

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA

V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Aneta Němcová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

Aneta Němcová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U NEMOCNÉHO S NÁDOREM
MOZKU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

PLZEŇ 2012

Prohlášení:

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

V Plzni dne 20. 3. 2012

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. Jaroslavě Novákové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů.

OBSAH:

OBSAH:.....	15
ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 ANATOMIE MOZKU	13
1.1 Mozkový kmen.....	13
1.2 Mozeček	13
1.3 Mezimozek.....	13
1.4 Koncový mozek	14
1.5 Cévní zásobení mozku	14
2 NÁDORY MOZKU.....	15
2.1 Maligní nádory mozku	15
2.1.1 Astrocytom.....	15
2.1.2 Anaplastický astrocytom.....	16
2.1.3 Glioblastoma multiforme	16
2.1.3.2 Gliom s vysokým stupněm malignity	17
2.1.4 Oligodendrogliom	17
2.1.5 Ependymom	17
2.1.6 Primární lymfom CNS	18
2.1.7 Adenom hypofýzy.....	18
2.2 Benigní nádory mozku	18

2.2.1 Meningeom	18
2.2.2 Pilocytární astrocytom	19
2.2.3 Nádory mozkomíšních nervů	19
2.3 Sekundární nádory mozku.....	19
2.4 Nádory šířící se z okolí	20
3 Klinický obraz.....	21
4 Diagnostika	22
5 Léčba nádorů mozku.....	23
5.1 Radioterapie	23
5.2 Chemoterapie	24
5.3 Nežádoucí účinky léčby	24
6 Paliativní léčba.....	25
7 Management péče o onkologického pacienta	26
7.1 Výpočetní tomografie (CT).....	26
7.2 Rentgenové vyšetření (RTG)	26
7.3 Magnetická rezonance (MR).....	26
7.4 Pozitronová emisní tomografie (PET/CT)	27
7.5.1 Radioterapie	27
7.5.2 Chemoterapie	27
Obrázek číslo 1.....	30
8 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....	31
8.1 Ošetřovatelský proces	31

8.2 Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu	32
Stěžejní oblasti ošetrovatelské péče o onkologicky nemocného:	33
8.3.1 Ošetrovatelská péče zaměřená na soběstačnost nemocného.....	33
8.4 Hygiena a oblékání.....	34
8.4.1 Ošetrovatelská péče při zajišťování hygieny nemocného a oblékání	34
8.4.2 Problematika dekubitů	35
8.5 Výživa	36
8.5.1 Ošetrovatelská péče o výživu nemocného	37
8.6 Vyprazdňování moče a stolice	38
8.6.1 Ošetrovatelská péče o vyprazdňování stolice	39
8.6.2 Ošetrovatelská péče o vyprazdňování moče	39
8.7 Péče o periferní žilní kanylu	40
8.8 Péče o psychiku nemocného	40
PRAKTICKÁ ČÁST	41
1 FORMULACE PROBLÉMU	41
2 CÍL práce	41
3 VZOREK (VÝBĚR respondentů)	41
4 VYPRACOVÁNÍ PLÁNU OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	43
4.1 Výběr koncepčního modelu – Model fungujícího zdraví Majory Gordonové	43
4.1.1 Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví.....	43
4.1.2 Výživa a metabolismus	44

4.1.3 Vylučování	44
4.1.4 Aktivita, cvičení	44
4.1.5 Spánek, odpočinek	44
4.1.6 Vnímání, poznávání	45
4.1.7 Sebekoncepce, sebeúcta	45
4.1.8 Plnění rolí, mezilidské vztahy	45
4.1.9 Sexualita, reprodukční schopnost	46
4.1.10 Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance	46
4.1.11 Víra, přesvědčení, životní hodnoty	46
4.2 Ošetrovatelské diagnózy	47
4.3 Edukační plán.....	50
5 VYPRACOVÁNÍ PLÁNU OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	51
5.1 Výběr koncepčního modelu – Virginia Henderson: Teorie základní ošetrovatelské péče	51
5.1.1 Pomoc pacientovi normálně dýchat	51
5.1.2 Pomoc pacientovi při příjmu potravy.....	51
5.1.3 Pomoc pacientovi při vylučování.....	52
5.1.4 Pomoc pacientovi při udržení optimální polohy	52
5.1.5 Pomoc pacientovi při spánku a odpočinku	52
5.1.6 Pomoc pacientovi při při výběru vhodného oděvu, při oblékání a svlékání	52
5.1.7 Pomoc pacientovi při udržování tělesné teploty ve fyziologickém rozmezí.....	53

5.1.8 Pomoc pacientovi při udržování tělesné čistoty, upravenosti a ochraně pokožky.....	53
5.1.9 Pomoc pacientovi vyvarovat se nebezpečí z okolí a předcházet zranění sebe i druhých	53
5.1.10 Pomoc pacientovi při komunikaci s ostatními, při vyjadřování potřeb, emocí, pocitů a obav	53
5.1.11 Pomoc pacientovi při vyznávání jeho víry.....	54
5.1.12 Pomoc pacientovi při práci a produktivní činnosti	54
5.1.13 Pomoc pacientovi při odpočinkových a rekreačních aktivitách....	54
5.1.14 Pomoc pacientovi při učení, při objevování, uspokojování zvědavosti	54
5.2 Ošetřovatelské diagnózy	55
5.3 Edukační plán.....	59
6 DISKUZE	60
ZÁVĚR	62
POUŽITÁ LITERATURA	64
SEZNAM ZKRATEK	66
7 PŘÍLOHY	67

Anotace

Příjmení a jméno: Němcová Aneta

Katedra: Ošetrovatelství

Název práce: Ošetrovatelský proces u nemocného s nádorem mozku

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

Počet stran: číslované 63, nečíslované 20

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 17

Klíčová slova: ošetrovatelská péče, nádor mozku, pacient

Souhrn:

Bakalářská práce pojednává o problematice pacientů s nádorem mozku. Teoretická část informuje o nádorech mozku, jejich typech, diagnostice, jejich léčbě a ošetrovatelské péči o nemocné s nádorem mozku. Praktická část zahrnuje kazuistiku nemocného s nádorem mozku.

Annotation

Surname and name: Němcová Aneta

Department: Nursing

Title of thesis: Nursing process for patient with brain tumor

Consultant: Mgr. Jaroslava Nováková

Number of pages: 63, 20

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 17

Key words: nursing care, a brain tumor, the patient

Summary:

Bachelor thesis deals with problems of patients with brain tumors. The theoretical part of the information on brain tumors, their types, diagnosis, their treatment and nursing care for patients with brain tumors. The practical part includes a case report of a patient with brain tumors.

ÚVOD

Nádorové onemocnění je různorodá skupina chorob. Vzniká, když se populace vlastních buněk organismu vymkne kontrole a začne růst. Toto bujení může být naprosto neškodné, ale také může, v poměrně krátké době, postiženého člověka zahubit. V obvyklých případech se považuje za projev malignity to, že nádor roste do okolí a je schopen se rozsévat a zakládat metastázy. U maligních nádorů mozku se metastázy vyskytují zřídka. Nádor může vzniknout v jakékoli tkáni, nejčastěji tam, kde se buňky množí nejvíce a kde jsou stimulovány hormony. Vliv prostředí a životní styl jsou nápomocny v rozvoji nádorového onemocnění.

Nádorů mozku rozlišujeme mnoho. Dělíme je na maligní a benigní. Vznikají primárně nebo sekundárně. Sekundární nádory vznikají 10 x častěji, než primární. Jedná se o metastázy jiných druhů nádorů do mozkové tkáně. Na vzniku nádoru centrální nervové soustavy (dále jen CNS) se podílí genetické příčiny, onkogenní viry, chemické látky, radioaktivní záření. (17)

Onemocnění se vyskytuje čím dál častěji u mladých lidí. Především pokud jejich prognóza není příznivá. Téma bakalářské práce jsem si vybrala z důvodu zajímavé a v dnešní době diskutabilní problematiky tohoto onemocnění, kterým se zabývá Onkologické a radiodiagnostické oddělení Fakultní nemocnice v Plzni.

Cílem mé bakalářské práce je shrnout poznatky o nádorech mozku a na základě toho kompletně stanovit ošetrovatelskou péči o lidi s touto diagnózou.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teorii se zabývám rozdělením nádorů mozku, jejich projevy, diagnostikou a léčbou. V praktické části využívám kazuistiky pacientů a zohledňuji.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE MOZKU

1.1 Mozkový kmen

Mozkový kmen navazuje na hřbetní míchu a je první částí mozku. Popisujeme na něm tři části, prodlouženou míchu, Varolův most a střední mozek. Neurony mozkového kmene se různým způsobem seskupují do mnoha center. Mozkový kmen je prostoupen sítí rozptýlených a vzájemně propojených nervových buněk. Vzájemně tvoří vzestupný a sestupný systém retikulární formace. V jádrech retikulární formace mozkového kmene jsou umístěna centra životně důležitých reflexů. Polykání, kašel, kýchání, zvracení, a také centra základních životních funkcí, centrum dechu, srdeční centrum, cévní centrum, trávicí centrum. (1)

1.2 Mozeček

Mozeček překrývá zezadu a shora IV. mozkovou komoru. Skládá se ze dvou mozečkových hemisfér, které ve střední čáře spojuje mozečkový nerv. Široké svazky nervových vláken spojují mozeček s mozkovým kmenem a jinými částmi CNS. Na povrchu mozečku, v jeho kůře, se nachází šedá hmota. V centru mozečku se nachází bílá hmota. (1)

1.3 Mezimozek

Nachází se ve středu mozku, mezi mozkovými polokoulemi. Dělíme ho na talamus a hypotalamus. Talamus se řadí mezi párové orgány. Skládá se ze dvou symetrických těles, mezi kterými prochází III. komora mozková. Neurony talamu se sdružují do center, která se seskupují do funkčních skupin. Hypotalamus utváří dolní část stěny III. mozkové komory. Funguje jako centrum vnitřních funkcí organismu, činnosti srdce, cév trávicího traktu, produkce tepla, spánku a sexuální aktivity. (1)

1.4 Koncový mozek

Koncový mozek se skládá ze dvou mozkových hemisfér a patří mezi nejmohutnější části lidského mozku. Šedá hmota koncového mozku je tvořena převážně těly neuronů a nachází se na povrchu mozku. Bílá hmota obsahuje vlákna nervových buněk, ty se soustřeďují do nervových drah. (1)

1.5 Cévní zásobení mozku

Mozek je citlivý na zásobení krví, neustále musí dostávat kyslík a živiny. Krev je do mozku přiváděna dvěma karotickými tepnami (arteria carotis sinistra a dextra) a dvěma páteřními tepnami (aa. vertebrales). Mícha je zásobena v krčním úseku tepnami, které odstupují z páteřních tepen, v hrudním, bederním a křížovém oddíle tepnami z hrudní a břišní aorty. Dvě přední a dvě zadní tepny přivádějící k mozku krev se na spodní ploše mozku spojují, aby zde vytvořily Willisův tepenný okruh, z něhož vycházejí větvící se cévy pro jednotlivé mozkové laloky a mozkový kmen. (1)

Mozkové tepny spolu bohatě anastomozují. Otevření anastomóz mozkových tepen je závislé na rychlosti uzávěru. Důležité cévy jsou arteria carotis communis (dělí se na a. carotis externa a a. carotis interna), aa. vertebrales, vena jugularis interna - začíná ve foramen jugulare. Přítoky cévního zásobení mozku jsou intrakraniální, extrakraniální, vena jugularis externa, v. jugularis interna, a v. subclavia tvoří spolu venu brachiocefalicus. (1)

2 NÁDORY MOZKU

Výskyt nádorových onemocnění rok od roku pomalu roste. Pacienti mohou být postiženi nádory, které vycházejí přímo z mozkové tkáně, metastázami zhoubných nádorů jinde v těle nebo nádory, které rostou z jiných tkání a tlačí na mozkovou tkáň. U každého pacienta je na základě histologického zhodnocení nádoru pod mikroskopem stanoven další diagnostický postup a návrh léčby. Nádory CNS mají mezi solidními tumory zvláštní postavení, které vyplývá z jejich lokalizace v uzavřeném prostoru. Ten je současně schránkou vitálně důležitých struktur. Pokud zde dojde, i k mírnému zvětšení objemu způsobeného růstem nádoru, může ohrozit nemocného na životě i v případě, že histologický nález je podmíněn nízkým stupněm malignity. Ve většině případů se setkáváme s nádory CNS, které jsou sekundární. Jedná se o metastázy, zbytek nádorů je z jedné třetiny tvořen primárně. (2)

Nádory mozku dělíme na intraaxiální, vycházejí z vlastních buněk mozku - gliom a extraaxiální, vycházejí z tkání mozku, které jsou přilehlé - meningeom, adenom hypofýzy, neurinomy mozkových nervů. (4)

2.1 Maligní nádory mozku

2.1.1 Astrocytom

U tohoto druhu nádoru je anamnéza většinou velmi dlouhá, může trvat i roky. Mezi nejčastější příznaky patří epileptické záchvaty. Ve zralé variantě tvoří 25-30% gliomů. Vyskytuje se ve všech věkových skupinách a ve všech topografických oblastech CNS. Může být ohraničený i zcela neohraničený, většinou je tužší konzistence než okolní mozková tkáň. Barva je bleďošedá až šedorůžová. Velikost nádorových formací je od několika centimetrů až po rozsáhlou infiltraci větší části hemisféry. (2)

Často prorůstá komisurami do druhé poloviny mozku, ve větších tumorech mohou být pseudocysty. Hranice nádorového infiltrátu s okolím může být ostrá nebo nežřetelná, popřípadě nádor prostupuje mozkovou tkáň difúzně. Růst je pomalý, po operačním vyjmutí často recidivuje. Při difúzní gliomatóze je nádorem prostoupen téměř celý mozek. Na počítačové tomografii (dále jen CT) se vyskytuje obraz hypodenzního neohraničeného ložiska. Nemocný přežívá 4 - 7 let, v tomto časovém období však může dojít k přechodu ve vyšší stupeň malignity. (2)

2.1.2 Anaplastický astrocytom

Anamnéza je zde v řádech měsíců. Mezi klinické příznaky patří zejména nitrolební hypertenze, neurologický deficit a epileptické projevy. Vykazuje mikroskopickou polymorfii a výraznou motorickou aktivitu, může tvořit implantační metastázy likvorovými cestami. Vyrůstá z mozkových plen. Konzistence je většinou měkká, kapiláry hojné. Existují méně diferencované varianty vytvářející postupnou řadu směrem k multifornímu glioblastomu. Vyšetření CT a magnetickou rezonancí (dále jen MR) ukazuje po provedení neostře ohraničené ložisko s patrným edémem. Nemocný s tímto druhem nádoru přežívá zhruba 2 roky. (2)

2.1.3 Glioblastoma multiforme

Patří mezi nejčastější nitrolební nádory. Tvoří více jak 50% všech nádorů CNS. Jde o gliom s extrémní buněčnou dediferenciací. Roste expanzivně ve tvaru nepřesně ohraničené tkáně měkké konzistence. Často je ložiskovitě prokrvácený a nekrotický. Vedle dosti ohraničených uzlů roste také infiltrativně s invazí do plen, do ependymu a přes komisury do druhostranné hemisféry. Dělíme je na gliomy s nízkým stupněm malignity a gliomy s vysokým stupněm malignity. (2)

Ve větším množství se vyskytuje u mužů. Topografie výskytu je podobná jako u astrocytomu, růst je však rychlý. V tomto případě je anamnéza poměrně krátká, v řádech týdnů. Většina nemocných umírá do 6 měsíců od prvních klinických příznaků. Vzácně metastazuje mimo dutinu lební. Jako první příznak se objevuje nitrolební hypertenze, časté jsou mentální změny, fokální neurologický deficit. Méně často se u tohoto druhu objevují epileptické záchvaty. Na CT a MR se vyskytuje obraz neohraničeného útvaru po odeznění kontrastní látky, ukazuje se otok. Při optimální léčbě je doba přežití okolo 10-12 měsíců. (2)

2.1.3.1 Gliom s nízkým stupněm malignity

Roste pomalu (léta), častěji se vyskytuje v mladších věkových skupinách (20-40 let), jeho růst není dobře ohraničený od okolí zdravé tkáně, proto se ho často nedaří úplně operačně odstranit. Postupem času může v rámci dalších genetických poruch dojít k přechodu do agresivnější formy gliomu. (2)

2.1.3.2 Gliom s vysokým stupněm malignity

Pro tento druh gliomu je typický agresivní růst (týdny až měsíce). Postihuje častěji starší generaci lidí (po 50. roku věku), má neostré hranice růstu, úplné odstranění bývá většinou nemožné, často dochází k recidivám. (2)

2.1.4 Oligodendrogliom

Tvoří 2% až 6% gliomů, roste velmi pomalu, často několik let. Vyskytuje se mezi 20. - 50. rokem, nejčastěji okolo 30 let. Roste převážně ve frontálních lalocích, kde tvoří solidní šedorůžové, často kalcifikované sférické masy. Kalcifikace může být patrná na rentgenovém snímku. Méně častý je v mozečku, v míše a v optickém nervu. Nádor je složen z hustě seskupených, uniformních, přibližně kulatých buněk se světlou cytoplazmou. Buňky jsou seskupené do hnízd a pruhů oddělených malým množstvím vláknitých struktur. Buňky jsou velmi podobné světlým, nezralým oligodendrocytům normální vývojové řady. Krátké výběžky jsou patrné jen po znázornění speciálními metodami. V některých oligodendrogliomech jsou úseky buněk typu astrocytomu. Větší buněčná polymorfie je v oligodendrogliomu vzácná. U dospělých představuje asi jen 5% nitrolebečních nádorů, je většinou dobře diferencovaný. U 10% až 30% pacientů přežívá okolo deseti let. Projevuje se epileptickým záchvatem, příležitostně bolestmi hlavy. (2)

2.1.5 Ependymom

Tento nádor nacházíme na výstelce stěn komorového systému, častěji se vyskytuje u dětí a osob do 30 let. Je dobře ohraničený, může metastazovat likvorem. Tvoří 5% všech gliomů. Vyrůstá ze stěny komorového systému a z ependymálních odštěpů uložených subependymálně. Ependymom je nejčastějším gliomem míchy. Makroskopicky je většinou ohraničený, na řezu zrnitý, značná cévnatost podmiňuje růžové zbarvení. Mikroskopicky je složen z buněk podobných ependymu. Buňky jsou vřetenité s dlouhými výběžky. V sousedství cév tvoří soubor výběžků nádorových buněk cirkulární vláknitou bezjadernou vrstvou. Místy buňky obklopují drobné dutinky s blepharoplastem na volném povrchu buňky. Projevuje se zvýšením intrakraniálního tlaku. Doba přežití je zhruba pět let. (2)

2.1.6 Primární lymfom CNS

V dřívějších dobách se vyskytovaly relativně vzácně, v posledních letech však jejich výskyt roste. Převážně se objevují u nemocných s imunodeficiencí, proto zřejmě stoupá jejich výskyt, který souvisí s onemocněním AIDS. Dále se objevují u nemocných po transplantaci. Většinou jsou lokalizovány v centrálních strukturách mozkových hemisfér, bývají dobře ohraničeny. Projevují se nitrolební hypertenzí. Doba přežití se pohybuje bez léčby po stanovení diagnózy 2 až 3 měsíce. Při standardní léčbě je doba přežití okolo jednoho roku, asi u 4 % pacientů je doba přežití pět let. (2)

2.1.7 Adenom hypofýzy

Nejčastěji benigní nádory, které se vyskytují v oblasti tureckého sedla. Většinou vyrůstají z předního laloku hypofýzy. Představují přibližně 10% všech nádorů CNS. Vyskytují se přibližně kolem 30 až 40 let věku, bez pohlavní predispozice. Mikroadenomy jsou o velikosti do 1 centimetru, makroadenomy jsou větší. V klinickém obraze převažují příznaky endokrinně aktivní. (2)

Podle schopnosti produkovat hormony dělíme adenomy do dvou skupin, a to hormonálně aktivní a hormonálně neaktivní. Hormonálně neaktivní neprodukují žádný hormon, ale svým růstem omezují normální funkci zdravé hypofýzy. Ve většině případů se tyto nádory těžko diagnostikují, jsou převážně asymptomatické a přichází se na ně jen zřídka, při náhodném vyšetření CNS pomocí CT nebo MR. I pro jejich charakter růstu adenomy nemetastazují. Velmi často však dochází k drobnému krvácení s následnou kalcifikací, nebo jen vzácněji k masivnímu krvácení. (2)

2.2 Benigní nádory mozku

2.2.1 Meningeom

Jedná se o relativně časté intrakraniální nádory vycházející z buněk mozkových obalů, které se převážně vyskytují v dospělosti, častěji u žen po 50 roku věku. Meningeomy jsou většinou dobře diferencované a jsou považované za benigní. Jsou pevně spojené s dura mater, utlačují mozkovou tkáň, aniž by do ní prorůstaly. Některé meningeomy se mohou šířit podél kosti, kterou destruuje. Často vzniká nad plošným meningeomem hyperostóza. Intravertikulární meningeomy vycházejí z plexus chorioideus a utlačují přilehlou mozkovou tkáň. Většinou jsou jednotlivé, mohou však

být i mnohočetné. Rostou pomalu, po operačním řešení mohou recidivovat. I když mají benigní charakter, mohou bezprostředně ohrožovat nemocného na životě, buď tlakem na okolní struktury, nebo vzniklou nitrolební hypertenzí, popřípadě mohou způsobit hydrocefalus. (2)

2.2.2 Pilocytární astrocytom

Vyskytuje se nejčastěji v dětském věku. Je považován za jediný, často se vyskytující benigní nádor, u kterého je možné úplné chirurgické odstranění. Z pravidla roste v mozečku a optickém nervu, ale může se vyskytovat kdekoli. Léčba je operativní, prognóza je dobrá i v případech, kdy není nádor odstraněn celý. Nutné jsou pravidelné kontroly pomocí MR. (2)

2.2.3 Nádory mozkomíšních nervů

Většinou se řadí mezi benigní nádory (neurofibromy, hemartomy, schwannomy). Schwannomy se nejčastěji lokalizují v mostomozečkovém úhlu. Jejich výskyt se zpravidla zahrnuje mezi 40. až 60. rok. Mezi první příznaky patří postupně se zhoršující porucha sluchu a nejistá chůze. Přes benigní histologický charakter je zde nutné neurochirurgické odstranění. Pokud jde o menší rozsah tumoru, je vhodné ozáření Leksellovým gama nožem. Tento druh nádoru se však může vyskytovat i v maligní variantě. (2)

2.3 Sekundární nádory mozku

Mezi sekundární nádory CNS řadíme metastázy jiných nádorů do mozku nebo míchy. Mozkové metastázy se objevují u 10% až 20% pacientů v pokročilém stádiu nemoci. Nejčastějšími nádory, které metastazují do mozku, jsou bronchogenní karcinom (20% až 40%), karcinom prsu (10% až 20%), ledviny, GIT, štítné žlázy a maligní melanom (15% až 20%). Odhaduje se, že až 40% nádorů může metastazovat do mozku. Metastázy v mozku jsou při stanovení diagnózy v 70ti% mnohočetné. Metastázy v mozku ukazují vždy závažný nález. U jedné třetiny nemocných jsou mozkové metastázy bezpříznakové. U zbylých dvou třetin se mohou projevit neuropsychiatrickými symptomy, které souvisí s lokalizací metastatického ložiska v

CNS nebo intrakraniální hypertenzí. Nejčastěji (80%) jsou postiženy mozkové hemisféry, v 16% mozeček. (8)

Metastázy do mozku jsou zhruba 10x častější než primární nádory mozku. Nejčastějším příznakem mozkových metastáz je bolest hlavy. Mohou být porušeny kognitivní funkce a objevují se neurologické příznaky nitrolební hypertenze. Prognóza metastatického postižení CNS je nepříznivá, přežití se pohybuje v průměru okolo 6 až 12 měsíců. Léčba vychází vždy z primárního onemocnění, ze stavu pacienta při zjištění mozkové metastázy. Zvažuje se operace. Pokud je přítomno více metastáz, volbou je gama nůž nebo celkové ozáření mozku. Vzhledem k prognóze, nebývají k operaci indikovány metastázy malobuněčného bronchogenního karcinomu, s ohledem na jeho dobrou reakci na radioterapii a chemoterapii. U vícečetných metastáz je operace akutně indikovaná při počínající herniaci nebo kómpresi v zadní jámě lební. (2)

2.4 Nádory šířící se z okolí

Jsou to procesy, které prorůstají z okolí přes tvrdou plenu intrakraniálně. Jedná se o paragangliom prorůstající do jugulární žíly, primární nádory kalvy, atypické nebo maligní meningeomy, fibrózní dysplazie a procesy na bázi lební, zahrnující procesy v paranasálních dutinách a orbitě. (7)

3 KLINICKÝ OBRAZ

Příznaky nádorů CNS jsou velmi pestré. a do značné míry závislé na biologické povaze nádoru. Dále záleží na jeho lokalizaci a směru šíření, nebo na druhotných změnách v nádorové tkáni. Příznaky mohou být ložiskové nebo celkové. Nejčastější příznak, který se řadí mezi celkové, je nitrolební hypertenze. Ta se projevuje bolestí hlavy, nejvíce po probuzení. (2)

Bolest hlavy se stupňuje při prudké změně polohy hlavy. Méně častěji vyvolává bolest hlavy samotný nádor. V tomto případě má bolest charakteristickou lokalizaci podle uložení nádoru. Bolest hlavy může provázet zvracení bez předchozí nevolnosti. Častými příznaky jsou také poruchy vidění při městnání na oční pozadí a poruchy vědomí. (2)

Ložiskové příznaky jsou způsobeny útlakem a edémem mozkové tkáně. Nejčastěji se projevují epileptickými záchvaty, neurologický deficit se může projevit i ve formě motorických, senzitivních, sensorických nebo fatických poruch, organickým psychosyndromem nebo poruchou hlavových nervů. (2)

Psychické změny jako je např. zvýšená podrážděnost a afektivní labilita, agresivita mohou být také projevem primárního nádoru CNS nebo metastázy. V některých případech může nádor způsobit úplnou změnu osobnosti. (3)

4 DIAGNOSTIKA

Při podezření na nádor mozku může pomoci k jeho diagnostikování pečlivě odebraná anamnéza a neurologické vyšetření, které se doplní vyšetřením očního pozadí. Užitečné také může být vyšetření EEG a vyšetření likvoru. To však může být kontraindikované při známkách nitrolební hypertenze. K diagnostikování nádoru slouží především dvě vyšetřovací metody. (6)

První z nich je CT s podáním kontrastní látky, která spolehlivě odhalí probíhající intrakraniální procesy. Podání kontrastní látky může vyvolat pocit tepla a nevolnosti, u některých jedinců i závažnou alergickou reakci. Proto je nutné před vyšetřením užít antialergickou premedikaci, která riziko alergické reakce výrazně sníží. Je to jedno ze základních, dobře dostupných vyšetření v každé nemocnici, tedy metoda první volby. (6)

Druhá vyšetřovací metoda je MR, která přesně zobrazí velikost, rozsah a anatomické vztahy. Je méně dostupná než CT, nákladnější a časově náročnější. Ve srovnání s CT vyšetřením však poskytuje přesnější obraz a umožňuje zobrazení mozku ve více rovinách. Také se používá speciální kontrastní látka, odlišná než při CT vyšetření. Vyšetření je založeno na jiném principu než CT. Vzhledem k použití magnetického pole nelze tímto přístrojem vyšetřovat např. pacienty s kardiostimulátorem nebo kovovým materiálem v těle. V diferenciální diagnóze je nutné odlišit absces mozku, který se jeví na RTG snímku jako nádor mozku. Rozbor anamnézy a komplexní posouzení ostatních nálezů může přispět k rozlišení obou anomálií. Příznaky související s projevy nádoru mozku mohou mít i různá degenerativní onemocnění CNS. (6)

5 LÉČBA NÁDORŮ MOZKU

První volbou je chirurgická léčba, která upřesní diagnózu, zajistí cytoredukcí odnětím větší či menší části nádorové tkáně. Cílem chirurgické léčby je co nejradikálnější odstranění nádoru při zlepšení nebo alespoň zachování kvality života nemocného. U většiny nezhoubných intrakraniálních nádorů CNS je možné bezpečné celkové odstranění nádoru. (2)

U zhoubných gliových nádorů nepřesné ohraničení nádorů proti zdravé tkáni, dané invazivní povahou růstu, většinou neumožní úplné odstranění nádoru i při dokonalé operační technice. Radikální, širokou excizi, znemožňuje povaha mozkové tkáně, která obsahuje funkčně nepostradatelné struktury. Proto naléhavěji vyvstává potřeba doplnit neurochirurgický výkon adjuvantní léčbou, radioterapií, chemoterapií nebo oběma metodami. (2)

Kortikoidy se podávají od začátku všem pacientům. Zmenšují otok a zánět v okolí metastázy a mohou vést k výraznému ústupu příznaků během jednoho dne. Pokud příznaky vymizí, je možné kortikoidy, postupem času, zcela vysadit. (7)

5.1 Radioterapie

Radioterapie je metoda první volby, použije se tam, kde anatomická lokalizace nádoru neumožňuje chirurgické řešení (nádory mozkového kmene nebo thalamu). Jinak se radioterapie užívá jako doplněk chirurgické léčby. Standardní metodou je zevní fokální ozáření při denní frakcionaci 1,8 až 2 Gy/den do celkové ložiskové dávky 50-60 Gy. Z gliomů je nejcitlivější meduloblastom. U ostatních gliomů se doporučovaly různé varianty hyperfrakcionačních nebo akceleračních režimů, ale není známo, že by přinesly zásadní terapeutický zisk. (5)

U nádorových lézí malých rozměrů lze použít radiochirurgii. Vzhledem k infiltrativní povaze růstu primárních nádorů nemůže gama nůž zaručit, ani u malých nádorů, jejich úplné odstranění. Oproti tomu u solitárních i vícečetných mozkových metastáz je gama nůž velmi efektivní léčbou. Vhodný je také u části neurinomů, meningeomů či hypofyzárních adenomů malých rozměrů. (5)

5.2 Chemoterapie

Účinnost chemoterapie je u nádorů CNS omezena několika příčinami. Nejprve je to sama lokalizace nádorů, chráněných před účinkem cytostatik tzv. hematoencefalickou bariérou. Látky, které mají schopnost proniknout, jsou pouze lipofilní. Překážkou průniku cytostatika do mozkové tkáně může být změna tlakového gradientu mezi kapilárami a extravaskulárním prostorem, která je u nádorů CNS způsobena zvýšením nitrolebního tlaku. (2)

Malý úspěch chemoterapie může mít za příčinu u nádorů CNS biologická povaha těchto nádorů. I přes tato omezení má chemoterapie u nádorů CNS prokazatelný vliv na léčebnou odezvu i na dobu přežití. Pouze u nízko maligních astrocytomů léčených radioterapií neovlivní následná chemoterapie další průběh onemocnění. U agresivních forem nádorů CNS má větší účinek kombinovaná chemoterapie. (2)

5.3 Nežádoucí účinky léčby

Vedlejší účinky radioterapie mohou být časné a pozdní. Mezi časné patří zvýšená únava, slabost, bolesti hlavy, nechutenství a někdy i zvracení. Po ukončení ozařování tyto potíže vymizí. Častým vedlejším účinkem je i vypadávání vlasů, které se objevuje zhruba po dvou až třech týdnech ozařování a bývá omezené na ozařované pole. (2)

Vypadávání vlasů bývá většinou dočasné, ale při vyšších dávkách záření může být i trvalé. Mezi pozdní vedlejší účinky jsou řazeny poruchy paměti a koncentrace. Vznikají za jeden až tři roky po ozařování a dlouhodobě přetrvávají. Vedlejší účinky chemoterapie rozdělujeme na časné, u kterých je projevem nevolnost, zvracení, průjem, útlum kostní dřeně s rizikem infekce nebo krvácení a pozdní např. neplodnost. (2)

6 PALIATIVNÍ LÉČBA

Pojem paliativní léčba se často zaměřuje s léčbou, která má za cíl zmírnit obtíže nemocného, léčbou symptomatickou. V onkologii se jedná o léčbu, která nevede k úplnému a definitivnímu uzdravení nemocného. Je však možnost uzdravení dočasného, někdy i s relativně dlouhým časovým průběhem. Při volbě léčebné strategie nelze u některých onemocnění předem odhadnout, k jakému výsledku zahájená léčba povede. Pouze odpověď nemocného na léčbu ukáže, zda vedla léčba k vyléčení nebo pouze k remisi onemocnění. (2)

Výběr léčebných prostředků pro paliativní léčbu je stejný jako u léčby kurativní. Oproti kurativní léčbě se paliativní léčba častěji vnímá jako způsob, jak zabránit progresi onemocnění a navodit novou remisi. Je známo, že pojem paliativní léčba je používán v širokém rozmezí a přesná definice je velmi obtížná. V žádném případě by se paliativní léčba neměla definovat jen jako prostředek ke zmírnění obtíží nemocného. V tomto směru je kurativní léčba přednější. (2)

Kurativní účinek léčby je častější u včas léčeného onemocnění, paliativní léčba se stává účinnou spíše u pokročilejšího onemocnění. Symptomatická léčba zmírňuje nebo odstraňuje symptomy nádorového onemocnění. Při vzniku rezistence ke konvenční léčbě a při trvající progresi onemocnění je jediným racionálním přístupem.. Problémem na prvním místě je tišení bolesti. Při známkách nitrolební hypertenze a bolesti hlavy se podávají kortikoidy. Pokud se vyskytují epileptické záchvaty, podávají se pacientovi antikonvulziva. (7)

S postupem choroby a úbytkem sil nemocného přechází symptomatická léčba v léčbu terminální. Terminální léčba zahrnuje ošetrovatelskou péči a péči o psychický stav nemocného. (2)

Běžná nemocniční lůžka většinou nejsou schopná kvalitně tento typ péče poskytnout. Proto se na tento typ léčby specializují zařízení, která umožňují nemocnému důstojné umírání. Jednou z alternativ jsou hospice. Termínem hospic se rozumí specializovaný program, jehož cílem je poskytnout pacientovi kvalifikovanou péči v období, kdy není možná ani kurativní, ani účinná paliativní léčba. Hospicová péče má nemocnému umožnit prožít zbytek života důstojně, bez zbytečného utrpení. Hlavní náplní je účinná symptomatická léčba a komplexní péče o pacienta s cílem minimalizovat bolest a zmírnit všechny obtíže, které vyplývají ze základní diagnózy. (2)

7 MANAGEMENT PÉČE O ONKOLOGICKÉHO PACIENTA

Prvotní záchyt onkologické diagnózy vychází z potíží pacienta, který nějakou dobu před onemocněním pociťoval únavu, skleslost, stavy úzkosti bez zjevných příčin. To je většinou podnět, který pacienta dovede k lékaři. Jedná se o praktického lékaře daného pacienta. Ten pacienta vyšetří a doporučí podle udaných potíží vyšetření u specialisty.

7.1 Výpočetní tomografie (CT)

CT vyšetření je neinvazivní metoda, která je schopná nádor lokalizovat a určit jeho velikost a strukturu. Pomůže získat cenné informace o vztahu nádoru k okolním strukturám. Pro lepší zobrazení je možné použít kontrastní látku, která umožní na základě změn denzity přesněji určit hranice a rozsah patologického ložiska. CT také umožní diagnostikovat případné sekundární intrakraniální změny, které souvisí s nádorem. (7)

7.2 Rentgenové vyšetření (RTG)

RTG vyšetření má stále svůj diagnostický význam. V neuroonkologii poskytuje informace hlavně o kostních změnách a případné kostní destrukci provázející některé intrakraniální nádory. RTG vyšetření musí být vždy cílené, provedené na základě podezření na onemocnění vyšetřované části těla. (7)

7.3 Magnetická rezonance (MR)

Magnetická rezonance je neinvazivní metoda, která má v současné době největší přínos v diagnostice mozkových nádorů. Pokud se porovná s CT, je podrobnější v rozlišení šedé a bílé mozkové hmoty, nervových a cévních struktur. Při vyšetření se často používá kontrastní látka na bázi gadolinia. Vyšetření v různých rovinách umožní lepší topografickou lokalizaci patologického procesu. (7)

7.4 Pozitronová emisní tomografie (PET/CT)

Jedná se o spojení PET a CT vyšetření do jednoho přístroje. Jedinečnost kombinovaného PET/CT vyšetření spočívá ve spojení funkčních a anatomických informací. Pomocí počítače je možné provést sloučení obrazů z obou snímků a lze s přesností určit, kde se nachází patologické ložisko se zvýšenou metabolickou aktivitou, v tomto případě nádor. Přístroj umožňuje odhalení nádorů v časnějším stádiu, což je pro úspěšnost léčby velice důležité. Vyšetření PET/CT slouží v 80-90% případů k diagnostice onkologických onemocnění. (7)

7.5 Na onkologickém oddělení FN Plzeň je management péče následující

Specialista (chirurg, gynekolog) zajistí pacientovi konziliární vyšetření na pracovišti onkologie. Zde je atestovaný a zkušený lékař, který podle výsledků doporučí vhodnou léčbu. Vše konzultuje s pacientem. Vhodné je, aby při této schůzce byl s pacientem někdo blízký, koho si pacient určí. V průběhu onkologického konzilia lékař zajistí doplňující vyšetření. Může se přistoupit k ozařování, chemoterapii nebo smíšené léčbě.

7.5.1 Radioterapie

Pacient se objedná k tzv. plánovacímu CT, na kterém se mu zakreslí na tělo body, aby mohla být správně určena poloha nádoru. Tato metoda se nazývá CT simulátor. Poté je možné zahájit léčbu radioterapií.

7.5.2 Chemoterapie

Pacient se podle zvolených schématik chemoterapie buď hospitalizuje, nebo ambulantně dochází na chemoterapii.

Komplikace během chemoterapie a po ní

Nejobávanější komplikací je tzv. febrilní neutropenie. Neutropenie je pokles neutrofilních granulocytů pod $0,5 \times 10^9/l$. Jakékoliv spojení horečky s neutropenií se označuje jako febrilní neutropenie a značí i život ohrožující komplikaci, která vyžaduje zahájení antibiotické léčby, bez vyčkávání na výsledek kultivačních vyšetření a podání leukocytárních růstových faktorů.

Další komplikací je anémie provázející maligní nemoci. Dle aktuálních hodnot hemoglobinu je indikováno podání transfuzí a dále eventuelně zahájení léčby erythropoetinem. Výjimkou není ani trombocytopenie – indikací k podání transfúze trombocytů je jejich počet méně než 10×10^9 na $9/l$ nebo i při hodnotách vyšších ale s projevy krvácení (petechie,...). Nausea a zvracení po cytostatické léčbě závisí na dávce a druhu cytostatika. Mukozitida s průjmy a zácpou se liší svou intenzitou při běžné chemoterapii a vysokodávkované, projevy mukozitidy mohou být průjem, zácpa, ileosní stav, bolesti sliznice dutiny ústní či jícnu. Kardiotoxicita je závislá na velikosti kumulativní dávky, především je způsobena antracykliny. Mezi nefrotoxická cytostatika patří především cisplatina, při jejímž podání je nutná dostatečná hydratace a ifosfamid, jehož toxicitu lze snížit podáním mesny.

Neurotoxické projevy cytostatik se mohou projevit jak poškozením periferních nervů (parestzie, porucha vnímání vibrací, ototoxicita, atd.), tak poškozením CNS. Kožní a adnexální toxicita cytostatik – mezi nejčastější patří samozřejmě alopecie, dále kožní pigmentace, akralní bolestivý erytém (tzv. hand-foot syndrom). Z dalších komplikací to jsou gonadální toxicita, plicní toxicita. Vlivem chemoterapie a také radioterapie se zvyšuje i pravděpodobnost sekundárních maligních nádorů. Po dosažení plánované léčby chemoterapií, třeba 12 cyklů ozáření trvajících 7 týdnů, se provádí kontrolní vyšetření.

Přijetí k hospitalizaci

Pokud je pacient objednaný k hospitalizaci, dostaví se na ambulanci, kde po prohlédnutí lékařem, sepsáním dokumentace, případnými odběry je přijat k hospitalizaci a odeslán na lůžkové oddělení. Pacient se dostaví na lůžkové oddělení, předá sestře svoji dokumentaci. Sestra pacienta odvede na pokoj, seznámí ho s řádem oddělení a sepíše s nemocným ošetřovatelskou anamnézu (zde se používají krátkodobé, nebo dlouhodobé ošetřovatelské anamnézy). U pacienta přijímaného na chemoterapii se použije anamnéza krátkodobá, jelikož je hospitalizován pouze 3-5 dní.

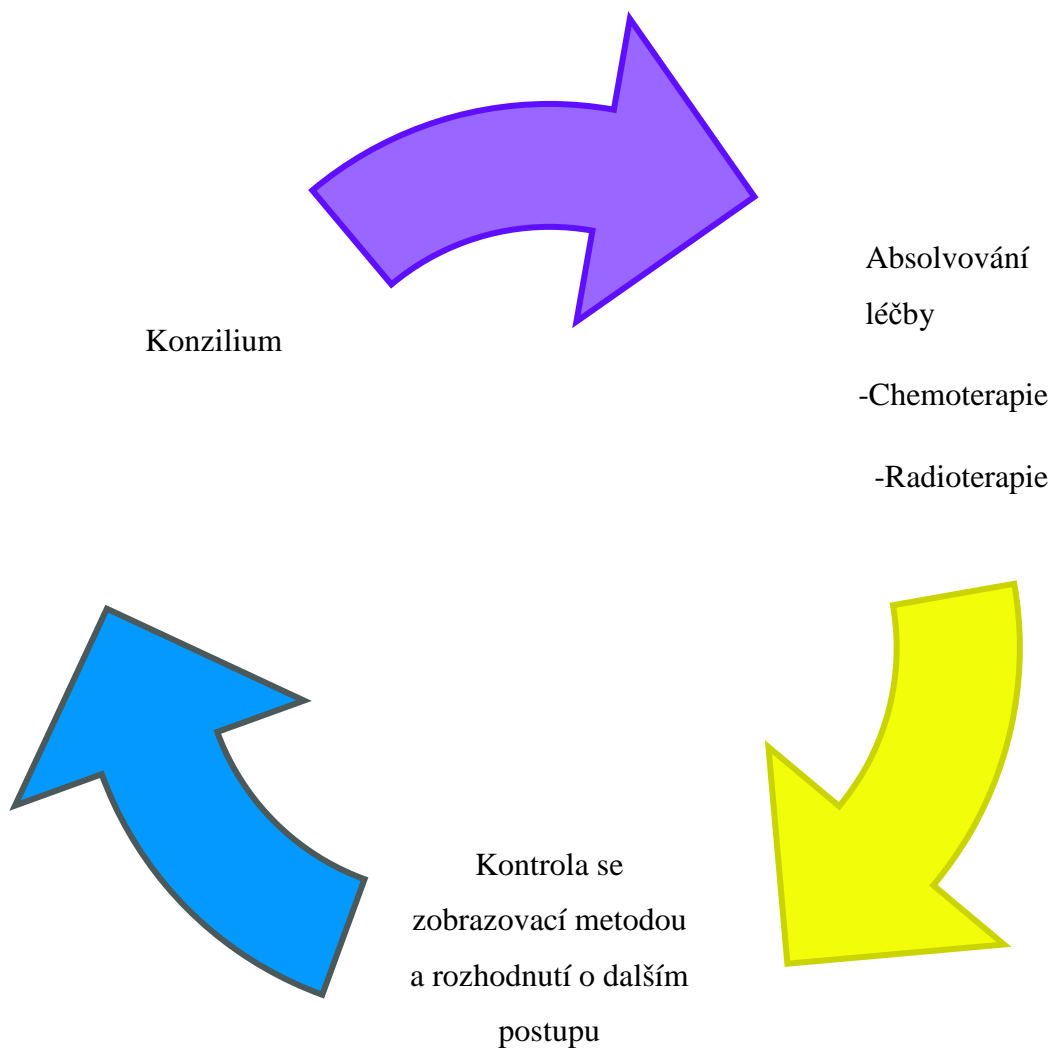
Pacient přijímaný k radioterapii je hospitalizován v řádech několika týdnů, proto se používá anamnéza dlouhodobá. Sestra pacientovi změřív krevní tlak, hmotnost a výšku. Po sepsání příjmu zapíše sestra do systému WinMedicalc pacientovu dietu a objedná stravu. Pokud lékař dietu změní, je možné poté zadat novou. Kompletní

dokumentace se předá lékaři, který pacientovi přes WinMedicalc napíše léčbu a objedná chemoterapii v centrální lékárně, kde se chemoterapie připravuje. Lékař si pozve pacienty do své pracovny a udělá příjem. Po zhotovení příjmu předá lékař veškerou dokumentaci sestře. Podle dekurzu sestra připraví premedikaci, která se nemocným podává zhruba půl hodiny před aplikací chemoterapie. Pokud pacient snáší chemoterapii hůře a zvrací, sleduje se množství a příměsi. Po domluvě s lékařem se aplikují antiemetika.

Sledování po ukončení onkologické léčby – dispenzarizace.

Cílem sledování onkologických pacientů po ukončení léčby je časné rozpoznání recidivy onemocnění nebo detekce jiných nádorů. Úlohou onkologa není jen zvolit vhodný harmonogram kontrolních vyšetření, ale i pomáhat pacientovi překonat problémy sociálního a profesionálního znovu začlenění do společnosti, dále zvládat dlouhodobé nebo i trvalé nežádoucí účinky po prodělané léčbě.

Hlavním úkolem lékaře je nepromeškat dobu, kdy by bylo vhodné obnovit léčbu pro recidivu nebo progresi nádorového onemocnění. Intenzita pravidelných kontrol se také liší u jednotlivých nádorů. Např. u pacientek s karcinomem prsu se po operaci provádějí pravidelná klinická vyšetření v tříměsíčních intervalech, doplněná o odběr nádorových markerů, laboratorní vyšetření, pravidelné USG vyšetření měkkých tkání a jater, alespoň 1x ročně RTG plic a dále eventuelně scintigrafie skeletu. Cílem je časné odhalení lokální recidivy či generalizace a zahájení léčby. Při dlouhodobé negativitě všech vyšetření se interval kontrol postupně prodlužuje (např. 1x ročně), dále je možné např. po pěti a více letech předat pacientku k dispenzární péči praktickému lékaři.



Obrázek číslo 1

8 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Ošetřovatelství je samostatný vědní obor, který se zaměřuje na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Ošetřovatelství se zaměřuje zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Ošetřovatelství se významným způsobem podílí na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci. Ošetřovatelský personál napomáhá jednotlivci, rodinám a skupinám, aby byli schopni uspokojovat potřeby fyziologické, psychosociální a duchovní. Ošetřovatelství utváří a vykonává funkce, které podporují a udržují zdraví a napomáhá prevenci zdraví. Do ošetřovatelství patří také plánování a poskytování péče v období nemoci a rehabilitace.

V praxi je ošetřovatelství chápáno jako ošetřovatelská péče, která se vykonává v určitém čase. Ošetřovatelská péče je orientovaná na osobu, která se nachází v určitém stavu zdraví a v určitém prostředí. (9)

8.1 Ošetřovatelský proces

Metoda ošetřovatelského procesu je v současné době již poměrně známá, zavedená do klinické praxe a aplikována do výuky ve studijních programech ošetřovatelství. Ošetřovatelský proces se skládá ze vzájemně propojených a podmíněných fází – posuzování, diagnostiky, plánování, realizace a hodnocení, uskutečňovaných ve prospěch nemocného, což umožňuje systémový přístup k ošetřovatelské péči. Cílem ošetřovatelského procesu je poskytování ošetřovatelských intervencí zaměřených na uspokojování potřeb nemocného, na podporu, obnovení zdraví a pohody, na dosažení co nejvyšší možné úrovně kvality života, na zabezpečení klidného umírání a smrti.

První fáze je posuzování. Posuzování zahrnuje sběr, ověřování, třídění a záznam údajů o zdravotním stavu nemocného. Během posuzování je důležité, aby byla použita metoda zaručeného přístupu, což zajišťuje, že nebyla přehlédnuta žádná důležitá informace. (9)

Druhá fáze zahrnuje diagnostiku. Na základě získaných informací sestra pojmenovává problém nemocného a zaznamenává důvody jeho vzniku a jeho projevy. Tyto ošetřovatelské diagnózy se rozdělují na aktuální a potencionální.

Třetí fáze je plánování. Sestra v této části ošetřovatelského procesu, na základě, již zjištěného problému, stanoví očekávaný výsledek a ošetřovatelské intervence. Důležité je, aby sestra plán vždy konzultovala s nemocným!

Čtvrtá fáze značí samotnou realizaci. Nyní, pokud sestra má naplánované ošetřovatelské činnosti k vyřešení problému nemocného, tyto činnosti realizuje.

Pátou fází rozumíme hodnocení. V této etapě si sestra ověřuje, zda bylo dosaženo cíle/očekávaného výsledku. Je-li cíl/očekávaný výsledek splněn, sestra ukončuje ošetřovatelské činnosti. Pokud nedojde ke splnění cíle/očekávaného výsledku, musí sestra přehodnotit ošetřovatelský problém a jeho intervence. (9)

8.2 Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu

Potřeba je projevem nějakého strádání, nedostatkem něčeho. Je žádoucí tento nedostatek odstranit. Potřeba motivuje k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu, popřípadě vede k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá. Je prostředkem, který člověk nezbytně potřebuje pro svůj život a vývoj. V průběhu života se potřeby člověka mění z hlediska kvantity i kvality. Důležité je vědět, že všichni lidé mají společné potřeby. (10)

Tyto potřeby jsou uspokojovány různými způsoby života. Potřeby je možné uspokojovat dvěma způsoby – žádoucím a nežádoucím. Mezi žádoucí způsoby řadíme ty, které neškodí ani nám, ani jiným, shodují se sociálně – kulturními hodnotami. Za nežádoucí způsoby považujeme ty, které mají jednu nebo více z charakteristik: mohou škodit dané osobě nebo jiným, nejsou ve shodě s jejich sociálně – kulturními hodnotami. (10)

Nedílnou součástí v procesu uspokojování potřeb nemocného je motivace. Protože potřeba, jako projev nedostatku, vytváří stav organismu, který aktivuje proces motivace. Motivace v uspokojování potřeb může být vědomá a nevědomá. Vědomě se člověk snaží např. o dostudování střední školy a nevědomá motivace znamená, když si člověk není vědom skutečné příčiny svého jednání. (10)

Na základě těchto poznatků americký psycholog Abraham H. Maslow klasifikoval hierarchii potřeb. Podle něj má každý člověk individuální systém motivů, jenž je uspořádán podle toho, že některé z motivů mají větší význam než ostatní a

některé z těch významných jsou ještě významnější. Potřeby dělíme na nižší a vyšší. Pokud nejsou uspokojeny nižší potřeby, nemůže se člověk realizovat v těch vyšších. Do hierarchicky organizovaného systému potřeb dle Maslowa patří fyziologické potřeby, potřeba jistoty a bezpečí, potřeba lásky a sounáležitosti, potřeba uznání a sebeúcty a jako poslední je potřeba seberealizace. (10)

Existuje spousta různých faktorů, které mohou narušit, znesnadnit průběh uspokojování potřeb nemocného. Je to nemoc, mezilidské vztahy, individualita nemocného, vývojové stádium nemocného a okolnosti, za kterých nemoc vzniká. Proto sestra pátrá po příčinách, které překáží v tom, aby se určitá potřeba u každého jedince uspokojila. (10)

Stěžejní oblasti ošetrovatelské péče o onkologicky nemocného:

8.3 Soběstačnost a pohybová aktivita

Pojem soběstačnost vyjadřuje míru samostatnosti člověka při vykonávání denních aktivit. Mezi tyto denní aktivity řadíme hygienu a oblékání, spánek a odpočinek, vyprazdňování. Od narození se člověk učí v těchto činnostech samostatnosti. Každý jedinec je plně soběstačný. Jeho úroveň soběstačnosti je ovlivněna různými faktory. Do těchto faktorů patří funkční schopnost pohybového aparátu, věk, zdravotní stav, typ osobnosti aj.

8.3.1 Ošetrovatelská péče zaměřená na soběstačnost nemocného

Sestra hodnotí úroveň soběstačnosti v rámci ošetrovatelské anamnézy, a to při příjmu nemocného do zdravotnického či sociálního zařízení. Informace získává z rozhovoru s nemocným nebo s jeho rodinou/pečovatelem a také soběstačnost nemocného hodnotí pozorováním. Nejznámějším a nejužívanějším testem je Barthelův test všedních činností.

V Barthelově testu se hodnotí tyto činnosti: najedení a napití, oblékání, koupání, osobní hygiena, kontinence moči a stolice, použití WC, přesun lůžko – židle, chůze po rovině a chůze po schodech. Celkové skóre je 100 bodů. Plný počet značí, že je nemocný plně soběstačný. V rozmezí 65 – 95 body je nemocný lehce závislý na pomoci druhé osoby, 45 - 60 bodů značí závislost středního stupně a 0 – 40 bodů ukazuje na nemocného vysoce závislého, kdy sestra přebírá a vykonává činnosti za nemocného. (10)

Pokud to jde, udržuje se nemocný v určité pohybové aktivitě. Za nemocným na základě žádosti lékaře dochází fyzioterapeut, jenž s nemocným provádí důležitá cvičení udržující pacienta v kondici. Aktivními, pasivními cviky na lůžku, mobilizací nemocného a polohováním se předchází imobilizačnímu syndromu. Syndrom postihuje systémy jako je kosterní, kardiovaskulární, respirační či kožní a močový. Těmito změnami se může zhoršit zdravotní stav nemocného, a tím může být ohrožen i jeho život. Proto je důležité nemocného aktivizovat a cvičit s ním v rámci jeho schopností, brát ohled na jeho omezení a jeho zdravotní stav. (10)

8.4 Hygiena a oblékání

Péče o hygienu vlastního těla patří mezi základní lidské potřeby. Důležitost této potřeby je pro náš společenský život potřebná. Důkladnost a pečlivost hygienické péče přispívá k podpoře a ochraně zdraví, také udržuje kůži v dobrém stavu, odstraňuje mikroorganismy a navazuje spokojenost člověka. Tato potřeba je u každého jedince dána jeho individuálními hodnotami a návyky. Hygienická péče zahrnuje ranní a večerní umývání, celkovou koupel, úpravu nehtů, mytí vlasů, péči o chrup a péči o čisté osobní prádlo. (11)

8.4.1 Ošetřovatelská péče při zajišťování hygieny nemocného a oblékání

Sestra si pomocí Barthelova testu a pozorováním nemocného zjistí a určí úroveň soběstačnosti nemocného. Soběstačný nemocný nepotřebuje od ošetřujícího personálu pomoc. Sestra jen zajistí potřebné pomůcky tj. ložní prádlo a např. sprchový kout k použití. Částečně soběstačný nemocný, který není schopen z různých důvodů provádět hygienické činnosti, provádí úkony v souvislosti s hygienou pouze v rámci svých fyzických možností a ošetřující personál mu pomáhá. Pomůcky k hygieně sestra připraví k dosahu nemocného, pomůže nemocnému s přepravou do koupelny či osprchováním. Sestra aktivně nemocnému poskytuje pomoc a sleduje, kdy jí nemocný bude vyžadovat. (11)

Činnosti spojené s hygienou u ležícího či nepohyblivého nemocného vykonává sestra/ošetřující personál. Sestra zajišťuje kompletní hygienickou péči, a to jak ranní a večerní mytí, celkovou koupel, tak i péči o dutinu ústní (chrup), nehty, vlasy aj. Sestra pracuje v ochranných pomůckách, připraví si pomůcky a dodržuje soukromí

nemocného. Sestra může pacienta podle jeho schopností zapojovat do činností spojených s hygienou. Toaletu vždy začíná opláchnutím obličeje, krku, hrudníku, zad a končí u nohou a poté genitálu. Během těchto činností kontroluje stav pokožky nemocného a prováděné úkony vždy zaznamenává do dokumentace. (11)

8.4.2 Problematika dekubitů

Imobilní nemocní a nemocní, kteří jsou z různých důvodů omezeni v pohyblivosti, jsou ohroženi vznikem dekubitů (proleženin). Dekubit je místní poškození tkáně, vznikající v důsledku působení vysokého tlaku, tření, střížných sil, vlhkosti a imobility nemocného. Mezi další faktory ovlivňující vznik proleženiny patří věk nemocného, jeho výživa, tělesná teplota a další onemocnění, kterým trpí. Dekubity se hodnotí pomocí různých typů stupnic. Známe stupnice dekubitů podle Torrance, Danielova klasifikace dekubitů a vývoj dekubitů dle Válka. Danielova klasifikace má pět stupňů. První stupeň vzniku proleženiny je začervenání, druhý stupeň zahrnuje povrchní kožní vředy, třetí stupeň se projevuje jako nekróza podkožního tuku, ve čtvrtém stupni dochází k postižení všech hlubších struktur kromě kostí a pátý značí rozsáhlé nekrózy s osteomyelitidou, sekvestrace kostí nebo destrukce kloubů. (10)

Výskyt vzniku dekubitů je možné snížit kvalitní ošetrovatelskou péčí. Cílem této péče není jen léčba již vzniklých dekubitů, ale hlavně jejich prevence. Sestra identifikuje nemocného a sestaví individuální preventivní postupy. V praxi se užívá ke zhodnocení rizika vzniku dekubitů rozšířená stupnice podle Nortonové. Tato stupnice zahrnuje několik kategorií, které sestra hodnotí. Patří sem: schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, jiná onemocnění, fyzický stav, stav vědomí, aktivita, pohyblivost a inkontinence. Pokud celkový počet tvoří 25 bodů a méně, hrozí nebezpečí vzniku dekubitů. Dalším měřítkem, kterým můžeme hodnotit riziko vzniku dekubitu, je Knollova stupnice náchylnosti k proleženinám, Waterlowova škála nebo stupnice podle Bradenové. (10,11)

Proleženiny vznikají na místech, kde jsou kosti blízko kožního povrchu a jsou málo izolovány vrstvou podkožního tuku a svalstva. Těmito oblastem, nejvíce ohroženým, se říká predilekční místa. Místa se liší tím, v jaké poloze je nemocný uložen. Predilekčním místem může být trn sedmého krčního obratle, hřebeny lopatek, kotníky, uši, hřebeny kosti kyčelní, nad kostí křížovou apod. V prevenci dekubitů se

užívají antidekubitární matrace, antidekubitární pomůcky (molitanové podložky, polštáře, přírodní ovčí rouna). Sestra používá tyto pomůcky, kontroluje stav pokožky a nemocného polohuje. (11)

V léčbě dekubitu je důležité stále odstraňovat vnější faktory způsobující jejich vznik, zmírňovat účinky vnitřních faktorů přispívajících k destrukci tkáně a také zajistit optimální lokální prostředí pro hojení rány. Péče o dekubit je z větší části v kompetenci sestry. Sestra sestavuje plán prevence a ošetřování dekubitů. V tomto plánu vyhodnocuje u nemocného riziko vzniku dekubitů, tyto rizika dle stavu nemocného přehodnocuje, volí vhodné pomůcky k prevenci dekubitů, sestavuje časový plán polohování nemocného, kontroluje predilekční místa, udržuje pacienta v čistotě, dbá na správnou výživu, dostatečnou hydrataci a zapisuje do plánu, kdy a jakými prostředky byl naposled dekubit ošetřen. (11)

8.5 Výživa

Strava, příjem potravy má vliv na naše zdraví. V každodenní výživě potřebuje člověk určité množství potravy, které by mělo odpovídat jeho spotřebě energie. Toto si člověk v dnešní době příliš neuvědomuje. Lze ale správnou výchovou člověka naučit, jak si vytvořit vhodné stravovací návyky. Tento proces se odvíjí již od narození. Dodržováním řádné výživy si jedinec udržuje zdravý životní styl, hlídá si příjem a výdej energie, pije dostatek tekutin, jí hodně zeleniny. Jídlo konzumuje v klidu, ve stejnou dobu a pravidelně, dává přednost rostlinným tukům, omezuje množství kuchyňské soli, denně konzumuje ovoce a zeleninu, kombinuje zdroje živočišných a rostlinných bílkovin. (10)

Výživa je primární potřebou člověka a je nezbytně nutná k udržení biologické homeostázy organismu. Vlivem různým faktorů, a to jak z oblasti biologické, tak i psychické a sociální, může být uspokojování potřeby výživy narušeno. Hlavním biologickým faktorem je změna funkce zažívacího traktu, věk, pohlaví, zdravotní stav, onemocnění GIT. Mezi psychické faktory se zařazují psychosomatické stavy (anorexie či bulimie), emocionální stavy jedince. Kulturní zvyky a víra patří do sociálních faktorů. Do této oblasti řadíme i vliv reklamy na lidi, ekonomickou situaci jedinců, či zda si jednatel určité druhy potravy oblíbil či neoblíbil.(10)

Ve zdravotnických zařízeních je každému nemocnému určená dieta. Dieta je strava s léčebným vlivem. Rozumí se tím, že jídlo je vyvážené pro určité onemocnění s odlišným limitovaným poměrem základních živin. Dle nemoci či jiných potíží se rozhodne, jakou dietu nemocnému vybrat. Pokud nemocný není schopen, z různých příčin, přijímat potravu, řeší se i jiné formy nutriční podpory, jako je podávání stravy nasogastrickou či enterální sondou, případně podáváním výživy parenterálně (do žíly). Příjem potravy není ovlivněn jen nemocí, či stavem vědomí, ale i různými nefyziologickými stavy. Nemocný na základě faktorů, které již byly vyjmenovány, může ztratit chuť k jídlu (trpí nechutenstvím), může trpět dysfágií (poruchou polykání), hyperorexií (nadměrným pocitem hladu) nebo příznaky, které se objevují při poruchách GIT (dyspeptické příznaky), jako jsou pálení žáhy, říhání, nauzea a zvracení. (10,11)

Odborníkem přes výživu je nutriční terapeut. Tento odborník vysvětluje pacientovi důležitost dodržování správné diety. Ukazuje, z čeho se má skládat jeho jídelníček, radí nemocnému, kterým potravinám, při jeho dietě, se má vyvarovat a doporučí potraviny, které jsou důležité. (10)

8.5.1 Ošetrovatelská péče o výživu nemocného

Důležitou součástí v péči o výživu nemocného je jeho celkový zdravotní stav a jeho soběstačnost. Sestra úroveň soběstačnosti stanovuje na základě Barthelova testu všedních činností. Pokud je pacient plně soběstačný, dohlíží sestra na to, aby nemocnému byla podána strava dle jeho diety. Nemocnému, který není soběstačný, a tudíž není schopen se sám najíst, nabízí sestra pomoc a asistuje mu při stravování. Není-li nemocný schopen přijímat stravu perorální cestou, může se strava podávat ve formě různých směsí, a to buď nasogastrickou/enterální sondou nebo podáváním roztoků parenterální cestou (do žíly). (10)

8.6 Vyprazdňování moče a stolice

Fyziologickou funkcí organismu je vyprazdňování střeva a močového měchýře. Tato potřeba se též zařazuje mezi základní biologické potřeby člověka. Na toto téma se v rámci získávání informací od nemocného v ošetřovatelské anamnéze, musí sestra ptát diskrétně, s respektem a citlivě. Měla by se vžít do role nemocného, představit si, jak by se cítila v situaci nemocného. Opět je přístup v uspokojování této potřeby individuální, zvláště u vyprazdňování stolice. (9,10,11)

Děj, při kterém se odstraňuje stolice z rekta a anu, se nazývá defekace. Frekvence tohoto děje je různá, rozdíl může být i v množství. Při močení (mikce) dochází k vyprázdnění močového měchýře. Tyto děje jsou ovlivněny některými faktory, jež mají za následek pocit neuspokojení této potřeby. Vliv na vyprazdňování moče i stolice mají funkce zažívacího a močového systému, aktivita - pohyb, životní styl člověka, soukromí při vykonávání potřeby, úroveň hygieny, zdravotní stav aj. (9,10,11)

Mezi poruchy vyprazdňování stolice řadíme zácpu a průjem. Příznaky jsou bolestivá defekace, snížená frekvence vyprazdňování, tuhá stolice, bolest břicha, námaha při stolici i narušená chuť k jídlu. Na vzniku zácpy se podílí nadměrné užívání laxancií, nedostatečný příjem tekutin, nepravidelné stravovací návyky, některé léky, málo pohybu a patologické procesy v oblasti střev. Opakem zácpy je průjem. Průjem je charakterizován častými vodnatými stolicemi. Vzniká v důsledku zrychlené střevní peristaltiky. Příznaky jsou časté řídké stolice, bolest břicha, křeče, s tím spojená slabost, únava a hubnutí. Nejen tyto obtíže mohou nemocného trápit. U pacienta může nastat ztráta volní kontroly defekace a plynů přes anální sfinkter. Tomuto stavu se říká inkontinence. Inkontinenci dělíme na částečnou a kompletní. (9,10,11)

U poruch močení je buď narušena tvorba moče, nebo její vylučování. Při poruše tvorby je důsledkem rozdílné množství, který nemocný vymočí (polyurie, oligurie, anurie). Při vylučování může nemocný cítit bolest (dysurie) či řezání (strangurie). U mužů, v důsledku zvětšené prostaty, může docházet k zadržování moči v močovém měchýři. U starších dětí, které již normálně vůlí ovládají močení, může vzniknout enuréza. Enuréza znamená opakované mimovolní pomočování. Nočnímu pomočování říkáme nykturie. I u vylučování moče vzniká inkontinence, její samovolný odchod. Inkontinence moče se dělí na více druhů. (9,10,11)

8.6.1 Ošetrovatelská péče o vyprazdňování stolice

Ošetrovatelské intervence se, jako u všech potřeb, odlišují podle soběstačnosti nemocného. Zácpu musí sestra definovat u každého jedince různě, vzhledem k jeho defekačním návykům. V ošetrovatelské péči má sestra u nemocného podporovat pravidelnou defekaci, doporučit cvičení, dostatečně nemocného hydratovat a aplikovat léky dle ordinace lékaře. Pokud tyto činnosti nepomáhají, podá nemocnému čípky či klyzma. (10)

Trpí-li nemocný průjmem, hodnotí sestra stav nemocného, předchází vzniku dehydratace, provádí prevenci opruzenin u ležících nemocných, dbá na dostatečnou hygienu a podává léky dle ordinace lékaře. Opět je pro sestru důležité, aby vykonávala odbornou péči o kůži v okolí konečníku. (10)

8.6.2 Ošetrovatelská péče o vyprazdňování moče

Při rozhovoru s nemocným sestra zjišťuje, zda nemocný nemá problémy s močením jako je např. inkontinence. Inkontinencí většinou trpí starší lidé. Také zjišťuje, o jaký druh inkontinence se jedná. Sestra u nemocného zajišťuje nezbytnou hygienickou péči, dbá na dostatek jednorázových absorpčních pomůcek, kontroluje příjem a výdej tekutin, zajišťuje prevenci dekubitů a opruzenin. Také hodnotí a zaznamenává barvu, zápach, příměsi a množství moči. (10)

Inkontinence může být indikací k zavedení permanentního močového katétru (PMK). PMK se zavádí za přísně aseptických podmínek. U žen zavádí katétr sestra, u mužů lékař za asistence sestry. Po zavedení se PMK napojuje na drenážní systém. Sestra pokračuje ve sledování příjmu a výdeje tekutin, zajišťuje řádnou hygienu genitálií, při rozpojování drenážního systému vždy udržuje oba konce sterilní, sleduje a zaznamenává barvu, zápach, příměsi a množství moče. Před odstraněním PMK se močový měchýř trénuje uzavíráním katétru po dobu 2 až 4 hodin. V případě, že nemocnému bude zaváděn PMK, musí sestra nemocného adekvátně edukovat. (10)

8.7 Péče o periferní žilní kanylu

Periferní žilní kanyly (dále jen PŽK) je kompetentní zavádět sestra pracující bez odborného dohledu. Před zavedením PŽK je nutné, ve spolupráci s lékařem, informovat pacienta o jejím zavedení a následné intravenózní aplikaci léků a infúzí. Je zapotřebí vybrat správnou žílu ke kanylaci. Postupujeme vždy od dlaně horní končetiny směrem nahoru. Sestra si vezme nesterilní rukavice, desinfikuje místo vpichu určeným desinfekčním prostředkem. Zavede kanylu. Před tím je nutné zkontrolovat neporušenost obalu. Kanylu a místo vpichu fixuje sterilní transparentní fólií. Sestra poučí pacienta, jak pohybovat rukou, na které má zavedenou kanylu. Komplikace související se zavedením PŽK jsou: zánět – flebitis (erytém, otok, ztvrdnutí žíly nebo bolest v místě vpichu). Velké riziko vzniku flebitidy se objevuje v rozmezí od 12 – 24 hodin po zavedení kanyly. Mezi další komplikace patří uzávěr žíly – tromboflebitis, zalomení/odlomení části kanyly. Výskyt těchto komplikací ovlivňuje věk, pohlaví a závažnost zdravotního stavu pacienta. (12)

8.8 Péče o psychiku nemocného

Reakce jednotlivých lidí na oddělení onkologické diagnózy jsou různé. Elisabeth Kübel-Rossová popsala fáze procesu umírání, rozdělila ho na pět částí. 1. fáze – Šok. Pacient se dozví o svém nevléčitelném onemocnění, nechce tomu uvěřit, popírá skutečnost a ocitá se v izolaci. 2. fáze – Agrese. Nemocný se vzbouří proti tomu, co se děje. Tato fáze je velmi těžká zejména pro okolí nemocného a ošetřující personál. Ti si však musí uvědomit, že hněv pacienta není mířen proti nim. 3. fázi označuje jako Smlouvání. Pacient se vyrovnává s realitou svojí smrti, ale pokouší se získat čas smlouváním. 5. fáze – Přijetí. Nemocný vyjadřuje souhlas s neměnným děním, smiřuje se s tím, co se děje. Je připravený v klidu přijmout svůj osud. (13)

Zdravotníci by měli usilovat o každodenní psychickou pohodu pacienta. Prostřednictvím empatických rozhovorů a fyzického kontaktu. Rozhovory a přítomnost ošetřujícího personálu přináší pacientovi velkou úlevu a posilu, že není v této chvíli sám. Komplexní sociální péče je v kompetenci sociálního pracovníka, ten pomáhá pacientovi a jeho rodině řešit praktické sociální problémy vzniklé v souvislosti s vážným onemocněním. (13)

PRAKTICKÁ ČÁST

1 FORMULACE PROBLÉMU

V dnešní době se setkáváme s častějším výskytem onkologických diagnóz, než tomu bylo dříve. Toto onemocnění postihuje všechny věkové kategorie obyvatelstva v České republice.

Tyto změny zdravotního stavu zasahují do oblasti fyziologické, psychické a sociální. U nádorů mozku může docházet ke změnám osobnosti, mohou způsobovat neurologické příznaky, poruchy motoriky, paměti.

2 CÍL PRÁCE

Cílem práce je zmapovat problematiku nádorových onemocnění mozku, zejména ve vztahu k ošetrovatelské péči.

Cílem práce je zpracovat plán ošetrovatelské péče u nemocného s nádorem mozku.

3 VZOREK (VÝBĚR RESPONDENTŮ)

Do mé bakalářské práce jsem si zvolila dva pacienty hospitalizované na Onkologickém a radiodiagnostické oddělení ve Fakultní nemocnici v Plzni. Vybrala jsem si je pro srovnání vývoje nemoci v mladším a starším věku, vzhledem k různým projevům této nemoci.

Pacient číslo jedna, pan M. P. narozen v roce 1981, onemocněl nádorem mozku v roce 2011. V červenci začal 1x denně cítit tepání v temporálních oblastech. Navštívil tedy praktického lékaře, který ho odeslal na ORL a oční kliniku. Veškeré nálezy byly negativní.

Praktickým lékařem byl dále poslán na CT vyšetření, které bylo objednáno na 19. 7. 2011. Dne 11. 7. 2011 se pacientovi udělalo nevolno, pociťoval nával tepla, viděl bílé kruhy před očima, neovládal pravou polovinu těla, pozvracel se a utrpěl ztrátu paměti. Pacient se probudil na neurologickém oddělení. Podrobil MR, na které byl objeven tumorální útvar v mozku.

Na neurochirurgickém oddělení byl nádor operován, podle bioptického vyšetření se jedná o Glioblastom. Pan M. P. žije s manželkou a dětmi v rodinném domě, pracuje jako inženýr kvality v japonské firmě. Pacient má jednoho bratra, ten je zdravý, pracuje v zahraničí. Rodiče jsou zdraví, doposud bez onkologické diagnózy v rodině. Pacient nikdy vážněji nestonal, jen prodělal běžné dětské nemoci, alergie neguje. Plán léčby je stanoven lékařem, proběhne 23x radioterapie. Data byla pořizována během hospitalizace pacienta.

Podávané léky dle ordinace lékaře:

Valproát chrono 500 mg.	1 - 0 - 1
Fortecortin 4 mg.	½ - 0 - 0
Quamatel 20 mg.	1 - 0 - 1
Temodal 140 mg. (chemoterapie)	1x denně nalačno

Druhý pacient, M. K. narozen 5. 5. 1934, první hospitalizace. Pacient po osteoplastické kraniotomii frontocerebrotemporálně vpravo se subtotální excisí Giant cell glioblastomu v této lokalizaci 10. 11. 2011. Pacient byl přeložen na Onkologické a radiodiagnostické oddělení Fakultní nemocnice v Plzni z LDN Privamed k pooperační RT mozku.

Pacient je orientován místem i časem. Nádor mozku byl zjištěn po probíhajících epileptických záchvatech. Pan M. K. je již důchodce, je ženatý, manželka o něho pečuje, dochází za ním každý den na návštěvu. Pacient má inkontinenci moče i stolice, je vysoce závislý na dopomoc při hygieně, nají a napije se s částečnou dopomocí. Pacient má antidekubitární pomůcky (matraci Duocare a klíny). Data byla pořizována během hospitalizace pacienta.

Podávané léky dle ordinace lékaře:

Helicid 20 mg.	1 - 0 - 1
Fortecortinn 4 mg.	1 - 1 - 0
Isoptin SR 240 mg.	1 - 0 - 0
Tritace 5 mg.	1 - 0 - 0
Moduretic	½ - 0 - 0
Focusin 0,4 mg.	0 - 0 - 1

Citalec 20 mg.	1 - 0 - 0
Afonilum 250 mg.	1 - 0 - 0
ACC eff. 600 mg.	½ - 0 - ½
Fraxiparine 0,4 ml.	ve 20 hodin

4 VYPRACOVÁNÍ PLÁNU OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

4.1 Výběr koncepčního modelu – Model fungujícího zdraví Majory Gordonové

Tento model byl vyvíjen Majory Gordonovou. Jeho základem je hodnocení dvanácti funkčních vzorců zdraví, každý vzorec je určitou částí zdraví. Model je odvozen od interakcí osoba – prostředí. Zdravotní stav jedince je vyjádřen bio – psycho – sociální interakcí. Sestra při kontaktu s pacientem identifikuje funkční nebo dysfunkční vzorce zdraví. (14)

4.1.1 Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Subjektivně:

Nemocný udává, že nikdy vážněji nestonal. V posledním roce prodělal běžná nachlazení, absence v zaměstnání neměl. Kouří 5 – 7 cigaret týdně, léky užívá až nyní při hospitalizaci, alkohol příležitostně (naposledy před 4 měsíci), drogy nikdy neužíval, úraz nikdy neutrpěl, nikdy neměl problém s dodržováním lékařského doporučení. Pacient si není vědom, proč vznikla jeho nemoc. Tři týdny před prvním epileptickým záchvatem navštívil praktického lékaře, protože mu tepalo ve spánkových oblastech. Praktickým lékařem byl odeslán na ORL. Rentgenové snímky bez nálezu, oční vyšetření negativní. Pacient si přeje, aby na něho byl ošetřující personál příjemný a léčba měla dobré výsledky

Objektivně:

Pacient je se svojí nemocí smířený, ale obává se budoucnosti. Má strach, co bude s jeho rodinou. V práci byl úspěšný, před projevem nemoci, měl nabídku na povýšení, jezdí na služební cesty do ciziny.

4.1.2 Výživa a metabolismus

Subjektivně:

Nemocný udává, že jí 3x denně (snídaně, oběd, večeře), pije 3, 5 – 4 litry tekutin denně. Vážil 82, 5 kg, nyní má hmotnost 94 kg, zvýšení hmotnosti přisuzuje větší chuti k jídlu. Pacient si stěžuje na suchou kůži a větší výskyt akné. Chrup je problémový, pravidelně ošetřen zubním lékařem, naposledy 4. 11. 2011

Objektivně:

Pravidelně se stravuje, vaří si čaje, které přivezl z ciziny. Příbytek na váze po léčbě kortikoidy (Fortecortin 4mg tbl.). Kůži si promašťuje, na bolesti chrupu si po dobu hospitalizace nestěžuje.

4.1.3 Vylučování

Subjektivně:

Nemocný udává, že stolice je pravidelná, normální konzistence. Močení bez problému, nadměrně se nepotí.

Objektivně:

V průběhu hospitalizace si pacient nestěžuje na žádné potíže při močení, problémy se stolicí také neudává.

4.1.4 Aktivita, cvičení

Subjektivně:

Nemocný udává, že má pocit dostatečné síly a energie. Cvičí příležitostně, dříve aktivně. Volný čas tráví s rodinou, jde s manželkou do kina nebo odpočívají. Nemocný je zcela schopný vykonávat denní aktivity.

Objektivně:

Pacient je zcela soběstačný, nepotřebuje v ničem dopomoci.

4.1.5 Spánek, odpočinek

Subjektivně:

Nemocný udává, že se cítí odpočatý, je schopen vykonávat běžné denní aktivity. Pacient udává poruchu spánku, hůře se mu usíná, noční děsy nemá, v noci se budí, přemýšlí o rodině, spí 6 – 7 hodin denně.

Objektivně:

Při potřebě si požádá o prášek na spaní.

4.1.6 Vnímání, poznávání

Subjektivně:

Nemocný udává, že nemá potíže se sluchem. Brýle nenosí, vidí dobře. Oční kontrola byla 21. 11. 2011. Potíže s pamětí nemá, pamatuje si dobře. Potíže s rozhodováním neudává, rozhoduje se rychle. O svém zdravotním stavu je informován a poučen, informace mu neschází. Pocity bolesti nemá, cítí se dobře

Objektivně:

Nemocný nenosí brýle, ani naslouchátko, paměť trénuje luštěním křížovek a čtením, o svém stavu mluví otevřeně.

4.1.7 Sebekoncepce, sebeúcta

Subjektivně:

Nemocný udává, že cítí se dobře, zvládá situace v rámci norem. Pacient pocítuje změnu tělesného vzhledu. Následkem onemocnění mu byly zakázány běžné činnosti, které byl zvyklý vykonávat (cvičení, práce,...). Situaci se nepoddává, snaží se brát vše s nadhledem a humorem, je nespokojen se vzhledem svého těla, vše přehodnocuje. Pocítuje strach a úzkost, špatné náladě a depresím nepodléhá.

Objektivně:

Nemocný má zakulacený obličej a tělo pro léčbu kortikoidy (Fortecortin 4 mg).

4.1.8 Plnění rolí, mezilidské vztahy

Subjektivně:

Nemocný udává, že bydlí s rodinou, manželka a dvě děti. Děti jsou malé ve věku 2,5 roku a 1 měsíc. Běžné problémy se zvládají díky společné komunikaci. Rodina doufá, že vše dobře dopadne a jsou mu oporou. Rodina je závislá na pacientovi. Manželka je na mateřské dovolené, problémy s dětmi nemají. Osamělý se necítí, má dostatek přátel. V rámci možností je v zaměstnání spokojen, ale příjem je nedostatečný. Cítí se součástí svého okolí, nemá pocit izolace.

Objektivně:

Nemocný odchází vždy v pátek na dovolenku a vrací se v pondělí. Víkend tráví s rodinou. Na stolečku má nemocný fotku své rodiny, často o ni mluví.

4.1.9 Sexualita, reprodukční schopnost**Subjektivně:**

Nemocný udává, že sexuální vztahy jsou uspokojivé, změny nastaly spolu s diagnostikováním nemoci. Na dysfunkci si nestěžuje.

Objektivně:

Nelze posoudit.

4.1.10 Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance**Subjektivně:**

Nemocný udává, že krize nastala spolu s prací, v zaměstnání. Má strach o rodinu. Při řešení problémů nejvíce pomáhá rodina, ano je vždy k dispozici. Napětí a tlaku se nepoddává. Pokud se vyskytne problém vždy ho s rodinou rozebere a zvolí optimální variantu

Objektivně:

Podobu hospitalizace nemocný nemá žádné problémy, věnuje se léčbě.

4.1.11 Víra, přesvědčení, životní hodnoty**Subjektivně:**

Nemocný udává, že do budoucna plánuje být zdravý a věnovat se více rodině. Plánuje ji zabezpečit, důležitým cílem je zdraví celé rodiny a návrat do zaměstnání, je ateista.

Objektivně:

Nemocný má na prvním místě svou rodinu, k víře se nehlásí.

4.2 Ošetrovatelské diagnózy

1. Porušený spánek 00095
Související se: stavem nemocného a přemýšlením o domově
Subjektivně: Pacient udává neschopnost usnout a časté buzení
Objektivně: Usínání nemocného trvá déle než 30 minut, únavou nemocného přes den
Cíl/Očekávané výsledky: Nemocný beze strachu, usne do 30 minut od lehnutí.
Ošetrovatelské intervence: Komunikujte s nemocným o strachu Zmírněte obavy nemocného Zajistěte spánkové rituály nemocného Aktivizujte nemocného přes den Komunikujte s nemocným Podejte léky dle ordinace lékaře Sledujte účinek podávaných léků
Hodnocení péče (po 14dnech): Nemocný po podání ordinovaných léků spí vcelku 6hodin.

2. Porušený obraz těla 00118
Související s : Léčbou onemocnění (radioterapie)
Subjektivně: Pacient verbalizuje nespokojenost se svým vzhledem (vypadávání vlasů)
Objektivně : Pacient skrývá část těla, straní se pohledu do zrcadla
Cíl/Očekávané výsledky: Nemocný se po dobu hospitalizace smíří se svým stávajícím vzhledem
Ošetrovatelské intervence: Zajistěte podporu rodiny

Zajistěte odbornou pomoc – psychologa Komunikujte s nemocným o problému
Hodnocení péče (po 14dnech): Nemocný se sžil se svým problémem.
3. Nauzea, zvracení 00134
Související s: Léčbou onemocnění (chemoterapie).
Subjektivně: Pacient udává nevolnost, sníženou chuť k jídlu.
Objektivně: Pacient zvrací, sní ¼ porce
Cíl/Očekávaný výslede Pacientovi nevznikne vysoká ztráta tekutin
Ošetrovatelské intervence: Podejte antiemetika dle ordinace lékaře Zajistěte dostatečný příjem tekutin
Hodnocení péče (po 14 dnech): Nemocný již nezvrací.
4. Úzkost 00146
Související s: Diagnózou nemocného, ohrožení smrtí.
Subjektivně: Pacient verbalizuje nejistotu z budoucnosti, obavami o rodinu.
Objektivně: insomnií, neklidem.
Cíl/Očekávaný výsledek: Zmírnění úzkosti.
Ošetrovatelské intervence:

<p>Zajistěte odbornou pomoc psychologa.</p> <p>Komunikujte s nemocným.</p> <p>Vyzvěte nemocného k vyjádření obav.</p> <p>Zajistěte kontakt s rodinou.</p>
<p>Hodnocení péče (po 14 dnech):</p> <p>Pacient je vyrovnanější po komunikaci s psychologem.</p>
<p>5. Zvýšené riziko poranění 00155</p>
<p>Související s:</p> <p>Možným epileptickým záchvatem.</p>
<p>Cíle/Očekávané výsledky:</p> <p>Zabránit vzniku poranění.</p>
<p>Ošetrovatelské intervence:</p> <p>Upravte prostředí tak, aby bylo bezpečné.</p> <p>Odstraňte z okolí nemocné nebezpečné předměty.</p> <p>Upozorněte personál o možném riziku.</p>
<p>Hodnocení péče (po 14dnech):</p> <p>U nemocného nedošlo k poranění.</p>

4.3 Edukační plán

ÚČEL
Vysvětlit pacientovi nežádoucí účinky perorální chemoterapie
CÍL
Během 15 minut bude pacientovi vysvětleno, co může chemoterapie způsobovat

Očekávaný výsledek:	
Afektivní:	Pacient bude vyjadřovat pocity strachu z důvodu toho, že si myslí, že nezvládne chemoterapii správně užívat.
Kognitivní:	Pacient bude chápat důležitost znalosti správného užívání chemoterapie.
Hlavní boby plánu:	Vyzvi pacienta, aby vyjádřil obavy. Vysvětlí pacientovi důležitost správného užívání chemoterapie.
Metoda prezentace:	Diskuze Rozhovor
Časová dotace:	5 minut 10 minut
Pomůcky:	Příbalový leták
Metoda zhodnocení:	Pacient nemá obavy. Pacient pochopil důležitost správného užívání chemoterapie.
Shrnutí:	Pacient během 15 minut pochopil správnost užívání chemoterapie. Pacient ví a dokáže popsat, jak správně užívat chemoterapii a premedikaci, která je součástí léčby.

5 VYPRACOVÁNÍ PLÁNU OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

5.1 Výběr koncepčního modelu – Virginia Henderson: Teorie základní ošetrovatelské péče

Tento model se skládá ze základní ošetrovatelské péče. Problémy s uspokojováním základních potřeb se mohou objevit v některých životních obdobích nebo vznikají v průběhu nemoci. Tehdy je nutno pomoci nemocnému při uspokojování potřeb druhou osobou. V této situaci se zapojí ošetrovatelství, jeho cílem je co nejrychleji obnovit nezávislost pacienta. Základní ošetrovatelská péče je péče, kterou vyjadřuje jakákoliv osoba bez ohledu na lékařskou diagnózu a terapii. (14.)

5.1.1 Pomoc pacientovi normálně dýchat

Subjektivně:

Nemocný udává, že hůře dýchá pro přetrvávající kašel. Snaží se aktivně odkašlávat.

Objektivně:

Nemocný má zvýšenou polohu lůžka, pro zlepšení dýchání užívá ACC 600 mg. eff. (1/2 - 0 - 1/2). Nemocný má diagnostikovanou chronickou obstrukční plicní nemoc.

5.1.2 Pomoc pacientovi při příjmu potravy

Subjektivně:

Nemocný udává, že má chuť k jídlu. Stravuje se pravidelně. Nejráději cucá bonbóny donesené od manželky. Tekutiny pije málo, nemá pocit žízně.

Objektivně:

Nemocný se stravuje pravidelně 3x denně (snídaně, oběd, večeře), navíc co donese manželka. Má velkou chuť k jídlu, nají se samostatně, potřebuje pouze dopomoc při posazení k jídlu. Vzhledem k špatnému stavu žilního systému nelze zavést PŽK a následnou infuzní terapii. Je nutné nemocného nutit neustále ke zvýšenému příjmu tekutin.

5.1.3 Pomoc pacientovi při vylučování

Subjektivně:

Nemocný udává, že stolice je pravidelná, nemá pocit plného břicha. Moč odvádí „hadička“, protože si nedojde na toaletu.

Objektivně:

Stolice je pravidelná, 2x – 3x denně, normální konzistence, bez příměsí, bez zápachu. Nemocný se vyprazdňuje do plenkových kalhotek, moč odvádí permanentní močový katétr číslo 16, zaveden 8. 12. 2011.

5.1.4 Pomoc pacientovi při udržení optimální polohy

Subjektivně:

Nemocný udává, potřebuje pomoc od personálu při změně polohy a při posazování k jídlu.

Objektivně:

Pacient se musí polohovat á 2 hodiny kvůli prevenci vzniku dekubitů, posazovat k jídlu během dne.

5.1.5 Pomoc pacientovi při spánku a odpočinku

Subjektivně:

Nemocný udává, že spí dobře, ale není spokojen, jak ho chodí personál v noci polohovat. Léky na spaní nepotřebuje.

Objektivně:

Nemocný má kvalitní spánek, ale při polohování se vzbudí, poté zase usne. Léky na spaní nedostává, někdy usne i během dne.

5.1.6 Pomoc pacientovi při při výběru vhodného oděvu, při oblékání a svlékání

Subjektivně:

Nemocný udává, že potřebuje pomoc od ošetřujícího personálu při oblékání a svlékání.

Objektivně:

Po provedení ranní hygieny ošetřující personál pacienta obleče do pyžama.

5.1.7 Pomoc pacientovi při udržování tělesné teploty ve fyziologickém rozmezí

Subjektivně:

Nemocný udává, že nemá pocit chladu a pocit zvýšené teploty.

Objektivně:

Pacient má teplotu ve fyziologickém rozmezí. Při ranním měření byla naměřena hodnota 36,2 °C.

5.1.8 Pomoc pacientovi při udržování tělesné čistoty, upravenosti a ochraně pokožky

Subjektivně:

Nemocný udává, že potřebuje kompletní dopomoc při hygieně a oblékání, cítí úlevu při namazání pokožky. Má dobrý pocit po oholení tváře.

Objektivně:

Ošetřující personál při ranní hygieně pacienta umyje, oholí a provede péči o pokožku.

5.1.9 Pomoc pacientovi vyvarovat se nebezpečí z okolí a předcházet zranění sebe i druhých

Subjektivně:

Nemocný udává, že se cítí bezpečně.

Objektivně:

Pacient má zábrany na lůžku jako prevence pádu, signalizační zařízení má u sebe.

5.1.10 Pomoc pacientovi při komunikaci s ostatními, při vyjadřování potřeb, emocí, pocitů a obav

Subjektivně:

Nemocný udává, že má rád společnost. Není rád sám na pokoji.

Objektivně:

Pacient s komunikací nemá problémy, vyjadřuje své pocity. Uvítá, když ho přijde navštívit rodina.

5.1.11 Pomoc pacientovi při vyznávání jeho víry**Subjektivně:**

Nemocný udává, že je ateista.

Objektivně:

Pacient je ateista.

Nehodnoceno:**5.1.12 Pomoc pacientovi při práci a produktivní činnosti****5.1.13 Pomoc pacientovi při odpočinkových a rekreačních aktivitách****5.1.14 Pomoc pacientovi při učení, při objevování, uspokojování zvědavosti**

5.2 Ošetrovatelské diagnózy

1. Deficit sepeče v oblasti hygieny a oblékání 00108
Související s: imobilitou nemocného
Subjektivně: Pacient udává neschopnost se sám umýt a obléct.
Objektivně: Pacient je imobilní, není schopen umýt si tělo, neschopnost svléknout se.
Cíl/Očekávané výsledky: Pacient během hospitalizace bude čistý, bude se cítit dobře, bude vhodně oblečený, bez opruzenin.
Ošetrovatelské intervence: Zjistěte stupeň/míru soběstačnosti pomocí Barthelova testu. Zajistěte soukromí nemocného při provádění hygieny. Provádějte hygienu v pravidelné době dle zvyklosti nemocného. Kontrolujte stav nemocného, změny zaznamenejte do dokumentu. S nemocným zvolte vhodné oblečení.
Hodnocení péče (po 14 dnech): Nemocný bez pomoci ošetrovatelského personálu nezvládá hygienu a oblékání (Barthelův test 10 bodů). Nemocný není schopen po vybídnutí ošetřujícího personálu používat připravené pomůcky k hygieně.
2. Deficit sepeče v oblasti stravování 00102
Související s: neschopností připravit si jídlo, imobilitou a vyčerpaností
Subjektivně: Pacient udává nutnost asistence ošetřujícího personálu při stravování.
Objektivně: Pacient potřebuje asistenci ošetřujícího personálu, přípravu jídla, nakrájení masa a dohled nad příjmem potravy.
Cíl/Očekávané výsledky: Nemocný bude najedený.

<p>Ošetřovatelské intervence:</p> <p>Zjistěte stupeň/míru soběstačnosti pomocí Barthelova testu.</p> <p>Zajistěte a podávejte předepsanou dietu.</p> <p>Připravte nemocnému jídlo, např. nakrájejte maso.</p> <p>Dohlédněte na nemocného, aby se najedl.</p> <p>Poskytněte nemocnému dostatek času na stravování.</p> <p>Sledujte hmotnost nemocného.</p>
<p>Hodnocení péče (po 14 dnech):</p> <p>Nemocný je schopný se najíst, pokud má ošetřujícím personálem připravené jídlo.</p>
<p>3. Omezená pohyblivost 00085</p>
<p>Související se:</p> <p>základním onemocněním</p>
<p>Subjektivně:</p> <p>Nemocný udává nedostatek síly se pohybovat.</p>
<p>Objektivně:</p> <p>Omezeným rozsahem pohybů, obtížemi při otáčení na lůžku.</p>
<p>Cíl/Očekávané výsledky:</p> <p>Během hospitalizace nedojde ke vzniku dekubitů, nevznikne imobilizační syndrom.</p>
<p>Ošetřovatelské intervence:</p> <p>Zjistěte míru omezení při pohybu.</p> <p>Polohujte nemocného á 2 hodiny (plán prevence péče o dekubity a jiné rány = 18 – 14 , vysoké riziko).</p> <p>Zajistěte pravidelnou návštěvu fyzioterapeuta.</p> <p>Dohlížejte na bezpečnost nemocného.</p> <p>Podějte informace ošetřujícímu personálu o možném riziku pádu a vzniku poranění.</p> <p>Změny, které nastanou u nemocného, zaznamenejte do dokumentu.</p>
<p>Hodnocení péče (po 14 dnech):</p> <p>Nemocný cvičí pod dohledem fyzioterapeuta.</p>
<p>4. Deficit sebedpěče v oblasti vyprazdňování moče a stolice 00110</p>
<p>Související s:</p> <p>degenerativními změnami pánevního svalstva spojené s vyšším věkem</p>

<p>Subjektivně:</p> <p>Pacient si inkontinenci moči neuvědomuje.</p>
<p>Objektivně:</p> <p>Pozorovaný odtok moči, nutnost zavedení PMK.</p>
<p>Cíl/Očekávané výsledky:</p> <p>Nemocný bude v čistotě a bez opruzenin.</p> <p>Po dobu hospitalizace nevznikne močová infekce.</p>
<p>Ošetrovatelské intervence:</p> <p>Zajistěte dostatek inkontinentních pomůcek.</p> <p>Vyměňujte pravidelně inkontinentní pomůcky.</p> <p>Sledujte bilanci tekutin.</p> <p>Zajistěte dostatek tekutin (1,5 – 2l denně).</p> <p>Udržujte nemocného v čistotě.</p> <p>Sledujte charakter vylučované moče, zápach a příměsi.</p> <p>Vše zaznamenávejte do dokumentace.</p>
<p>Hodnocení péče (po 14 dnech):</p> <p>Nemocnému odvádí moč PMK. Pacient je v čistotě a bez opruzenin díky pravidelné výměně inkontinentních pomůcek.</p>
<p>5. Riziko pádu 00155</p>
<p>Související s:</p> <p>omezenou mobilitou a se stavy dezorientace, zmatenosti a neklidu</p>
<p>Cíl/Očekávané výsledky:</p> <p>Nedojde k pádu nemocného.</p>
<p>Ošetrovatelské intervence:</p> <p>Zhodnoťte soběstačnost nemocného pomocí Barthelova testu.</p> <p>Upozorněte personál o možném riziku.</p> <p>Zajistěte u lůžka nemocného zábrany.</p>
<p>Hodnocení péče (po 14 dnech):</p> <p>U nemocného nedošlo k pádu.</p>
<p>6. Zvýšené riziko poranění 00035</p>
<p>Související s:</p> <p>imobilitou nemocného a se stavy dezorientace a zmatenosti</p>

<p>Cíl/Očekávané výsledky:</p> <p>Zabránit vzniku poranění.</p>
<p>Ošetrovatelské intervence:</p> <p>Upravte prostředí tak, aby bylo bezpečné.</p> <p>Odstraňte z okolí nemocného nebezpečné předměty.</p> <p>Uvědomte personál o možném riziku.</p>
<p>Hodnocení péče (po 14 dnech):</p> <p>U nemocného nedošlo k poranění.</p>
<p>7. Zvýšené riziko sníženého příjmu tekutin 00028</p>
<p>Související se:</p> <p>sníženým pocitem žízně</p>
<p>Cíl/Očekávané výsledky:</p> <p>U nemocného nebudou známky sníženého příjmu tekutin.</p>
<p>Ošetrovatelské intervence:</p> <p>Kontrolujte fyzikální známky nedostatku tekutin – např. snížený turgor kůže, suché sliznice.</p> <p>Zajistěte dostatek tekutin (1,5 – 2l denně) a vybízejte nemocného k pití.</p> <p>Zaznamenávejte příjem a výdej tekutin do dokumentace.</p> <p>Kontrolujte hodnoty laboratorních hodnot krevních testů.</p> <p>Pečujte o dutinu ústní a chrup nemocného.</p>
<p>Hodnocení péče (po 14 dnech):</p> <p>U nemocného se neprojevíly známky sníženého příjmu tekutin. Byl sledován příjem tekutin.</p>

5.3 Edukační plán

ÚČEL
Vysvětlí pacientovi/rodině správnost polohování jako prevenci vzniku dekubitů
CÍL
Během 15 minut bude pacientovi/rodině vysvětleno, jak správně polohovat

Očekávaný výsledek:	
Afektivní:	Pacient bude vyjadřovat pocity strachu z důvodu toho, že si myslí, že nezvládne spolupracovat při jeho polohování.
Kognitivní:	Pacient bude chápat důležitost znalosti správného způsobu polohování.
Hlavní body plánu:	Vyzvi pacienta, aby vyjádřil obavy. Vysvětlí pacientovi důležitost způsobu polohování.
Metoda prezentace:	Diskuze Rozhovor
Časová dotace:	5 minut 10 minut
Pomůcky:	Pomůcky k polohování (antidekubitární matrace, klíny).
Metoda zhodnocení:	Pacient nemá obavy. Pacient pochopil důležitost správného způsobu polohování.
Shrnutí:	Pacient a jeho rodina pochopili efektivnost správného polohování a manipulaci s polohovacími pomůckami.

6 DISKUZE

Věk nemocného poukazuje na rozdíly v chování nádorů mozku. Důležitou roli u nemocných s touto diagnózou hraje rodina a ošetřující personál. S pacientem je velice těžké komunikovat, pokud trpí poruchou nálad. V průběhu radioterapie (RT) je hospitalizace nemocného poměrně dlouhá, trvá zhruba 6 – 8 týdnů. Péče o pacienty je náročná. U pacienta M. P. mě zaujal jeho příběh o životě před diagnostikováním nádoru. M. P. je mladý, plně soběstačný člověk, právě založil rodinu. Bydlí v domě, který postavil. Pracuje v kreativní firmě, jezdí na služební cesty do cizích zemí. Před zjištěním diagnózy mu byla nabídnuta lépe finančně ohodnocená práce.

Tato diagnóza se v jejich rodině nikdy nevyskytovala. Projevila se náhle a udeřila jako blesk z čistého nebe. Během malé chvíle mu obrátila život na ruby. Nemocný byl na Onkologickém a radiodiagnostickém oddělení hospitalizován tři týdny, poté požádal o ambulantní léčbu. Chtěl být doma s rodinou. Rozhovor s ním byl příjemný, neostýchal se odpovědět na jakoukoliv otázku. Na začátku užívání chemoterapie, první dva dny, zvracel, poté ji snášel dobře, bez potíží. Vlivem RT začal nemocný ztrácet vlasy, po dobu hospitalizace se smířil se svým stávajícím vzhledem, s řidnutím vlasů a příbytkem na váze po užívání kortikoidů. Pacient na mě dělal dojem, že svoji diagnózu bere takřkajíc „sportovně“. V jeho nitru však bylo znát, že se obává o svoji rodinu, co s ní bude. Ve spolupráci s lékařem jsem mu nabídla rozhovor s naší psycholožkou. Po delší době rozhovoru se sám přiznává, že má strach. Během hospitalizace se psychika nemocného zlepšila.

Komunikace s nemocným M. K. je omezena již více, ale i přesto si nemocný se mnou velmi ochotně povídal. Udával, že je rád ve společnosti a hlavně, když si s někým může povídat. Odpovědi na mnou kladené otázky se dosti lišily od údajů z dokumentace. Proto je v léčbě důležitá spolupráce rodinných příslušníků, od kterých se sbírají údaje do anamnézy.

Ošetřovatelská péče o pacienty s deficitem sebepéče spočívá v tom, že se touto péčí snažíme rozvíjet soběstačnost a sebepéči takto nemocných. Součástí týmu, který se také zapojuje do léčebného procesu o nemocné s nádorem mozku, je fyzioterapeut. Tento odborník pečuje o pohybovou aktivitu nemocných. Pohyb udržuje nemocné v kondici a působí na nemocné pozitivně.

V péči o inkontinenci nemocného se používají inkontinentní pomůcky. Výměna inkontinentních pomůcek je pravidelná, 21 – 28 dní. Z rozhovoru s nemocným je zřejmé, že si vlastní inkontinenci neuvědomuje. Udává, že má pocit na močení, ale odchod moči zajišťuje PMK. Nesmí se opomenout kontrola pokožky v oblasti genitálu, a to z důvodu používání inkontinentních pomůcek. Pacient je ohrožen vznikem opruzenin. U pacienta hrozilo riziko poranění a pádu, díky použití zábran u lůžka se podařilo poranění a pádu zabránit. Polohuje se á 2 hodiny, jako prevence vzniku dekubitů. Má k dispozici také polohovací pomůcky (antidekubitární matraci a klíny, plán prevence péče o dekubity a jiné rány = 18 – 14, vysoké riziko). Každý den, při ranní hygieně, probíhá péče o kůži nemocného. Pokožka se ošetřuje Menalind olejem a křížová oblast Menalind krémem. U starších pacientů hrozí riziko sníženého příjmu tekutin a následná dehydratace. Proto byl nemocný neustále vyzýván ke zvýšenému příjmu tekutin a sledoval příjem a výdej, jelikož infuzní terapie nemohla být zajištěna z důvodu špatného žilního systému. Nemocného docházela každý den, na několik hodin, navštěvovat manželka a s láskou o něho pečovala.

Zadané cíle/očekávané výsledky byly u problémů nemocných splněny, a proto jsem s naplánovanou ošetrovatelskou péčí spokojená. Důležité je, aby v sestavování ošetrovatelského procesu u nemocných bylo pokračováno. Časové dotace jsem u problémů nemocných nežadávala a to z toho důvodu, že rakovina je nemoc, která je individuální na vyléčení. Součástí péče o nemocné s nádorem mozku je umět předcházet a vyrovnat se s chováním a změnami nálad. Proto je nemocným s touto diagnózou poskytována komplexní ošetrovatelská péče.

ZÁVĚR

V dnešní době se v populaci zvyšuje výskyt nádorového onemocnění. Tato nemoc si nevybírá, postihuje všechny věkové kategorie. Proto se zvyšuje zájem o tuto problematiku.

Nejdůležitější je, již při prvních příznacích, navštívit lékaře. Včasná a vhodná léčba může ovlivnit průběh nemoci. Rakovina nepostihuje jen orgány, ale postihuje člověka celkově. Začátek průběhu nemoci probíhá nenápadně, plíživě. Z důvodu onemocnění lidé opouští předčasně svá zaměstnání. Toto má nepříznivý vliv na psychiku člověka. Se zhoršováním stavu nemoci se snižuje soběstačnost nemocného. V posledním a nejtěžším stádiu nemoci je postižený člověk zcela nesoběstačný a závislý na pomoci druhých osob.

Náročnost ošetrovatelské péče se s rozvojem onemocnění zvyšuje. Bytost jednotlivého nemocného je vnímána jako celek. Jednotlivé potřeby nemocného s nádorem se uspokojují individuálně a dle zdravotního stavu. Díky modernímu ošetrovatelství může být péče kvalitní.

V péči o nemocné s rakovinou je důležitá spolupráce více odborníků. Léčebný proces zahajuje lékař. Dále do týmu odborníků patří všeobecné sestry, ošetrovatelky, pečovatelky, fyzioterapeuti, nutriční terapeutka a psycholog. Ošetřující personál s nemocným tráví nejvíce času. Zajišťuje nemocným uspokojování základních potřeb člověka. Poskytovaná péče musí být důkladná a pečlivá. Kvalitní péčí o nemocného se dá zabránit různým komplikacím. Proto je vhodné, aby ošetřující personál věděl, jak přistupovat k takto nemocným lidem a poskytl jim empatické cítění, zapojil se do spolupráce s rodinou a pečoval o psychiku nemocného. Pokud je to možné, pečuje rodina o svou blízkou osobu v terminálním stádiu doma. Pomoc pečujícím rodinám zajišťují různé organizace, které jim v ošetřování pomáhají nebo sdružují rodiny, jež se o své blízké starají.

Měli bychom brát v potaz, že lidé si většinou přejí zemřít doma, v blízkosti své rodiny. Touží, aby je někdo na odchodu držel za ruku, pohladil a řekl vlídné slovo. Umírání se bojí většina lidí, proto bychom neměli zapomínat na své blízké a dopřát jim důstojný odchod.

Bakalářská práce bude poskytnuta vrchní sestře Onkologicko radiodiagnostického oddělení ve Fakultní nemocnici v Plzni k nahlédnutí a poskytnutí materiálů k dalšímu vzdělávání ošetrovatelského personálu. Do bakalářské práce mohou nahlížet zdravotničtí pracovníci, kteří se chtějí seznámit s onkologickým onemocněním obsaženým v této práci.

POUŽITÁ LITERATURA

- 1) MERKUNOVÁ, A., OREL, M. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*, 1.vyd. Praha: Grada, 2008, 304 s. ISBN 978-80-247-1521-6
- 2) KELNER, P. *Klinická onkologie* Praha: Galén, 2002, 686 s. ISBN 80-7262-151-3
- 3) VORLÍČEK, J. a kol. *Klinická onkologie*, 1.vyd. Praha: Grada, 2006, 328 s. ISBN 80-247-1716-6
- 4) SEIDL, Z., OBENBERGER, J. *Neurologie pro studium i praxi*, 1.vyd. Praha: Grada, 2004, 364 s. ISBN 80-247-0623-7
- 5) ADAM, Z. a kol. *Obecná onkologie a podpůrná léčba*, 1. Vyd. Praha: Grada, 2003, 788 s. ISBN 80-247-0677-6
- 6) LAKOMÝ, R. *O nádorech mozku a míchy* [on line] In. Linkos, [cit. 2011-12-13], poslední revize 26.5.2006, Dostupné na: <http://www.linkos.cz/nadory-mozku-a-cns-c70-72/o-nadorech-mozku-a-michy/>
- 7) ADAM, Z., KREJČÍ, M., VORLÍČEK, J. a kol. *Speciální onkologie*, 1.vyd. Praha: Galén, 2010, 417 s. ISBN 978-80-7262-648-9
- 8) SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. a kol. *Paliativní medicína pro praxi*, 1. vyd. Praha: Galén, 2007, 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5
- 9) PLEVOVÁ, I. a kol. *Ošetřovatelství I*, 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3
- 10) TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2.vydání, Brno: NCO NZO, 2006, 186 s., ISBN: 80-7013-324-4
- 11) MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z ošetřovatelské péče I*. 1.vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, 248 s., ISBN 80-247-1442-6
- 12) Intranet FN Plzeň, *Aplikace roztoků/léků i.v. a zavádění periferní žilní kanyly*, In. řízená dokumentace, [cit. 2012- 2-19] kód dokumentu SNL/DOS/SOP/017/03, poslední

revize 1.9.2009, Dostupné na:

\\linka\soubory\RIZENA_DOKUMENTACE\LEVEL2\SNL_DOS_SOP__017_03pdf

13) PLEVOVÁ, I. a kol. *Ošetrovatelství II*, 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0

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

15) TOMAGOVÁ, M. BÓRIKOVÁ I. a kol. *Potreby v ošetrovatelstve*, 1.vyd. Martin: Osveta, 2008, 198s., ISBN 80-8063-270-7

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

17) ADAM, Z., VORLÍČEK, J. a kol. *Speciální onkologie*, 1.vyd. BRNO, 542 s. ISBN 80-210-2826-2

SEZNAM ZKRATEK

CNS- centrální nervový systém

CT- počítačová tomografie

MR- magnetická rezonance

AIDS- Acquired Immune Deficiency Syndrome – Syndrom získaného selhání imunity

GIT- gastrointestinální trakt

Např. - na příklad

RTG- rentgen

EEG- elektro-encephalo graf

ORL- otho-rhino-laringologie

Eff.-effervescens

PŽK- periferní žilní katétr

PMK- permanentní močový katétr

tbl.- tableta

RT- radioterapie

PET/CT- pozitronová emisní tomografie

aj. – a jiné

mg. - miligram

7 PŘÍLOHY

1. Model fungujícího zdraví Majory Gordonové (14)
2. Model Virginia Henderson: Teorie základní ošetrovatelské péče (14)
3. ADL – Bartlův test základních všedních činností – čerpáno z http://is.muni.cz/th/174363/pedf_b/Pr._c._2_Bartheluv_test.doc
4. Plán prevence/péče o dekubity a jiné rány – čerpáno z \\linka\soubory\RIZENA_DOKUMENTACE\LEVEL3\FN_0557_01pdf.(interní dokument FN Plzeň)

1. Gordonová pojmenovala 12 oblastí denních aktivit života

Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví
Výživa a metabolismus
Vylučování
Aktivita, cvičení
Spánek a odpočinek
Vnímání, poznávání
Sebepojetí, sebeúcta
Plnění rolí, mezilidské vztahy
Sexualita, reprodukční schopnost
Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance
Víra, přesvědčení, životní hodnoty
Jiné

2. Hendersonová pojmenovala 14 potřeb

Normální dýchání
Dostatečný příjem potravy a tekutin
Vylučování
Pohyb a udržování vhodné polohy
Spánek a odpočinek
Vhodné oblečení, oblékání a svlékání
Udržování fyziologické tělesné teploty
Udržování upravenosti a čistoty těla
Odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých
Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů

3. Bathelův test základních všedních činností

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

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

0 – 40 bodů vysoce závislý

45 – 60 bodů závislost středního stupně

65 – 95 bodů lehká závislost

96 – 100 bodů nezávislý

