspěšností je pokles incidence zhoubných nádorů. (Cibula, 2009)

3.1.2 Sekundární prevence

Jejím cílem je včasný záchyt prekanceróz a dlouhodobé zlepšení výsledků léčby. Jejím úspěchem je zde snížení mortality. Důležitým milníkem v této fázi je screening. V dnešní době se věnuje pozornost screeningu karcinomu děložního hrdla, karcinomu prsů, dispenzarizaci jedincům s hereditárním rizikem vzniku nádorů a samozřejmě osvětě zaměřené na informovanost obyvatelstva. (Cibula, 2009)

3.1.3 Terciární prevence

Je zaměřena na časný záchyt recidivy a její časnou terapii. Základním kamenem je efektivní a racionální dispenzární péče, shromažďování a hodnocení vyšetření. Ukazatelem kvality zde je délka celkového přežití. (Cibula, 2009)

3.1.4 Kvartérní prevence

Zaměřuje se na důsledky progredujícího a nevyléčitelného nádorového onemocnění. Jako jsou efektivní léčba bolesti, podpora výživy, psychosociální podpora. Zde je ukazatelem účinnosti udržení kvality života onkologicky nemocných. (Cibula, 2009)

3.2 Screening

Neboli komplexní vyhledávání nemoci u pacientů bez příznaků, které umožňují včasný záchyt onemocnění, léčbu a snížení mortality. (Cibula, 2009)

3.2.1 Screening zhoubných gynekologických nádorů

Možnosti screeningů u reprodukčních orgánů jsou velmi rozdílné, záleží na přístupnosti daného orgánu, sledování, znalosti rizikového faktoru a také na existenci daného screeningového vyšetření. Vulva je dobře přístupný orgán, u kterého je vulvoskopie spolehlivým screeningovým vyšetřením. Screening karcinomu děložního hrdla, který je velmi dobře propracovaný a provádějí jej ve většině rozvinutých zemí. (Cibula, 2009)

3.3 Preventivní opatření:

Vakcinace proti HPV – Novou metodou pro ochranu pacientů před HPV infekcí je očkování, přičemž nastává zvýšení obranyschopnosti proti konkrétním virům. Vakcíny snižují i riziko rozvoje závažných předrakovinových změn, rakoviny pochvy, zevních rodidel a rozvoj různých předrakovinových

změn děložního hrdla. Jsou bezpečné a rizika jsou minimální. Nejlepších výsledků a současně nejvyšší spolehlivosti je dosaženo u žen a dívek, které se s HPV infekcí ještě nesetkaly. V ČR je očkování plně hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění pro dívky mezi 13. a 14. rokem života. Každá žena, očkovaná má podstatně snížené riziko vzniku rakoviny děložního hrdla, ale i tak se může rakovina objevit, protože vakcinace není proti všem rizikovým typům HPV. Proto se ženy neobejdou bez pravidelných preventivních gynekologických kontrol. (Sláma, 2010)

Preventivní gynekologické prohlídky (screeningové programy) – Gynekologické vyšetření v rámci prevence je plně hrazené ze zdravotního pojištění jedenkrát ročně. Prohlídka obsahuje vyšetření zevních rodidel, vyšetření v gynekologickými zrcadly, kdy se provádí kolposkopické vyšetření děložního čípku a odběr cytologie. Jde o základní preventivní vyšetření vzniku rakoviny děložního čípku. (Hrubá, 2001)

Pravidelné sonografické vyšetření - Obzvláště u rizikových skupin pacientek nad 50. let a žen z rizikových skupin s familiárním výskytem a dědičnou predispozicí karcinomu. (Hrubá, 2001)

3.4 Úloha sestry v nádorové prevenci

Všeobecná sestra, je nejbližším spolupracovníkem lékaře, tráví čas s pacientem, tak i s jeho rodinou v užším kontaktu. Nejčastěji v prevenci, kdy informuje o nádorových rizicích u pacientů, o správné životosprávě, zvládání nezdravých návyků, samovyšetřování (např. prsu, kůže, ústní dutiny atd.) a upozorňuje na varovné příznaky vzniku nádorových onemocnění, hraje zde svou nezastupitelnou roli. Pomáhá organizovat spolu s lékařem komplexní preventivní prohlídky a podílí se v rámci svých kompetencí na dalších vyšetřeních, sledování pacientů, edukaci, zaměřené na kladném ovlivnění zdravotního stavu. V sekundární prevenci pozoruje výskyt varovných signálů onkologických onemocnění u pacientů a členů jejich rodin. Podílí se na zajištění všech potřebných vyšetření a informuje o screeningových vyšetřeních (např. vyšetření stolice na okultní krvácení, mamografické vyšetření a screeningové vyšetření v rámci gynekologického vyšetření).

U nás vysoce vzdělaná sestra často nahrazuje nekvalifikovanou administrativní pracovníci, na úkor své vlastní odbornosti. Což se nejčastěji projevuje na informovanosti pacientů a péči o ně. (Holík, 2002)

3.4.1 Ošetrovatelské intervence

- Debatujte se ženami o problematice nádorového onemocnění čípku děložního.
- Věnujte pozornost už i ženám v mladším věku, objasňujte jim problematiku vlivu sexuálního chování, osobní hygieny a bariérových metod antikoncepce.
- Vysvětlete ženám význam screeningového vyšetření a pravidelných preventivních prohlídek.
- Ved'te záznamy o pravidelných prohlídkách u gynekologa u všech žen mezi 25.- 70. rokem života.

- Ved'te záznamy o možném výskytu nádorových onemocnění v rodinách klientek.
- Sledujte ženy se zvýšeným výskytem nádorových onemocnění v rodině.
- Mluvte s ženami o jejich životním stylu a způsobu stravování.
- Varujte ženy o negativním vlivu kouření, zneužívání alkoholu na vznik nádorových onemocnění.

Dodejte dostatečné množství propagačních materiálů, letáků, brožurek a plakátů, pro dostatečnou informovanost klientek. (Hrubá, 2001)

3.5 Zhoubné nádory vulvy

Jedná se o poměrně vzácné onemocnění. Tyto nádory představují pouze 3-4% všech gynekologických malignit. Nejčastější výskyt bývá u pacientek starších 70 let.

Nejčastěji se vyskytuje spinocelulární karcinom, který se objevuje u žen v postmenopauzálním věku. Etiologie tohoto nádoru je stále nejasná. Při vzniku nemoci mají významnou roli genetické mutace související s vyšším věkem. Další rizikové faktory jsou obezita, abúzus nikotinu, diabetes melitus a časná menopauza. Počátečními příznaky jsou pálení, svědění v oblasti zevních rodidel, krvácení a výtok, mohou být i zvětšené tříselné uzliny. Nejčastěji nádor postihuje velké stydké pysky a to ze 70% objevuje se jako svědivý vřídek. Základním vyšetřením je standardní gynekologické vyšetření, kolposkopie, vulvoskopie, USG tříselných uzlin a odběr tkáně na histologii.

Jako metoda první volby je léčba chirurgická. Po chirurgické léčbě se volí léčba doplňková formou radioterapie a chemoterapie, díky níž se snižuje výskyt metastáz. (Šlampa, 2007)

3.6 Zhoubné nádory pochvy

Primární karcinomy tohoto typu jsou vzácné. Tvoří pouze 1-2% všech gynekologických nádorů. V 90% se jedná o spinocelulární karcinom vycházející z dlaždicového epitelu pochvy. Mezi rizikové faktory řadíme prekancerózy vulvy nebo hrdla, imunosuprese, ale i předchozí radioterapie v oblasti malé pánve.

Časná stádia bývají především asymptomatická, a proto se toto onemocnění většinou objeví až v pokročilém stádiu. Pokud se nezjistí z gynekologického onemocnění může se objevit krvácení, bolesti, urologické komplikace (retence moči), problémy s defekací. Základními vyšetřeními jsou gynekologické vyšetření, cytologie z hrdla, laboratorní výsledky, biopsie tumoru a USG pánve.

Pouze nízký počet nádorů pochvy je řešeno chirurgickým zákrokem, ostatní jsou léčeny radioterapií. Využívá se jak zevní radioterapie, tak brachyterapie. (Šlampa, 2007)

3.7 Zhoubné nádory děložního hrdla

Tento karcinom patří mezi nejčastější onemocnění u všech maligních onemocnění. Ročně je v České republice diagnostikováno 1050 až 1100 případů rakoviny děložního čípku a zhruba 350-400 žen na toto onemocnění každý rok zemře. Nejvýznamnějším rizikovým faktorem dnes považujeme HPV virus, který se nejčastěji z 99,9% přenáší pohlavním stykem a k infekci jsou nej náchylnější mladé dívky. Dalšími rizikovými faktory jsou genetická predispozice, stav imunitního systému, kouření, dysplazie děložního čípku. Přednádorové změny jsou asymptomatické, proto je velmi důležité, aby ženy pravidelně navštěvovaly svého gynekologa v rámci preventivních gynekologických prohlídek. Do nejčastějších pozdních příznaků můžeme zařadit bolest v podbřišku, krvácení po pohlavním styku nebo zapáchající výtok z pochvy. Základní diagnostikou je gynekologické vyšetření s abnormálním cytologickým nálezem, kolposkopie s odběrem biopsie a další stážovací vyšetření. Pokud je onemocnění ještě v časně fázi doporučuje se chirurgický zákrok, v pokročilých stádiích se volí metody radioterapie a chemoterapie. U inoperabilních nálezů se nejčastěji volí kombinace brachyterapie a zevního ozáření, které dosahuje velmi dobrých výsledků. (Májek, 2014; Šlampa, 2007)

3.8 Zhoubné nádory děložního těla

Nádory děložního těla jsou jedny z nejčastějších nádorů ženského reprodukčního systému, s neustále stoupající tendencí. V roce 2011 již bylo diagnostikováno 1949 nových případů za rok. Nejčastěji je onemocnění diagnostikováno u postmenopauzálních žen a jen malé procento se objeví u premenopauze. Příčiny vzniku zhoubného nádoru těla děložního nejsou striktně daná. Mezi příznaky můžeme řadit obezitu, diabetes melitus, kouření, hypertenzi, infertilita, nulliparita a pozitivní rodinná anamnéza. Téměř vždy se v projevech objevuje abnormální krvácení mimo menstruační cyklus. Dalšími projevy jsou bolesti v malé pánvi při pokročilém stádiu onemocnění. Hlavní diagnostickou metodou je transvaginální ultrasonografie a následně pomocí frakcionované kyretáže nebo cílenou kyretáž s odběrem na histopatologické vyšetření. Jako doplňkové metody ke pagingu se doporučuje RTG plic, USG epigastria a cystoskopické vyšetření. Základním terapeutickým postupem je chirurgická léčba, provádí se hysterektomie s bilaterální adnexetomií. Může se provádět laparoskopicky asistovaná vaginální hysteroskopie, ta je však vhodná pouze u časných stádií. Také záleží na rozsahu postižení tkániva, orgánů a lymfatických uzlin. U lokálně pokročilých nádorů je indikována pooperační neboli adjuvantní radioterapie. U inoperabilních nádorů volíme kurativní radioterapii v kombinaci brachyterapie a zevní radioterapie. Brachyterapie se může volit jako samostatná léčebná metoda anebo v kombinaci se zevním ozářením. Paliativní metody léčby jsou voleny u pokročilých stádiích nemoci. (Šlampa, 2007)

4 BRACHYTERAPIE

Brachyterapie neboli vnitřní ozáření, zdroj záření se zavádí přímo do nádoru, do jeho těsné blízkosti, nebo do lůžka po odstranění nádoru. Základní charakteristika brachyterapie je koncentrace vysoké dávky záření v místě aplikace s velmi prudkým poklesem do jejího okolí. Brachyterapie je účelná metoda, pro malé, dobře ohraničené a přístupné nádory. Naopak velké špatně přístupné v blízkosti kritických struktur (např. nervy, kosti) mohou vést k nestejnorodé dávce s nedostatečným účinkem léčby s nezanedbatelným rizikem vzniku radionekrózy. Brachyterapie je invazivní léčebná metoda, která se neobejde bez speciálně vybaveného prostředí. Vybavený brachyterapeutický sál a v některých případech se musí provést v celkové či svodné anestézii. Tento léčebný postup lze využít v rámci radikální léčby, ozařují se malé a dobře lokalizované nádory s minimálním šířením do okolí. Je možné ji využít ve formě boostu po zevní radioterapii, k dosycení dávky do oblasti primárního nádoru nebo jeho lůžka. Ale dá se i využít v paliativní léčbě ve snaze o zmírnění obtíží plynoucích z přítomnosti nádorových stenóz či z rozsáhlých krvácejících tumorů. (Adam, 2011)

4.1 Historie brachyterapie

Technika brachyterapie je známá již století. K objevu a k uvedení do praxe přineslo nové možnosti v léčbě zhoubných nádorů. V období, kdy se používalo radium, byla před brachyterapií upřednostňována teleradioterapie, protože radium nesplňovalo radiohygienické požadavky. Tehdy brachyterapie znamenala velké riziko nejen pro pacienty, ale i pro ošetřující personál. V poslední době zažívá brachyterapie obnovu díky objevení, které přináší nové možnosti v této léčbě. Velkou zásluhu v rozvoji brachyterapie má v 60. letech objev afterloadingové metody. (Hynková, 2009)

4.2 Zdroje v brachyterapii

Používají se uzavřené zářiče, které jsou umístěny přímo v místě nádoru nebo v jeho lůžku a díky tomu dochází k dosažení vysoké dávky záření. Uzavřené zářiče, jsou malé, ve formě a tvaru zrn, pelet a disků. Brachyterapie využívá k léčbě ionizující záření. Mezi zdroje ionizujícího záření zařazujeme zářiče beta, gama a neutronové zářiče. Gama zářiče vydávají gama záření, které je nepřímou ionizující elektromagnetické záření. Je tedy bez náboje a svoji energii předává pomocí sekundárně nabitých částic, nejčastěji elektronu. Předání energie probíhá pomocí ionizace nebo excitace. Záření se používalo ve formě radioforů. Radiofor se skládá z radioaktivní látky a pouzdra. Může být ve formě jehly, tuby nebo celulky. (Hynková, 2009)

4.3 Základní rozdělení brachyterapie podle umístění zdroje

4.3.1 Intrakavitární

Zdroj záření se umísťuje do tělní dutiny, ze které nádor vychází, nejčastěji se využívá při léčbě gynekologických malignit. (Adam, 2011)

4.3.2 Intraluminální

Zdroj se zavede do trubicového orgánu, např. u maligní stenózy bronchů u plicních nádorů, u jícnových stenóz anebo stenóz žlučových cest. Neobvyklým typem intraluminální brachyterapie je

intravaskulární brachyterapie, která se využívá v prevenci tepenných restenóz po provedené angioplastice. (Adam, 2011)

4.3.3 Intersticiální

Tímto způsobem se zdroj zavádí přímo do nádoru anebo do jeho lůžka. Intersticiální implantaci rozdělujeme na dočasnou, při které se zdroj po ukončení ozáření odstraňuje anebo trvalou, kde se zdroje ponechávají trvale i po vyzáření. (Adam, 2011)

4.3.4 Povrchová (muláž)

Aplikátory a zdroj jsou přiloženy na povrchu postižené kůže nebo sliznice. Nejprve se musí vytvořit vhodná nosná destička, jejíž velikost by měla odpovídat velikosti ozařovaného objemu. Na kterou se později upevní plastové katetry sloužící jako neaktivní aplikátory. Tento způsob se nejčastěji využívá při léčbě kožních nádorů. (Adam, 2011)

4.4 Plánování brachyterapie

Při plánování brachyterapie je důležité správné uspořádání aplikátorů. Musí se také brát ohled na velikost nádoru a jeho uložení, blízkost kritických orgánů, jejich vzájemnou pozici a vzdálenost tak, aby celková dávka byla homogenní. Zavádění aplikátorů probíhá v celkové anestezii, po níž se provádí lokalizace aplikátorů. Nejvyužívanější metodou je RTG snímkování v ortogonálních projekcích. Při ortogonálních projekcích se zhotoví rentgenové snímky ve dvou na sebe kolmých projekcích (předozadní, bočná). Snímkovat je možné na RTG simulátoru nebo, pomocí pojízdného C ramene. Další metodou je zhotovení CT v oblasti zavedených aplikátorů nebo zobrazení pomocí magnetické rezonance. Po rekonstrukci pozice aplikátorů, se vyznačují body dávkové specifikace (při plánování ve 2D) nebo se zakreslují v plánovacím systému cílové struktury a kritické orgány (při 3D plánování). Dále fyzik vypočte optimální ozařovací plán, díky němuž je výsledkem neoptimálnější zakreslení cílového objemu a minimální expozice kritických orgánů. Samotné ozáření probíhá tzv. stepping source systémem, kdy aktivní zdroj zůstává pokaždé stejnou přesně danou dobu v dané pozici tak, aby souhlasily zadané parametry. (Šlampa, 2007)

4.5 Intrakavitární brachyterapie

Při intrakavitární brachyterapii se zavádí aplikátory pro uzavřené radionuklidové zářiče do přístupné tělesné dutiny za účelem ozáření nádoru z níž vycházejícího. Nejčastější ozařovací technikou je uterovaginální aplikace pomocí speciálních aplikátorů zavedených do dělohy a do vaginy s následným umístěním radioaktivních zdrojů v několika ozařovacích kanálech pomocí afterloadingu. (Stankušová, 2005)

4.6 Uterovaginální aplikace (UVAG)

Tato metoda se uplatňuje v léčbě zhoubných nádorů děložního hrdla. Při aplikaci brachyterapie se zavádí aplikátory radioaktivních zdrojů do děložní dutiny a pochvy a v další fázi se zavádí radioaktivní zdroj do aplikátorů a probíhá vlastní ozáření. Výkon se provádí v krátkodobé celkové anestézii, proto je důležitá hospitalizace klientky k přípravě anestézie alespoň jeden až dva dny před vlastní brachyterapií. Důležité je před provedení anestézie provést předoperační vyšetření, které nesmí být starší než jeden týden před plánovaným zahájením léčby. Vlastní aplikace se provádí na malém aplikačním ozařovacím sálku. Lékař u pacientky v celkové anestézii zavede do děložní dutiny centrální sondu. Správná polohu aplikátoru zajišťují

provedené tamponády. Vlastní ozařování trvá asi 10-20 minut, kdy je nemocná neustále sledována. Po ukončení radioterapie lékař odstraní aplikátor a klientka se předá na standardní lůžkové oddělení, kde minimálně ještě dvě hodiny musí zůstat v klidu na lůžku. Celková doba uterovaginální brachyterapie je přibližně 1-2 hodiny. Zákrok se opakuje jednou až dvakrát týdně, celkově však tři až pětkrát. (Petera, 1998)

4.7 Aplikátory používané při brachyterapii

4.7.1 Fletcherův aplikátor

Aplikátor se skládá z uterinní sondy a vaginálních ovoidů. Délka uterinní

sondy je uzpůsobena délce děložní dutiny pomocí cervikálního stoperu. Jsou k dispozici uterinní sondy s různým zakřivením podle sklonu děložní dutiny. (Petera, 1998)

4.7.2 Prstencový – ring – aplikátor

Prstencový aplikátor se skládá z uterinní sondy a prstence, který nahrazuje ovidy. Je alternativou k tříkanálovému Fletcherovu aplikátoru. (Petera, 1998)

4.7.3 Kolpostat

Kolpostat se skládá z vaginálních ovoidů. Využívá se k ozáření poševní jizvy a kleneb poševních u nádoru cervixu po radikální hysterektomii. Výkon se provádí bez použití celkové anestézie obvykle ambulantní formou. (Petera, 1998)

4.7.4 Vaginální válec

Nejvíce se využívá při pooperačním ozařování po chirurgickém odstranění dělohy nebo k zástavě krvácení z pokročilých nádorů v oblasti pochvy. Zákrok se provádí bez použití celkové anestézie, proto se může provádět ambulantně. Aplikace se provádí v gynekologické poloze na aplikačním sálku. Nejprve se musí zavést katetr do močového měchýře a po gynekologickém vyšetření zrcadly se zavede do pochvy válec, který se k tělu upevní pomocí gumových popruhů.

Vlastní ozařování trvá asi 5-15 minut, po ukončení výkonu může klientka odejít domů nebo na oddělení. Komplikace výkonu jsou vzácné, nejčastěji se může objevit zánět močových cest po zavedení katetru (cévky) do močového měchýře, který se nejčastěji projevuje pálením a řezáním při močení. Dále se může objevit průjmovitá stolice následkem zánětu sliznice konečníku po ozáření. Vaginální válec se obvykle používá pro ozáření proximálních 2/3 vaginy u nádorů endometria po radikální hysterektomii. Používají se válce různého průměru. (Petera, 1998)

4.7.5 Heymanova tamponáda

Skládá se z jednotlivých zářičů, které jsou upevněny na drátcích či plastických trubičkách. Umísťují se vějířovitě v několika rovinách v dutině děložní, aby se zabezpečilo rovnoměrné ozáření celé šířky děložní stěny. (Petera, 1998)

4.8 Nežádoucí účinky po brachyterapii

Všechny nežádoucí účinky spojené s ozařováním jsou individuální, nejčastěji se může objevit průjmy, nucení na stolicí a zánět močových cest. Tyto účinky jsou většinou krátkodobé. Během výkonu může klientka pociťovat mírný tlak v oblasti malé pánve způsobený tlakem válečku na vrchol pochvy. Může se zde zvyšovat riziko vývoje pozdních nežádoucích účinků a to zejména poševní suchosti a možného zúžení

pochvy. Přínos léčby je však větší než její rizika. Jako preventivní opatření během léčby se doporučuje zvýšený příjem tekutin a nenadýmavá strava. Bezprostředně po výkonu se doporučuje zvýšené dodržování intimní hygieny v oblasti genitálu. Jako prevenci proti poševnímu zúžení po odeznění akutních obtíží, je nejlepší provádět přirozeným způsobem (pohlavní styk) nebo poševními dilatátory.

Při uterovaginální aplikaci může dojít ke krvácení po skončení výkonu, které většinou do několika hodin ustane. Pouze vzácně může dojít k perforaci (proděravění) dělohy aplikátorem. Při této komplikaci je doporučen klid na lůžku a pravidelné sledování krevního tlaku a subjektivních potíží (bolesti podbřišku aj.), obklady podbřišku a aplikací antibiotik. Nejčastější vedlejší reakcí je zánět močových cest po zavedení katetru (cévky) do močového měchýře před uterovaginální aplikací nebo průjmovitá stolice následkem zánětu sliznice konečníku po ozáření. Tyto potíže po běžné terapii během několika dnů ustupují. (Chovanec, cit. 2014; Devlin, 2007)

Celkové nežádoucí účinky se nejčastěji vyskytují, při ozáření většího objemu tkáně, což platí, pokud jsou ozařovány s pánví i břišní uzliny. Objevují se příznaky připomínající chřipku jako je slabost, malátnost, bolesti hlavy a únava. Mohou se vyskytnout i nevolnosti a zvracení, které lze ovlivnit lehkou a pestrá strava s dostatečným přísunem vitamínů. Nejvhodnější je režim s vyrovnaným podílem tělesné aktivity a spánku, doporučují se krátké procházky, vše dle stavu pacientky. Nezbytné je vyloučení těžké fyzické námahy.

4.8.1 Časné reakce

Tam kam dopadá záření na kůži, tam mohou vzniknout změny, které se nazývají radiodermatitis.

Během ozařování pánve a dolní poloviny břicha může dojít v průběhu léčby k akutním změnám na tenkém střevě k průjmům, k radiační proktitidě a akutní radiační cystitidě.

Jsou-li v ozařovaném poli zahrnuty i vyšší partie břicha může se často objevit nevolnost a nechutenství. Tyto příznaky mohou po několika dávkách vymizet. Jsou-li intenzivní, lze použít léky, které tyto problémy odstraní.

- **Akutní změny na kůži - radiodermatitis**

Nejčastěji se projevuje vysycháním kůže, svěděním, zvýšenou pigmentací, zarudnutím a v některých případech až vytvořením puchýřků či mokvavých ploch. V ozářené oblasti zpravidla dochází k úplné ztrátě ochlupení. Pacientky by měly být především poučeny, o nevhodném jednání k ozářené pokožce, aby stav kůže na ozařovaných polích nezhoršila. Proto je důležité kůži chránit před mechanickým a ostatním drážděním, které může vyvolávat těsný a neprodyšný oděv, škrábání, náplasti, masti, mýdla a parfémů. Je důležité neomývat mýdlem ozařovaná místa. Doporučuje se nosit volný, vzdušný oděv, pokud možno z přírodních látek, které dobře sají pot. Opalování je nevhodné. Během ozáření by pokožka měla být udržována v suchu a ošetřována zásypem. Při mokvání kůže, je třeba aplikaci zásypu přerušit a postupovat podle pokynů ošetřujícího lékaře. Léčbu těch závažnějších reakcí by měl radioterapeut vždy konzultovat a posoudit ve spolupráci s odborníky na léčbu kožních lézí. Po ukončení ozáření je vhodné klidnou kůži několikrát denně promazávat inertními krémy nebo nesoleným vepřovým sádlem. (Onkogyn, 2014)

- **Slizniční reakce – pochva**

Při ozáření větší oblasti pochvy se můžeme setkat s akutní slizniční reakcí. Objevuje se většinou jen zčervenání a edém (reakce 1. stupně). Zvyšováním dávky se může objevit i reakce 2. stupně – epiteolýza s fibrinovými povlaky, povlaky mohou postupně splývat. Vřed (3. stupeň) vzniká na sliznici vzácně a po velmi vysokých dávkách. V léčbě se užívá řada lokálních přípravků – gely s kortikoidy a při sekundární infekci antibiotika či antimykotika. (Onkogyn, 2014)

- **Nevolnost, zvracení**

Tyto příznaky jsou pro pacienty špatně vnímaným nežádoucím účinkem hlavně při chemoterapii, ale mohou se objevit i při radioterapii, především při ozařování oblasti břicha. Jako neléková prevence se doporučuje upřednostnit studená jídla a nápoje, jíst malé porce, ale častěji, pomalu polykat, vyhnout se jídlům nadýmavým, dráždivým a tučným. Je také vhodné obklopit se příjemným prostředím. Pokud nezabere neléková prevence, podávají se dle ordinace lékaře antiemetika. (Onkogyn, 2014)

- **Akutní změny na tenkém střevě – radiační enteritis**

Záření působí jak na sliznici, která může reagovat edémem a překrvením, tak na hladké svalstvo s důsledkem zrychlení peristaltiky. Mění se také střevní mikrobiální flóra. Klinickými projevy jsou meteorismus, průjem a bolesti břicha. Tyto příznaky mohou někdy přecházet do chronicity. U takových závažnějších případů je vhodné využít k diagnostice a léčbě obtíží spolupráci s gastroenterologem. V léčbě akutních obtíží během záření se používají antidiarhoika. Při silném průjmu je nezbytné doplňovat dostatečné množství vody a iontů. (Onkogyn, 2014)

- **Akutní změny na sliznici tlustého střeva a konečníku**

Sliznice tlustého střeva a konečníku je odolnější na záření než tenké střevo, mohou se objevit podobné změny jako v tenkém střevě. Zejména konečník bývá více zatížen zářením, zejména v kombinaci zevního a vnitřního ozáření při léčbě nádorů děložního hrdla a těla. Díky tomu vzniká radiační proktitida. Sliznice je zduřená a může krvácet. Pacientky mají bolestivé křeče, časté nucení na stolicí, příměs hlenu či krve ve stolici. Doporučuje se dietetický režim a analgetika k tlumení bolestí při vyprazdňování. (Onkogyn, 2014)

- **Akutní změny na uropoetickém systému**

Při ozáření gynekologických nádorů dochází především k reakci v močovém měchýři. Močovody jsou relativně odolné vůči záření. Močový měchýř je na záření vcelku rezistentní, ale vysoká tolerance je ale snížena zánětlivými změnami a chirurgickými zákroky. Přechnodně se objevuje akutní radiační cystitida s častým močením a pálením při močení. U vysokých dávek záření vzniká riziko hemoragické cystitidy s

tvorbou ulcerací, která přechází do chronického stadia. Léčba akutní radiační cystitidy se neliší od jiných zánětů močového měchýře, využívají se analgetika a antibiotika dle močového nálezu. (Onkogyn, 2014)

- **Změny v krvi a krvetvorných orgánech**

Hematopoetická tkáň je nejcitlivější na ionizující záření. Při léčbě gynekologických nádorů, především při ozařování větších objemů a při kombinaci radioterapie a chemoterapie, je třeba pečlivě sledovat krevní obraz. Sníženým počtem reagují lymfocyty a jejich počet klesá v ozářených uzlinách i v krvi. Obávanou komplikací neutropenie je febrilní neutropenie. Trombocyty jsou rezistentní na záření a jejich pokles důsledkem probíhající léčby. Erytrocyty jsou radiorezistentní, v průběhu léčby zářením průběžně dochází k jejich postupnému úbytku a vzniká různý stupeň anemie. Vždy záleží na objemu ozářené krvetvorné tkáně. Příčiny anemie jsou často kombinované a vznikají také díky samotnému nádorovému onemocnění či krevními ztrátami z nádoru. Léčí se podáním krevních derivátů.

Pokud dojde k tomu, že akutní reakce na záření se stane závažnou, je třeba záření na nezbytně nutnou dobu přerušit. Zároveň je důležité si pamatovat, že každé přerušení může snižovat efekt léčby. (Onkogyn, 2014)

4.8.2 Pozdní změny po radioterapii

Pozdní změny jsou nevratné a mohou vznikat ve tkáních několik týdnů až let. Nejčastěji vznikají na podkladě akutní reakce, která přechází do chronicity a jindy bez předchozích klinicky rozpoznatelných změn. Jejich vývoj je plíživý a mají progresivní charakter. Příznaky pozdních změn mohou být zaměňovány s recidivou nádoru. Vývoj pozdních změn lze těžko ovlivnit a pozdní postradiační změny se velmi obtížně léčí. Mezi nejčastější pozdní změny při ozařování oblasti pánve patří atrofie a fibróza kůže a podkoží, pigmentace kůže, píštěl tenkého střeva, chronický vřed rekta, stenóza rekta, rektovaginální píštěl, hemoragická cystitida. (Onkogyn, 2014)

4.9 Kompetence sester

4.9.1 Všeobecná sestra

Všeobecná sestra je zdravotnický pracovník, který je odborně způsobilý k výkonu tohoto povolání a vždy poskytuje zdravotní péči podle standardů a právních předpisů. Respektuje práva pacientů a dodržuje Etický kodex sester. Je nejbližším člověkem klientovi, popřípadě jeho rodině, proto je nezbytnou součástí systému zdravotní péče. Současně plní několik důležitých rolí je ošetřovatelkou, edukátorkou, poradkyní, manažerkou i administrativní pracovnící. Poskytuje péči všem lidem bez rozdílu věku, pohlaví, náboženství nebo sociální situace. Hlavní pracovní náplň všeobecné sestry je soubor činností, které vedou k udržení a podpoře zdraví, předcházení nemocem, navrácení zdraví nebo činnosti vedoucí ke zmírnění utrpení, např. u klientů v terminálním stadiu nemoci. Všeobecná sestra pracuje ve všech oblastech prevence, zahrnuje oblast primární, sekundární, i terciární zdravotní péče. (Vyhláška č. 55/2011 Sb)

Všeobecná sestra vykonává činnosti bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetřovatelskou péči prostřednictvím ošetřovatelského procesu. Vyhodnocuje úroveň soběstačnosti a potřeby pacientů, projevy

onemocnění, rizikové faktory, za využití měřicích technik a škál používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy).

Také sleduje a vyhodnocuje fyziologické funkce pacientů, jako jsou dech, puls, elektrokardiogram, tělesná teplota, krevní tlak a další tělesné parametry. Pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav pacienta. Zajišťuje odběr a provádí vyšetření získaného biologického materiálu. Hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže, chronické rány, ošetřuje stomie, centrální a periferní žilní vstupy. Ve spolupráci s ergoterapeutem a fyzioterapeutem provádí rehabilitační ošetřování, zejména polohování, dechová cvičení a prevenci dalších poruch z mobility. Pomáhá pacientovy s nácivkem sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti. Edukuje pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály. Orientačně hodnotí sociální situaci pacienta, identifikuje potřebu spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkovává pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních. Zajišťuje činnosti spojené s přijetím, překladem a propuštěním pacientů. Psychicky podporuje umírající a jejich blízké a po stanovení smrti lékařem zajišťuje péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta. Přebírá, kontroluje a ukládá léčivé přípravky, včetně návykových látek, manipuluje s nimi a zajišťuje jejich dostatečnou zásobu. Kontroluje, přejímá a ukládá zdravotnické prostředky a prádlo, manipuluje s nimi a provádí jejich dezinfekci, sterilizaci a dostatečnou zásobu. (Vyhláška č. 55/2011 Sb)

4.9.2 Způsobilost k výkonu tohoto povolání

Způsobilý k výkonu tohoto povolání je pouze ten, kdo má odbornou způsobilost podle zákona č. 96/2004 Sb. nebo má výjimku a byla uznána odborná kvalifikace k výkonu zdravotnického povolání a je zdravotně způsobilý a bezúhonný. Výkonem povolání všeobecné sestry se považuje poskytování ošetrovatelské péče. Dále se také všeobecná sestra podílí ve spolupráci s lékařem na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči. (Vyhláška č. 55/2011 Sb)

Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry se získává absolvováním nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester nebo tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách. Také studium vysokoškolského studia ve studijních programech a studijních oborech psychologie - péče o nemocné, pedagogika - ošetrovatelství, pedagogika - péče o nemocné, péče o nemocné nebo učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději v akademickém roce 2003/2004. Studium tříletého oboru diplomovaná dětská sestra nebo diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004 a též studium oboru všeobecná sestra na střední zdravotnické škole nejpozději ve školním roce 2003/2004. Také jsem patří studium oboru zdravotní sestra, dětská sestra, sestra pro psychiatrii, sestra pro intenzivní péči, ženská sestra nebo porodní asistentka na střední zdravotnické škole zahájené nejpozději ve školním roce 1996/1997, nebo tříletého studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, zahájené nejpozději ve školním roce 2003/2004.

Všeobecná sestra, která získala odbornou způsobilost, může vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po 3 letech výkonu povolání všeobecné sestry. Do té doby musí vykonávat své povolání pouze pod odborným dohledem. Tato povinnost se nevztahuje na všeobecné sestry, které po získané odborné

způsobilosti absolvovaly vysokoškolské studium ošetrovatelského zaměření nebo které získaly specializovanou způsobilost podle zákona č. 96/2004 Sb. Za výkon povolání všeobecné sestry se považuje poskytování ošetrovatelské péče. Dále se všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem nebo zubním lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči. Pokud způsobilost k výkonu všeobecné sestry získá muž, je oprávněn používat označení všeobecný ošetrovatel. (zákon č. 96/2004 Sb.)

4.10 Vzdělávací programy specializačního vzdělávání nelékařů

Cílem specializačního vzdělávání v oboru Ošetrovatelská péče v interních oborech je získání specializované způsobilosti s označením odbornosti Sestra pro péči v interních oborech osvojením si potřebných teoretických znalostí, praktických dovedností, návyků týmové spolupráce i schopnosti samostatného rozhodování pro činnosti stanovené platnou legislativou.

4.10.1 Vstupní podmínky a průběh specializačního vzdělávání

Podmínky pro zařazení do specializačního vzdělávání v oboru Ošetrovatelská péče

v interních oborech je získání odborné způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry

dle §58, odst. 1 zákona č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních,

ve znění pozdějších předpisů. Účastník vzdělávání před přihlášením k atestační zkoušce musí splnit dobu výkonu povolání stanovenou zákonem č. 96/2004 Sb.. Optimální dobou specializačního vzdělávání je 18 – 24 měsíců, kterou lze prodloužit nebo zkrátit při zachování počtu hodin vzdělávacího programu. Vzdělávací program obsahuje celkem 560 hodin teoretického vzdělávání a praktické výuky. Praktická výuka tvoří alespoň 50 % celkového počtu hodin, včetně odborné praxe na pracovištích akreditovaného zdravotnického zařízení. Vzdělávací program zahrnuje modul základní a moduly odborné. Podmínkou pro získání specializované způsobilosti v oboru Ošetrovatelská péče v interních oborech je:

- zařazení do oboru specializačního vzdělávání,
- výkon povolání v příslušném oboru specializačního vzdělávání minimálně 1 rok z období 6-ti let v rozsahu minimálně ½ stanovené týdenní pracovní doby nebo
- minimálně 2 roky v rozsahu minimálně pětiny stanovené týdenní pracovní doby do data přihlášení se k atestační zkoušce
- absolvování teoretické výuky
- absolvování povinné odborné praxe
- získání stanoveného počtu kreditů určených vzdělávacím programem
- úspěšné složení atestační zkoušky (*VĚSTNÍK MZ ČR: Částka 8, 2011*).

4.10.2 Specializovaná ošetrovatelská péče v onkologii a paliativní péči

Cílem je připravit všeobecnou sestru pro specializovanou ošetrovatelskou péči o pacienty s onkologickým onemocněním. Absolvent/ka by měl znát prevenci, diagnostiku, léčbu, vyhledávání potřeb a jejich ovlivnění ve vztahu k aktivitám denního života u pacientů s onkologickým onemocněním. Dále by měla vědět jak zvládnout náhlé příhody, krizové situace s využitím technik managementu komplikací, zásad komunikace. Měla by znát koncepci a obecné principy v paliativní péči a orientovat se v problematice specifické ošetrovatelské péče u pacientů v terminálním stádiu. Posuzuje stav pacientů s použitím hodnotících škál a sestavuje plán ošetrovatelské péče, který respektuje zvláštnosti v přístupu k onkologickým pacientům. Realizuje a hodnotí ošetrovatelskou péči u pacientů onkologickým onemocněním a ovládá a uplatňuje různé metody prevence a kompenzace doprovodných symptomů terminálního stádia. V rámci edukace informuje pacienty a rodinné příslušníky se zaměřením na specifika života onkologických pacientů v jejich sociálním prostředí. (*VĚSTNÍK MZ ČR: Částka 8, 2011*).

4.10.3 Kompetence sester

Kompetence všeobecných sester, ale i ostatních nelékařských zdravotnických pracovníků, upravuje vyhláška č. 424/2004 Sb., ze dne 30. 6. 2004. Všeobecné sestry můžeme rozdělit do tří kategorií, sestra pracující bez odborného dohledu, sestra pracující pod odborným dohledem a sestra pracující pod přímým vedením. Je jasné, že by měl každý vykonávat pouze tu danou činnost, ke které má oprávnění a nese za svoji práci plnou zodpovědnost. (Vyhláška č. 424/2004 Sb)

Ošetrovatelská péče představuje aktivity sestry, které vykonává při samotné péči o klienta. Tyto aktivity také nazýváme ošetrovatelským procesem. Péči poskytují pouze odborníci, kteří získají odbornost podle zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. Ošetrovatelská péče by měla být především individuální, zaměřena na bio-psycho-sociální a spirituální potřeby každého klienta. Cílem této péče je podpora, navrácení a upevnění zdraví jedince. Sestra nese plnou právní odpovědnost za pochybení při poskytování takové péče. (MACH, 2010)

Všeobecná sestra nejprve při přijetí pacientky zkontroluje její totožnost, odebere ošetrovatelskou anamnézu a poskytne pacientce informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře. Objedná anesteziologický tým a potřebné vyšetření po dohodě s radiačním onkologem. Edukuje pacientky, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připraví pro ně informační materiály. Před aplikací léčby zavede periferní žilní katetr. Podá premedikaci dle OL. Po přivezení pacientky ji všeobecná sestra uloží do gynekologické polohy na aplikačním sálku. Kde posléze radiační onkolog zavede aplikátor do genitálií pacientky. Následuje finalizace polohy pacientky, kdy se dolní končetiny dají z polohy gynekologické do polohy horizontální. Při UVAG aplikaci zavede všeobecná sestra pacientce močový katetr, do kterého aplikuje 30 ml zředěné kontrastní látky a tento poté zaklampuje. Provede samotné ozáření a po probuzení pacientky z celkové anestezie, ji sestra za pomoci sanitáře odveze zpět na oddělení. Po přivezení pacientky, ji edukuje o dodržování klidového režimu a sleduje u ní fyziologické funkce a krvácení. Také plní ostatní ordinace lékaře, tlumí bolest a kontroluje pacientku. (Vyhláška č. 55/2011 Sb.)

Radioterapie je druh léčebné terapie, která má za cíl zvládnout nádor tak, aby byly co možná nejméně postiženy okolní zdravé tkáně. Je založena na principu radiace, na kterou je většina nádorových buněk citlivější než buňky tkáně zdravé. V současné době podstupuje radioterapeutickou léčbu převážná většina všech nemocných se zhoubnými nádory a to přibližně 80% pacientů. (Abrahámová, 2006)

Pro úspěšné dokončení léčby je důležitá co možná nejlepší spolupráce mezi zdravotnickým personálem a pacientem. Sestra by měla pacientovi sdělit základní informace ohledně radioterapie, jejichž sdělení má kompetence (jak dlouho bude ozařování probíhat a jakým způsobem, ujištění pacienta o nebolestivém průběhu ozařování, jak může sám pečovat o kůži v místě ozáření, např. aby nedošlo ke smytí vykresleného ozařovacího pole, mechanicky kůži nedráždit, nezahřívát ani nechladit apod.). Také by ho měla informovat způsobu následného ošetřování a v neposlední řadě, jak předcházet nežádoucím účinkům, které se mohou objevit od začátku léčby až do 3 měsíců po jejím ukončení – tzv. pozdní nežádoucí účinky. Po ozáření sestra zajistí pacientův dostatečný klid na lůžku, stravu, která je bohatá na vitamíny a bílkoviny, a zajistí dostatečný příjem tekutin. Edukuje ho vhodnosti oděvu (nejvhodnější je volný, nepřilnavý a bavlněný). Sestra zná vedlejší účinky a ošetřování postradiačních reakcí, proto sleduje a ošetřuje kůži pacienta mastí. Nejvhodnější jsou masti typu Calcium panthotenicum, Panthenol gel. U pacienta po radioterapii se mohou též objevit nežádoucí účinky, a to např. bolest, nauzea, zvracení a jiné. Proto pokud je zapotřebí podává léky dle ordinace lékaře (analgetika, antiemetika aj.). Dále sleduje nutriční stav pacienta. Po celou dobu ošetřování by sestra měla používat psychologické metody, které pacientovi umožní projevit své starosti, obavy z onemocnění a léčby, jeho přání a naděje. (Schmidtová, 2008)

5 POTŘEBY NEMOCNÝCH V ONKOLOGICKÉ LÉČBĚ

K onkologicky nemocným se v současné době přistupuje komplexně, berou se na vědomí faktory biologické, psychologické a sociální. Psychologií onkologicky nemocných se zabývá psychoonkologie. (Cibula, 2009)

5.1 Vyrovnávání se s nemocí

Oznámení onkologické diagnózy pacientce znamená velkou zátěž. Pacientka se střetává s problémy tělesnými, psychickými i sociálními. I dnes se často pacientky nerozlišují zhoubná a nezhoubná onemocnění, rakovina pro ně znamená strádání, bolest, izolaci a nakonec smrt. Často upadají do pasivity a nepřemýšlejí o budoucnosti. Objevuje se pocit úzkosti, deprese, která může vést ke ztrátě aktivit, a tím k úbytku fyzické aktivity a k sociální izolaci. Pacientky často mluví o divném pocitu, že je ostatní pozorují a že ví o jejich onemocnění. Velmi častou obavou je ztráta zaměstnání, postavení mezi přáteli a ve společnosti všeobecně. Jako hlavní předpoklady špatného vyrovnávání se s nádorem můžeme označit je sociální izolace, nízké socioekonomické postavení, abúzus alkoholu nebo jiných návykových látek, psychiatrická anamnéza, předchozí zkušenost s nádorem v rodině, nízká schopnost adaptace, pesimistický přístup k životu, četné závazky, absence víry a systému hodnot. (Cibula, 2009)

5.2 Prožívání nádorového onemocnění

U nemocného s nádorovým onemocněním se musí brát na vědomí i stránka psychosociální, a k tomu je důležité znát jednotlivá stádia nádorového onemocnění a jeho prožívání. Během všech stádií onemocnění pacientka měla možnost dostat psychologickou pomoc v jakékoliv formě od individuální po skupinové terapie. Výběr by měl zůstat zcela individuální, tak aby vyhovoval klientce. (Cibula, 2009)

5.2.1 Stadia nádorového onemocnění a jejich prožívání dle Jandourkové a Čepické

Zjištění diagnózy – Pacientka prožívá smutek, zlost, vztek, depresi, snižuje se koncentrace, poruchy spánku, ztráta motivace a psychomotorické zpomalení. V chování může dojít k bagatelizaci problému, odmítání léčby, ověřování diagnózy u jiných odborníků. Zde je velice důležité pacientce podávat přesné informace, nabídnout psychologickou pomoc, popřípadě psychofarmakologickou podporu.

Léčba – Pacientka může zažívat strach, smutek, též depresi, pocity viny, beznaděje, viny a ztrátu kontroly. Je nezbytné podávat všechny informace o nemoci, průběhu léčby a efektu léčby. Aktivně podporovat pacientku k aktivitám podporujícím zvládnutí nemoci.

Zotavování – V tomto stádiu věří pacientka ve vyléčení, ale stále má obavy z recidivy. Život pacientky ovlivňuje neustále strach a deprese. Opět je nezbytná dostatečná informovanost a stálá psychoterapeutická pomoc.

Recidiva – Objevuje se obdobná reakce stejně jako při zjištění diagnózy, jsou zde však mnohem intenzivnější projevy. Nastává šok, úplné nebo částečné popření situace. Nemocná prožívá strach, vztek, zoufalství, hlubokou depresi a obtížně se přizpůsobuje. I zde by měl Lékař podat dostatečné informace, nabídnout individuální psychologickou pomoc nebo skupinovou terapii pro snížení izolace a v popřípadě potřeby psychofarmakologické léčby je třeba konzultace s psychiatrem.

Terminálně – paliativní stádium kde je nejčastějším příznakem strach z izolace od rodiny, zvýrazňuje se strach z umírání a smrti, následují fáze smutku a pacientka se obává komplikací, jako je bolest, potíže s dýcháním, ztráta tělesných funkcí. U nemocné i rodiny se v této fázi může objevovat deprese a agrese. Vyrovnání s nemocí u pacientek je individuální, trvá různě dlouho a ne vždy pacientka dospěje až ke smíření. Lépe a snáze se se smrtí vyrovnávají starší ženy, naopak hůře se vyrovnávají s tímto faktem mladé ženy, jež většinou po sobě zanechávají nedospělé děti. V ošetrovatelské péči je velmi důležité udržet co nejvyšší kvalitu života, dobrý emoční stav, a to dostatečným tlumením bolesti a vedlejších účinků léčby. Měla by být pacientce umožněna možnost pobytu v domácím prostředí nebo alespoň zajistit dostatečný kontakt s rodinou. (Cibula, 2009)

5.2.2 Fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Rossové

Popisuje pět různých fází procesu, vyrovnávání lidí se smutkem a tragédií, zejména v případech diagnózy smrtelného onemocnění. Je důležité si uvědomit, že všechny fáze nemusí u člověka proběhnout kompletně či chronologicky. Každý kdo zažívá situaci ohrožující lidský život či zásadně měnící lidský život, nepociťuje všech pět reakcí, a rovněž ne každý, kdo je zažívá, je musí bezpodmínečně prožívat v daném pořadí. Reakce na nemoc, smrt či ztrátu jsou stejně jedinečné jako osoba, která je zažívá. Některé z fází tak nemusejí nastat, jiné mohou být prožity v jiném pořadí, a někteří lidé prožívají některé fáze neustále dokola. (Slezáková, 2007)

První fáze – negace: Cítím se dobře.“, „Tohle se nemůže dít, ne mně.“, „Došlo k záměně výsledků, to musí být omyl.“ Nemocný se dozvídá diagnózu, perspektivně neslučitelnou s životem. Odmítání faktu smrtelnosti, nechce si ji připustit. Dotyčný se nechce s nastalou situací smířit.

Druhá fáze - agrese: „Proč já? To není fér!“, „Proč se to děje mně?“, „Kdo za to může?“ Nemocný dostává vztek, hněvá se na všechno a na všechny. V této fázi je o dotyčného velmi těžké pečovat v důsledku pocitů vzteku a závisti. Mohou též přestat spolupracovat a komunikovat se zdravotnickými pracovníky.

Třetí fáze - vyjednávání: „Chci se dožít svých vnuků.“, „Udělám cokoli, abych mohl/a žít ještě pár let.“, „Dám všechno za své zdraví.“ Nemocný hledá nějakou možnost, jak může nějakým způsobem oddálit či odložit smrt, obrací se k bohu. Psychologicky dotyčný říká: „Chápu, že umřu, jen kdybych měl o trochu více času...“ V této fázi též dochází k hledání zázračného léku či alternativních metod léčby.

Čtvrtá fáze - deprese: „Jsem tak smutný, proč se s čímkoli obtěžovat?“, „Umřu, tak o co jde?“ Umírající si začíná uvědomovat jistotu blížící se smrti. Může být proto zamklý, uzavřený, odmítat návštěvy a trávit většinu času v pláči a truchlení s pocity strachu, úzkosti, smutku a beznaděje. V této situaci se doporučuje zdravotníkům trpělivost, schopnost naslouchat a respektovat lidskou důstojnost. Nedoporučuje se dotyčného v této fázi rozveselovat. Jde o důležité období smutku, které musí proběhnout. V některých případech je nezbytné podat psychofarmaka.

Pátá fáze – smíření: „Bude to v pořádku.“, „Nemůžu proti tomu bojovat, měl bych se na to připravit.“ Je to doba klidu. V této poslední fázi se dotyčný začíná vyrovnávat se svou smrtí či smrtí milovaného. Dochází k psychickému uvolnění a pacient je schopný na léčbě spolupracovat a přistupovat k ní

rozumem. Je důležité, aby v této fázi byli u pacienta jeho blízcí, aby si nemyslel, že umírá sám. (Slezáková, 2007)

5.3 Psychosociální podpora pacientky v průběhu nemoci

Důležitou složkou podpory je psychologická pomoc pacienta během trvání nemoci. Lékaři se většinou zabývají krátkodobou stránkou nemoci a o těch dlouhodobých nemluví. Lékaři zaměstnávají pacientku aktivitami, jak jsou kontroly, samotná léčba a náznaky jistoty, tímto způsobem odvádí pacientčinu pozornost od nejistot ohledně jejího stavu. U onkologicky nemocných se často nejedná o tělesnou bolest, ale spíše o strach z nejasné budoucnosti, pocit osamělosti, strachu z opuštění. Situace se zhoršuje, pokud dojde k recidivě. Není výjimkou, že pacientka vyhledává pomoc léčitele, potom jí je třeba sdělit, že se může vždy vrátit k léčbě a že se lékař od ní neodvrátí. (Ptáček, 2011)

6 MAPA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Mapy ošetřovatelské péče jsou uceleným dokumentem, díky kterému můžeme ovlivnit kvalitu ošetřovatelské péče.

Dalo by se říci, že jsou to plány ošetřovatelské péče, které jsou optimální pro určitou skupinu pacientů s jejich specifickými potřebami. Jejich vznik se datuje v roce 1979 v New England Medical Center v Bostonu. V roce 1995 se začaly rozšiřovat do většiny nemocnic v USA a Kanadě. V České republice byl jejich nástup velmi pomalý. Přičemž jsou významnou pomůckou při poskytování péče, pokud jsou vypracované tak, aby byly šity na míru pacientům se specifickými problémy na určitém oddělení. (Škrla, 2003)

Velké nemocnice v ČR mají své skupiny zdravotníků, kteří se starají a tvoří tzv. standardy ošetřovatelské péče. Bohužel mapy ošetřovatelské péče zatím nejsou běžně tvořeny. V některých zdravotnických zařízeních jsou tvořeny skupinou zdravotníků na oddělení nebo přímo určenými zdravotnickými zařízeními. Dalo by se říci, že mapy ošetřovatelské péče jsou jednoduchým návodem, na nejefektivnější a nejlepší péči o pacienty. Tyto dokumenty obsahují standardizovanou péči, kterou by měl dodržovat veškerý ošetřovatelský personál. Je to také jejich ochrana před možnými soudními spory. Zdravotnická dokumentace je ucelená, zlepšuje se koordinaci týmu a zlepšuje se kvalitu péče. V těchto mapách jsou zohledněny osobní znalosti a zkušenosti sester. Jsou založeny na kultuře, tradicích, etice, ekonomických možnostech a výzkumu. (Škrla, 2003)

PRAKTICKÁ ČÁST

7 FORMULACE PROBLÉMU

Péče o pacientku léčenou brachyterapií je specifická a dnes se již stává zcela běžnou při karcinomech v malé pánvi. Je důležité, aby ošetrovatelský personál znal všechna specifika typická pro tuto léčbu. Jelikož pacientka prožívá během této onkologické léčby různá úskalí, měla by především všeobecná sestra vědět jak jí pomoci a poradit.

Mimo jiné, je důležité znát vedlejší nežádoucí účinky a pomoci pacientům v jejich překonání. Nežádoucí vedlejší účinky této léčby jsou pro pacienty zatěžující a pokud jsou pacienti nedostatečně informováni, vede to k tomu, že jsou mnozí z nich deprimováni a jejich léčení se tímto prodlužuje a komplikuje.

8 CÍL PRÁCE

Ve své práci chci poukázat na důležitou úlohu všeobecné sestry, spolupráci zdravotníků při péči o pacientky léčených brachyterapií.

8.1 Dílčí cíle

Zaměřit se na profesionální přístup všeobecné sestry a zabránit vzniku možných komplikací.

Vyzdvihnout spolupráci zdravotníků s klientkou, zajistit dostatečnou informovanost a vytvořit mapu ošetrovatelské péče.

9 METODA VÝZKUMU

Praktická část mé bakalářské práce je zpracovaná jako ošetrovatelský proces pomocí metody case management. Ve třech kazuistikách je popsán průběh hospitalizace tří pacientek hospitalizovaných na ORAK FN Plzeň pro aplikaci brachyterapie. Pro sběr informací na zpracování ošetrovatelského procesu jsem zvolila model Marjory Gordonové.

10 VZOREK RESPONDENTŮ

Záměrně jsme si vybrali kazuistiky tří pacientek léčených brachyterapií, s odlišným věkem a rodinným zázemím. Klientky byly informovány o zpracování získaných údajů v bakalářské práci a s jejich použitím souhlasí. Zpracováním informací ze zdravotnické dokumentace, pozorováním klientek jsem jako výstup vypracovala mapu ošetrovatelské péče.

11 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ – OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

11.1 Kazuistika č. 1

Pacientka č. 1, 37letá pacientka, narozena 24. prosince 1976

Hospitalizace: 10. 2. - 24. 2. 2015

11.1.1 Diagnózy

CA cervicis uteri po laparotomii extirpaci dvou sentinelových uzlin, pánevní oboustrané lymfadenektomii, adnexetomii pro dlaždicový karcinom děložního hrdla

Chronická hepatitida C

Nikotinismus

11.1.2 Anamnéza

Rodinná anamnéza: matka žije - zdravá, otec nežije - nestýkali se, bratr – zdrav, celkem 5 dětí, 4 synové a dcera - zdravý

Osobní anamnéza: běžné dětské nemoci

Abusus: kuřačka cca 10 cigaret denně od 17 let, alkohol nepije, káva občas

Pracovní anamnéza: nyní na pracovním úřadě, dříve servírka

Sociální anamnéza: svobodná, žije s druhem a dětmi v bytě

Gynekologická anamnéza: menses od 14 let, pravidelný cyklus, porody: 5x spontánně, potrat: 1x, nepravidelné kontroly u ošetřujícího lékaře poslední 6/2014, předtím 2 roky nevyšetřena

Alergie: neudává

Léky: neužívá

Pacientka orientována místem a časem, bez známek klidové dušnosti, afebrilní, bez krvácivých projevů, kůže bez exantému.

Hmotnost: 57,7 kg

Výška: 166 cm

11.1.3 Fyziologické funkce

- TK: 120/80
- P: 76/min
- Tělesná teplota: 36,3 °C
- Dechová frekvence: 16´

11.1.4 Průběh hospitalizace

Pacientka přijata k plánované brachyterapii, k zevní radioterapii docházela ambulantně. Taktéž podány dvě série chemoterapie, ale pro mírnou leukopenii další cyklus nepodán. Nemocná absolvovala plánované interní vyšetření důležité pro léčbu brachyterapii v krátkodobé anestezii.

1. den hospitalizace

Na oddělení ORAK FN Plzeň byla přijata pacientka po operaci děložního čípku pro CA k plánované brachyterapeutické léčbě. Sestra seznámila pacientku s domácím řádem a chartou práv pacientů, sběrem informací, pozorováním a fyzikálním vyšetřením sepsala ošetrovatelskou anamnézu, zajistila podpisy u všech.

Pacientka byla uložena na trojlůžkový pokoj. Po krátké adaptaci na nové prostředí sestra seznámila pacientku o průběhu hospitalizace. Pacientka pociťovala obavy z léčby. Ještě pacientka podstoupila vyšetření lékařem. Dle ordinace lékaře a pro špatný žilní systém byl zaveden ČŽK. Také provedeno anesteziologické vyšetření. Jako večerní premedikaci dostala pacientka tabletu Hypnogenu a pro prevenci TEN byla doporučena miniheparinizace a bandáže DK. Všeobecná sestra má za úkol pacientce vše vysvětlit, ukázat, nabídnout pomoc a povzbuzovat ji. Snažit se ji vysvětlit průběh léčby a všechna možná rizika a vedlejší účinky léčby.

2. den hospitalizace

Pacientka dnes podstoupila I. serii brachyterapie, od půlnoci lačněla. Před samotnou brachyterapií ji byla podána premedikace Morphin 7,5 mg i.m.. Odvezena na brachyterapeutický sálek, uložena na gynekologické křeslo, kde byla uvedena anesteziologem do celkové anestezie před vlastní terapií a zaveden PMK. Po skončení brachyterapie byly pacientce odstraněny aplikátory a po probuzení byla odvezena zpět na oddělení. Pacientka se cítila dobře stěžovala si na mírnou bolest v podbřišku, ČŽK převázan a bolest tlumena dle OL, kontrola krvácení a klid na lůžku. Jinak bez potíží pospávala. Sestra během dne komunikuje s pacientkou, průběžně ji odpovídá na položené otázky, snaží se jí pomáhat a povzbuzovat.

3. – 7. den hospitalizace

Pacientka léčbu toleruje, ČŽK v pořádku, afebrilní, močí spontánně bez obtíží, stolice normální bez patologických příměsí, častý interval, stěžuje si na průjem. Bolesti v podbřišku menšího rázu, nekrvácí. Cítí se unavená. V průběhu dne sestra kontroluje pacientku a komunikuje s ní. Na víkend pacientka odchází domů na dovolenku vybavena léky a poučena. Již se domů těší na děti a přítele. Z dovolenky se vrací v pondělí bez potíží. 7. Den podstupuje pacientka druhou sérii brachyterapie, bez komplikací. Pacientka aktivně spolupracuje s ošetrovatelským týmem.

8. – 12. den hospitalizace

Pacientka bez obtíží. Přípravuje se na zítřejší třetí sérii brachyterapie, provedeno opět anesteziologické konzilium. Brachyterapie proběhla bez komplikací. Četnost průjmu snížena. Zavedený ČŽK

vyjmut z důvodu neprůchodnosti a zarudnutí v místě vpichu. Nabrána kontrolní laboratoř, v normě. Dovolenka přes víkend.

13. – 15. den hospitalizace

Pacientka se vrátila z dovolenky, bez obtíží, spokojená. Vpich po ČŽK klidný bez zarudnutí. Příprava na poslední čtvrtou frakci brachyterapie. Opět provedeno anesteziologické vyšetření a rozpisu premedikace. 14. Den hospitalizace, pacientka od půlnoci lačněla. Brachyterapii podstoupila bez komplikací. Doporučen klidový režim, kontrola krvácení a podání spasmolytik dle potřeby. 15. den hospitalizace dnes dimise po ukončení brachyterapeutické léčby. Doporučena pečlivá intimní hygiena, klidový režim, léky vybavena a poučena, kontrola u gynekologa nejdéle do jednoho měsíce od ozáření. Kontrola na dispenzární ambulanci ORAK kliniky cca za měsíc.

11.1.5 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces při brachyterapii podle modelu Gordonové Podpora zdraví

Pokyny lékařů a sester respektuje. Zajímá se o průběh léčby. A chce do budoucna se více starat o své zdraví a pravidelně navštěvovat lékaře a preventivní prohlídky.

Výživa

Pacientka se stravuje asi pětkrát denně a jí všechno. Myslí si, že by měla jíst více zeleniny a ovoce. Měří 166 cm a váží 57,7 kilo. Vypije asi 2-3 litry tekutin denně. Kůži má dobře hydratovanou. Otoky nemá.

Vylučování a výměna

Močí pravidelně, bez obtíží. Stěžuje si na průjem. Zajištěn se dostatečný příjem tekutin, podány léky dle ordinace lékaře proti průjmu, zvýšena se hygiena v oblasti konečníku a její ošetřování.

Aktivita - odpočinek

Pacientka je oběhově stabilní a není dušná. Pohybuje se bez obtíží. Stačí jí spát 6 hodin, aby se cítila odpočatá. Nyní pospává i během dne a v noci se budila pro bolest podbřišku a z důvodu ošetrovatelské péče po léčbě cítí se unavená.

Vnímání - poznávání

Slyší dobře. Zrak v pořádku. Pacientka chápe danou situaci a má informace o rozsahu léčby, která byla u ní prováděna.

Vnímání sebe sama

Pacientka věří, že léčbou se řeší problémy s jejím zdravím. Má dost informací o dalším postupu, ale má obavy z léčby.

Vztahy

Je svobodná, žije s přítelem. Je vyučená servírka nyní na pracovním úřadě v pracovní neschopnosti. Má pět dětí, kteří žijí s nimi v bytě. O její současný zdravotní stav se zajímají.

Sexualita

Byla šestkrát gravidní, má pět dětí a jednou potratila hned v začátku těhotenství. Menses pravidelný od 14 - ti let.

Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu

Stres zvládá dobře. Bojí se pouze o své zdraví a o děti, které jsou doma s přítelem.

Životní princip

Říká o sobě, že o svoje zdraví moc nezajímala, ale teď ví, že největší hodnotou je zdraví a rodina.

Bezpečnost – ochrana

Má zaveden centrální žilní katetr. Dodržován aseptický přístup. Kůže v oblasti podbřišku, radiodermatitis po zevním ozáření, jinak v normě. Ošetřována bepanthen krémem.

Komfort

Pacientka stěžuje na bolest podbřišku. Na stupnici dle Melzacka od 1-10 udává bolest pod číslem 4.

Bolest byla posouzena její změny během dne, ovlivnitelnost, charakter a intenzita. Pacientce byla doporučena úlevová poloha a podány analgetika dle ordinace lékaře.

Růst, vývoj

Pacientka měří 166cm, váží 57,7 kg a její BMI je 21,3. Během posledních 5 let si udržuje stálou hmotnost.

11.2 Kazuistika č.2

Pacientka č. 2, 56letá pacientka, narozena 13. března 1958

Hospitalizace: 4. 12. - 16. 12. 2014

11.2.1 Diagnózy

Inoperabilní dlaždicobuněčný karcinom děložního hrdla

Vředová choroba gastroduodena

11.2.2 Anamnéza

Rodinná anamnéza: matka zemřela na sarkom paže v 45 letech, otec zemřel na onemocnění srdce v 61 letech, 3 sourozenci a 2 děti zdravý

Osobní anamnéza: v dětství nestonala, operace žaludečního vředu pro rupturu 1993

Pracovní anamnéza: vlakvedoucí u ČD, nyní v pracovní neschopnosti

Sociální anamnéza: bydlí s manželem v rodinném domku

Gynekologická anamnéza: 2 porody, menses do 50 let, poslední gyn, vyš. cca před 5 lety

Abusus: bývalá kuřačka, dříve 10cigaret/den, kávu pije 1x denně, občas pivo

Alergie: neudává

Léky: neužívá

Pacientka orientována místem a časem, bez známek klidové dušnosti, afebrilní, bez krvácivých projevů, kůže bez exantemu.

Hmotnost: 84kg

Výška: 160cm

11.2.3 Fyziologické funkce

TK: 130/85

P: 82/min

Tělesná teplota: 36,7 °C

Dechová frekvence: 17'

11.2.4 Průběh hospitalizace

Pacientka přijata k plánované brachyterapii pro inoperabilní dlaždicobuněčný karcinom děložního hrdla. Zevní radioterapii a chemoterapii absolvovala ambulantně. Nemocná absolvovala plánované interní vyšetření důležité pro léčbu brachyterapii v krátkodobé anestezii a byla ji nabrána kompletní laboratoř.

1. den hospitalizace

Na oddělení ORAK FN Plzeň byla přijata pacientka po operaci děložního čípku pro CA k plánované brachyterapeutické léčbě. Sestra seznámila pacientku s domácím řádem a chartou práv pacientů, sběrem informací, pozorováním a fyzikálním vyšetřením sepsala ošetřovatelskou anamnézu. Pacientka byla uložena na dvoulůžkový pokoj. Stěžuje si na poslední dny řídkou stolicí po každém jídle. Močení častější bez potíží. Poučena o průběhu hospitalizace a seznámena s průběhem léčby, zítra I. série brachyterapie od půlnoci lačnět.

2. den hospitalizace

Ráno pacientce zaveden PŽK a podána infuze 500ml Ringerfundinu před plánovanou léčbou. Na výzvu aplikován morfin 10 mg i. m. a odvezena na brachyterapeutický sálek. Kde byla uložena do

gynekologické polohy, uvedena do celkové anestezie. Provedena dezinfekce zevních rodidel, zaveden PMK a zavedeny ring aplikátory a fixovány dvěma longetami. Po aplikaci odstraněny aplikátory, bez komplikací a po probuzení byla odvezena zpět na oddělení. Doporučen klid na lůžku a kontrola krvácení. Jinak bez potíží pospávala. Sestra během dne pacientku sleduje a komunikuje s ní. Naslouchá jejím obavám, a provádí ošetrovatelskou péči. Snaží se jí pomáhat a povzbuzovat v léčbě.

3. - 5. den hospitalizace

Pacientka léčbu toleruje dobře, PŽK v pořádku, dle maddona 0, bez známek infekce, afebrilní, stěžuje si na bolesti v podbřišku menšího rázu, nekrvácí. V průběhu dne sestra kontroluje pacientku a komunikuje s ní. Provedeny intervence pro zmírnění bolesti, doporučena úlevová poloha. Stěžuje si na řídké stolice po každém jídle. Močí častěji, bez obtíží. Doporučena konzultace s nutriční terapeutkou, pro úpravu skladby jídelníčku, pro zlepšení trávení. Na víkend pacientka odchází domů na dovolenku vybavena léky a poučena. Již se domů těší. Z dovolenky se vrací v pondělí bez potíží. 5. Den podstupuje pacientka druhou sérii brachyterapie. Opět provedena kompletní laboratoř a konzilium anesteziologa. Léčba provedena bez komplikací. Pacientka aktivně spolupracuje, cítí se dobře.

6. – 9. den hospitalizace

Pacientka bez obtíží, nekrvácí, cítí se unavená. Během volného času sleduje televizi, luští křížovky a prochází se po chodbě. Přípravuje se na třetí sérii brachyterapie, která se uskuteční 9. den hospitalizace, provedeno anesteziologické konzilium. Léčba proběhla bez komplikací. Četnost průjmu snížena. Zavedený PŽK v pořádku.

10. – 12. den hospitalizace

Pacientka aktivně spolupracuje při léčbě. Příprava na poslední čtvrtou frakci brachyterapie. Znovu provedeno anesteziologické vyšetření a rozpis premedikace. 12. Den hospitalizace, pacientka od půlnoci lačněla. Brachyterapii podstoupila bez komplikací. Doporučen klidový režim, kontrola krvácení a podání spasmolytik dle potřeby.

13. den hospitalizace

Pacientka ukončila brachyterapeutickou léčbu, průjem zlepšen, bolesti v podbřišku zmírněny, jinak bez potíží. Cítí se lépe, těší se domů za rodinou. Vybavena potřebnými léky a edukována o dalším postupu. Dále doporučena pečlivá intimní hygiena, klidový režim, užívání antidiaroid, kontrola u gynekologa nejdéle do jednoho měsíce od ozáření. Kontrola na dispenzární ambulanci ORAK kliniky cca za měsíc

11.2.5 Ošetřovatelský proces při brachyterapii podle modelu Gordonové

Podpora zdraví

S ošetřovatelským a lékařským týmem spolupracuje. Zajímá se o změny ve svém budoucím jídelníčku z důvodu snížení váhy. Za základní hodnoty v současné době pacientka považuje zdraví a jeho udržení.

Výživa

Pacientka se stravuje asi třikrát denně a jí všechno. Myslí si, že by měla zvýšit příjem zeleniny a ovoce a jíst v menších dávkách a častěji. Měří 160 cm a váží 84 kilo. Vypije asi 1-1,5 litry tekutin denně.

Vylučování

Močí častěji, bez obtíží. Stěžuje si na řídké stolice po každém jídle. Zajištěn se dostatečný příjem tekutin, podány léky dle ordinace lékaře proti průjmu, zvýšena se hygiena v oblasti konečníku a její ošetřování.

Aktivita - odpočinek

Pacientka se pohybuje bez obtíží, prochází se po pokoji a na chodbách. Spí dobře. Stačí jí spát 7 hodin, aby se cítila odpočatá. Nyní prospává i během dne.

Vnímání - poznávání

Slyší dobře. Zrak vyžaduje korekci brýlemi při čtení textu na blízko. Pacientka chápe danou situaci a má informace o rozsahu léčby, která je u ní prováděna.

Vnímání sebe sama

Pacientka věří, že díky této léčbě bude zase zdravá. Má dost informací o dalším postupu léčby.

Vztahy

Je vdaná, žije s manželem. Je v pracovní neschopnosti, jinak pracuje jako vlakvedoucí u ČD, ve volném čase se věnuje spolu s manželem pracím na zahrádce. Má dospělé děti, které mají vlastní rodiny a stýkají se pouze výjimečně z důvodu vzdáleného bydliště. O její současný zdravotní stav se zajímají.

Sexualita

Byla dvakrát gravidní, má dvě děti. Klimakterium asi v 50 letech, bez medikace.

Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu

Stres zvládá dobře. Bojí se pouze o své zdraví a také o manžela, který, jak říká, nemůže zůstat sám. Děti se prý už o sebe postarají samy.

Životní princip

Věří na osud. Co se má stát, se stane. Největší hodnotou je zdraví.

Bezpečnost – ochrana

Pacientka má zaveden periferní žilní katetr v pravé loketní žíle. Dodržován aseptický přístup. Vlasy, nehty a kůže v oblasti podbřišku, radiodermatitis po zevním ozáření, jinak v normě. Ošetřována bepanthen krémem. Pacientka má zubní protézu již 10 let.

Komfort

Přes podávání léků tisících bolest si pacientka stěžuje na mírnou bolest po brachyterapii v podbřišku. Na stupnici dle Melzacka od 1-10 udává bolestivost pod číslem 3. Bolest byla posouzena její změny během dne, ovlivnitelnost, charakter a intenzita. Pacientce byla doporučena úlevová poloha a podány analgetika dle ordinace lékaře.

Růst, vývoj

Pacientka měří 160 cm, váží 84 kg a její BMI je 32,8. Během posledních měsíců přibývá na váze.

11.3 Kazuistika č. 3

Pacientka č. 3, 75letá pacientka, narozena 13. března 1940

Hospitalizace: 8. 1. - 17. 1. 2015

11.3.1 Diagnózy

Hysterektomie s adnexektomií bilat. pro karcinom těla děložního

Operace tříselné kýly vpravo (1946)

Operace pupeční kýly (2012, 2013)

11.3.2 Anamnéza

Rodinná anamnéza: matka zemřela v 93 stářím, otec v 72 zástava srdce, bratr 68 zdrav, 1 dcera 51 zdrav, malignita se v rod. nevyskytla

Osobní anamnéza: : běžné dětské nemoci, v mládí vážněji nestonala, TBC nebo hepatitidu neprodělala, úrazy: 0, operace: operace třísel. kýly vpravo (1946), op. pupeční kýly (2012, 2013), hysterektomie s adnexektomií bilat. pro CA (1/2014)

Pracovní anamnéza: starobní důchod, dříve učitelka

Sociální anamnéza: byt, partnerem

Gynekologická anamnéza: menarche od 17 let, menopauza v 68 letech, 1P, 0p, HAK užívala krátce, posl. kontrola gyn. 3/2014

Abusus: nekuřačka, alkohol příležitostně, káva 1/d

Alergie: neudává

Léky: neužívá

Pacientka orientována místem a časem, bez známek klidové dušnosti, afebrilní, bez krvácivých projevů, kůže bez exantému.

Hmotnost: 57kg

Výška: 154cm

11.3.3 Fyziologické funkce

TK: 130/80

P: 79/min

Tělesná teplota: 36,4 °C

Dechová frekvence: 16´

11.3.4 Průběh hospitalizace

Pacientka přijata k plánované brachyterapii po totální abdominální hysterektomii a oboustranné adnexektomii pro adenokarcinom těla děložního. Zevní radioterapii absolvovala ambulantně. Plánovány tři aplikace brachyterapie vaginálním válcem.

1. den hospitalizace

Na oddělení ORAK FN Plzeň byla přijata pacientka po totální abdominální hysterektomii s oboustrannou adnexektomii pro adenokarcinom těla děložního k plánované brachyterapeutické léčbě. Sestra seznámila pacientku s domácím řádem a chartou práv pacientů, sběrem informací, pozorováním a fyzikálním vyšetřením sepsala ošetřovatelskou anamnézu. Pacientka byla uložena na jednolůžkový pokoj. Poučena o průběhu hospitalizace a seznámena s průběhem léčby. Pacientka pociťuje strach z neznámého. Zajištěna konzultace s nutriční terapeutkou pro vytvoření ideální jídelníčku, který by zabránil dalšímu hubnutí pacientky.

2. den hospitalizace

Dnes pacientka připravuje podstoupit první sérii brachyterapie. Pacientka premedikována, podána jedna tableta deganu, proti nevolnosti a zaveden PŽK na PHK . Odvezena na brahyterapeutický sál, uložena sestrou do gynekologické polohy a ještě jednou poučena o průběhu léčby. Radiologický onkolog zavede pacientce vaginální válec do pochvy a připojí k přístroji. V průběhu ozáření zůstává pacientka na BRT sálku sama, po skončení ozáření je vyjmut aplikátor. Sestrou zkontrolovány fyziologické funkce a pacientka

odvezena a předána zpět na oddělení. Pacientka dodržuje klidový režim, sestra sleduje fyziologické funkce, a jestli pacientka nekrvácí.

3. - 5. den hospitalizace

Pacientka léčbu toleruje dobře, nekrvácí, PŽK v pořádku, afebrilní, stěžuje si na častější řídké stolice, při nichž jí pobolívá v okolí konečníku, na pálení při močení a mírnou bolest v podbřišku. V průběhu dne sestra kontroluje pacientku a komunikuje s ní. Provedeny intervence pro zmírnění bolesti. Doporučena zvýšená hygiena po každém vyprázdnění a ošetření kůže factu mastí. Navýšení pitného režimu a pití urologického čaje alespoň 2x-3x denně. Na víkend pacientka odchází domů na dovolenku vybavena léky a poučena. Již se domů těší. Z dovolenky se vrací v pondělí. 5. Den podstupuje pacientka druhou sérii brachyterapie. Před léčbou provedena kontrolní laboratoř. Léčba provedena bez komplikací, pacientka odpočívá, nekrvácí. Pacientka aktivně spolupracuje, cítí se dobře.

6. – 9. den hospitalizace

Pacientka léčbu toleruje dobře, jen intermitentní průjmovitě stolice, aktivně spolupracuje a dodržuje zvýšenou hygienu. Příprava na poslední třetí frakci brachyterapie. Bolest v podbřišku mírnějšího rázu, jinak bez komplikací. Pořád se cítí unavená, ale snaží se zabavit aktivitami během dne. 12. Den hospitalizace, pacientce aplikována premedikace a odvezena na poslední frakci brachyterapii. Léčbu podstoupila bez komplikací, po návratu na oddělení odpočívala na pokoji. Doporučen klidový režim, kontrola krvácení a podání spasmolytik dle potřeby. Na přání pacientky naplánovaná konzultace s psychologem.

10. den hospitalizace

Pacientka ukončila brachyterapeutickou léčbu, průjem zmírněn, bolesti v podbřišku téměř odstraněny, jinak bez potíží. Cítí se lépe, těší se domů za rodinou. Vybavena potřebnými léky a edukována o dalším postupu. Doporučena pečlivá intimní hygiena, klidový režim, kontrola u gynekologa nejdéle do jednoho měsíce od ozáření. Kontrola na dispenzární ambulanci ORAK kliniky cca za měsíc.

11.3.5 Ošetřovatelský proces při brachyterapii podle modelu Gordonové Podpora zdraví

Klientka M. se cítila zdravá do zjištění nádoru hrdla děložního, předtím vážněji nestonala. Je často unavená, slabá. Při kontinuální analgetické léčbě je bez bolestí.

Výživa a metabolismus

Pacientka vypije asi 1,5 litru tekutin denně, převážně vodu a čaj. Stav kůže je v normě, bez ikteru a cyanózy.

Vylučování

Stěžuje si na častější řídké stolice, při nichž jí pobolívá v okolí konečníku a na pálení při močení. Zajištěn se dostatečný příjem tekutin, podány léky dle ordinace lékaře proti průjmu, zvýšena se hygiena v oblasti konečníku, genitálu a její ošetřování. Nepotí se.

Aktivita - odpočinek

Žádnému rekreačnímu sportu se nevěnuje ani nevěnovala. V poslední době trávila převážnou část dne doma u televize a čtením knížek a časopisů. Cítí se unavená a na nic jiného ani nemá chuť. Je zvyklá na čerstvý vzduch, lépe se jí spí v chladnu. Je umístěna na jednolůžkovém pokoji. Léky na spaní užívala vždy za hospitalizace.

Vnímání - poznávání

Sluch i zrak je zhoršený. Nosí naslouchátko a korekční brýle na čtení. Komunikuje přiměřeně času, místu i osobám.

Vnímání sebe sama

Pacientka se hodnotí jako „neprůbojná, tichá, uzavřená“. S dg. se prý již smířila, „nelze to změnit“. Větší problém má se zvládnutím vlastního výkonu, neví, co jí čeká.

Vztahy

Žije s dcerou v nájemním bytě 4+1. Každá má svůj vlastní pokoj. Bratr žije odděleně, jsou v častém kontaktu i během hospitalizace.

Sexualita

Na toto téma nechtěla moc hovořit. „Selhala“ prý nejen zdravotně, ale i jako žena, která si „neuměla udržet ani toho jednoho chlapa, kterého poznala“. Byla dvakrát gravidní, má dvě děti. Klimakterium asi v 55 letech, bez medikace.

Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu

Nikdy nekouřila. Alkohol pila pouze příležitostně, nyní vůbec. Návykové ani uklidňující látky neužívala až do loňského roku, kdy se po sdělení diagnózy „sesypala“, užívala antidepresiva a příležitostně tablety na spaní.

Životní princip

Moc spokojena není. Život jí zatím nevychází tak, jak by si přála. Radost má pouze ze své rodiny.

Bezpečnost – ochrana

Pacientka má zaveden periferní žilní katetr na pravé horní končetině. Dodržován aseptický přístup. Vlasy, nehty a kůže v oblasti podbřišku, radiodermatitis po zevním ozáření, jinak v normě. Ošetřována bepanten krémem. Pacientka má zubní protézu již 12 let.

Komfort

V denním režimu ji omezuje průjem, pálení při močení a bolest v podbřišku, kterou ohodnotila dle Melzacka číslem 2. Bolest byla posouzena její změny během dne, ovlivnitelnost, charakter a intenzita. Pacientce byla doporučena úlevová poloha a podány analgetika dle ordinace lékaře.

Bolest byla posouzena její změny během dne, ovlivnitelnost, charakter a intenzita. Pacientce byla doporučena úlevová poloha a podány analgetika dle ordinace lékaře.

Růst, vývoj

Pacientka měří 160 cm, váží 84 kg a její BMI je 25,7. Během posledních měsíců zhubla kolem 10kg.

12 ANALÝZA ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Podle všech zjištěných údajů od pacientek a při jejich sledování jsem zjistila, že u všech pacientek se projeví komplikace související s brachyterapií a ozářením. Jedním z prvotních zjištění bylo, že pacientky mají strach z neznámého, nevěděly, co je čeká, ale po provedení všech potřebných intervencí se jejich strach zmírnil. Také se u všech pacientek se objevil průjem, který je velmi nepříjemný až obtěžující i ten se u všech po čase a podávání antidiaroidů zmírnil. A aby nedošlo při průjmu k deficitu tělesných tekutin, bylo dle intervencí pacientkám zajištěn zvýšený příjem tekutin. Dalším problémem byla akutní bolest, každá pacientka ji pociťovala s jinou intenzitou v souvislosti s aplikovanou léčbou. Bolest byla tišena analgetickou léčbou. V souvislosti s bolestí a BRT se u pacientek objevila i únava, odpočívaly na pokojích a pospávaly během dne, aby načerpaly trochu energie. V souvislosti se zavedenými žilními vstupy mohlo dojít k riziku infekce, proto byl dodržován aseptický přístup.

Strach a úzkost související s nedostatkem informací a změnou prostředí

Projevující se:

Subjektivně: verbalizací pocitů

Objektivně: zvýšené napětí, nervozita, impulzivnost, snížená sebejistota, bledost, zrychlená srdeční akce a dechová frekvence, pocení, třes

Cíl: U pacienta se zmírní pocit strachu.

Ošetrovatelské intervence:

- podporuj vyjádření pacientových emocí
- ověř, zda pochopil všechny instrukce a informace související s péčí a diagnózou
- buď pacientovi na blízku, naslouchej mu a povzbuzuj ho
- podej dostatek informací v rámci své kompetence tak, aby jim nemocný porozuměl
- dávej prostor pro možné dotazy nemocného
- požádej další členy zdravotnického týmu o pomoc při nedostatečné informovanosti pacienta

Hodnocení: Pouze pacientky č. 1 a č 3. Vyslovili své obavy a strach z nadcházející léčby z důvodu nedostatku informací a pesimistickému přístupu k jejich zdravotnímu stavu. Pacientka č. 2 o svých obavách moc nemluvila, ale věděla, co ji čeká.

Průjem související s léčebným ozařováním

Projevující se:

Subjektivně: nucení na stolicí

Objektivně: zvýšená frekvence vyprazdňování stolice minimálně třikrát za den, hyperaktivní střevní zvuky, neformovaná řídká stolice

Cíl: pacientky nemají více než 2 stolice denně

Ošetrovatelské intervence:

- zjistí frekvenci, konzistenci, barvu, zápach a množství stolice
- zajistí dostatečný perorální, enterální nebo parenterální příjem tekutin
- podávej léky dle ordinace lékaře proti průjmu s ohledem na snížení motility GIT a za účelem snížení ztrát tekutin
- dodržuj hygienu kolem konečníku a ošetřuj vhodnými kosmetickými přípravky

Hodnocení: U všech pacientek se objevily časté intermitentní stolice, po provedené BRT léčbě, za pomoci nutriční terapeutky a provedení všech intervencí došlo k snížení stolic během dne.

Akutní bolest související s léčebným režimem

Projevující se:

Subjektivně: sdělení nebo označení bolesti

Objektivně: obranné chování pacienta (úlevové polohy, gestikulace), bolestivý výraz v obličeji, grimasy

Cíl: Pacient sdělí, že bolest je mírnější nebo ustoupila.

Ošetrovatelské intervence:

- posuď bolest a zhoršující faktory, změny bolesti během dne
- posuď ovlivnitelnost bolesti

- doporuč úlevovou polohu
- kontroluj a dokumentuj charakter, intenzitu a propagaci bolesti
- zajisti klidné prostředí
- podávej analgetika dle ordinace lékaře
- sleduj vedlejší účinky léků

Hodnocení: Pacientky uvedly všechny bolest v podbřišku po provedené léčbě, po provedení všech ošetrovatelských intervencí tato bolest začala ustupovat.

Použitá škála: Melzackova škála bolesti

1 – mírná, 2 – nepříjemná, 3 – intenzivní, 4 – krutá, 5 – nesnesitelná

Pacientka č. 1: 4, Pacientka č. 2: 3, Pacientka č. 3: 2

Únava související s průběhem léčby

Projevující se:

Subjektivně: pocit únavy a ospalosti

Objektivně: snížený výkon, spavost

Cíl: pacientky se cítí odpočaté, mají více energie

Ošetrovatelské intervence:

- vyslechni pacienta, jak sám vnímá příčiny únavy
- zamysli se s pacientem, které faktory mu pomáhají v odstraňování únavy
- akceptuj opravdovost pacientových stížností na únavu, nepodceňuj situaci
- naplánuj s pacientem realistická opatření
- vytvářej prostředí zmírňující únavu (teplota, vlhkost vzduchu)
- zaměř se na zlepšení kvality spánku

Hodnocení: Pacientka č. 1 a č. 3 si stěžovaly na únavu během dne po provedené léčbě. Pacientka č. 2 si na únavu nestěžovala.

Riziko infekce související se zavedeným žilním vstupem.

Cíl: Bezpečná aplikace i.v., nevznikne infekční komplikace, nevznikne defekt

Ošetrovatelské intervence:

- monitoruj rizikové faktory výskytu infekce
- pátrej po místních známkách infekce v místech invazivních vstupů
- dodržuj aseptický přístup
- prováděj prevenci nozokomiálních nákaz

Hodnocení: U pacientek č. 2 a č. 3 nedošlo k infekčním komplikacím během hospitalizace, ale u pacientky č. 1 došlo k neprůchodnosti CŽK a zarudnutí v místě vpichu.

Použitá škála: Maddonova

Pacientka č. 1 – stupeň 2

Riziko deficitu tělesných tekutin související s průjmem.

Cíl: Po celou dobu hospitalizace u pacientek nevznikne deficit tělesných tekutin, sliznice a kůže jsou v normě, dostatečně hydratované.

Ošetrovatelské intervence:

- upozorni pacienta na subjektivní a objektivní příznaky nerovnováhy tělesných tekutin
- pouč pacienta o optimálním příjmu tekutin, o sledování rovnováhy mezi příjmem a výdejem tekutin
- zhodnoť vyprazdňování
- měř bilanci tekutin

Hodnocení: U všech pacientek nedošlo k deficitu tělesných tekutin díky správné edukaci a ošetrovatelským intervencím prováděným všeobecnou sestrou.

DISKUZE

Podstatou naší bakalářské práce se bylo zaměřit se na roli sestry v péči o pacientku léčenou brachyterapií a oblasti, které mohou být pro pacientky během léčby problematické. Cílem bylo vytvořit na základě ošetřovatelského procesu, během sběru informací od pacientek, návrh mapy ošetřovatelské péče, specifikovanou na komplikace během léčby brachyterapií. Současně jsme chtěli poukázat na důležitou úlohu ošetřovatelského týmu, spolupráci zdravotníků při této péči. Vše jsme zkoumali z pohledu sestry. V praktické části jsme se zaměřili na oblasti nejčastějších komplikací. Naší práci jsem vytvořila za pomoci sledování pacientek během hospitalizace. Vytvořili jsme tři kazuistiky, se kterými jsme dále pracovali. Porovnávali jsme rozdíl mezi jednotlivými pacientkami podle modelu Marjory Gordonové, pokud nějaké byly, v průběhu svého zkoumání. Pacientky, které jsme sledovali a zapisovali všechny jejich aktivity během hospitalizace, byly vstřícné a snažily se nám odpovědět na všechny naše otázky, jak jen nejlépe mohli. Všechny informace získané od pacientek jsme interpretovali tak, jak mi je samy řekly. Během sledování jsme zjistili zajímavé skutečnosti, které by se mohly uplatnit při ošetřování pacientek léčených touto metodou.

Onkologická prevence představuje první stanovisko a jedno z nejdůležitějších opatření jak vůbec předejít těmto onemocněním. Jednou z možností je screening a jak uvádí Cibula (2009), v dnešní době jsou možnosti screeningů u reprodukčních orgánů velmi rozdílné, záleží na přístupnosti daného orgánu, sledování, znalosti rizikového faktoru a také na existenci daného screeningového vyšetření. Ale i tak je v dnešní době mnoho preventivních opatření, které mohou zabránit vzniku těchto onemocnění. Jednou metodou je vakcinace proti viru HPV, o které hovoří Sláma (2010), která úplně nezabrání vzniku onemocnění, ale zvýšení obranyschopnosti proti konkrétním virům. Nejlepších výsledků a současně nejvyšší spolehlivosti je dnes dosaženo u žen a dívek, které se s HPV infekcí ještě nesetkaly a nevedou ještě pohlavní život. To ale neznamená, že by se neměli nechávat očkovat i starší ženy. Každá žena, očkovaná má podstatně snížené riziko vzniku HPV. Nesmíme zapomenout ani na to nejdůležitější, na preventivní gynekologické prohlídky a kontrolní odběry cytologie. Jak uvádí Hrubá (2001). Zjistili jsme však, že všechny pacientky tuto možnost rozsáhlé prevence nevyužívaly. Ačkoliv jakákoliv možnost obrany před těmito nemocemi má smysl, a proto by se měli všechny ženy chránit a dodržovat všechny možné prostředky pro udržení tělesného zdraví. A dbát na dodržování preventivních prohlídek u gynekologa alespoň 1x ročně.

Po správné diagnostice by měly pacientky podstoupit i nejefektivnější léčbu, nejprve chirurgickou u operabilních nádorů a u inoperabilních efektivní léčbu kde se nejčastěji volí kombinace brachyterapie a zevního ozáření, které dosahuje velmi dobrých výsledků. Šlampa (2007) poukazuje, že i u inoperabilních nádorů se volí samostatná aplikace brachyterapie nebo v kombinaci s teleradioterapií a dosahují velmi dobré výsledky u zhoubných nádorů děložního hrdla a těla. Po dobu své práce na ORAK Plzeň jsem zjistila, že i mnoho rozsáhlých inoperabilních nádorů je metodou brachyterapie možno vyléčit, byla jsem svědkem nejednoho případu, ale bohužel neplatí to u všech případů.

Jelikož zdravotní sestra, je nejbližším kontaktem s pacientkou i s jeho rodinou bývá nejčastěji vůbec první v prevenci, kdy by měla informovat o možných nádorových rizicích, správné životosprávě, zvládání nezdravých návyků, samovyšetřování a upozorňuje na varovné příznaky vzniku nádorových onemocnění. Bohužel jak uvádí Holík (2002), u nás vysoce vzdělaná sestra často nahrazuje nekvalifikovanou

administrativní pracovníci, na úkor své vlastní odbornosti. Což se nejčastěji projevuje na informovanosti pacientů a péči o ně. Myšlenku mám zcela opačný názor, myslím si, že gynekologický screening je u nás jedním z nejrozvinutějších a zároveň má i bohatou propagaci. Snaha o vzdělávání pacientů v těchto problematikách se zvyšuje a tím i jejich informovanost.

Samotná brachyterapeutická léčba je pro pacientky fyzicky i psychicky náročná. A přináší sebou i mnoho nežádoucích účinků. Sestra by měla znát všechny vedlejší účinky a ošetřování postradiačních reakcí. K onkologicky nemocným se v současné době přistupuje komplexně, berou se na vědomí faktory biologické, psychologické a sociální. Proto by měly sestry spolupracovat nejen mezi sebou a s pacientem, ale i multioborově, navazovat komunikaci s nutričními terapeutky, psychology, sociálními pracovníci a dalšími potřebnými spolupracovníky, kteří podpoří vývoj léčby, psychickou a fyzickou pohodu pacientek.

Je známo, že u onkologických pacientek není důležitá jen fyzická pohoda, ale především psychická. Sestra by měla komunikovat s pacientkou a vyslechnout ji, poznat její obavy. Popřípadě jí zajistit individuální pohovor s psychologem. Ptáček (2011) uvádí, že u onkologicky nemocných se často nejedná o tělesnou bolest, ale spíše o strach z nejasné budoucnosti, pocit osamělosti, strachu z opuštění. Situace se zhoršuje, pokud dochází k recidivě. Není výjimkou, že pacientka vyhledá pomoc léčitele, potom jí je třeba vysvětlit, že se může vždy vrátit k léčbě a že lékař jí nezavrhne a neodvrátí se od ní.

Dalším mým cílem bylo zaměřit se na profesionální přístup celého ošetřovatelského personálu a tím zabránit vzniku možných komplikací. Po aplikaci brachyterapie nedošlo u žádné z pacientek ke krvácení. Ale všechny pacientky si stěžovaly na bolest v podbřišku, různé intenzity. U pac. č. 1 byla hodnota dle Maddona 4, u pac. č. 2 byla hodnota 3 a u pac. č. 3 hodnota na stupni 2. Po provedení všech intervencí sestrou došlo u všech pacientek ke snížení bolesti. Další komplikací byl problém s vylučováním stolice a to opět u všech pacientek, které si stěžovaly na časté intermitentní stolice, po nasazení antidiaroidů, se zkorigovala všem pacientkám stolice. Pacientka č. 3 si ještě stěžovala na pálení při močení, byl jí doporučen urologický čaj, zvýšený příjem tekutin, avšak nebyla zjištěna močová infekce. Pacientka č. 1 a č. 3 si také stěžovaly na únavu, že se cítí slabě a nemají dostatek energie. Sestra se je snažila zaměstnat více během dne, ale zařadit do denního režimu i odpočinek. U pacientky č. 2 k tomuto problému nedošlo. Ke konci hospitalizace došlo u pacientky č. 1 k neprůchodnosti zavedeného CŽK, proto musel být odstraněn a místo vpichu bylo ošetřeno, aby nedošlo k dalším komplikacím. Pacientka č. 2 a č. 3 žádné komplikace se žilním vstupem neprodělaly. Jinak pacientky neindisponovaly žádnými jinými komplikacemi. Ošetřovatelský personál se jim plně věnoval. Ale jak mi řekly sami pacientky, že byly se zdejší péčí naprosto spokojeny, že byly sestřičky moc ochotné a vyslechly všechny jejich problémy a prosby.

Vyzdvihnout spolupráci zdravotníků s klientkou, zajistit dostatečnou informovanost

a edukaci. Při přijetí obou pacientek, které nebyly dostatečně informované a obávaly se léčby brachyterapií pacientky z kazuistiky č. 1 a č. 3, u pacientky č. 2 došlo k lepší informovanosti a tak věděla, co jí přesně čeká. Na oddělení došlo k dodatečné edukaci pacientek o průběhu hospitalizace, léčbě, byly seznámeny s řádem oddělení, sestra je provedla oddělením a odvedla je na jejich pokoj.

Pokud by nebylo pacientkám cokoliv jasné, mohou se informovat u sestry nebo u ošetřujícího lékaře. Na žádost pacientky č. 3 jí byla zajištěna konzultace s nutriční terapeutkou a individuální sezení s psychologem, psychologická podpora byla nabídnuta i pacientce č. 1 a č. 3, ale pacientka č. 1 ji odmítla se slovy, že problémy řeší jen s rodinnou a pacientka č. 3 o tom bude uvažovat. Jejich odpověď na moji otázku zda byly za celou dobu hospitalizace dostatečně informovány a edukovány, všechny odpověděly, že ano.

ZÁVĚR

Pro svojí bakalářskou práci jsem zvolila téma Role sestry v péči o pacientku léčenou brachyterapií. Bakalářská práce je rozdělena na dvě části teoretickou a část praktickou. V teoretické části jsem se zabývala anatomii a fyziologií ženských pohlavních orgánů. Poté jsem se věnovala gynekologickým nádorům a jejich epidemiologii, etiologii a patogenezi. Následoval popis klinických projevů nádorového onemocnění, diagnostika a léčba gynekologických nádorů. Ještě jsem se v teoretické části zabývala samotnou brachyterapií, její historií, typy a kompetencemi sester při ní a také jejími nežádoucími účinky.

V praktické části jsem se zajímala o roli sestry v péči o pacientku léčenou pomocí brachyterapie. Pomocí uvedených kazuistik jsem si vybrala dvě pacientky s karcinomem děložního čípku a jednu s po operaci nádoru těla děložního, které podstoupili léčbu jak zevním tak i vnitřním ozářením. Sledovala jsem je v průběhu jejich léčby za pobytu na Onkologickém a radioterapeutickém oddělení FN Plzeň. Dvě tyto pacientky podstupovali léčbu brachyterapie za celkové anestezie a jedna pomocí vaginálních válců, bez pouze s léky tlumícími bolest na zdejším brachyterapeutickém sálku který je vybaven podobně jako operační sál.

Jelikož k pacientům mají nejbližší sestry, zajímalo mě, jakým způsobem může pomoci klientkám při této léčbě. Přeci nejsme jen schopné administrativní pracovnice a ošetřovatelky, ale trávíme s pacientem největší podíl času a to jak fyzicky, tak i psychicky. Ošetřujeme je a staráme se o jejich komfort, ale jsme jistým způsobem i jejich vrby, které je vyslechnou a občas jim sdělí i to co by je před lékařem nenapadlo. Podporujeme je v průběhu léčby a snažíme se jim vyhovět ve všem dle svých možností a kompetencí. Protože sesterské povolání je velice fyzicky, ale i psychicky náročné měla by mít sestra tuto práci ráda a měla by se v ní neustále zdokonalovat, pomocí specializačních vzdělávacích programů a seminářů.

LITERATURA A PRAMENY

1. DIENSTBIER, Zdeněk a Vladimíra STÁHALOVÁ. *Onkologie pro laiky*. Vyd. 2., aktualiz. Praha: Liga proti rakovině, 2012, 127 s. ISBN 978-80-86031-65-1X.
2. HYNKOVÁ, L.; DOLEŽELOVÁ, H; ŠLAMPÁ, P. *Radioterapie - učební texty pro studenty 5. roč. LF MU Brno*. Brno : Klinika radiační onkologie, LF MU, 18 s.
3. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012, 448 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4737-423.
4. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, xviii, 508 s. ISBN 978-802-4728-322.
5. GRIM, Miloš a Rastislav DRUGA. *Základy anatomie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 163 s., il. ISBN 80-726-2302-8.
6. DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 532 s. ISBN 978-80-247-3240-4.
7. FIALA, Pavel, Jiří VALENTA a Lada EBERLOVÁ. *Anatomie pro bakalářské studium ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004, 136 s. ISBN 80-246-0804-9.
8. CIBULA, David a Luboš PETRUŽELKA. *Onkogynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 614 s. ISBN 978-802-4726-656.
9. ŠLAMPÁ, Pavel a Jiří PETERA. *Radiační onkologie*. Praha: Karolinum, c2007, xviii, 457 s. ISBN 978-802-4614-434.
10. Májek, O., Dvořák, V., Dušek, L., Mužík, J., Šnajdrová, L., Gregor, J. Cervix.cz – Program cervikálního screeningu v České republice [online]. Masarykova univerzita, Brno, 2014. [cit. 2014-11-10]. Dostupný z WWW: <http://www.cervix.cz>. ISSN 1804-087X. Verze 1.6f.
11. HOLÍK, J. Prevence nádorů v rukou praktických lékařů. In Manuál prevence a časné detekce nádorových onemocnění. 1. vydání. Brno: MOÚ, 2002, s. 17-23. ISBN: 80-238-9513-3
12. HRUBÁ, M.; FORETOVÁ, L.; VORLÍČKOVÁ, H. Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění. 1. vydání. Brno: MOÚ, 2001, 77s. ISBN: 80-238-7618-X)
13. Sláma J. Dnešní stav poznatků o HPV vakcinaci. *Lékařské listy* 2010;17: 20-3.
14. ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. *Obecná onkologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011, 394 s. ISBN 978-807-2627-158.
15. PETERA, Jiří, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. *Moderní radioterapeutické metody*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1998, 33 s. ISBN 80-701-3266-3.

16. MUDr. Hana Stankušová, CSc., Ing. Anna Kindlová. STANDARD BRACHYRADIOTERAPIE pro radioterapeuticko – onkologické oddělení FN Motol. 2005. 27 s.
17. CHOVANEC, Josef. *Nádorové onemocnění těla děložního*. [online][cit.2014-12-18]. Dostupný z www: <http://www.linkos.cz/gynekologicke-nadory-c51-54-c56-57/nadorove-onemocneni-tela-delozniho/>.
18. JOUKALOVÁ, Zuzana. *O nádoru děložního čípku*. [online] [cit.2014-12-18] Dostupný z www.mou.cz/cz/nadory-delozniho-cipku/article.html?id=30
19. *Nežádoucí účinky radioterapie*. [online] [cit.2013-09-03]Dostupný z www.onkogyn.cz/lekari/nezadouci-ucinky-radioterapie
20. 14. DEVLIN, Phillip M., et al. *Brachytherapy. Applications and Techniques*. Philadelphia, Lippincott Williamsand Wilkins, 2007, 420 s. ISBN978-0-7817-6277-9
21. PTÁČEK, R. & BARTŮNĚK, P. 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3976-2.
22. KELNAROVÁ, Jarmila. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty - 1. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 236 s. ISBN 978-802-4728-308.
23. SCHMIDTOVÁ, Z, a kol. *Vybrané odbory ošetrovatel'stva*. Vyd. 1. Martin: Osveta, 2008. 148 s. ISBN 978-80-8063-295-3.
24. . ŠKRLA, Petr, ŠKRLOVÁ Magda. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd.Praha: Finidr s.r.o. Český Těšín, 2003. 477 s. ISBN 80 – 7172 – 841 – 1.
25. Česko. Vyhláška č. 55/2011 Sb., ze dne 14. března 2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. [online]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-ktterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlaske-c-sb_4763_3120_3.html. [cit. 2014-02-11]]
26. MACH, J. *Lékař a právo*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 320 s. ISBN 978-80-247-3683-9.
27. MUDr. Radovan Vojtíšek, MUDr. Tomáš Svoboda, Ph.D., prof. MUDr. Jindrich Fínek, Ph.D. STANDARD BRACHYRADIOTERAPIE pro onkologicko -radioterapeutickou kliniku FN Plzeň. 2015. 24s.
28. *VĚSTNÍK MZ ČR: Částka 8*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2011.
29. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 214 s. ISBN 9788024722702.

30. Česko. Zákon č.96/2004: zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. In: *Sbírka zákonů české republiky*. 2004. Dostupné z: http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/zakon_96-2004-1.html
31. Praktické rady pro některé komplikace: Nežádoucí účinky radioterapie. In: *Onkogyn.cz* [online]. Onkogynekologické centrum 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice. 2014 [cit. 2014-09-23]. Dostupné z: <http://www.onkogyn.cz/lekari/nezadouci-ucinky-radioterapie>
32. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace : 2012-2014 = Nursing diagnoses : definitions and classification : 2012-2014*. 1. české vyd. Editor T Herdman. Praha: Grada, 2013, xxxiii, 550 s. ISBN 978-80-247-4328-8.
33. VALEŠOVÁ, Monika, a kol. *Metodický pokyn k tvorbě kvalifikační práce*. 1. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2012. 56 s. ISBN 978-80-261-0156-7.

SEZNAM ZKRATEK

ORAK – Onkologická a radioterapeutická klinika

RO – radiační onkolog

RA – radiologický asistent

ZS – zdravotní sestra

KARIM - Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny

CŽK – centrální žilní katetr

PŽK – periferní žilní katetr

BRT – brachyradioterapie

HPV - Human papillomavirus

PHK – pravá horní končetina

DK – dolní končetiny

CA – celková anestezie

OL – ordinace lékaře

UVAG – uterovaginální aplikace

Tj. - to je

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Anonymizovaný snímek ve Obrázek 1 – Brachyterapeutický přístroj, automatický afterloading

Obrázek 2 - Uterovaginální zavaděč-Vienna ring

Obrázek 3 - Uterovaginální aplikátor-Viennaring

Obrázek 4 – Uterovaginální aplikátor-Fletcherův aplikátor

Obrázek 5 – Vaginální válec (lineární zářič)

Obrázek 6 – Sterilní stolec k výkonu uterovaginální brachyterapie

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 – Návrh mapy ošetrovatelské péče
- Příloha 2 – Souhlas s výzkumem
- Příloha 3 – Tabulka: **Radikální brachyradioterapie nádorů děložního čípku (uterovaginální aplikace, UVAG)**
- Příloha 4 – Tabulka: **Adjuvantní brachyradioterapie nádorů děložního čípku a těla (vaginální aplikace)**
- Příloha 5 – Informovaný souhlas s Brachyradioterapií
- Příloha 6 – Ošetrovatelská anamnéza a Realizace ošetrovatelského plánu, Pacientka č. 1
- Příloha 7 - Ošetrovatelská anamnéza a Realizace ošetrovatelského plánu, Pacientka č. 2
- Příloha 8 - Ošetrovatelská anamnéza a Realizace ošetrovatelského plánu, Pacientka č. 3
- Příloha 9 - CD
- Obrázek č. 1: Brachyterapeutický přístroj, automatický afterloading

OBRÁZEK Č. 1 - BRACHYTERAPEUTICKÝ PŘÍSTROJ, AUTOMATICKÝ AFTERLOADING



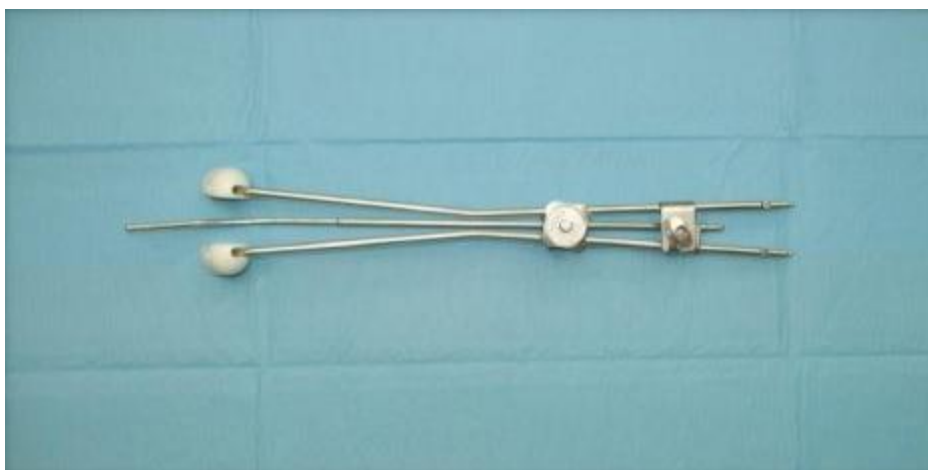
OBRÁZEK Č. 2 - UTEROVAGINÁLNÍ ZAVADĚČ- VIENNA RING



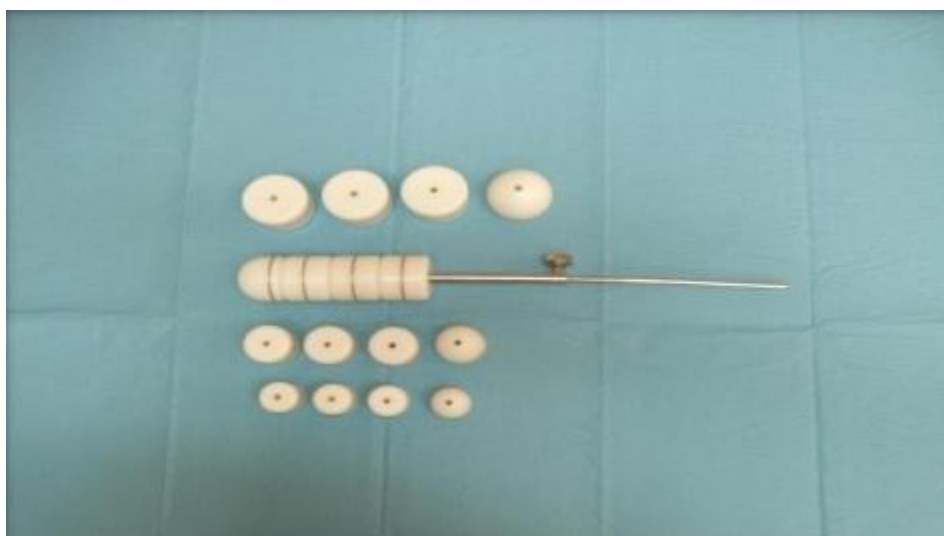
OBRÁZEK Č.3 – UTEROVAGINÁLNÍ APLIKÁTOR – VIENNA RING



OBRÁZEK Č. 4 - UTEROVAGINÁLNÍ APLIKÁTOR- FLETCHERŮV APLIKÁTOR



OBRÁZEK Č. 5: VAGINÁLNÍ VÁLEC (LINEÁRNÍ ZÁŘIČ)



OBRÁZEK Č. 6 - STERILNÍ STOLEK K VÝKONU UTEROVAGINÁLNÍ BRACHYTERAPIE



PŘÍLOHA 1 – MAPA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTKU LÉČENOU BRACHYTERAPIÍ

<i>Datum zavedení</i>	<i>Ošetřovatelská diagnóza</i>	<i>Příčiny</i>	<i>Očekávané výsledky</i>	<i>Ošetřovatelské intervence</i>	<i>Podpis</i>
	00013 Průjem	Poruchy výživy, nežádoucí účinky léčiv, léčebné ozáření	Pacient zná povahu svého onemocnění, je hydratovaný, nemá bolesti břicha, nutkání na stolicí, podrážděnou perianální kůži	Zjistí příčiny vyvolávající průjem, zkontroluj stav výživy, hydratace a dietu, kterou pacient drží, zkontroluj léky, které pacient užívá zajisti dostatečný přísun tekutin, dodržuj hygienu v okolí konečníku a ošetřuj vhodnými kosmetickými přípravky, dbej, aby pacient dodržoval léčebný režim	
	00016 Porucha vylučování moči	Senzitivní poruchy, anatomické obstrukce, infekce močových cest, následky operací	U pacientky je docílen normální výdej moči, jsou zavedena opatření k prevenci močové infekce	Zjistí chorobné stavy, které by mohli vyvolat močové obtíže, Ptej se na chirurgické výkony v oblasti malé pánve, Zhodnoť obtíže při mikci, Při cévkování dodržuj aseptický postup, Udržuj neporušenou integritu kůže	
	00004 Riziko infekce	Invazivní procedury, farmaceutické působení, imunosuprese	Pacient chápe individuální rizikové faktory, zná způsoby jak předcházet nebo snížit riziko jejího výskytu	Monitoruj rizikové faktory výskytu infekce, Pátrej po místních známkách infekce v oblasti invazivních vstupů, Mysli na možnost sepse k příznakům patří horečka, třesavka, pocení, porucha vědomí, Prováděj prevenci nozokomiálních nákaz, u invazivních zákroků důsledně dodržuj aseptický přístup	
	00046 Porušená kožní integrita	Působení radioterapie, mechanické příčiny, poranění, oslabená imunita	Pacientka má neporušenou, dostatečně prokrvenou, vyživenou a hydratovanou kůži	Zjistí vyvolávající příčinu, Popiš kožní lézi, Zhodnoť stav výživy kůže a stupeň rizika vzniku proleženin, Kontroluj denně kůži pacientky, Sleduj proces hojení ran, Udržuj kůži v čistotě, Zachovej zásady asepse při ošetřování ran, Prováděj častou výměnu ložního prádla, Prováděj pravidelně polohování pacienta, Informuj pacienta o nutnosti změny polohy	
	00132 Akutní bolest	Poškozující agens biologické, tělesné, chemické, psychologické	Pacient chápe příčiny vzniku bolesti, je schopen sledovat, naučí se metody zmírňující bolest, dodržuje farmakol. režim, udává, že bolest je zvládnuta, zmírněna	Posud' bolest, Posud' ovlivnitelnost bolesti, Pozoruj neverbální projevy bolesti, Zajisti klidné prostředí, Pečuj o pohodlí pacienta, Podávej analgetika dle ordinace lékaře, Sleduj účinky léků, Zapoj pacienta do poskytování péče	

PŘÍLOHA 2 – SOUHLAS S VÝZKUMEM VE FN PLZEŇ

Vážená paní
Michaela Rainkeová
Studentka oboru Všeobecná sestra
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence, Fakulta zdravotnických studií
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 o ošetrovatelských / léčebných metodách, používaných u pacientek *Onkologické a radioterapeutické kliniky (ORAK) FN Plzeň*, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Role sestry v péči o klientku léčenou brachyterapií*“.

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

- Vrchní sestra osloveného pracoviště souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění.

Sběr informací pro Vaši bakalářskou práci budete provádět v době své, školou schválené, odborné praxe a pod přímým vedením Mgr. Simony Šípové, vrchní sestry ORAK.

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

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

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

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

3. 2015

PŘÍLOHA 3 – RADIKÁLNÍ BRACHYRADIOTERAPIE NÁDORŮ DĚLOŽNÍHO ČÍPKU (UTEROVAGINÁLNÍ APLIKACE, UVAG)

Část		Popis činnosti	Zodpovídá
Vstup			
	1	Dokumentace pacienta. Obsahuje:	RO, ZS
	1.1	jméno, příjmení, titul, RČ, kód diagnózy	
	1.2	vstupní komplexní gynekologické vyšetření	
	1.3	záznam (protokol) o proběhlé či probíhající zevní radioterapii	
	1.4	popis vstupního (stagingového) MR vyšetření	
	1.5	grafické znázornění lokálního rozsahu tumoru - ilustrace	RO
	1.6	popis kontrolního MR vyšetření ke konci kurzu zevní radioterapie, zhodnocení léčebné odpovědi	
	2	Záznam v tabulce CT simulátoru v NIS. Obsahuje:	RO
	2.1	jméno, příjmení, titul, RČ	
	2.2	termín: datum, čas od-do; pořadí/celkový počet aplikací	
	2.3	typ aplikace, poloha pacienta (HFS)	
	3	Objednávka anesteziologického týmu - provádí ZS po dohodě s RO	ZS
Výběr zdroje anatomických dat, výběr aplikátoru			
	4	Nativní CT vyšetření při každé aplikaci. Při první aplikaci rovněž pořízení plánovacích sekvencí MR (T2 sekvence, axiální rekonstrukce)	RO
	5	RO provede komplexní gynekologické vyšetření a podle jeho výsledku zvolí vhodný typ a variantu (détku, průměr, zakřivení) aplikátoru	RO
Zavedení aplikátoru			
	6	Uložení pacientky do gynekologické polohy na aplikačním sálku	ZS
	7	Uvedení do anestézie – celková / analgosedace	lékař KARIM
	8	Komplexní gynekologické vyšetření - podle jeho výsledku zvolí vhodný typ a variantu (détku, průměr, zakřivení) aplikátoru	
	9	Dezinfekce operačního pole a zavedení Foleyho katetru do močového měchýře	RO
	10	Zavedení aplikátoru do děložní dutiny a pochvy – preferenčně Vienna Ring MR/CT	RO
	11	Tamponáda pochvy – při první aplikaci (před MR) tampóny vlhčeny v indierentním gelu, při dalších aplikacích vlhčeny ve fyziologickém roztoku	RO
	12	Fixace k perineu pomocí fixační pomůcky „perineal bar“	RO
	13	Finalizace polohy pacienta – dolní končetiny se dají z polohy gynekologické do polohy horizontální	ZS
	14	RO, ZS a SA přemístí pacientku na transportní lůžko a odvezou ji na CT simulátor (eventuelně poté na MR)	ZS, SA
Výstup			RA, RO
	15	Dokumentace pacienta. Obsahuje:	RO, ZS
	15.1	záznam o průběhu aplikace	RO
	15.2	záznam o anestezii	lékař KARIM
	16	Aplikátor zavedený v těle pacientky	RO
	17	Pacientka připravena k CT, event. MR	RO

(Vojtíšek, 2015)

PŘÍLOHA 4 – ADJUVANTNÍ BRACHYRADIOTERAPIE NÁDORŮ DĚLOŽNÍHO ČÍPKU A TĚLA (VAGINÁLNÍ APLIKACE)

Část		Popis činnosti	Zodpovídá
Vstup	1	Dokumentace pacienta. Obsahuje:	RO, ZS
	1.1	jméno, příjmení, titul, RČ, kód diagnózy	
	1.2	vstupní komplexní gynekologické vyšetření	
	1.3	záznam (protokol) o proběhlé či probíhající zevní radioterapii, nejedná-li se o samostatnou brachyterapii	
	2	Záznam v tabulce BRT v NIS. Obsahuje:	RO
	2.1	jméno, příjmení, titul, RČ	
	2.2	termín: datum, čas od-do; pořadí/celkový počet aplikací	
	2.3	typ aplikace, poloha pacienta (HFS)	
Výběr zdroje anatomických dat, výběr aplikátoru			
	3	Zdrojem anatomických dat bude pro první aplikaci C – rameno, při dalších aplikacích bez nutnosti získání anatomických dat	RO
	4	RO provede komplexní gynekologické vyšetření a podle jeho výsledku, zejména podle anatomických poměrů v malé pánvi vybere nejvhodnější velikost aplikátoru – vaginální válec	RO
Zavedení aplikátoru			
	5	Uložení pacientky do gynekologické polohy na aplikačním sálku	ZS
	6	Dezinfekce operačního pole a zavedení Foleyho katetru do močového měchýře se 5-7 ccm kontrastní látky v balónku	RO
	7	Zavedení aplikátoru do pochvy	RO
	8	Zavedení kontrastního katetru do rekta	RO
	9	Fixace aplikátoru k aplikačnímu stolu	RO
	10	Finalizace polohy pacienta – dolní končetiny se dají z polohy gynekologické do polohy horizontální	ZS
Výstup			RA, RO
	11	Dokumentace pacienta. Obsahuje:	RO, ZS
	11.1	záznam o průběhu aplikace	RO
	11.2	typ, rozměry a aktivní délka aplikátoru	RO
	12	Aplikátor a kontrastní značky zavedeny v těle pacientky	RO
	13	Pacientka připravena ke snímkování C – ramenem	RO

(Vojtíšek, 2015)

PŘÍLOHA 5 – INFORMOVANÝ SOUHLAS S BRACHYRADIOTERAPIÍ



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Edvarda Beneše 13, 305 59 Plzeň - Bory
alej Svobody 86, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 0069806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

BRACHYRADIOTERAPIE

– intrakavitární vaginální aplikace pomocí vaginálního válce v pooperační léčbě nádoru děložního těla

Pacient/ka: Naroden/a:
titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojistěnce): / Kód ZP:

Bydliště:

Zákonný zástupce: Vztah:
titul jméno příjmení (např. matka, otec, opatrovník aj.)

Naroden/a: Bydliště:
(liší-li se od bydliště pacienta/ky)

Vážená paní,

na základě zhodnocení Vašeho zdravotního stavu a stadia onemocnění Vám bylo doporučeno provedení tzv. brachyradioterapie a to buď samostatně nebo kombinované se zevním ozářením – teleradioterapií. Brachyradioterapie spočívá v zavedení zářiče do těsné blízkosti oblasti léčebného zájmu – ve Vašem případě se jedná o oblast poševní jizvy a přilehlé části pochvy.

Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě, pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

Důvod provedení výkonu

Je jednoznačně prokázáno, že tato procedura vede k významnému snížení pravděpodobnosti návratu Vašeho onemocnění neboli recidivy onemocnění.

Alternativy (jiné možnosti) výkonu

Jedinou alternativou tohoto výkonu je tento výkon neprovádět, což však z výše uvedeného důvodu nedoporučujeme.

Příprava k výkonu

Tento výkon provádíme za plného vědomí a bez nutnosti místního znecitlivění. Před výkonem není potřeba žádná speciální příprava.

Postup při výkonu

Na aplikačním sále Vám po gynekologickém vyšetření nejprve zavedeme močový katétr (tzv. cévku) do močového měchýře, jehož balónek bude naplněn kontrastní látkou. Poté Vám bude do pochvy zaveden váleček o průměru, který odpovídá prostornosti pochvy. Z důvodu kontroly dávky v konečniku Vám poté zavedeme do konečniku kontrastní sondu. S takto zavedeným aplikátorem, močovým katérem a sondou v konečniku provedeme rentgenové ověření jejich vzájemného uložení pro účely výpočtu ozařovacího plánu. Na základě získaných rentgenových snímků vytvoříme optimální ozařovací plán. Po zhodnocení rozložení dávky se konec válečku připojí pomocí přenosové hadičky k ozařovacímu přístroji (Microselectron od firmy Nucletron), ve kterém je uložen zářič. Pohyb zářiče je počítačově řízen z ovladovny. Zářič se přemístí do válečku a zde se pohybuje automaticky podle vypočteného ozařovacího plánu. Po uplynutí tohoto času zajede zářič zpět do stíněného kontejneru ozařovacího přístroje. Po skončení ozařování Vám odstraníme vaginální váleček, močový katétr i rektální (konečnickovou) sondu. Zavedení močového katétru a sondy do konečniku provádíme pouze při první aplikaci, při dalších aplikacích Vám bude pouze zaveden váleček do pochvy.

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukována, publikována a šířena žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň.

PŘÍLOHA 5 – INFORMOVANÝ SOUHLAS S BRACHYRADIOTERAPIÍ



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Edvarda Beneše 13, 305 00 Plzeň - Bory
ul. Svobody 80, 304 00 Plzeň - Lochotín
ICO 00699066 tel.: 377 401 111, 377 193 111

Pacient/ka: _____

Rodné číslo: _____

Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Během výkonu můžete pocítovat mírný tlak v oblasti malé pánve způsobený tlakem válečku na vrchol pochvy, tento tlak je žádoucí pro kvalitní provedení, přesto však je vhodné hlásit jakékoliv potíže lékařovi, stejně tak jako potíže vyvolané eventuální předchozí nebo současnou léčbou ze zevního ozařování – průjmovitá stolice, tlaky na konečník, časté nutkání na močení, pálení či řezání při močení nebo jiné potíže, o kterých jste byla informována před zahájením zevního ozařování. Brachyradioterapie nepřispívá významným způsobem ke zvýšení akutní toxicity zevní radioterapie, může však zvyšovat riziko pozdních nežádoucích účinků a to zejména možnosti vývoje poševní suchosti a možného zúžení pochvy. Přínos léčby však tato rizika převyšuje.

Chování po výkonu, možná omezení

Bezprostředně po výkonu je nutné důsledně dodržování intimní osobní hygieny a dostatečný příjem tekutin. Po odeznění akutních obtíží je také vhodné provádět preventivní opatření proti vzniku poševního zúžení, nejlépe přirozenou cestou (pohlavní styk) anebo poševními dilatátory.

Dovolujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Bližší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).

Byl/a jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).

Byl/a jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.

Byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.

Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují.

Nezamlčel/a jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

Souhlasím s nezbytným použitím omezovacích prostředků, jejichž účelem je odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (prováděním zdravotního výkonu).

Prohlašuji, že mi byla poskytnuta podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu. (Toto prohlášení se týká pouze pacientů s implantovaným zdravotnickým prostředkem.)

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a beru na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života.

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).

Informace uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb týkající se nezletilého pacienta (pacienta s omezenou svéprávností) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.

PŘÍLOHA 5 – INFORMOVANÝ SOUHLAS S BRACHYRADIOTERAPIÍ



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669808 tel.: 377 461 111, 377 103 111

Pacient/ka:

Rodné číslo:

POŠOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVĚPŘÁVNOSTÍ K VYSLOVENÍ SOUHLASU:

(vyplní lékař/ka poskytující údaje a poučení)

- Pacient/ka je rozumně a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.
- Pacient/ka není rozumně a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem) ZOK podpis

V Plzni dne: v hodin
podpis pacienta/ky (podpis zákonného zástupce)

Vyplňte v případě, že pacient/ka je způsobilý/á k udělení souhlasu, ale nemůže se s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat (např. pro úraz horní končetiny):

Současný zdravotní stav pacienta/ky nedovoluje, aby podepsal/a tento souhlas, protože:

Náhradní způsob projevu vůle (souhlasu):

kývnutím hlavy gestem: očima jinak:

Svědék:
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN, uveďte se adresu a datum narození)

Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a souhlas podepsat:

Pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a tento souhlas podepsat.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem) ZOK podpis

Svědék:
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN, uveďte se adresu a datum narození)

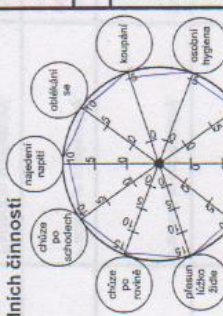
PŘÍLOHA 6 – OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU, PACIENTKA Č. 1

FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
 Eduardova Bunka 13, 305 00 Plzeň - Bory
 365 003000, 365 003001, 365 003002, 365 003003
 IČO 00898088, tel.: 377 401 511, 377 103 111

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

VAHA: 54,4 kg **VÝŠKA:** 166 cm **TR:** 120/80 **PACIENTKA Č. 1**

zde nalep štítek

TERAPEUTICKÉ / KOMPENZAČNÍ POMŮCKY / IDENTIFIKAČNÍ POMŮCKY katetry/kanyly: <input type="checkbox"/> periferní žilní <input type="checkbox"/> sondy/istomie: <input type="checkbox"/> NG <input type="checkbox"/> pomůcky: <input type="checkbox"/> inz. pero <input type="checkbox"/> inz. pero <input type="checkbox"/> inz. pero dat. zavedení: <input type="checkbox"/> CZK / PORT <input type="checkbox"/> NJ <input type="checkbox"/> hůl/berle <input type="checkbox"/> vozík <input type="checkbox"/> vozík <input type="checkbox"/> arteriální <input type="checkbox"/> gastrostomie <input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> dolní <input type="checkbox"/> močový katétr <input type="checkbox"/> brýle <input type="checkbox"/> kont. čočky <input type="checkbox"/> kont. čočky <input type="checkbox"/> tracheostomická kanyla dat. posl. katetrizace: <input type="checkbox"/> sluch. aparát <input type="checkbox"/> inz. pumpa <input type="checkbox"/> identifiikační náramek včetně poučení pacienta <input type="checkbox"/> končetinová protéza:		ALERGIE (červeně) <i>mudarda</i> 8. SPÁNEK. cítí se odpočívání po spánku: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne problémy: <input type="checkbox"/> nemůže usnout <input type="checkbox"/> často se v noci budí <input type="checkbox"/> brzy vzhůru, kým: <input type="checkbox"/> musí na toaletu	
1. POHYBLIVOST, SOBĚSTAČNOST Barthelův test všedních činností 0-40 bodů vývoce závislý 45-60 závislost středního stupně 65-95 nízká závislost 100 nezávislý  Kategorie: <i>I.</i> viz. škála na druhé straně formuláře Pády v anamnéze v posl. 6 měsících: <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano		9. VÍRA / ETNIKUM víra (příkládá-li jí pac. význam): etikum: <input type="checkbox"/> Vietnamci <input type="checkbox"/> Ukrajinci jiné: 10. SOCIÁLNÍ PODMÍNKY bydlí doma sám: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne s kým: <i>s přítelkyní</i> kdo se bude o ni/něho starat po propuštění: <i>přítel</i>	
4. VYLUČOVÁNÍ dat. poslední stolice: <i>v den příjmu 10.2.</i> stolice: <input checked="" type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná jak často: <i>2 x 7 x denně</i> užívá projímadla/jaká:		11. PLÁNOVANÉ PROPUSTĚNÍ předpokládá se edukace <input checked="" type="checkbox"/> pacienta <input type="checkbox"/> rodiny v: <input type="checkbox"/> aplikaci inzulinu <input type="checkbox"/> péči o stomii <input type="checkbox"/> návrtku soběstačnosti <input checked="" type="checkbox"/> ošetřování RHC <input type="checkbox"/> jiné:	
6. STAV KŮŽE <input type="checkbox"/> norm. <input type="checkbox"/> dekubitus ¹ <input type="checkbox"/> odřenina <input type="checkbox"/> hematom <input type="checkbox"/> běrový vřed vyražka - místo: <i>hadrádumatis</i> charakter rány:		CENNOSTI, PRÁVA PACIENTŮ uloženy v trezoru FN <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano (viz. doklad) ošacení uloženo v <input type="checkbox"/> centr. <input checked="" type="checkbox"/> místní šatně <input type="checkbox"/> neuloženo Pacient / klient byl informován, že za cennosti, které neuloží do centrálního trezoru, personál neodpovídá. Pacient / klient byl seznámen s Právy pacientů a Vnitřním řádem.	
7. BOLEST <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> ano míra nepřijemná intenzivní <i>5</i> <i>6</i> používá úlevovou polohu: <i>ležela na boku</i> používá zmiřující prostředky: <i>analgetika, aspirin</i>		podpis pacienta: _____ datum: _____ informace podala sestra: _____ anamnézu odebrala sestra: _____ hod.: _____	

¹ 0 - 2 = bez intervence, 3 - 4 = konziliium nutričního terapeuta, > 4 = konziliium nutričního terapeuta a krku = konziliium nutričního terapeuta a radioterapie v oblasti hlavy a krku

**PŘÍLOHA 6 – OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A REALIZACE
OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU, PACIENTKA Č. 1**

REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU PACIENTKA Č. 1

datum	10/2		11/2		R		N		R		N		R		N		R		N		
	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	
OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE																					
celková koupel: ranní																					
večerní																					
dopomoc při hyg.: ranní																					
večerní																					
hygiena dutiny ústní																					
Melzackova škála	4	1																			
Maddonova škála	0																				
dren																					
PEG																					
klyzma (pro/mašlo) - vyš.																					
tracheostomická kanyla																					
ozařované pole	2																				
permanентní cévka																					
PŽK/POR/ČŽK	2																				
příjem potravy *																					
edukace																					
ošetření stomie																					
kyslíková terapie																					
nebulizace																					
dechová rehabilitace																					
bandáže																					
převaz rány																					
sonda																					

Z - zavedení K - kontrola P - převaz V - výměna EX - konec H - hygiena
 * velikost porci: 0 - 1/4 - 1/2 - 1

PŘÍLOHA 6 – OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU, PACIENTKA Č. 1

PACIENTKA Č. 1

Datum	Problém	Cíl	Navrhovaná opatření	Frekv.	Hodn.	Stop	Podpis	Datum	Problém	Cíl	Navrhovaná opatření	Frekv.	Hodn.	Stop	Podpis
10/2	1. Strach a úzkost	U pacienta se sníží pocit strachu	1. podpora, vyložení P emoci 2. cvič. zde pochopí všechny instrukce 3. informace související s péčí a diagnózou	P.P.				10/2	5. Riziko infekce	Bezpečná aplikace i.v. nevyvolá infekční komplikace, nevyvolá oteklé	1. upoutat rizikové faktory výskytu infekce 2. péče po místních známkách infekce v oblasti invazivních vstupů 3. dodrž. aseptický postup	P.P.			
10/2	2. Bolest	P sčítá, že bolest je mírná nebo ustoupila	1. doporučit ulevovací polehu 2. podávat analgetika dle ordinace 3. znečistit a dokumentovat ošetření, intenzitu, přeznání	P.P.					6. Žápa	Stavce minimálně za 10 dnů	1. provést masáž vypracovanou reflexu 2. doporučit potměný zahřívání na váhony 3. zvlášť množství a frekvence stříce 4. podlé projímadla dle ordinace				
	3. Poruchy dýchání	P bude volně dýchat	1. najít polohu v polosedě 2. podávat kyslíkovou terapii dle ordinace 3. doporučit dochovou RHC						7. Inkontinence moče	P bude schopna optimálně kontrolovat močení	1. zajistí hygienu dle potřeby 2. snížit příjem tekutin 2-3 hodiny před spaním 3. aktivně nabízej podčtrní misu				
	4. Deficit sebezpečí	Hygiena výchova							8. Hypotermie	TT 36 - 36,8°C	1. zajistí dostatek tekutin 2. měř častěji TT 3. podávej dle ordinace antipyretika / studené obklady				
	5. Snížená mobilita	P se bude pohybovat optimálně vzhledem ke ztrátě síly	1. zajistí více polohování a lážku, signálizace 2. zajistí aktivitu dle možností RHC, expoz. radiační												

Specifický problém: **TRÁVĚNÍ - PAC NEMAŽÍ VIŠE JAK 2 STOLICE DENNĚ**
 1. zjištění funkce, konzistence, tvaru, zápachu a množství
 2. zajistí dostatečný příjem tekutin
 3. podávej léky dle OL, sleduj příznaky účinnosti
 4. dodržuj hygienou kolenního končetin, ošetřuj je

HLÁŠENÍ SESTER

dat./čas	os. kat.	ranní směna	podpis	noční směna	podpis
10/2	<input type="checkbox"/>	Prizata k 3ET, má KARIM zadržet 0,2L udrží vzhledem k dalším podáním a léčbě, koloni kmita mudiace dle OL, podány analgetika dle OL, opatření kůže ošetřena, prováděno umytí ryp.			
11/2	<input type="checkbox"/>	Jnes I sune 3ET, puvy nel TEN, puvy mudiace, podána, léčba bje komplikace, podány léky dle OL, dodržuje lédy na lůžku, krevace, mudiace FF, příchy dle HADOMA - 0			
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				

Dotazy na lékaře:

Jméno:

PŘÍLOHA 7 – OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU, PACIENTKA Č. 2

FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
 Edvarda Benáka 13, 305 06 Plzeň - Bory
 305 06 Plzeň - Bory
 IČO 00828898 tel: 377 601 1111, 377 603 111

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

zde nalep štítek
 TR: 130185 PACIENTKA Č. 2

VAHA: 84 kg VÝŠKA: 160cm

TERAPEUTICKÉ / KOMPENZAČNÍ POMŮCKY / IDENTIFIKAČNÍ POMŮCKY katetry/kanyly: <input type="checkbox"/> periferní žilní <input type="checkbox"/> NG <input type="checkbox"/> pomůcky: <input type="checkbox"/> kardiostimulátor <input type="checkbox"/> inz. pero <input type="checkbox"/> dat. zavedení <input type="checkbox"/> CŽK / PORT <input type="checkbox"/> NJ <input type="checkbox"/> hůlberle <input type="checkbox"/> vozík <input type="checkbox"/> arteriální <input type="checkbox"/> gastrostomie <input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> dolní <input type="checkbox"/> močový katétr <input type="checkbox"/> nefrostomie <input type="checkbox"/> brýle <input type="checkbox"/> kont. čočky <input type="checkbox"/> dat. posl. katetrizace: <input type="checkbox"/> kolostomie <input type="checkbox"/> sluch. aparát <input type="checkbox"/> inz. pumpa <input type="checkbox"/> tracheostomická kanyla <input type="checkbox"/> kolostomová protéza: <input type="checkbox"/> identifikační náramek včetně poučení pacienta <input type="checkbox"/> končetinová protéza:		ALERGIE (červeně) <i>mandlaň</i>
1. POHYBLIVOST, SOBĚSTAČNOST Barthelův test všedních činností 0-40 bodů: výnose závislý 45-60: závislost silněho stupně 65-95: lehká závislost 100: nezávislý Kategorie: <i>I</i> viz. škála na druhé straně formuláře Pády v anamnéze v posl. 6 měsících: <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano		8. SPÁNEK cítí se odpočívající po spánku: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne problémy: <input type="checkbox"/> nemůže usnout <input type="checkbox"/> často se v noci budí <input type="checkbox"/> brzy vzhůru, kdy:
2. KOGNITIVNÍ FUNKCE, KOMUNIKACE vědomí: <input checked="" type="checkbox"/> norm. <input type="checkbox"/> zhoršené orientace: <input checked="" type="checkbox"/> norm. <input type="checkbox"/> zmatený komunikace: <input checked="" type="checkbox"/> bez problémů <input type="checkbox"/> zhoršená kontakt: <input type="checkbox"/> odezírá <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> atatický slovník		9. VÍRA / ETNIKUM víra (přikládá-li jí pac. význam): <input type="checkbox"/> <i>ř. mramulám</i> etnikum: <input type="checkbox"/> Vietnamci <input type="checkbox"/> Ukrajinci jiné: <i>manul</i>
3. VÝŽIVA BMI: <i>32,20</i> Zdravé stravování: <i>3-4</i> Příjem stravy: <i>1/2</i> Stres faktor: <i>1</i> Celkem: <i>1</i> 0 - 2 = bez přívence, 3 - 4 = konzilium nutričního terapeuta, > 4 = konzilium nutričního terapeuta a dietního specialisty		10. SOCIÁLNÍ PODMÍNKY bydlí doma sám: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne s kým: <i>manul</i> kdo se bude o něho starat po propuštění: <i>manul</i>
4. VYLUČOVÁNÍ dat. poslední stolice: <i>den před propuštěním</i> stolice: <input checked="" type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> nepráv. jak často: <i>každých 3 dle</i> užívá projímadla/jaká:		11. PLÁNOVANÉ PROPUSTĚNÍ předpokládá se edukace <input checked="" type="checkbox"/> pacienta <input type="checkbox"/> rodiny v: <input type="checkbox"/> aplikaci inzulinu <input type="checkbox"/> péči o stomii <input type="checkbox"/> návratku soběstačnosti <input checked="" type="checkbox"/> ošetřování ARHC <input type="checkbox"/> jiné:
5. DÝCHÁNÍ <input checked="" type="checkbox"/> bez potíží příčina zhoršeného dýchání: <input type="checkbox"/> námaha <input type="checkbox"/> kardiální <input type="checkbox"/> kašel <input type="checkbox"/> bolesti <input type="checkbox"/> kouření <input type="checkbox"/> astma - jaké užívá léky:		CENNOSTI, PŘÁVA PACIENTŮ uloženy v trezoru FN <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano (viz. doklad) ošacení uloženo v <input type="checkbox"/> centr. <input checked="" type="checkbox"/> místní šatně <input type="checkbox"/> neuloženo Pacient / klient byl informován, že za cennosti, které neuloží do centrálního trezoru, personál neodpovídá. Pacient / klient byl seznámen s Právy pacientů a Vnitřním řádem.
6. STAV KŮŽE <input type="checkbox"/> norm. <input type="checkbox"/> dekubitus <input type="checkbox"/> odfenina <input type="checkbox"/> hematoma <input type="checkbox"/> výrůžky <input type="checkbox"/> vyrážka - místo: <i>na hrudi</i> <input checked="" type="checkbox"/> charakter rány: <i>na hrudi</i> • převaz rány (čím): • dat. posl. převazu: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne • preventivní krytí: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne		podpis pacienta: _____ informace podala sestra: _____ anamnézu odebrala sestra: _____ datum: _____ hod.: _____
7. BOLEST <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> ano míra: <i>1</i> nepříjemná: <i>1</i> hrud: <i>1</i> rektum: <i>1</i> slabota: <i>1</i> používá úlevovou polohu: <i>ne</i> používá zmírňující prostředky/analgétička (covert): <i>ne</i>		

PŘÍLOHA 7 – OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU, PACIENTKA Č. 2

REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU PACIENTKA Č. 2

datum	4/12		5/12																
	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	
OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE																			
celková koupel: ranní večerní																			
dopomoc při hyg.: ranní večerní																			
hygiena dutiny ústní																			
Melzackova škála	3	0																	
Maddonova škála							0												
dren																			
PEG																			
klyzma (projímadlo) - vys.																			
tracheostomická kanyla																			
ozařované pole																			
permanентní cévka																			
PŽK/BORTHEZK																			
příjem potravy *																			
edukace																			
ošetření stomie																			
kyslíková terapie																			
nebulizace																			
dechová rehabilitace																			
bandáže																			
převaz rány																			
sonda																			

Z - zavedení K - kontrola P - převaz V - výměna EX - konec H - hygiena
 * velikost porci: 0 - 1/4 - 1/2 - 1

PŘÍLOHA 7 – OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU, PACIENTKA Č. 2

PACIENTKA č. 2

Datum	Problém	Cíl	Navrhovaná opatření	Frekv.	Hodn.	Stop	Podpis	Datum	Problém	Cíl	Navrhovaná opatření	Frekv.	Hodn.	Stop	Podpis		
4/12	Strach a úzkost	U pacienta se zlepší pocit strachu	1. zodpověz vyšetření P amoni 2. vyř. zte pochopí všechny instrukce a informace související s jíací a diagnózou	P.P.				5/12	Riziko infekce	Bezpečná aplikace i.v. roztoku Přezk účbk ú svr	1. monitoruj rizikové faktory výskytu infekce 2. pátraj po místních známkách infekce v oblasti invazivních vstupů 3. abstru. aseptický postup PPE	P.P.					
4/12	Bolest	P sdělí, že bolest je mírnější nebo ustoupila	1. zlepší účinnost polohy 2. odčívaj analgetika dle ordinace 3. udržuj a dokumentuj charakter, intenzitu, propagaci	P.P.					6.	Zápcha	Stolica minimálně 1x za 24 h	1. provedej nácvik vyprazdňovací reflexy 2. okrajně pokračuj bohatě na vlákniny 3. sleduj množství a frekvenci stolice 4. podle projímadla dle ordinace					
	Poruchy dýchání	P bude vane dýchat	1. zlepší polohu v polosedě 2. podávaj kyslíkovou terapii dle ordinace 3. doporuč dechovou RHC						7.	Iskonninence moče	P bude schopn odpovíd. kontrolovat množství	1. zajist hygenu dle předky 2. sleduj příjem tekutin 2-3 hodiny před spaním 3. usilivě nabízej podložní mísu					
	Deficit sebezpečí	□ typizace □ výřve							8.	Hypertermie	TT 38 - 38,5°C	1. zajist dostatek tekutin 2. měř časově TT 3. podávaj dle ordinace antipyretika / studené obklady					

Specifický problém: **PRŮJEM - PAC. NEMA VÍCE JAK DĚ 10 DŮVE JENNE**
 1. křivka funkční, konzistence, barva, zápach a množství
 2. zajist dostatečným množstvím tekutin
 3. podávaj leky dle OL, sleduj zpeč, účinnost
 4. dodržuj hygenu konečků a čistuj je

HLÁŠENÍ SESTER

dat./čas	oš. kat.	ranní směna	podpis	noční směna	podpis
4/12	□	Pac. připata k plánování BRT, informovaná o dal. léčbě, bolest mírná dle OL, dopomocná věrova polohy, podávaj analgetika dle OL, ozařova léčba očníma vyšetřením			
5/12	□	Před provedením BRT, zaveden PZky podávaj leky dle OL, léčba se komykací, měření, kontrola FF, bolest mírná, PZk funkční dle HADJ - 0			
	□				
	□				
	□				
	□				
	□				

Dotazy na lékaře:

Jméno:

PŘÍLOHA 8 – OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU, PACIENTKA Č. 3

zde nalep štítek
TR: 130/80 PACIENTKA Č. 3

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Božarova Bernátská 13, 300 99 Plzeň - Bory
aldj Svatobory 80, 304 00 Píseň - Luchtětin
IČO 00688068 tel.: 377 491 111, 377 103 111

VÁHA: 54 kg VÝŠKA: 154 cm

TERAPEUTICKÉ / KOMPENZAČNÍ POMŮCKY / IDENTIFIKAČNÍ POMŮCKY katétry/kanyly: <input type="checkbox"/> periferní žilní <input type="checkbox"/> sondy/stomie: <input type="checkbox"/> NG <input type="checkbox"/> pomůcky: <input type="checkbox"/> kardiosimulátor <input type="checkbox"/> inz. pero <input type="checkbox"/> dat. zavedení <input type="checkbox"/> CŽK / PORT <input type="checkbox"/> NJ <input type="checkbox"/> vozík <input type="checkbox"/> hůl/berle <input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> dolní <input type="checkbox"/> arteriální <input type="checkbox"/> gastrostomie <input type="checkbox"/> brýle <input type="checkbox"/> kont. čočky <input type="checkbox"/> močový katétr <input type="checkbox"/> nefrostomie <input type="checkbox"/> sluch. aparát <input type="checkbox"/> inz. pumpa <input type="checkbox"/> kolostomie <input type="checkbox"/> končetinová protéza:		ALERGIE (červeně) 8. SPÁNEK cítí se odpočívání po spánku: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne problémy: <input checked="" type="checkbox"/> nemůže usnout <input type="checkbox"/> často se v noci budí <input type="checkbox"/> brzy vzhůru, kdy:	
1. POHYBLIVOST, SOBĚŠTAČNOST drenáž: <input type="checkbox"/> tracheostomická kanyla <input type="checkbox"/> dat. posl. katétrizace: <input type="checkbox"/> identifiikační náramek včetně poučení pacienta		9. VÍRA / ETNIKUM víra (příklad-li jí pac. význam): etnikum: <input type="checkbox"/> Vietnamci <input type="checkbox"/> Ukrajinci jiné:	
2. KOGNITIVNÍ FUNKCE, KOMUNIKACE vědomí: <input checked="" type="checkbox"/> norm. <input type="checkbox"/> zhoršené orientace: <input checked="" type="checkbox"/> norm. <input type="checkbox"/> zmatený komunikace: <input type="checkbox"/> bez problémů <input checked="" type="checkbox"/> zhoršená kontakt: <input type="checkbox"/> odezírá <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> afatický slovník		10. SOCIÁLNÍ PODMÍNKY bydlí doma sám: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne s kým: kdo se bude o něho starat po propuštění:	
3. VÝŽIVA BMI: 20.5 Ztráta hmotnosti za posledních 3 měsíců: 3 kg Příjem jídla za poslední měsíc: 1/2 porce Stres faktor: bolest, úzkost, nechuť jíst, nauzea Celkem *		11. PLÁNOVANÉ PROPUSTĚNÍ předpokládá se edukace <input checked="" type="checkbox"/> pacienta <input type="checkbox"/> rodiny v: <input type="checkbox"/> aplikaci inzulinu <input type="checkbox"/> péči o stomii <input type="checkbox"/> návčiku soběstačnosti <input checked="" type="checkbox"/> ošetřování / RHC <input type="checkbox"/> jiné:	
dat. poslední stolice: <input checked="" type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná jak často: 5x užívá projimadla/jaká:		CENNOSTI, PŘÁVA PACIENTŮ uloženy v trezoru FN <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano (viz doklad) ošacení uloženo v o. centr. <input checked="" type="checkbox"/> místní šatně <input type="checkbox"/> neuloženo Pacient / klient byl informován, že za cennosti, které neuloží do centrálního trezoru, personál neodpovídá. Pacient / klient byl seznámen s Právy pacientů a Vnitřním řádem.	
4. VYLUČOVÁNÍ dat. poslední stolice: <input checked="" type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná jak často: 5x užívá projimadla/jaká:		podpis pacienta: informace podala sestra: anamnézu odebrala sestra:	
5. DÝCHÁNÍ <input checked="" type="checkbox"/> bez potíží <input type="checkbox"/> přičina zhoršeného dýchání: <input type="checkbox"/> námaha <input type="checkbox"/> kardiální <input type="checkbox"/> kašel <input type="checkbox"/> bolesti <input type="checkbox"/> kouření <input type="checkbox"/> astma - jaké užívá léky: jiné:		datum: hod.:	
6. STAV KŮŽE <input type="checkbox"/> norm. <input type="checkbox"/> dekubitů <input type="checkbox"/> ocifemina <input type="checkbox"/> hematoma <input type="checkbox"/> bércovy vřed* vyrážka - místo: <input type="checkbox"/> kožní onemocnění charakter rány: převaz rány (čím):		7. BOLEST <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> mírně <input type="checkbox"/> intenzivně <input type="checkbox"/> těžce <input type="checkbox"/> nesnesitelně používá úlevovou polohu: používá zmírňující prostředky:	

* 0 - 2 = bez intervence, 3 - 4 = konzilium nutričního terapeuta, > 4 = konzilium lékaře, nutričního specialisty.
 Radioterapie v oblasti hlavy a krku = Konzilium nutričního terapeuta

PŘÍLOHA 8 – OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU, PACIENTKA Č. 3

REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU PACIENTKA Č. 3

datum:	8/11		9/11															
OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N
celková koupel: ranní																		
večerní																		
dopomoc při hyg.: ranní																		
večerní																		
hygiena dutiny ústní																		
Melzackova škála	2	0																
Maddonova škála																		
dren																		
PEG																		
klyzma (projímadlo) - vyš.																		
tracheostomická kanyla																		
ozařované pole	2																	
permanентní cévka																		
PŽK/PORIGŽK																		
příjem potravy *																		
edukace																		
ošetření stomie																		
kyslíková terapie																		
nebulizace																		
dechová rehabilitace																		
bandáže																		
převaz rány																		
sonda																		

Z - zavedení K - kontrola P - převaz V - výměna EX - konec H - hygiena
 * velikost porcí: 0 - 1/4 - 1/2 - 1

PŘÍLOHA 8 – OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU, PACIENTKA Č. 3

PACIENTKA č. 3

FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
 Onkologická a radioterapeutická klinika
 Katedra: Benátská 12, 305 00 Plzeň - Stará
 Jazyk: čeština, angličtina, slovenština
 IČO: 25269888, tel.: 377 481 111, 377 393 111

STANDARDNÍ OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN ZAMĚŘENÝ NA POTŘEBY JEDNICE

List č.:

Datum	Problém	Cíl	Navrhovaná opatření	Frekv.	Hodn.	Stop	Podpis	Datum	Problém	Cíl	Navrhovaná opatření	Frekv.	Hodn.	Stop	Podpis	
8/1	Strach a úzkost	U pacienta se zmírní pocit strachu	1. podporu vyjádření P emocí 2. ověř, zda pochopí všechny instrukce a informace související s péčí a diagnózou	PP				9/1	Riziko infekce	Bezpečná aplikace l.v., novorozenecká infekční komplikace, nevolná deřet	1. monitoruj rizikové faktory výskytu infekce 2. pájny po místních zraněních infekce v oblasti invazivních vstupů 3. dodržuj aseptický postup	PP				
8/1	Bolav	P uvěří, že bolest je méně silná nebo ustoupí	1. doporučit úlevovou péči 2. adekvátní analgetika dle ordinace 3. vyšetřit a dokumentovat charakter, intenzitu, propagaci	PP					Zácpa	Stolice minimálně 1x za 24 h	1. prováděj střevní vyprazdňovací reflexu 2. doporučit potravní behavior na včasný 3. sleduj množství a frekvenci stolice 4. podle průběhu dle ordinace					
	Poruchy dýchání	P bude volně dýchat	1. zajistí péči v pohotovosti 2. podávej kyslíkovou terapii dle ordinace 3. doporučit dechovou RHC						Inkontinence moči	P bude schopna systematicky kontrolovat močení	1. zajistí hygienu dle potřeby 2. snížit příjem tekutin 2-3 hodiny před spaním 3. aktivně nabízej podložní misu					
	Deficit sebepečce	<input type="checkbox"/> hypoglyk <input type="checkbox"/> výživa							Hypertermie	TT 36 - 38,3°C	1. zajistí dostatek tekutin 2. měř častěji TT 3. podávej dle ordinace antipyretika / studené obklady					
	Snížená mobilita	P se bude pohybovat optimálně vzhledem ke zot. stavu	1. zajistí vše potřebné k řídku, signalizace 2. zajistí aktivní či pasivní RHC, zápoj rodu													
Specifický problém: TRUJEN - PAC NEMAVÍ VÍCE JAK Dvě STOLICE DENNĚ 1. špatná funkce, kompenzace, tamy zácpav a množství H. 2. špatná dostatečný množství tekutin 3. podávej léky dle by sleduj jejich účinek 4. dodržuj 1 litrovou konzumaci a včasný jít																

HLÁŠENÍ SESTER

dat./čas	oš. kat.	ranní směna	podpis	noční směna	podpis
8/1	<input type="checkbox"/>	pac. přijata k plánovanému BRT, edukována o adekvátní postupu, bolest hlava dle analgetik, doporučená plešná poloha ke snížení funkce, stolice, podávaný dle OL anticholinergik, ozařováno kůže očelna lupanika kůže.			
9/1	<input type="checkbox"/>	Zavedení PZK, podávaný léky dle OL BRT probudena ke kompl., dobruje klad. měim, nekvrace, konvolovány FF, bolest hlava, PZK funkce, de HAD. - O			
	<input type="checkbox"/>	provozováno multiečim konzultací			
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
Dotsy na lékaře:					

Jméno:

PRAGMAT 060215 FN 007480