

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S.

PRAHA

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KARCINOMEM

PLIC

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KATEŘINA JAROŠOVÁ

2008

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KARCINOMEN

PLIC

Bakalářská práce

KATEŘINA JAROŠOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S. V PRAZE

Mgr. Zuzana Pohlová

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2008-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2007

Abstrakt

Hlavním tématem mé bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem plic. Teoretická část obsahuje stručnou anatomii a především patofyziologii plicního parenchymu. Dále také podstatu nádorového procesu, jeho jednotlivé fáze, ke kterým dochází v plicích. Také četnost výskytů tohoto typu nádorů, dle WHO. Zde velmi důležitou roli hraje především včasné odhalení a diagnostika nádoru. Díky nimž mohou lékaři včasné stanovit a zahájit správný typ léčby a předejít tak recidívám a nebo až letálním koncům.

Velmi důležitou část, věnuji ve své práci především prevenci a posléze ošetrovatelská péče o nemocné s touto diagnózou. Zahrnuje jí praktická část, která je věnována konkrétnímu pacientovi s konkrétní diagnosou. Dále aplikovat ošetrovatelský proces v praxi a podrobně rozpracovat jeho jednotlivé složky. Hlavní snahou je detekce některých problémů nemocného. Stanovení aktuálních ošetrovatelských diagnóz, realizace a také zhodnocení všech intervencí, metodou ošetrovatelského procesu. Důležitou součástí ošetrovatelského procesu je edukace nemocného, která je uvedena v závěru praktické části bakalářské práce.

Klíčová slova : karcinom plic, nádorový proces, včasná diagnostika, ošetrovatelský proces, edukační proces.

The summary in the English language

The main theme of the bachelory product is the nursing process of the patient with the carcinoma of the lungs.

The theoretical part contains the basic anatomy and patho-physiology of the lungs. The part includes of the processing of the tumor in the lungs and the phases these. The WHO monitores of this disease all the world. Very important is the timely diagnosis of this disease. This carcinoma of the lungs in the first phase can be without the symptoms.

The practical part consists of the phases of the nursing process (realization of the objectives and value of the results). I had discribe the phase of the nursing process and the education processing of the patient about the breathing or hygiene of the lungs.

The main words: the carcinoma of the lungs, the process of the tumor in the lungs,

the timely diagnostic, the nursing process, the education process.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu, pod vedením vedoucího práce. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 28. března 2008

Kateřina Jarošová

.....

Předmluva

Zdraví každého člověka, by mělo být prioritou pro každého z nás.

Téma mé bakalářské práce vzniklo na základě získaných poznatků narůstajících případů s tímto onemocněním. Výběr tématu byl také ovlivněn osobní zkušeností , která mě posléze přivedla k myšlence vybrat toto téma.

Práce je určena především studentům bakalářských programů oborů jak všeobecná sestra, tak i porodní asistentka, kteří v ní mohou najít náměty a rady, jak se chovat k těmto pacientům, pomáhat jim, doporučit jim vhodné ošetrovatelské, léčebné postupy.

Materiál jsem především čerpala z praxe, kterou jsem vykonávala na plicním oddělení , dále od zdravotnického personálu, z odborné literatury, zdravotnických časopisů, popřípadně internetových zdrojů.

Proto bych touto cestou chtěla poděkovat především vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Zuzaně Pohlové, za odborné vedení a radu. Také za milý přístup a podporu, kterou mi poskytla při vypracování mé práce. Dále bych chtěla poděkovat panu MUDr. Jiřímu Vytiskovi, primáři oddělení tuberkulózy a respiračních chorob v nemocnici Liberec za náležitou odbornou radu a vysvětlení v dané problematice.

Obsah

Úvod	12
1. Anatomie dýchacího systému.....	13
1.1 Dýchací systém.....	13
1.2 Plíce a její patofyziologie.....	15
2. Karcinom plic.....	18
2.1 Patofyziologie nádoru.....	18

2.2 Etiologie.....	18
2.2.1 Aktivní kouření.....	18
2.2.3 Pasivní kouření.....	19
2.2.4 Znečištěné ovzduší.....	19
2.2.5 Profesní expozice karcinogenních látek.....	19
2.2.6 Nevhodné složení stravy.....	19
2.2.7 Zánětlivé fibrotické plicní on.CHOPN.....	19
2.2.8 Familiárn, genetické patogeny plicní rakoviny.....	20
2.3 Druhy a klasifikace.....	21
2.4 Symptomatologie.....	21
2.5 Diagnostika.....	22
2.5.1 Anamnéza.....	22
2.5.2 Fyzikální vyšetření.....	22
2.5.3 Spirometrie.....	22
2.5.4 Zobrazovací metody.....	22
2.5.5 Bronchoskopické vyšetření plic.....	23

2.5.6 Radioizotopové vyšetřovací metody.....	24
2.5.7 Angiografické vyšetřovací metody.....	24
2.5.8 Chirurgické vyšetřovací metody.....	24
2.5.9 Imunologické testy.....	25
2.5.10 TNF klasifikace.....	25
2.6 Differenciální diagnostika.....	26
2.7 Terapie.....	26
2.7.1 Chirurgická léčba.....	27
2.7.2 Chemoterapie.....	27
2.7.3 Radioterapie.....	27
2.7.4 Lokální léčba.....	27
2.7.5 Imunologická léčba.....	28
2.7.6 Podpůrná léčba.....	28
2.8 Prevence.....	28
2.9 Prognóza.....	28
2.10 Specifika ošetrovatelské péče u nemocných s Bronchogenním karcinomem plic.....	29

2.10.1 Pohyb a poloha.....	29
2.10.2 Monitorace.....	29
2.10.3 Hygiena dýchacích cest.....	29
2.10.4 Výživa.....	29
2.10.5 Vyprazdňování.....	29
2.10.6 Spánek a odpočinek.....	30
2.10.7 Rehabilitace.....	30
2.11 Patofyziologické ošetrovatelské diagnózy.....	30
2.12 Dispenzarizace.....	31
3. Praktická část.....	32
3.1 Identifikační údaje.....	32
3.2 Anamnestické údaje.....	32
3.2.1 Důvod přijetí.....	33
3.2.2 Lékařská diagnóza.....	33
3.2.3 Stav při přijetí.....	33

3.3 Farmakoterapie při přijetí.....	33
3.4 Vyšetření.....	34
3.4.1 Provedená vyšetření.....	36
3.4.2 Léčba.....	36
3.4.3 Operační diagnóza.....	36
3.4.4 Plánovaný operační výkon.....	36
3.5 Vlastní ošetrovatelská péče.....	37
3.6 Zkrácené fyzikální vyšetření dle Kozeierové.....	38
3.7 Anamnéza-1.den hodnocení pacienta dle modelu	
M.Gordonové.....	40
3.7.1 Vnímání zdraví.....	40
3.7.2 Výživa a metabolismus.....	40
3.7.3 Vylučování moče, stolice, potu.....	40
3.7.4 Aktivita, cvičení.....	40
3.7.5 Spánek a odpočinek.....	41
3.7.6 Vnímání a poznávání.....	41
3.7.7 Sebepojetí a sebeúcta.....	41

3.7.8 Role a mezilidské vztahy.....	41
3.7.9 Sexuální reprodukční schopnost.....	41
3.7.10 Stresové, zátěžové situace.....	42
3.7.11 Víra, životní hodnoty.....	42
3.7 Seznam ošetřovatelských diagnóz.....	43
3.7.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy.....	44
4. Edukace pacienta.....	52
4.1 Edukační záznam.....	52
4.2 Edukační plán.....	52
4.2.1 Výukové cíle.....	53
4.2.2 Podmínky.....	53
4.2.3 Organizační fáze.....	53
4.2.4 Didakritické pomůcky.....	53
4.2.5 Použité metody.....	53
4.2.6 Tematické okruhy.....	53
4.2.7 Motivace k edukaci.....	54

4.2.8 Efekt.....	54
4.2.9 Význam edukace.....	54
4.2.10 Kontrolní otázky pro sestru.....	55
4.2.11 Postup při zaškolování.....	55
4.2.12 Kontrolní otázky pro pacienta.....	56
4.2.13 Souhrn a zhodnocení edukace.....	56
Závěr.....	57
Seznam bibliografických odkazů.....	58
Seznam příloh	60
Seznam ilustrací a seznam tabulek.....	61

Seznam zkratk

BMI - Body mass index - Index tělesné hmotnosti

CHOPN - Chronická Bronchopulmonální choroba

CNS - Centrální nervový systém

DC - Dlouhodobý cíl

EKG - Elektorencefalograf

GCS - Glasgow coma scale - Hodnocení stavu vědomí

KC - Krátkodobý cíl

KCL - Kalium chlorid

KNL - Krajská nemocnice Librec

PŽK - Periferní žilní katétr

RHC - Rehabilitace

TNM klasifikace - Tumor, necrosis, faktor - Klasifikace nádorů

TRN- Oddělení Tuberkulózy a respiračních chorob

TU expaze - Tumorozní expanze

VK - Výsledná kritéria

Úvod

Jsem studentkou 3.ročníku bakalářského programu všeobecná sestra na Vysoké zdravotnické škole v Praze.

Ve své práci bych chtěla přiblížit význam této zákeřné choroby, v této uspěchané době. Především se výskyt bronchogenního karcinomu za poslední roky rapidně zvyšuje a narůstá počet pacientů s touto složitou diagnózou. Velmi důležitou úlohu zde hraje aktivní kouření. Proto riziko rozvoje rakoviny plic u kuřáků, především u mužů, je mnohonásobně vyšší, než u nekuřáka. V současné době přibývá počet dětí, kteří již ve školním věku začínají kouřit cigarety, někteří pouze experimentují, či chtějí vypadat zajímavě a nebo napodobují své rodiče. Dále to také mohou být jiné škodlivé látky, jako třeba azbest, chróm, radon, azren.

Zásadní je zde patofyziologie nádorového procesu, jednotlivé druhy nádorů a včasná diagnostika, která může mnohdy zachránit život pacientovi. Také možnosti léčby a následné péče. Bohužel často pacienti přicházejí k lékaři s touto diagnózou již v pokročilém stádiu. Dále tento nádor, skoro vždy metastazuje do jiných oblastí lidského organismu, cestou lymfatickou.

Především jsem se snažila podrobně rozpracovat jednotlivé fáze a složky ošetrovatelského procesu, aplikovat je u konkrétního pacienta s danou problematikou. Zaměřit se také na edukaci pacienta v oblasti péče o jeho dýchací cesty, v rámci předoperačního období, naučit ho dechovému a kondičnímu cvičení či hygieně.

Jak jednou řekl : „Zdraví je nejdůležitější kvalita života“. (Aristotelés)

1. Anatomie a patofyziologie dýchacího systému

1.1 Dýchací systém - Systema Respiratorium

Dýchací systém vzniká společně s trávicím ústrojím. Vznikem tvrdého patra a měkkého patra se rozdělí primitivní dutina ústní na vlastní a dutinu nosní, která začíná vpředu zevním nosem s nozdrami a vzadu se otevírá choanami do nosohltanu. Dýchací cesty jsou rozděleny na horní cesty dýchací, jsem řadíme dutinu nosní – cavum nasi, dále vedlejší dutina nosní – cavum paranasalis a dutinu ústní – cavum oris. Naopak dolní cesty dýchací tvoří hrtan – larynx, průdušnice – trachea, průdušky – bronchi a plíce – pulmo a v neposlední řadě vlastní odstavce plic, jako jsou bronchioly a alveoly.

Dýchací cesty ve všech svých oddílech zachovávají jednotný stavební trubicový tvar. Stavba stěny trubic je složena ze sliznice, podslizničního vaziva, hladké svaloviny a chrupavčité vrstvy a vaziva. Sliznice obsahuje cylindrický epitel. Funkčně je epitel kmitající řasinka způsobující posun hlenu. Dále zachycuje mikroorganismu, nečistoty z vdechaného vzduchu. Podslizniční vazivo jeho více zastoupeno v hrtanu, kde může jeho prosáknutí v době zánětu vyvolat až značné zúžení. Obsahuje drobné uzlíky složené z lymfatických buněk, které brání organismus proti infekci. Chrupavčitá vrstva slouží a brání k zúžení trubic dýchacích cest a dutin. Hladká svalovina svým smrštěním vyvolává udušení a ovlivňuje průchodnost trubic. Dutina nosní je spojená dutina zevního nosu a to kostěné dutiny nosní a rozdělena na dvě části pravou a levou, nosní přepážkou. Od dutiny ústní je oddělena patrem. V dutině nosní rozlišujeme předsíň dutiny nosní – vestibulum nasi, a na vlastní dutinu nosní – cavitas nasi propria. Předsíň dutiny nosní obsahuje mnohvrstvý dlaždicový epitel. Vlastní dutina nosní je rozdělena nosní přepážkou – septum nasi na pravou a levou část. Stěna nosní dutiny tvoří strop, spodní a laterální stěna a dále tři nosní skořepy. Mezi prostory a průduchy nosní dutiny patří nozdry – nares, které jsou jako vstupní brána do předsíně dutiny nosní. Dále vnitřní nozdry – choenae, to jsou otvory na zadním konci nosní dutiny, s nimi je spojena nosohltanem, dělí se na pravou a levou. A také nosní skořepy. Sliznice nosní dutiny – tunica mucosa pokrývá všechny stěny trubic, překrývá nosní přepážku a konchy. Má dvě funkce, čichová a dýchací. Funkce vedlejších nosních dutin, spočívá v tom, že prostory těchto dutin slouží jako rezonanční prostory při tvorbě hlasu a jeho osobitou barvu. Nosohltan je horní nálevkovitý úsek hltanu, do něhož proudí vzduch choanami. Hranice mezi nosohltanem a hltanem je měkké patro a

čípek. Po obou bočních stranách jsou uloženy ústí eustachovy trubice ústící do nosohltanu. Ty spojuje střední ucho s nosohltanem. Místo, kde ústí eustachova trubice do nosohltanu jsou nakupeny lymfatické uzlíky- tzv. nosohltanové mandle – tonsillae pharyngeae. Jejich funkce spočívá , že vytvářejí ochrannou bariéru před infekcí, šířící se vzduchem. A také hrtan. Je to nepárový orgán. Má mírně nálevkovitý, trubicovitý tvar. Jeho horní úsek je otevřený do dolních částí hltanu a dolní úsek přechází plynule do průdušnice. Hrtan obsahuje soubor chrupavek, pohyblivě spojených klouby, vazy a svaly. Mezi funkce hrtanu se řadí, tvorba hlasu, vznik řeči, dýchání, kašel, účast na polykání. Dále navazuje průdušnice je trubice navazující na prstenčitou chrupavku hrtanu, pomocí ligamentum cricotracheale. Průdušnice začíná na krku ve výšce v oblasti obratle C 6, dále přechází do hrudníku, kde končí jako bifurkace trachey a její délka asi 123 cm, šířka je 1,5 – 1,8 cm. Trachea se dělí se na krční úsek a na hrudní úsek. Stavba sliznice průdušnice je tvořena převážně sliznicí s víceřadým řasinkovým epitelem, podslizniční vaziva, obsahující četné žlázy a adventicie, která spojuje tracheu s jícnem. A ty se větví na bronchy- průdušky. Je to rozvětvený systém trubic, které vedou vzduch z průdušnice až do odstavců plic. Po vstupu průdušek do plic se průdušky mnohonásobně větví do tzv. bronchiálního stromu.

Dělení : hlavní bronchy, ty se dále větví na lalokové – bronchy principales a bronchy segmentové – segmentalis bronchy. Hlavní bronchy se dělí ještě na pravou trojčípou průdušku a na levou dvojčípou průdušku. Stavba stěny je podobná jako u trachey (Čihák, 2002, Dylevský, 1998).

1.2 Plíce a jejich patofyziologie

Plíce – pulmo, jsou párový orgán, jehlančitého tvaru, vyplňující převážně část prostoru dutiny hrudní. Do plic vstupují bronchy, které se větví postupně v plicích na trubičky bronchioly a ty navazují na konečné větévky - plicní alveoly. V obou plicích je až 300 – 400 milionů alveol. Při vdechu činí jejich plocha 55 – 80 cm². Plíce se dělí na pravou a levou plíci. Pravá plíce je trojlaločná a levá dvojlaločná. Plicní laloky se pak dále větví na plicní segmenty. Plíce jsou uloženy ve dvou pleurálních dutinách. Nástěnná plesura- nebo-li pohrudnice – pleura parietalis a ta pak přechází v pleuru orgánovou – poplicnici – pleura visveralis-pulmonalis. Plicní tkáň novorozenců je narůžovělá, později šedočerná mramorová na povrchu plic. Barva je ovlivněna konsistencí vdechovaného vzduchu. Konzistence plicní tkáně je houbovitá jemně porézní a zároveň měkká a pružná na pohmat. Hmotnost plic je asi 780 g u mužů a 640 g u žen. Všechny prostory plic od alveolů okolo bronchů a cév mezi laloky, segmenty vyplňuje tzv.vmezeřené vazivo- plicní intersticium. Dýchací systém a oběhový systém a krev tvoří funkční celek. Do dýchacího systému lze zařadit také mediastinum- mezihrudí. Je to prostor mezi pravou a levou pleurální dutinou. V mediastinu jsou uloženy orgány, cévy, nervy a vyplněna řídkým vazivem. Dělí se na zadní mediastinum a na přední mediastinum. V zadní mediastinu jsou uloženy orgány jako je jícen, nervus vagus, konec oblouku aorty, duktus thoracicus a mízní uzliny. Naopak v předním mediastinu jsou uloženy brzlík, vrstva žil, vrstva tepen, trachea a rozestup hlavních bronchů.

Vznik nádorových buněk bronchogenního karcinomu je vícestupňový proces v plicní tkáni a postupně dochází ke genetickým změnám, které trvají zhruba 5-10 let. Je k tomu potřeba přítomnost alterace asi 20 genů, především tumor progresivních genů a onkogenů. Aby mohlo dojít k aktivaci onkogenů anebo inaktivaci tumor opresivních genů, spočívá to nejčastěji v genové mutaci. Patofyziologie zahrnuje především zevní dýchání, transport krevních plynů a řízení dýchání (Čihák, 2002).

Vdech – inspirium

Je to aktivní děj, při něm se zvětšují rozměry hrudníku a do plic se nasává vzduch. Vdech zajišťují dýchací svaly a podtlak v dutině pohrudniční. Zajišťují to dýchací svaly, mezi které patří bránice, zevní mezižeberní svaly, prsní sval a některé svaly krku a zad.

Výdech – expirium

Je to pasivní děj. Uplatňuje se zde především pružnost plic a hrudní stěny a hmotnost hrudníku. (Dylevský, 1998)

Dýchání v pleurální dutině je nižší tlak než tlak atmosferický, což znamená že je podtlak. V plicích je vzhledem ke spojení dýchacích cest se zevnějškem atmosferický tlak, tedy vyšší než v pleurální dutině. Tento vyšší tlak drží plíce rozepruté a přitisknuté ke stěnám plesury. Otevře-li se hrudní dutina vniká tam atmosferický tlak a kolem a uvnitř plic nevyrovná tlak a plíce se smrští k hilu. Tento stav se nazývá pneumotorax.

Centrum dýchání je uloženo v prodloužené míše. Centrum vysílá podměty k nervovým buňkám, míšní nervy, které inervují vdechové a výdechové svaly, a ty pak vyvolají dýchací pohyby hrudníku. Činnost centra je anatomická. Průměrná frekvence je asi 12 – 16 dechů za minutu. Dýchací systém se snaží zajistit potřebnou výměnu plynů nejen v klidu a při „normálním metabolismu“, ale i v obdobích fyzické zátěže a při poruchách metabolismu. Dýchání může být ovlivněno nervovými podměty, chemoreceptory nebo látkovými podměty.

Zevní dýchání – je výměna mezi atmosférou a krví, dochází k tomu v plicích. Dělí se na tři základní procesy, jako je ventilace, difuze a perfuze. Ventilace je proces který zajišťuje výměnu vzduchu – plynů mezi atmosférou a alveokapilární plochou plicních sklípků. Z patologického hlediska je ventilace ovlivněna procesy, které ovlivňují elasticitu plic, činnost dýchacích svalů a průsvit dýchacích cest. Například astma bronchiale, CHOPN (chronická obstrukční bronchopulmonální choroba, dále jen CHOPN), fibrotické procesy. Difuze je přestup látek z oblasti o vyšší koncentraci do místa s nižší koncentrací. Tzv. difuzní kapacita plic, což znamená množství plynů, které lze difundovat do krve za určitou časovou jednotku. Proto v rámci patologických procesů dochází k poruše přestupu plynů v rámci zesílení bariery, mezi alveoly a krví. Perfuze je proces zajišťující přepravu smíšené venozní krve do kapilární sítě plicních alveol. Proto z patologického hlediska dojde k poruše objemu a distribuci krve protékající plícemi v rámci nádoru, dochází k útlaku cév.

Vnitřní dýchání – nebo-li tkáňové – je výměna plynů mezi krví a tkáňovými buňkami.

Transport dýchacích plynů zajišťuje krev mezi povrchem plic a buňkami tkání. Kyslík je přenášen krví, hemoglobinem, zde se volně váže na železo v červených krvinkách. Oxid uhličitý je volně rozpuštěn v krevní plazmě, váže se na hemoglobin 10% a v krevní plazmě 85% (Dylevský, 1998,).

2. Karcinom plic

2.1 Patofyziologie nádoru

Nádor – tj. novotvar, tumor, neoplazma. Lze ho charakterizovat jako geneticky podmíněné, abnormální bujení buněk. Bujení bez koordinace, které roste do okolních tkání a do celého organismu. Současný pohled na patogenezi karcinomu spočívá na molekulární úrovni. Zahrnuje především aktivaci nebo zvýšenou expresi dominantních onkogenů a také inaktivaci tumor supresorových genů a rozsáhlé chromozomální cytogenetické změny. Vlastní vznik plicního karcinomu –

karcinogeneze je dlouhodobý proces, jejímž nejčastějším vyvolavatelem je opakovaná dlouhodobá expozice karcinogenních látek obsažených v zevním prostředí (cigaretový kouř, profesní zátěž, exhaláty). Dochází nejprve k metaplastickým a dysplastickým změnám a poté karcinom in situ a jako poslední fáze invazivně rostoucí karcinom. Indukční fáze karcinogene trvá desítky let. První etapa progrese nádoru a invazivního růstu trvá jeden až tři roky. Etapa poslední, kdy nádor diseminuje trvá od 1 roku až několik let. Vše závisí na rychlosti proliferace nádorových buněk, reakci organismu a úspěšnosti léčby. Nejčastějším typem rakoviny plic je tzv. centrální typ. Vyrůstá ze stěny velkých bronchů v oblasti plicního hilu. A periferní typ, ten vyrůstá z menších průdušek. Karcinom velmi brzo prorůstá z místa svého vzniku do okolí. U centrální formy je postiženo nejčastěji mezihrudí a u periferní formy nejvíce pohrudnice a hrudní stěna

(Klein, 2006, Pešek, 2002).

2.2 Etiologie

Příčiny rakoviny plic vychází z rizikových faktorů, které ohrožují každého z nás. Příčiny nebo-li vlivy, které se podílí na rozvoji nádorového bujení, jako jsou.

2.2.1 Aktivní kouření

Zda nás především zajímá druh kuřiva, počet cigaret za den, doba kouření a kdy pacient poprvé začal kouřit, doba zanechání kouření, obsah dehtových látek, zda kouří cigarety s filtrem.

2.2.2 Pasivné kouření

Doma ve společnosti, v zaměstnání. Lze charakterizovat jako vdechování tabákového kouře z prostředí. Pasivní kouření zvyšuje riziko vzniku bronchogenního karcinomu i u aktivních kuřáků.

2.2.3 Znečištěné ovzduší

Především ve velkých městech. Především při extrémním vysokém výskytu lokálního znečištění ovzduší, především v okolí kde se vyskytuje hutní průmysl, například na Ostravsku, Kladensku či v Polsku.

2.2.4 Profesionální expozice karcinogenních látek

Patří jsem ionizující záření, azbest, arzén, chlor, nikl, chróm, vinylchlorid polycyklycké aromatické uhlovodíky a jiné. Asi 2 % naší populace bydlí v domech se zvýšenou koncentrací radonu. Také se spekuluje o kyanydu a křemičitému prachu

2.2.5 Emise radioaktivních látek

Mohou jsem patřit záření, splodiny z průmyslové výroby.

2.2.6 Nevhodné složení stravy

Nedostatek zeleniny a ovoce či ryb, naopak je škodlivý nadbytek živočišných tuků. Je vhodné pro kuřáky užívání hlavně komplexu vitamínů B, především kyselina panthotenová a také Vitamín C, který váže kyslíkové radikály a může mírnit abstinenční příznaky. Účinek vitamínu C podporuje Vitamín E.

2.2.7 Zánětlivá fibrotická plicní onemocnění a CHOPN.

V rámci těchto chorob dochází v plicích k omezení průtoku vzduchu v průduškách a k destrukci plicního parenchymu. Většina pacientů má zvýšenou expektoraci, nebo-li vykašávání. Mnozí ale nejsou schopni efektivního vykašávání.

2.2.8 Familiární, genetické patogeny plicní rakoviny

Pokud v rodině má někdo karcinom, je riziko dědičnosti více než dvojnásobné. Proto je velmi důležité provádět screeningové preventivní vyšetření, skiagram hrudníku a cytologie sputa. Cílem primární péče je, aby patogenetický vývoj nebyl vůbec zahájen, nebo pokud k tomu již došlo, aby se nezvrhnul do klinické formy nádorového procesu, ale naopak aby došlo k obnovení původního normálního stavu

(Klein, 2006, Pešek, 2002).

2.3 Druhy a klasifikace

Dle Světové zdravotnické organizace - (dále jen WHO), jsou nádory tříděny dle histologických struktur nádorů. Dle morfologického hlediska se karcinom plic dělí na malobuněčné cca 20-25% a nemalobuněčné cca 75-80%.

a) preinvazivní fáze:

Dlaždicobuňčná dysplazie, atypická adnomatozní hyperplasie, dyfusní idiopatická plicní hyperplazie.

b) invazivní maligní karcinom:

Dlaždicobuňčný karcinom, malobuňčný karcinom, alveokarcinom, velkobuňčný karcinom, sarkomatozní karcinom, adenoskvamozní karcinom, karcinoid, karcinom typu slinných žláz, neklasifikované karcinomy (Pešek, 2002, Klein, 2006)

2.4 Symptomatologie

Plicní karcinom je charakteristický dlouhým a symptomatickým průběhem. Nejdříve se mohou vyskytnou tzv. iniciální příznaky jako je kašel, hemoptýza, bolest na hrudi, dušnost, nechutenství, hubnutí, teploty.

Příznaky lze rozdělit do několika skupin.

a) lokální projevy

kašel, hemoptýza, bolest na hrudi, febrilie, dušnost, stridor, hnisavá expektorace

b) projevy regionální extenze

paralýza bránice, chrapot, dysfagie, zvětšené uzliny na krku, perikardiální výpotek

nebo syndrom horní duté žíly

c) projevy metastatické

metastázy nadledvin, jater, do skeletu, CNS (Centrální nervový systém, dále jen

CNS)

d) paraneoplastické projevy

hemoragické – anémie nebo neurologické – periferní neuropatie

2.5 Diagnostika

Důležitá je včasná diagnostika, která napomůže zahájit co nejefektivnější léčbu a další vhodné intervence. Pro diagnostiku pacienta s bronchogenním karcinomem plic, se využívají následující vyšetřovací metody:

2.5.1 Anamnéza

Zajímají nás především celkové příznaky, funkční příznaky a poruchy funkce plic. Dále rodinná anamnéza, zda má někdo v rodině plicní onemocnění, nemoci rodičů, tuberkulóza, astma bronchiale, ischemickou chorobu srdeční a jiné. Osobní anamnéza, dětské choroby, vývojové vady. Dále pracovní anamnéza, zaměstnání, pracovní prostředí, záliby, pracovní doba a jiné. Sociální anamnéza, zda má pacient úplnou rodinu, jeho životní situace a životní úroveň. Z důvodů následné péče, zda se o něho má kdo postarat v rámci rekonvalescence, možnosti zapojení rodiny.

2.5.2 Fyzikální vyšetření

Cílem poklepu a poslechu zjistíme velikost srdce a plic. Vzdušnost plic. Typ dýchání podle poslechu a vedlejší dýchací šelesty.

2.5.3 Spirometrie

Jedno ze základních vyšetření. Cílem je zjistit plicní funkci. Především úroveň dýchání- ventilace. Což se hodnotí pomocí hodnot jednotlivých dechových objemů a dynamických ukazatelů. Provádí se vdechováním a vydechováním atmosférického vzduchu do plic. Přístroj, který to měří se nazývá spirometr. Neinvazivní vyšetření. Důležitá je edukace před výkonem, poučit pacienta. Musí pevně ústy stisknout, nebo-li obejmout náhubek, a až bude vyzván, co nejvíce do něho vše vydechnout. Před ani po výkonu není nutná kontrola a sledování. Před vyšetřením se pacient musí vyvarovat zvýšené fyzické námaze.

2.5.4 Zobrazovací metody

Prostý rentgenový snímek plic RTG - slouží ke standardní zadopřední projekci a i boční projekce hrudníku. Lze jím stanovit diagnosu a zda je přítomna suspekce nádorovou lézí. Příprava pacienta spočívá v informovanosti jak bude vyšetření probíhat. Péče po vyšetření není.

Počítačová tomografie - CT

Je to nejužitečnější metoda v diagnostice bronchogenního karcinomu. CT může vyhodnotit všechny parametry TNM klasifikace, dále penetrace do okolí, známky invaze. Je možné lépe zobrazit léze menší než 1 centimetr. Příprava spočívá v dostatečné edukaci a poučení a seznámení s výkonem, dále nás zajímá, zda pacient

není alergický na kontrastní látku. Pacient je v poloze v leže, má zajištěn intravenózní vstup, pomocí kanyly. Péče po vyšetření není nutná, pouze seznámit pacienta s průběhem vyšetření. Pouze sledvat celkový stav pacienta a klid na lůžku.

Magnetické rezonance - MMR

Je to zobrazovací metoda, výhodou je, že nepřináší žádné radiační zatížení a větší rozlišovací schopnost. Vysoká přesnost cévní struktur. Vyšetření je kontraindikováno pokud má pacient přítomen jakýkoliv kovový materiál v těle. Před výkonem nutná slovní příprava, jak bude výkon probíhat a upozornit pacienta, že během vyšetření uslyší velký hluk. Po vyšetření není nutná žádná další péče.

Sonografie hrudníku

Je to zobrazovací metoda, slouží k diagnostice výpotku, navigace na při punkci, biopsii či drenáži. Před výkonem nutné seznámení s výkonem. Po vyšetření v rámci punkcí, je nutné sledování. Pacient by měl mít klid na lůžku, sestra by měla sledovat stav dýchání, fyziologické funkce, místo vpichu a celkový stav.

2.5.5 Bronchoskopické vyšetření plic

Cílem je prohlížení dutin dýchacích cest orgán pomocí bronchoskopu. Možnost odebrání bioptického vzorku – biopsie plic. Příprava pacienta spočívá: pacient je na lačno, ráno před výkonem nekouří, nepije, vydaná zubní protéza. Podání sedativ diazepam. Při kašli se podávají antitusika. Je nutné zkontrolovat laboratorně krevní srážlivost. Psychická příprava spočívá především seznámení s výkonem, především citlivý rozhovor vede k odstranění strachu. Při výkonu pacient leží na zádech s mírně zakloněnou hlavou. Otevřená ústa a zuby skousne náhubek, který svírá ústy, po celou dobu vyšetření. Pomocí kterého lékaře zavádí do trachey bronchoskop s optikou. Po výkonu nesmí pacient 2 hodiny jíst, pít. V rámci ošetrovatelské péče sledujeme celkový stav pacienta, fyziologické funkce a klid na lůžku.

2.5.6 Radioizotopové metody

Scintigrafie plic

Slouží k vyloučení kostních metastáz malobuněčného karcinomu a nemalobuněčných tumorů. Příprava spočívá v poučení a seznámení s výkonem. Pacient je aplikována intravenosně radioaktivní látka, která je pohlcována zářením.

Pozitronová emisní tomografie – PET

Tato metoda umožňuje vizualizaci metabolismu glukosy, aminokyselin a nukleových kyselin, pomocí radioaktivních látek intravenosně. Po výkonu je nutné dodržovat klid na lůžku a sledujeme celkový stav pacienta.

2.5.7 Angiografické metody

Bronchografie

Je to metoda kontrastního zobrazení průdušek. Kontrastní látka je nedráždivá a je aplikována pomocí speciální cévky v oblasti hlasivek v lokální anestezii. Po té se snímkuje v různých projekcích.

Pneumoangiografie

Vyšetření plicního arteriálního řečiště, pomocí jodové urotrpní kontrastní látky, látka je zavedena seldingerovou metodou do hlavního kmene plicnice. Kontraindikací je alergie na jód, horečnaté stavy, hyperthyreóza. U obou těchto výkonů je důležitá edukace a seznámení s výkonem. Nutná alergická příprava, pokud je pacient alergický na kontrastní látku, dále vyšetření krevní srážlivosti. Po výkonu má pacient klid na lůžku, sledujeme celkový stav, fyziologické funkce.

2.5.8 Chirurgické vyšetřovací metody

Cílem je získat část plicního vzorku na oběh histologického vyšetření.

Mediastinografie

Toto vyšetření se neprovádí u všech pacientů, indikací jsou vícečetná zvětšená lymfatické uzliny. Pomocí mediastinoskopu připravujeme jednotlivé uzliny. Provádí se v celkové anestezii. Provádí se zhruba 6 cm incize hrudní stěny. Cílem je stanovit stupeň operability.

Parasternální mediastinotomie

Provádí se také v celkové anestézii. Zavedl ho pan pan Chamberlain.

Probatorní torakotomie

Toto vyšetření indukují lékaři, když je nádor hraničně inoperabilní. Provádí se v celkové anestezii. U těchto výkonů je nutná předoperační příprava, seznámená s výkonem, edukace pacienta o průběhu vyšetření. Po výkonu je nutná monitorace fyziologických funkcí, celkového stavu pacienta a operačního místa.

Skalenová biopsie

Toto vyšetření je možné provést v lokální anestezii mediastinoskop se zavede pomocí drobné incize.

Vats biopsie

Video- assisted-toracic Surgery. Je to kombinovaná metoda - je to torakoskopický přístup s torakotomií. Vyšetření se provádí v celkové anestezii a selektivní ventilaci. U těchto výkonů je důležitá předoperační příprava, jako anesteziologické konzilium, dále alergická příprava, zhodnocení celkového stavu. Citlivý rozhovor o průběhu výkonu, edukace. Po těchto výkonech je nutná monitorace fyziologických funkcí, klid na lůžku, celkového stavu a místa vpichu.

2.5.9 Imunologické testy

Cílem je zjistit obranyschopnost pacienta a agresivitu tumoru. Z krve se zjišťují speciální tzv.klasické onkomarkery. Jsou to vlastně různé makromolekuly, které vznikají v organismu v průběhu nádorového bujení. Např.CEA- karcinoembryonální antigen, CA 15-3 – glykoprotein, vyskytuje se u karcinomů bronchů a jater, SCCA- antigen skvamozních karcinomů, TK- tymidinkináza- u malobuněčného karcinomu plic, dále NSE - neurospecifická enoláza, ta se vyskytuje u malobuněčných i nemalobuněčných nádorů plic.

2.5.10 TNF klasifikace

Překlada znamená tumor, nodes and metastases classification. Je to klasifikace anatomického rozsahu tzv. staging nádoru na podkladu tří ukazatelů.

Jako jsou T- rozsah primárního nádoru, N- rozsah postižení regionálních uzlin, M- přítomnost a nepřítomnost metastáz. Dobře zpracovaná a pravidelně revidovaná klasifikace dovoluje poměrně slušně popsat vlastnosti, velikost, a šíření nádoru. Napomáhá odhadnout prognosu, plánovat adekvátní léčbu. V české republice existují 4. oficiální tadia. Pro stanovení TNM je nezbyté klinické a zobrazovací vyšetření (Klein, 2006)

2.6 Differenciální diagnostika

Nejčastější choroby, které se vyskytují současně s karcinomem plic. Je to především kardiovaskulární onemocnění, CHOPN a dále jiné novotvary.

2.7 Terapie

Léčba je komplexní. Závisí to také na mnoha faktorech, jako jsou druh karcinomu, velikost, rozsah nádoru, umístění, na TNM klasifikaci, přidruženým chorobách, celkovém stavu pacienta. Bronchogenní karcinom patří k nejzávažnějším zhoubným nádorům, jeho léčebné výsledky jsou stejně špatné jako u rakoviny pankreatu. Velmi důležitou roli při léčbě je také motivace a hlavně postoj pacienta k nádoru, vůli spolupracovat, kladný postoj a cíl do budoucna a hlavně nekouřit a v neposlední řadě sociální zázemí pacienta. Velmi důležitá je předoperační a pooperační péče. Předoperační péče v rámci plánované operace zahrnuje specifickou přípravu zaměřenou především na prevenci komplikací. U kardiálních pacientů, je nutná stabilizace hypertenze medikamentózně, a korigace arytmií a projevů ischemické choroby srdeční. Dále vysazení cigaret, farmakologická příprava, jako jsou léky na ovlivnění kvality produkce bronchiálního stromu. Nácvyk dechové rehabilitace a vykašlávání. Dále provedení vyšetřovacích technik. Intenzivní příprava trvá zhruba 1 až 2 týdny. Lze dosáhnout optimální kompenzace a předejít komplikacím. Perioperační péče zahrnuje provedení samotného zákroku, za celkové anestezie a kompletní monitorace pacienta. Cílem pooperační péče je překlenout jen rizikovější období po plicní resekci a zamezit vzniku komplikacím a navrátit pacienta do běžného života. Pacient obvykle uložen na jednotku

intenzivní péče, kde pacineta monitorují 24 hodin denně. Sledují celkový stav, operační ránu, hrudní drenáž, fyziologické funkce a možné komplikace, minimalizují bolest, zajišťují včasnou rehabilitaci. Nejdůležitější složkou léčby jsou podávání cytostatik, ozařování.

2.7.1 Chirurgická léčba

Je volena pokud je nádor zjištěn v operabilním stádiu a nemocný nemá žádné vážné kontraindikace k operaci (jako například chronická obstrukční bronchopulmonální choroba či ischemická choroba srdeční).

Cílem chirurgické léčby je odstranění nádoru a nebo jeho část a spádových lymfatických uzlin. Lobektomií lze odstranit celý plicní lalok a nebo pneumonektomií odstraněním celé plíce.

2.7.2 Chemoterapie

Nádor bývá často chemorezistentní. Proto je často indikováno společně ozařování s podáváním cytostatik. U hraničních operabilních nádorů je vhodné provést indukční - neoadjuktivní chemoterapii což znamená (cytoredukce v primárním nádoru) a pak navázat resekčním výkonem a nebo adjuvantní chemoterapii – což znamená chemoterapie podávána po nesekčním výkonu.

2.7.3 Radioterapie

Dávka ionizujícího záření bývá taková, aby došlo k destrukci nádoru. Radioterapie se mohou dobře doplňovat spolu s chemoterapií. Hlavním cílem je zmenšení nádoru v rámci usnadnění a zmenšení resekce nádoru. Je možná radiochemoterapie. Je dobrá k dosažení remise nádoru.

2.7.4 Lokální léčba

Představuje především intervenční výkony bronchologie, jejichž cílem je uvolnit dýchací cesty a omezit nádorové bujení. Jedná převážně o výkony paliativní. Snaha zlepšení kvality života. Například: mechanické uvolnění dýchacích cest, kryoterapie, fotodynamické terapie.

2.7.5 Imunologická léčba

Slouží převážně jako doplněk nebo alternativa chemoterapie a radioterapie v rámci prodloužení délky přežití a kvality života. Cílem je zvýšení imunogenicity nádoru a zvyšovat funkci imunitního systému. Podává se například BCG vakcína, tymové preparáty, cytokiny GM-CSF, nebo interleukín 2.

2.7.6 Podpůrná terapie

Zabývá se především obtížemi a problémy, které se mohou vyskytnout během léčby. Jako jsou: bolest, nevolnost, deprese, anxieta (úzkost), únava, nevolnost, zvracení, kachexie (vyhublost), infekční komplikace, metabolické poruchy, a jiné. Dále můžeme zařadit jsem tzv. balneoterapii. V překladu znamená láženská léčba. Zahrnuje veškeré druhy láženské péče. Jako láženská vodní léčba, masáže, rašelinové zábaly a koupele, světelná terapie a jiné (Pešek, 2002, Klein, 2006)

2.8 Prevence

Především spočívá ve výchově zdravého životního stylu. Především přestat kouřit, minimalizovat rizikové faktory. Sekundární prevence zahrnuje včasné vyhledávání pacientů s karcinomem plic a následně RTG hrudníku a cytologie sputa. Důležitou roli zde hraje také komunitní péče. Důležité je, aby pacient docházel na pravidelné preventivní prohlídky ke svému lékaři, nebo ke svému specialistovi, kde je léčen a sledován. Dále v rámci domácí péče, pomoci pacientovi s jeho

léčbou, provádět u něho kontroly a sedovat jeho stav. Zajistit pacientovi odbornou pomoc v rámci vlastního sociálního prostředí, dále pečovatelskou pomoc, či laickou pomoc dobrovolníků.

2.9 Prognósa

Prognosa je velmi závažná. Průměrně přežívá pouze 5% pacientů po dobu 5 let. Neléčená rakovina plic je u pacientů infaustní, umírají nejdéle do 3 let.

2.10 Specifika ošetrovatelské péče u nemocných s bronchogenním

karcinomem plic

Hlavním cílem ošetrovatelské péče je poskytnout pacientovi co nejkomfortnější ošetrovatelskou péči a umožnit dostatek informací o jeho zdravotním stavu ve fázi před operačním řešením.

Pacient bývá hospitalizován na speciálním interním oddělení, které se zaměřuje na respirační choroby tzv. TRN (Tuberkuloza a respirační choroby, dále jen TRN), kde je nutno pacienta v prvotní fázi, nově zjištěného karcinomu vyšetřit a stanovit přesnou diagnosu a následné chirurgické řešení.

2.10.1 Poloha a pohyb

Pacient uložen zpravidla na malý, klidný pokoj s možností být u okna. Poloha bývá zvýšená, Fowlerova. Pacient má relativní klid na lůžku.

2.10.2 Monitorace

Sestra dle lékaře monitoruje fyziologické funkce, krevní tlak, puls, dechovou frekvenci, kvalitu dýchání, vykašlávání krve, dušnost, kašel, sputum, barvu, vzhled, příměsi, tělesnou teplotu, celkový stav, psychický stav pacienta, stav hydratace, zda dodržuje dostatečný příjem tekutin a stav sliznic. Dále výsledky laboratorní a jiných vyšetřovacích metod v rámci předoperačního vyšetření.

2.10.3 Hygiena dýchacích cest

Edukovat pacienta o vykašlávání, aby hleny nezadržoval. Při jakémkoliv změně dýchání, objevení se dušnosti, přítomnosti krve hlásit sestře. Zajistit dostatek čerstvého vzduchu a zvlhčené prostředí.

2.10.4 Výživa

Zajistit dostatek tekutin, nejen u lůžka – minerálka, čaj. Je nutné zajistit stav hydratace a popřípadně sledovat příjem výdej tekutin. Strava je bez omezení. Dieta č.3 racionální. Pokud pacient hodně vykašlává sputum a krev, zajistit příjem intravenosně. Je vhodné doporučit pacientovi ať se vyvaruje mléčným výrobkům, zhoršují viskozitu hlenu. Usnadnit polykání, což znamená, ne suchou dráždivou stravu.

2.10.5 Vyprazdňování

Pokud je pacient v akutní fázi dušnosti, nebo pokud vykašlává krev, vyprazdňování na lůžku. Jinak bez omezení. Sledujeme stav vyprazdňování stolice i moče

2.10.6 Spánek a odpočinek

Je nutné pacientovi umožnit dostatečný klid a kvalitní odpočinek. Snažíme se minimalizovat rušivé faktory. Před spaním dostatečně vyvětrat místnost a vhodnou polohu při usínání. Popřípadně podáváme léky dle lékaře.

2.10.7 Rehabilitace

Zajistíme konzultaci s rehabilitačním pracovníkem. V rámci v předoperačním období je důležité nácvik dechové rehabilitace. Nácvik správného vykašlávání a správného dýchání. Usnadníme vykašlávání a tlumit kašel, podáváme léků dle lékaře.

Sledujeme také psychiku pacienta. Zajistíme spolupráci s rodinou. Zajistíme pacientovi dostatek informací o jeho zdravotním stavu. Informujeme lékaře o případných změnách psychického stavu pacienta. Pacient je touto životní situací frustrován a snaží se s ní vyrovnat, což se může projevit jako psychopatologické

projevy, jako jsou například poruchy adaptace, úzkost, deprese, panika, poruchy spánku, anticipační nauzea, zvracení (vomitus), porucha příjmu potravy. Dojde tak k zesílení osobních dispozic, jako jsou zvýšená vnímavost (sensibilita), zranitelnost, úzkostlivost. Někdy je nutné zajistit psychoterapii. Jejím cílem je zmírnit, napětí, frustraci, motivovat pacienta a znovu nalézt zájem o život a zapojit ho do léčby. Velmi důležitá je podpora a spolupráce s rodinou.

2.11 Patofyziologické ošetřovatelské diagnózy

Neznalost potřeba poučení o průběhu léčby a příznacích a průběhu choroby, z důvodů základního onemocnění, projevující se nespolupráci, nedodržování léčebného režimu.

Dýchání nedostatečné z důvodů náhlé změny zdravotního stavu, projevující se verbalizací, dušností, únavou, změnou nálady.

Strach z budoucnosti, projevující se výkyvy chování, změnou fyziologických funkcí, netečností.

Aktivita intolerance z důvodů základního onemocnění, projevující se verbalizací, únavou, sníženým pohybem

Společenská intolerance porušená z důvodů hospitalizace a závažné choroby, projevující se uzavřeností, sníženou spolupráci.

Spánek porušený z důvodů změny prostředí, projevující se nespavostí, buzením v noci, špatným usínáním

Bolest akutní z důvodů náhlé změny stavu, projevující se verbalizací

Péče o sebe sama nedostatečná z důvodů snížené výkonnosti, projevující se neschopností vykoupat se

Výživa porušená nedostatečná hrozící

Polykání porušené z důvodů prorůstání nádoru, projevující se obtížemi při jídle, pití, projevující se bolestivostí.

Infekce riziko vzniku z důvodů intravenózního vstupu

Tělesná teplota, riziko poruchy termoregulace z důvodů nádorového procesu.

2.12 Dispenzarizace a sledování, podpůrné skupiny

Pacienti s touto chorobou, jsou pravidelně sledováni a dispenzarováni. Docházejí celoživotně na pravidelné kontroly. Cílem dispenzarizace je především monitorace klinického stavu choroby, zajištění a sledování adekvátní léčby, minimalizace nežádoucích účinků, včasné rozpoznání a zachycení komplikací nebo progresu onemocnění, prodloužení kvality života. Dále České republice existují také evidence pro statistiky a výzkumné účely v rámci tohoto zákeřného onemocnění. Dispenzarizace je doživotní. Dispenzární prohlídky se provádějí v 1. roce stanovení diagnosy jednou za tři měsíce. V 2. roce po stanovení diagnosy 1krát za čtyři měsíce. V dalších letech jednou za šest měsíců a za 5 let a více u stabilizovaných pacientů jednou ročně. Sledování těchto pacientů provádí onkolog, pneumonolog a jeho obvodní lékař a nebo jiný odborný lékař. Pro mnohé pacienty jsou důležité tzv. podpurné skupiny. V zahraničí jich existuje několik, pracují v nich lékaři, sestry také psychologové i sami pacienti pomáhají nemocným vyrovnat se s nemocí, radí nemocným u jejich rodinám. V České republice začínají pomalu vznikat podobné skupiny. Například: ARCUS SOP Liberec, Liga proti rakovině Brno, Klub onko Zlín, Ligaga proti rakovině Praha(Chovancová, Vašková, 1998).

3. Praktická část

3.1 Identifikační údaje

Oddělení: Plicní oddělení TRN- 3.A, KNL- Liberec

Jméno a příjmení: K.J.

Datum narození: 14.7. 1949

Datum přijetí: 2.11. 2007

Ošetrovatelská péče: od 2.11.-do 5.11.2007

Stav: Rozvedený, žije s družkou

Zaměstnání: Elektrikář

Bydliště : Liberec

Pojišťovna : Všeobecná zdravotní pojišťovna-VZP

3.2 Anamnestické údaje

a) osobní anamnéza

Pacient se trvale léčí s hypertenzí. Užívá dlouhodobě léky (Lozap 1-0-0).

b) rodinná anamnéza

Pacient neudává žádné významné choroby , jak u svých rodičů tak i dětí. Nejsou přítomny žádné dědičné choroby. Anamnéza je bezvýznamná.

c) pracovní anamnéza

Pacient je vyučený elektrikář. Nyní pracuje ve své vlastní firmě.

d) sociální anamnéza

Pacient je rozvedený, nyní žije s družkou. Má již dva velké syny.

e) alergická anamnéza

Pacient neudává žádnou alergii.

f) farmakologická anamnéza

Pacient se léčí pouze s hypertenzí, trvale užívá chronickou medikaci Lozap (antihypertenzivum).

g) abusus

Již 30 let pacient nekouří, dříve 20 cigaret denně, černá káva pije pouze občas, pivo ojedinele. S tuberkulozou v kontaktu nebyl.

3.2.1 Důvod přijetí

Nynější onemocnění:

Pacient přivezen rychlou záchrannou službou na interní ambulanci pro hemoptýzu. Náhle ve večerních hodinách kolem 19:30 hodin byl pacient doma a začal pokašlávat s příměsí krve. Postupně jen krev s hleny. U praktického lékaře se pacient léčil s chronickým kašlem.

3.2.2 Lékařská diagnosa

Základní diagnóza: Hemoptýza
Suspektní tumor horního pólu levého plicního hilu

Ostatní diagnózy: Hypertenze na terapii

3.2.3 Stav při přijetí

Pacient je orientovaný, spolupracuje, při vědomí. Pacientův stav výživy je optimální věku, nedrží žádnou dietu. Kůže a sliznice jsou bez kožních kožních projevů, bez ikteru a cyanosy.

Lymfatické žlázy jsou nezvětšené. Hlava bez známek úrazu, zornice jsou izorokorické, reagují, skléry bílé. Krk a šíje volná, štítná žláza je nezvětšená, karotidy, symetrické, bez známek šelestu. Řeč je bez chrapotu. Hrudník je symetrický, nezvětšený a dýchání čisté sklípkové. Břicho nebolestivé na pohmat. Genitálie jsou přiměřené věku.

Obě končetiny jsou symetrické, bez známek otoků, a bez tromboembolických známek.

Pánev a páteř nebolestivé, bez známek obtíží. Pacientova váha je 65 kg. Jeho výška je 170 cm. Krevní tlak je 160/80 torrů. Puls je 100'za minutu. Dech je 16'za minutu. Tělesná teplota- 36,6 °C

3.3 Farmakoterapie při přijetí

Pacientovi byla zaveden intravenózní katétr, byla mu podána infuze 500ml fyziologického roztoku- F1/1 s minerály - 15 ml 7,45% KCL.

3.4 Vyšetření

Fyzikální vyšetření při přijetí

Pacient byl orientován, spolupracoval. Výživa bez omezení. Sliznice a kůže suché, bez defektů a otoků, cyanosy. Dušnost přítomna, eupnoe, hemoptýza. Hrudník symetrický, sklípkové dýchání. Krk a hlava symetrické, zornice izokorické, skléry čisté. Horní a dolní končetiny bez otoků a známek tromboembolických příznaků.

Laboratorní vyšetření krve, hematologie, biochemie.

Tabulka č. 1 - Sedimentace

Sedimentace - FW	Naměřená hodnota	Referenční hodnota
	8/16	10/20

Tabulka č. 2 - Biochemické vyšetření

Název	Naměřená hodnota	Referenční hodnota
Glykemie	8,6 ↑	3,3-6,1mmol/l
Na	139	132-146 mmol/l
K	3,3	3,8-5,5 mmol/l
CL	100	98-108 mmol/l
Osmolalita	293	275-300 mmol/l
Urea	6,3	2,8-7,5 mmol/l
Kreatinin	87,0	35-115 umol/l
CRP	3,4	≤ 10,1 mg/l

Tabulka č. 3 - Pulzní oxymetrie

Název	Naměřená hodnota	Referenční hodnota
SpO ₂	93 - 95%↓	99 - 100%

Tabulka č. 4 - ABR - Kapilární astrup

Název	Naměřená hodnota	Referenční hodnota
FiO ₂	0,2 ↓	0,3-05
pH	7,44	7,36-7,44
pCO ₂	-4,60 ↓	4,80-5,90 KPa
pO ₂	-6,90 ↓	9,20-14,4 KPa

Tabulka č. 5 - Hematologie - krevní srážlivost

Hodnota	Naměřená hodnota	Referenční hodnota
INR	1 ↓	2,00-4,00 s

RTG hrudníku

Závěr vyšetření: Kulovité zastření nasedající na rozšířený horní pól levého plicního hilu s diskretními spikuly do okolí. Vpravo plicní parenchym bez čerstvých ložiskových změn. Srdce nezvětšeno, stejné jako mediastinum. Ve střední čáře oblouky brániční ostré, klenuté úhly volné.

3.4.1 Provedená vyšetření

3.11.2007- EKG

Závěr - pacient bez známek přítomnosti chlopenních vad, pravidelný sinusový rytmus. QRS komplex je optimální hranici.

3.11. 2007- RTG hrudníku

Závěr - Kulovité zastření nasedající na rozšířený horní pól levého plicního hilu s diskrétními spikuly do okolí. Vpravo plicní parenchym bez čerstvých ložiskových změn. Srdce nezvětšeno, stejné jako mediastinum. Ve střední čáře oblouky brániční ostré, klenuté úhly volné.

CT vyšetření

Závěr - kulovitá TU (tumorová, dále jen TU) expanze velikosti 38x54x41 cm v horním laloku na rozhraní segmentů S1 a S3 částečně obklopující příslušné segmentární a subsegmentární bronchy. Několik uzlin do velikosti 12mm zleva při aortálním oblouku v úrovni TU a v oblasti levého hilu.

6.11.2007- Spirometrické vyšetření

Závěr - naměřené hodnoty jsou náležitě v mezní normě.

3.4.2 Léčba

Lozap 50mg, tablety, podání per os, dávka: 1-0-0 (antihypertenzivum)

Kalnomin, tablety, podání per os, dávka: 1-1-1 (ionty)

3.4.3 Operační diagnosa: Tumor plicního laloku vlevo

3.4.4 Plánovaný operační výkon: Horní lobektomie na 14.11 2007

3.5 Vlastní ošetrovatelská péče

Pacienta jsem sledovala po dobu pěti dnů na oddělení TRN v krajské nemocnici v Liberci.

Sledovaná hodnota	I.den - 2.11	II.den - 3.11	III.den - 4.11	IV.den- 5.11	V.den- 6.11
Teplota -°C	36,4	36,6	36,7	37,0	37,0
Krevní tlak -torrů	180/60	140/80	140/90	134/70	155/90
Hemoptýza -stupeň	4	0	0	5	3
Dýchání Frekvence/min.	100´	20´	25´	30´	29´

Sputum	+	0	0	+	+
Kašel	s příměsí	0	0	+	+
Dieta -číslo	3	3	3	3	3

Pacient se cítí celkem dobře.

Jeho rodina ho pravidelně navštěvuje. Snaží se maximálně dodržovat režimová a léčebná opatření. Pacient ještě podstoupil další vyšetření, jako například: CT- navigovaná plicní biopsie a echokardiografie, dále interní předoperační konzilium. Operace je naplánována na 14.11 2007 na chirurgickém oddělení, nemocnice v Liberci.

3.6 Zkrácené fyzikální vyšetření dle Kozeierové

Pacientův vzhled je upravený, dbá o svůj zevnějšek. Fyziologické funkce: Pacientova váha je 65 kg. Jeho výška je 170 cm. Krevní tlak je 160/80 torrů. Puls je 100'za minutu. Dech je 16'za minutu. Tělesná teplota - 36,6°C. Pacient je orientovaný, spolupracuje, při vědomí.

Kůže : Barva kůže je fyziologická, bez otoků a kožních lézí. Kožní turgor dobrý, vlhkost, teplota je fyziologická.

Vlasy : Plošné rozložení vlasů je přiměřené věku. Vlasy jsou drsnější. Obočí symetrické, bez řídnutí a známek infekce. Nejsou přítomny známky nadměrného ochlupení.

Nehty : Tvar nehtů konvexní, bez defektů a cyanosy, symetrický. Barva je fyziologická. Povrch nehtů hladký.

Lebka : Tvar lebky je symetrický. Velikost přiměřena věku. Tvar očí symetrický, bez otoků. Bez známek glaukomu a zánětů a bez mimovolných pohybů tváří. Tvar obličeje je symetrický. Slzný aparát a spojivka bez defektů. Zornice symetrické, izokorické. Ostrost zraku je dobrá, bez poruch.

Uši a sluch : Povrch kůže bez defektů. Barva je fyziologická. Ochlupení je přiměřené věku. Ostrost sluchu je dobrý.

Nosní dutina : Symetrická, rovná a bez výtoků. Palpitačně je citlivost dobrá. Stav kostí je bez patologie. Stav sliznice je dobrý.

Ústa, hltan : Stav sliznice a dásní je bez otoků a defektů. Stav chrupu je dobrý. Pacient má trvalý chrup zachován. Jazyk plazí středem. Mandle bez povlaku, čisté.

Krk : Lymfatické uzliny jsou nezvětšené. Štítná žláza symetrická, bez nálezu na pohmat. Průdušnice je ve střední čáře krku. Karotidy bez šelestu.

Hrudník a plíce : Pravidelné dýchání, fyziologické. Tvar hrudníku je symetrický. Pohyby hrudníku jsou pravidelné, symetrické a úplné. Držení těla pevné a vzpřímené. Chvění hrudníku je symetrické. Občas přítomnost abnormálních pohybů. Na poklep jasný a plný nález. Na poslech bez šelestů a pískotů a vrzotů. Průdušnice bez šelestů.

Srdce : Srdeční ozvy jsou pravidelné a bez šelestů.

Periferní cévy na horních a dolních končetinách : Pulzace je pravidelná, bez šelestů. Bez přítomnosti otoků. Barva kůže je fyziologická, bez cyanosy.

Břicho : Hladké, měkké a lehce vyklenuté, na pohmat nebolestivé. Kůže bez defektů. Symetrické ozvi. Pohyby břicha jsou pravidelné. Střevní peristaltika dobrá. Břišní aorta bez šelestů.

Pohlavní orgány : Na pohmat nebolestivé. Stav ochlupení je přiměřený věku.

3.7 Anamnéza - 1.dne hodnocení pacienta dle modelu M.Gordonové

3.7.1 Vnímání zdraví, aktivity k udržení zdraví

Pacient je informován o svém zdravotním stavu a jeho závažnosti. Se zdravotnickým personálem spolupracuje. Jeho psychický stav mu nebrání v komunikaci. Velmi mu záleží na jeho zdraví. Má obavy a strach z budoucnosti, především s operace a co bude poté. Rodina mu je na blízku, podporuje ho. Doufá, že po operaci bude zcela zdravý a že nádor se nebude šířit dále.

3.7.2 Výživa a metabolismus

Pacient doma nedrží žádnou dietu doma. Jí všechno bez omezení. Přestože se léčí s hypertenzí. Pacient má svou dietu s omezením solí a tuků, ale nedodržuje ji. Snaží se jíst pravidelně svačiny a oběd dodržuje vždy. Pacient nesnídá, pouze ranní čaj nebo minerálka neochucená. Černou kávu pije je zřídka i

alkohol. Pracuje jako elektrikář soukromník. Přes den pije spíše čaj, minerálku ochucenou, nebo bez příchuti, šťávy ovocné. Pacient nemá známky dehydratace. Přejme 2000ml denně tekutin. BMI je 24. Viz příloha č.5.

3.7.3 Vylučování moče, stolice, potu

Pacient si také nestěžuje na nadměrné pocení. Pacient neudává žádné obtíže s vylučováním. Neužívá ani žádné léky. Pacient močí bez obtíží. Neudává žádné obtíže či pálení nebo řezání při močení. Vylučování moče je pravidelné. Vylučování stolice je pravidelné. Zhruba 2x denně, záleží na složení a množství stravy za den. Forma obvykle tuhá, bez příměsí. Pacient neudává žádné zvláštní návyky při vyprazdňování.

3.7.4 Aktivita, cvičení

Pacient má pocit, že má ještě dostatek životní síly. Doufá, že to vše zvládne a překoná. Pacient doma necvičí, nechodí na žádný sport. Pouze občas s přítelkyní chodí na procházky do přírody. Mají s přítelkyní chalupu, na kterou co nejvíce jezdí a tráví tam každou volnou chvíli. Netrpí žádným omezením, které by mu bránilo v pohybu a omezovali ho v aktivitě. Soběstačnost je plné míře, (viz příloha č.2). Pacient dosáhl 100 bodů a je nezávislý.

3.7.5 Spánek a odpočinek

Pacient doma spí celou noc, pravidelně. Neužívá žádné léky na spaní. Spí obvykle 6-7 hodin denně. Dříve pacient aktivně sportoval-hrál fotbal. Dnes se snaží pouze rekreačně. S přítelkyní chodí na procházky, občas i na plavání, turistika, chata. Dále také přátelské srazy s přáteli, ale i odpočinek doma u televize při sportu.

3.7.6 Vnímání a poznávání

Pacient slyší a vidí dobře na blízko i na dálku. Neudává žádné změny chuti ani čichu. Netrpí poruchou paměti. Na otázky odpovídá srozumitelně a rychle. Je milý a vstřícný. Pouze ho velmi trápí chronický kašel, který se mu stále vrací. Občas má ho trápí obtíže s vykašláváním. Přiznal, že má strach z dalšího postupu, především s operace a další péče o jeho nemoc. GCS je 15 bodů, viz příloha číslo 4.

3.7.7 Sebepojetí, sebeúcta

Přestože pacient nikdy nedodržoval pravidelný režim a dietu. Pouze již 30 let nekouří, což považuje za své životní vítězství nad sebou samým. Nyní si dal předsevzetí, že bude dbát o své zdraví více. Velmi ho trápí, nebo spíše, jak on sám říká, nutí ho to stále přemýšlet nad svou nemocí, stále nemá všechny informace a neví, nezná jak to bude s další léčbou. V době zavedení kanyly, měl pocit, aby nedošlo k infekci.

3.7.8 Role a mezilidské vztahy

V současné době žije s přítelkyní již několik let malém rodinném domku za Libercem. Je rozvedený. Má dva syny, již dospělé. Zatím „pouze“ jedno vnouče. Rodina ho během hospitalizace podporuje.

3.7.9 Sexuálně reprodukční schopnost

Má dva syny. Žije aktivním sexuálním životem. S přítelkyní žije v harmonickém vztahu. Neudává obtíže s reprodukční funkcí.

3.7.10 Stresové, zátěžové situace

Stres si pacient „nepřipouští“. Protože jeho povolání elektrikáře někdy vyžaduje značnou dávku klidu. Je spíše klidný člověk a přistoupí na kompromis. Pomáhá mu hodně rodina a přátelé v práci.

3.7.11 Víra, životní hodnoty

Pacient není věřící. Mezi své životní hodnoty řadí zdraví, moc si přeje, aby vše dopadlo dobře a on mohl dál žít a dělat všechny věci, co doposud. Dále jsem řadí rodinu, přátelé a práci. Mezi jeho nejdůležitější patří rodina a práce.

3.8 Seznam ošetrovateľských diagnos

1.

2.11. Strach z dôvodů náhle změny zdravotního stavu a plánované operace z důvodů nedostatku informací, projevující s neklidem, zvýšeným pocitem napětí, poruchou spánku, verbalizací.

2.

2.11. Dýchání nedostatečné z důvodů základního onemocnění projevující se verbalizací, kašlem, vykašláváním sputa s příměsí krve, únavou, změnou nálady.

3.

2.11. Neznalost potřeba poučení o průběhu léčby a příznacích z důvodů nedostatku informací, projevující se nedodržování klidového režimu, verbalizací, dotazy.

4.

2.11. Infekce riziko vzniku z důvodů periferního, žilního katétru

5.

2.11. Aspirace, zvýšené riziko z důvodů hemoptýzy, kašle a nadměrnou produkcí sputa

6.

2.11. Tělesná teplota, riziko poruchy termoregulace z důvodů nádorového procesu.

3.8.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy

Strach z důvodů náhlé změny zdravotního stavu a plánované operace z důvodů nedostatku informací projevující se neklidem, zvýšeným pocitem napětím, poruchou spánku, verbalizací

Cíl:

KC- pacient má minimalizován pocit napětí do 24 hodin

DC- pacient verbalizuje snížení pocitu strachu v maximální možné míře do 3 dnů

VK- pacient zná příčiny, které vedou ke strachu do 2 hodin

- pacient umí používat relaxační techniky na zmírnění napětí a odpoutání

- se od strachu do 3dnů

- pacient dovede hovořit o svém strachu do 1 týdne

Intervence:

- Zhodnoťte stav pacientova strachu a poruchu spánku - ihned - primární sestra

- Buďte pacientovi na blízku během jeho hospitalizace - průběžně - primární sestra
- Zajistěte vhodné prostředí pro usínání v jeho pokoji do 48 hodin - primární sestra
- Podávejte pacientovi pravdivé a dostatek informací - při každém kontaktu
- Podávejte léky dle ordinace lékaře - průběžně - primární sestra
- Naučte pacienta relaxovat, umět odpočívat - průběžně - primární sestra
- Po případě zajistěte konzultaci s psychologem
- Zapojte pacientovu rodinu - primární sestra
- Naslouchejte pacientovi, nechte mu dostatek prostoru na otázky - průběžně - primární sestra

Realizace:

Nejprve jsem zhodnotila celkový stav pacienta a jeho pocity strachu. Naslouchala jsem mu, byla mu na blízku. Veškeré otázky jsem mu zodpověděla pravdivě. Vždy jsem mu nechala prostor na utřebení myšlenek a kladení otázek. Zajistila jsem vhodné prostředí pacientovi, odstranila rušivé elementy.

Hodnocení:

Efekt byl částečný. Pacient verbalizuje snížení pocitu strachu, je klidnější, má kvalitnější spánek. On sám uvádí: „Až po operaci, se vše zlepší“.

Dýchání nedostatečné z důvodů základního onemocnění, projevující se kašlem, vykašláváním sputa s příměsí krve, únavou.

Cíl:

KC- pacient verbalizuje snížení pocitu únavy do 24 hodin

DC- pacient má optimální dýchání v maximální možné míře do 3 dnů

VK- pacient si sleduje pravidelnost dýchání do 24h.

- pacient umí verbalizovat projevy své choroby do 48h.
- pacient dovede rozpoznat a popsat své obtíže do 24 hodin

Intervence:

- Zhodnoťte stav dýchání pacienta do 24 hodin
- Zajistěte vhodné prostředí pro pacienta na jeho pokoji - ihned - primární sestra
- Sledujte celkový stav pacienta, dýchání, vědomí, tělesnou teplotu, puls, krevní tlak - třikrát denně - primární sestra

- Monitorujte kašel a vykašlávání sputa a hemoptýzu, polohu pacienta - průběžně primární sestra
- Zajistěte vhodnou polohu - ihned - primární sestra
- Vše zaznamenávejte do dokumentace - průběžně
- Zajistěte dostatek tekutin u lůžka pacienta do 24 hodin - primární sestra
- Edukujte ho o nutnosti dodržování pitného režimu za 24 hodin - do 1 hodiny - primární sestra
- Monitorujte příjem a výdej tekutin a zaznamenávat vše do dokumentace - průběžně - primární sestra
- Zajistěte rehabilitačního pracovníka, z důvodů náviku správného dýchání a odkašlávání, z důvodů pooperační fáze
- Zdůrazněte pacientovi, správné vykašlávání - ihned - primární sestra
- Zajistěte hygienu dýchacích cest do 24 hodin - primární sestra
- Dodržovat hygienické návyky při vykašlávání
- Zapojte rodinu do léčebného režimu do 24 hodin
- Podávejte léky a studené obklady na hrudník dle ordinace lékaře - primární sestra
- Sledujte laboratorní výsledky a psychický stav pacienta - průběžně

Realizace:

Nejprve jsme zhodnotila stav dýchání pacienta. Zajistila jsme vhodnou polohu a vhodné prostředí pro pacienta na pokoji. Zajistila jsem dostatek tekutin pacientovi u lůžka a zdůraznila mu nutnost pitného režimu. Poučila jsem o nutnosti správného vykašlávání. Podávala jsem léky dle lékaře. Sledovala pacientovu hemoptýzu a vykašlávání sputa a celkový stav. Veškeré informace o pacientovi jsem zaznamenávala do dokumentace.

Hodnocení:

Efekt byl úplný. Pacient pravidelně dýchá, ulevilo se mu po vhodné poloze a užívá medikace a studených obkladů. Jeho nálada byla někdy smutná z důvodů hemoptýzy.

Neznalost, potřeba poučení o průběhu léčby, příznacích, z důvodů nedostatku informací, projevující se nedodržíváním klidového režimu, verbalizací, dotazy.

Cíl:

KC- pacient zná význam dodržování léčebného režimu do 24 hodin

DC- pacient zná veškeré potřebné informace a dodržuje léčebný režim do 1 týdne

VK- pacient zná závažnost daného onemocnění do 3dnů

- pacient umí používat vhodné metody k získávání stále nových informací do 5dnů
- pacient dovede hovořit o svých obtížích do 48 hodin

Intervence:

- Zhodnoňte stav informovanosti pacienta do 24 hodin - primární sestra
- Podávejte pacientovi co nejvíce pravdivých informací do 1 týdne
- Buďte pacientovi na blízku během dne - průběžně - primární sestra
- Zajistěte vhodné prostředí k rozhovoru do 48 hodin - primární sestra
- Nechte pacientovi dostatek prostoru na jeho otázky při každém kontaktu
- Zajistěte rozhovor s lékařem do 1 dne - primární sestra
- Zapojte rodinu pacienta do 24 hodin - primární sestra

- Edukujte rodinu ohledně onemocnění do 24 hodin

Realizace:

Pacientovi jsem vysvětlila důležitost a nutnost informací. Nechala jsem mu dostatek prostoru na kladení jeho otázek. Seznámila jsem s léčebným režimem nemocného rodinu a zajistila jsem spolupráci s lékařem. Byla jsem mu vždy na blízku. Dále jsem zajistila klidné a soukromé prostředí pro rozhovor. Poskytla jsem mu veškeré informace ohledně onemocnění.

Hodnocení:

Efekt úplný. Pacient má dostatek informací o svém onemocnění, dodržuje klidový režim.

Infekce, riziko vzniku, z důvodů periferního žilního katétru a chronického onemocnění

Cíl:

KC- pacient zná příčiny zavedení i.v.kanyly do 2 hodin

DC- pacient nejeví známky infekce do konce hospitalizace

Intervence:

- Zhodnoťte stav a rizika vzniku infekce do 24 hodin - primární sestra
- Sledujte příznaky infekce (červenání, bolestivost, otok, poruchu hybnosti) - průběžně primární sestra
- Sledujte celkový stav pacienta - průběžně - primární sestra
- Veškeré sledování zaznamenávejte do dokumentace - průběžně
- Provádějte pravidelné kontroly intravenózního vstupu ráno a večer
- Zajistěte pravidelné a zcela aseptické převazy kanyly 2 denně, dle potřeby - primární sestra
- Při známkách infekce hlase lékaři - ihned - primární sestra
- Sledujte laboratorní výsledky každý den
- Pacient zná zásady péče o PŽK do 1 dne

Realizace :

Sledovala jsem stav a okolí intravenózního vstupu. Prováděla jsem dvakrát denně kontroly a převazy dle potřeby, asepticky. Pacienta jsem seznámila se zásady v péči o PŽK a vysvětlila nutnost těchto kontrol.

Zhodnocení :

Efekt úplný. U pacienta nedošlo k rozvoji infekce, umí pečovat o PŽK.

Aspirace, zvýšení riziko z důvodů hemoptýzy, kašle s nadměrnou produkcí sputa

Cíl :

KD- pacient zná rizika vzniku dušení do 24 hodin

DC- pacient nemá projevy aspirace do konce hospitalizace

Intervence :y - ihned - primární sestra

- Zajistěte pacientovi vhodnou polohu - ihned - primární sestra
- Zajistěte signalizací u lůžka - ihned - primární sestra
- Sledujte celkový stav pacienta - průběžně
- Monitorujte fyziologické funkce (dýchání hemoptýzu, kašel, teplotu, krevní tlak (dále jen TK), puls, stav vědomí)
- Sledujte stav dýchání, příměsi, vykašlávání sputa, příměsi krve
- Vše zaznamenávejte do dokumentace
- Veškeré změny hlase lékaři
- Zajistěte dostatek tekutin u lůžka - ihned - primární sestra, hodně zapíjet stravu

Realizace : Nejprve jsem zhodnotila celkový stav pacienta, zajistili jsem vhodnou polohu a signalizaci u lůžka. Pravidelně jsem monitorovala fyziologické funkce a stav dýchání, příměsi hemoptýzu a celkový stav pacienta. Vše jsem zaznamenávala do dokumentace. Zajistila jsem pacientovi dostatek tekutin u lůžka.

Zhodnocení : efekt úplný. U pacienta nedošlo k aspiraci.

Tělesná teplota, riziko poruchy regulace z důvodů nádorového procesu.

Cíl :

KC- pacient zná příčiny vzniku febrilií do 48 hodin

DC- pacient má fyziologickou tělesnou teplotu do 2dnů

Intervence :

- Zhodnotě stav tělesné teploty - ihned - primární sestra
- Zajistěte vhodné tekutiny k lůžku nemocného - ihned - primární sestra
- Provádějte pravidelné kontroly a měření tělesné 2 denně
- Nabízejte nemocnému tekutiny - při každém kontaktu
- Vše zaznamenávejte do dokumentace - průběžně
- Sledujte laboratorní výsledky - průběžně
- Podávejte léky ke snížení teploty - ihned- primární sestra
- Monitorujte celkový stav, fyziologické funkce

Realizace: Pravidelně jsem kontrolovala tělesnou teplotu, celkový stav a vše zaznamenávala do dokumentace. Také jsem pacientovi zajistila dostatek tekutin u lůžka. Sledovala příjem a výdej tekutin za 24 hodin.

Zhodnocení : Efekt úplný. U pacienta nedošlo během hospitalizace k poruše termoregulace. Pacient si sám sledoval tělesnou teplotu a vše hlásil.

4. Edukace pacienta

4.1 Edukační záznam (viz příloha č.1)

4.2 Edukační plán

Edukační diagnosa:

Neznalost potřeba poučení o dechové gymnastice, hygieně dýchacích cest a správnému odkašlávání z důvodů základního onemocnění, projevující se verbalizací, kladením otázek, špatným odkašláváním.

Cíl:

KC - Pacient zná nutnost správné hygieny v péči o dýchací cesty do 24 hodin

DC - Pacient dodržuje správné odkašlávání a dechové cvičení do 5 dnů.

VK - Pacient zná důležitost těchto opatření do 24 hodin

- Pacient dovede používat cviky do 1 týdne
- Pacient umí pečovat o své dýchací cesty do 3 dnů

Intervence:

- Zhodnotě stav informovanosti do 2 hodin - primární sestra
- podávejte co nejvíce informací – průběžně
- zajistěte vhodné prostředí pro edukaci a dostatek pomůcek do 1 hodiny
- poučte pacienta o nutnosti odkašlávání a vykašlávání hlenu, nic nezadržovat
- pravidelně provádět kondiční a dechové cvičení s pacientem - průběžně
- zajistěte konzultaci s rehabilitačním pracovníkem do 24 hodin - primární sestra
- nechte pacientovi dostatek prostoru na otázky
- buďte pacientovi na blízku během dne – průběžně
- naučte pacienta používat pomůcky do 1 dne

Realizace:

Nejprve jsem zajistila vhodné prostředí pro edukaci. Odstranila jsem veškeré rušivé elementy. Vše jsem pacientovi vysvětlila. Zajistila jsem vhodné pomůcky. Nechala jsem pacientovi dostatek prostoru a času na otázky a názorné ukázky. Zajistila jsem konzultaci s RHC pracovníkem.

Efekt : Efekt byl úplný. Pacient pochopil všechny probírané témata i názorné ukázky. Vše si vyzkoušel na sobě. Nechala jsem mu dostatek času na dotazy otázky.

4.2.1 Výukové cíle - kognitivní, afektivní

Cílem je, aby pacient pochopil nutnost nácvičení správného dýchání, odkašlávání, dechové gymnastiky a kondičního cvičení, které bude využívat v pooperační péči, pro zlepšení a usnadnění v péči o dýchací cesty a dýchání. Pacient bude spolupracovat a přijímat nové rady a poznatky v péči o dýchací cesty.

4.2.2 Podmínky - zájem pacienta

Pacient jeví zájem o edukaci, jak správně nacvičovat dýchání, frekvenci, rytmus, dále správně odkašlávat, hygienu průdušek. Různé dechové cvičení, gymnastika, posilování inspiračních a expiračních svalových skupin. A také kondiční cvičení celého těla.

4.2.3 Organizační forma - individuální

Organizační forma je individuální z důvodů velmi závažného onemocnění. Proto je nutné volit individuální přístup k pacientovi a k rodině.

4.2.4 Didaktické pomůcky - letáček, obrazová dokumentace, video

Vzhledem k závažnosti nemoci, jsem zvolila letákovou instrukci, jak správně cvičit, postup při dechové gymnastice a správném odkašlávání. Dále jsem pacientovi pustila video, jak správně by měl dýchat po operaci a také obrázky ohledně správné polohy.

4.2.5 Použité metody

a) Verbálně

b) Názorné obrazové ukázky

c) Video záznamu

4.2.6 Tématické okruhy edukace

a) Úvod

b) Důležitost nácviku správného dýchání, dechové gymnastiky a odkašlávání

c) Význam těchto technik

d) Cíle dechové gymnastiky, kondičního cvičení, polohy

e) Správnost postupů při cvičení

f) Vlatní demonstrace dechového cvičení (ukázka a nácvik)

g) Otázky, odpovědi

4.2.7 Motivace k edukaci

Není nutné zvyšovat motivaci nemocného k edukaci. Pacient jeví velký zájem o edukaci.

4.2.8 Efekt

Efekt je úplný. Pacient přijal nutnost a pochopil důležitost nácviku správného dýchání, dechové gymnastiky a polohy a v neposlední řadě kondičního cvičení. Pacient v pravidelných intervalech nacvičuje dýchání, odkašlávání a spolupracuje s ošetrovatelským personálem a rehabilitačním pracovníkem.

4.2.9 Význam edukace

Pacient se celkově zklidnil, již nepocituje takový strach. Zná nutnost předoperačního nácviku dýchání, dechové gymnastiky, polohu a kondičního cvičení a jeho využití v pooperačním období.

4.2.10 Kontrolní otázky pro sestru

Kontrolní otázky	Správné odpovědi
Víte, jak překonat pocity strachu z pooperační péče o dýchací cesty a dýchání?	Vlídným, trpělivým přístupem ke každému pacientovi. Se vším ho seznámit. Dostatek informací.
Proč mohou pacienti odmítat edukaci před operací?	Z důvodů nedostatečných informací o pooperační péči o dýchací cesty.
Proč mají pacienti strach z pooperační péče dýchací cesty a zda budou moci dýchat?	Z nedostatku informací a bojí se zeptat, jak to bude dál.

4.2.11 Postup při zaškolení - edukaci pacienta

Nejprve jsem pacienta seznámila s nutností nácvičku správného dýchání, dechové gymnastiky, odkašlávání a kondičního cvičení, polohy, před operací.

S projeveným zájmem ze strany pacienta jsem získala pacienta pro společnou spolupráci.

Poskytla jsem pacientovi obrazový náhled správnosti cvičení, polohy.

Dále jsem pacientovi pustila videozáznam, jak správně dýchat a odkašlávat a také letáčky.

Zajistila jsem dostatečné soukromí a vhodné prostředí při edukaci.

Především jsem se snažila vycházet z pocitů pacienta a z jeho zájmu o edukaci.

Edukace proběhla v ambulantní místnosti na plicním oddělení.

Rozhovorem, diskuzí a názornými ukázkami, se mi podařilo získat pacienta k nácvikům dýchání, dechové gymnastice, správného odkašlávání i cvičení a polohy a rozptýlit především nejasnosti ohledně dýchání po operaci.

4.2.12 Kontrolní otázky pro pacienta

Kontrolní otázky	Správné odpovědi
Proč je důležitý nácvik těchto postupů v péči o dýchací cesty?	Pro lepší a hladší průběh v pooperačním období.
Co vám nejvíc vadí při nácviku v předoperační péči?	Zpravidla nic. Chápu nutnost cvičení.
Víte co vše je součástí nácviku v péči o dýchací cesty?	Nácvik správného dýchání a odkašlávání, dechové cvičení a kondiční cvičení.
Víte, kdo vás poučí o péči o dýchací cesty?	Ano, rehabilitační pracovník, a sestra.
Víte, proč se musí naučit těchto postupů	Protože po operaci, již nebude kdy, to už je

před operací?	třeba zahájit tyto postupy.
---------------	-----------------------------

4.2 Souhrn a zhodnocení edukace

Edukace pacienta probíhala v klidném prostředí na plicním oddělení. Pacient byl od prvního dne vstřícný a otevřený ke všem úkolům a otázkám. Velmi příjemně a lehce se s pacientem navazoval kontakt. Při nejasnostech ve výkladu a se hned na vše zeptal a vždy měl připravené otázky, které se týkaly tématu. Po skončení našeho edukačního rozhovoru jsem já i pacient měli velmi příjemný pocit, z nazbýraných vědomostí. Pozorovala jsem na pacientovi určitou míru zklidnění a porozumění.

4.3 Hodnocení ošetrovatelské péče

a) hodnocení nemocným

Pacient pochopil závažnost onemocnění a nutnost operace a další léčby.

b) Hodnocení sestrou

Snažila jsem se být pacientovi na blízku. Dále v tak závažné stavu být více empatická.

Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se věnovala problematice nádorového onemocnění plic. Snažila jsem přiblížit patofyziologii nádorového procesu. Dále jsem se snažila rozpracovat teoretickou část, věnovanou karcinomu plic. Je to velmi závažné onemocnění se stoupajícím nárůstem počtu nemocných. Nejen u nás v České republice, ale dle WHO i na celém světě. Velmi často je rozhodující včasná diagnostika nemoci a rozpoznání příznaků. Často pacient vyhledá svého lékaře až s pokročilými známkami nemoci, někdy až když u něho lékař objeví známky metastazujících změn.

Během své praxe jsem sbírala podklady a informace nezbytné pro sepsání mé práce. Získávala jsem je nejen od pacienta, zdravotnického personálu, ale i od rodiny nemocného a jeho okolí. Stanovené cíle v ošetrovatelské péči jsem splnila, podrobně jsem rozpracovala jednotlivé složky ošetrovatelského procesu. Veškeré pacientovi aktuální i potenciální problémy jsem vytyčila a navrhla jejich další řešení. Dále jsem se věnovala edukaci v péči o pacientovi dýchací cesty, dechové cvičení, hygienu a péči o ně. Vše jsem pacientovi podrobně vysvětlila a názorně ukázala a posléze vyhodnotila.

Při komunikaci s pacientem se nevyskytly žádné problémy či nejasnosti. Snažila jsem se splnit veškeré stanovené cíle, vše realizovat a poté kvalitně zhodnotit.

„Zdraví je předpokladem všeho.“(Miloš Kopecký)

Seznam bibliografických odkazů

1. DYLEVSKÝ, I.: *Anatomie a fyziologie člověka*. Olomouc : Nakladatelství Epava, 1998. 429s. ISBN 80-901667-0-9
2. ČIHÁK, R.: *Anatomie 2*. 2.upravené a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing spol.s.r.o.,2002. 488s. ISBN 80-247-0143-X
- 3.NÉTTER, F.H.: *Anatomický atlas člověka*. Praha: Grada Publishing a.s., 2003. 608s. ISBN 80-247-0517-6

4. STŘÍTEVSKÝ, J.: Patologie. 1.vyd. Olomouc: Nakladatelství Epava, 2001. 338s.
ISBN 80-86297-06-3
5. KLENER, P., HOMOLKA, J., et kol: *Vnitřní lékařství svazek III.-Pneumologie*.
1vyd. Praha: Galén, Univerzita Karlova, 2001. 124 s. ISBN 80-246-0369-1
6. PACOVSKÝ, V., STANKOVÁ, M.: *Vnitřní lékařství*. 1 vyd. Praha: Nakladatelství
Scintia Media, spol s.r.o., 1996. 56s. ISBN 80-85526-55-7
7. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M.: *Interní ošetřovatelství*. 1vyd. Praha: Grada
Publishing,a.s., 2006. 280s. ISBN 80-247-1148-6
8. TEŘL, M., a kolektiv autorů: *Plicní lékařství*. 1vyd. Praha: Karolinum, Univerzita
Karlova, 2004. 218s. ISBN 80-246-0820-0
9. KLENER, P.: *Základy vnitřního lékařství*. Praha: Karolinum, Univerzita Karlova,
1996. 170s. ISBN 80-7184-121-8
10. JAKOUBKOVÁ, J., et al: *Trendy soudobé onkologie: Paliativní medicína*. 1vyd.
Praha: Nakladatelství galén, 1998. 125s. ISBN 80-85824-78-7
11. ŠPÁSOVÁ, I., PÁRÁKOVÁ, Z., PRCHALOVÁ, E.: *Ošetřovatelství- tuberkulóza,*

respirační insuficience, karcinom plic. Hradec králové:Nucleus HK, 2001. 175s.

ISBN 80-86225-13-5

12. PETRUŽELA, L., KONOPÁSEK, B.: *Klinická onkologie.* Praha: Karolinum,

Univerzita Karlova, 2003. 274s. ISBN 80-246-0395-0

13. MUSIL, J., PETŘÍK, F., TREFNÝ, M., a kolektiv autorů: *Pneumonologie.* Praha:

Karolinum, Univerzita Karlova, 2005. 248s. ISBN 80-246-0993-2

14. SALAJKA, F., PÁRÁKOVÁ, Z., PRCHALOVÁ, E.: *Novinky v pneumonologii.*

1. vyd. Hradec Králové: Nadační fond pro léčbu a výzkum plicních přidružených onemocnění, 2006. 244s. ISBN 80-239-7293-6

15. KLEIN, J.: *Chirurgie karcinomu plic.* Praha: Grada Publishing, s.r.o., 2006. 206s.

ISBN 80-247-1384-5

16. PEŠEK, M. et kol.: *Bronchogenní karcinom.* Praha: Nakladatelství Galén, 2002.

237s. ISBN 80-7262-115-7

17. SPURNÝ, V., ŠLAMPÁ, P.: *Moderní radioterapeutické metody.* Brno: Institut pro

další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 118s.

ISBN 80-7013-267-1

18. CHOVANCOVÁ, Z. VAŠKOVÁ, J.: *Diagnoza nádor a co dál... průvodce životem nemocného z rakovinou*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, spol.s.r.o., 1998. 104s.
ISBN 80-7169-668-4
19. TRACHTENBERG, A.CH., BADALÍK, L., MALÍK, V.a kolektiv: *Rakovina plúc*.
Martin: Vydavatel'stvo Osveta, š.p., 1992. 348s. ISBN 80-217-0388-1
20. KOZEIROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R.: *Ošetrovatel'stvo I*. Martin:
Vydavatel'stvo Osveta, 1995. 839s. ISBN 80-217- 0528-0
21. DOENGES, M. E., MOOREHOUSE, M. F.: *Kapesní průvodce zdravotní sestry. 2 přepracované a rozšířené vydání*. Praha: Grada Publishing, spol.s.r.o., 2001. 568s.
ISBN 80-247-0242-8
22. Kolektiv autorů: *Systémová enzymoterapie v onkologii*. Praha: MUCOS Pharma
CZ, s.r.o, 1999. 76s. ISBN neuvedeno
23. Časopis české onkologické společnosti a slovenské onkologické společnosti:
Klinická onkologie, plicní komplikace u nemocných s maligními nádory.
Masarykův onkologický ústav Brno, Česká lékařská společnost:Nakladatelství ApS
Brno, spol.s.r.o. 1994. ISSN 0862-495X

Seznam příloh

Příloha č.1 Edukace pacienta

Příloha č.2 Barthelův test základní dovedností

Příloha č.3 Beinstainova škála k hodnocení situace a rizik v oblasti dýchání

Příloha č.4 Glasgow Coma scale

Příloha č.5 Index tělesné hmotnosti

Příloha č.6 Beckova sebesuzovací stupnice deprese

Příloha č.7 Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Seznam ilustrací a tabulek

Příloha č.8 Obrazová ilustrace - Pohled plic z mediální strany

Příloha č.9 Obrazová ilustrace - Plíce in situ

Příloha č.10 Obrazová ilustrace - Topografie plic

Příloha č.11 Obrazová ilustrace - RTG obraz plic

Tabulka 1 Sedimentace	34
Tabulka 2 Biochemické vyšetření	34
Tabulka 3 Pulzní oxymetrie	34
Tabulka 4 ABR- Kapilární astrup	35
Tabulka 5 Hematologie -Krevní srážlivost	35

Příloha č.1

ZÁZNAM O EDUKACI list č.....1.....

JMÉNO, PŘIJMENÍ: (iniciály)	K.J	ODDĚLENÍ:	TRN 2.B		
LÉKAŘSKÁ DIAGNÓZA:	1) Karcinom plic	EDUKOVANÝ JE:	<input type="checkbox"/> PA pacient	<input type="checkbox"/> RO rodina	<input type="checkbox"/> OST ostatní
	2) Hypertenze na terapii	VZTAH K ZAŘÍZENÍ:	<input type="checkbox"/> hospitalizovaný		
	3)		<input type="checkbox"/> ambulantní		
	4)		<input type="checkbox"/> účastník vzdělávací akce		
	5)		<input type="checkbox"/> jiné:		
EDUKACE JE ZAMĚŘENA:	<input type="checkbox"/> vstupní informace	POUŽÍVÁNÍ POMŮCEK, ZÁVISLOST NA PŘÍSTROJI:			
	<input type="checkbox"/> jednorázové vzdělávání	<input type="checkbox"/> naslouchadla	<input type="checkbox"/> inzulín		
	<input type="checkbox"/> průběžné vzdělávání	<input type="checkbox"/> respirační terapie	<input type="checkbox"/> stomie		
	<input type="checkbox"/> reedukace	<input type="checkbox"/> zubní protéza	<input type="checkbox"/> medikace		
	<input type="checkbox"/> informace při propuštění	<input type="checkbox"/> berle/vozik	<input type="checkbox"/> neschopnost řeči		

<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		MEDIKACE OVLIVŇUJÍCÍ EDUKACI:				<input type="checkbox"/>	
FORMA EDUKACE:		REAKCE NA EDUKACI:		EXISTUJÍCÍ KOMUNIKAČNÍ BARIÉRA:			
<input type="checkbox"/> UK - ukázka		<input type="checkbox"/> DT - dotazy		<input type="checkbox"/> smyslová:		<input type="checkbox"/> sluch	
<input type="checkbox"/> LE -letáček		<input type="checkbox"/> VP - verbální pochopení		<input type="checkbox"/> zrak		<input type="checkbox"/> chuť	
<input type="checkbox"/> VE -verbálně		<input type="checkbox"/> OV - odmítnutí výuky		<input type="checkbox"/> fyzická:		<input type="checkbox"/> hmat	
<input type="checkbox"/> VI - video		<input type="checkbox"/> NO - nutno opakovat		<input type="checkbox"/> jazyková		<input type="checkbox"/> čich	
<input type="checkbox"/> TV - televize		<input type="checkbox"/> NE - nezáměr		<input type="checkbox"/> řeč, čtení, psaní:		<input type="checkbox"/> afázie	
<input type="checkbox"/> PI - písemně		<input type="checkbox"/> NP - neschopnost pochopit		<input type="checkbox"/> dysfázie		<input type="checkbox"/> apraxie	
<input type="checkbox"/> IN - instrukce		<input type="checkbox"/> PD - prokázána dovednost		<input type="checkbox"/> dyslexie		<input type="checkbox"/> koktání	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> etnické:		<input type="checkbox"/> jiné	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> duchovní:		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> psychické:		<input type="checkbox"/> stres	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> úzkost		<input type="checkbox"/> deprese	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> jiné		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> neschopnost řeči		<input type="checkbox"/> afázie.....	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> jiné		<input type="checkbox"/>	
EDUKAČNÍ POTŘEBA V OBLASTI:				<input type="checkbox"/> iatrogenní		<input type="checkbox"/> lékař	
<input type="checkbox"/> 1. VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ		<input type="checkbox"/> 7. SEBEPOJETÍ		<input type="checkbox"/> sestra		<input type="checkbox"/> léky	
<input type="checkbox"/> 2. VÝŽIVA, METABOLISMUS		<input type="checkbox"/> 8. ROLE - MEZILID. VZTAHY		<input type="checkbox"/> jiné		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 3. VYLUČOVÁNÍ		<input type="checkbox"/> 9. SEXUALITA, REPRO. SCH.		<input type="checkbox"/> biorytmus		<input type="checkbox"/> „sova,,	
<input type="checkbox"/> 4. AKTIVITA, CVIČENÍ		<input type="checkbox"/> 10. STRES., ZÁTĚŽ. SITUACE		<input type="checkbox"/> „skřivan,,		<input type="checkbox"/> bolest:	
<input type="checkbox"/> 5. SPÁNEK, ODPOČINEK		<input type="checkbox"/> 11. VÍRA, ŽIVOT. HODNOTY		<input type="checkbox"/> akutní nemoc		<input type="checkbox"/> NE	
<input type="checkbox"/> 6. VNÍMÁNÍ, SMYSLY		<input type="checkbox"/> 12. JINÉ		<input type="checkbox"/> ANO		<input type="checkbox"/> prognóza:	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		PLÁNOVANÉ TÉMA EDUKACE:			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
EDUKAČNÍ ANAMNÉZU ODEBRAL/A, podpis:				<input type="checkbox"/>			

DNE:

ZDROJ INFORMACÍ:

odborná literatura

	II. f. diagnostika	III. f. plánování	
č.	Ošetrovatelská diagnóza	Cíle výsledná kritéria	Intervence
1	Neznalost, potřeba poučení o dechové gymnastice, hygieně dýchacích cest, správnému odkašlávání, z důvodů základního onemocnění, projevující se verbalizací kladením otázek, špatným odkašláváním	KC- pacient zná nutnost správné hygieny o v péči o dýchací cesty do 24 hodin DC- pacient dodržuje správné odkašlávání, a Dechové, cvičení do 24 hodin VK- pacient zná důležitost těchto opatření do 24 hodin - pacient dovede používat cviky do 1týd. - pacient umí pečovat o své dýchací cesty do 3 dnů	- Zhodnotte stav informací d (primární sestra) - podávejte pacientovi co nejvíce informací do 1 den(primární sestra) - Zajistěte vhodné prostředí, edukaci a dostatek edukačních pomůcek a materiálu-průběh (primární sestra) - Poučte ho o nutnosti vykašlávání- průběžně(primární sestra) - cvičte s ním, zajistěte RHC covníka- primární sestra - Nechte pacientovi dostatek času pro otázky - Budte pacientovi na blízku-

			běžně

TÉMA EDUKACE: Nácvik Dechové gymnastiky, kondičního cvičení,
správné dýchání a odkašlávání

TÉMA EDUKACE:	Dechová gymnastika, kondiční cvičení, odkašlávání, správné dýchání	
EDUKÁTOR:	Sestra	
EDUKANT:	Pacient	ORGANIZA
PODMÍNKY:	Zájem pacienta	<input type="checkbox"/> individuá
ČAS:	3.11-4.11.2007	<input type="checkbox"/> skupinová

VÝUKOVÉ CÍLE: <i>kognitivní, afektivní, psychomotorické</i>		DIDAKTICKÉ
	Kognitivní, afektivní	<input type="checkbox"/> model
		<input type="checkbox"/> zobrazení
METODY:		POUŽITÉ MET
a) SLOVNÍ (, přednáška, letákem)		SLOVNÍ (, pře
b) NÁZORNĚ DEMONSTRAČNÍ (předvádění, demonstrace obrázků, video)		NÁZORNĚ DEM obrázků, vide
c) PRAKTICKÉ ČINNOSTI: (nácvik pohybových činností)		PRAKTICKÉ Č
		MOTIVACE K
OBSAH TÉMATU:		OVĚŘOVÁNÍ
Nutnost správného dýchání, cvičení a dokašlávání.		<input type="checkbox"/> průběžné
Význam, charakter, podstata těchto technik.		<input type="checkbox"/> rozhovorem
Důležitost odkašlávání v pooperačním období.		<input type="checkbox"/> zkoušením
Nácvik dechové gymnastiky.		<input type="checkbox"/> prezentací
Správné odkašlávání usnadní toaletu dýchacích cest.		<input type="checkbox"/> předveden
Význam kondičního cvičení.		<input type="checkbox"/>
Vhodné cviky v pooperačním období.		EFEKT - EVAL
	<input type="checkbox"/> ÚPLNÝ	<input type="checkbox"/> Č
	SEBEHODNO	
	<input type="checkbox"/> ÚPLNÝ	<input type="checkbox"/> Č
	DOPORUCEN.	

Příloha č.2

Barthelův test základních všedních činností.

(ADL- Activity daily living)

	Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre
01.	Najedení,napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
02.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
03.	Koupání	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
04.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
05.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Trvale inkontinentní	00
06.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Inkontinentní	00
07.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
08.	Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomocí	15
		S malou pomocí	10

		Vydrží sedět	05
		Neprovede	00
09.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomocí 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	05
		Neprovede	00
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		neprovede	00

Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení:	Závislost	Body
	Vysoce závislý	00 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	nezávislý	96 – 100 bodů

Hodnocení bylo provedeno dne 2.11.2007. Pacient získal 100 bodů. Je zcela nezávislý.

Příloha č.3

Bienstein škála k hodnocení situace a rizik v oblasti dýchání.

Ochota spolupracovat	Ochoten kontinuálně spolupracovat	0
	Spolupracuje na požádání	1
	Občas spolupracuje	2
	Nechce nebo nemůže spolupracovat	3
Současné plicní onemocnění	Nemá žádné	0
	Lehké infekce v oblasti nosu a úst	1
	Infekce v průduškách	2
	Plicní onemocnění	3
Prodělané plicní onemocnění	Neprodělal žádné	0
	V posledních 3 měsících prodělal lehké plicní onemocnění	1
	V posledních 3 měsících prodělal plicní onemocnění s těžkým průběhem	2
	Plicní onemocnění s následky na dýchacích cestách	3
Porucha imunity	Není	0
	Lehké oslabení imunity, které nesouvisí s generalizovanou infekcí	1
	Výraznější porucha imunity	2
	Úplné selhání imunity	3
Protracheální manipulace	Žádné výkony v dýchacích cestách	0
	Ošetrovatelské výkony v nose a v ústech	1
	Oronasální odsávání	2
	Endotracheální odsávání	3
Kuřák/pasivní kuřák	Nekouří a nebývá v zakouřené místnosti	0
	Méně než 6 cigaret denně/bývá v zakouřené místnosti	1
	Kouří denně 6-15 cigaret denně/v blízkém okolí jsou kuřáci	2
	Intenzivní kuřák	3
Bolest	Nemá	0

	Lehce trvalá bolest	1
	Silnější bolest bez vlivu na dýchání	2
	Silná bolest ovlivňující dýchání	3
Porucha polykání	Žádná	0
	Porucha polykání tekutin	1
	Porucha polykání tekuté a kašovitě stravy	2
	Porucha polykání veškeré stravy a slin	3
Omezení pohybu	Žádné	0
	Porucha kompenzovaná holí či změnou držení těla	1
	Pobyt na lůžku,pouze sezení v křesle	2
	Úplné omezení pohybu,pouze na lůžku	3
Povolání ohrožující plíce	Nevykonává takové povolání	0
	Pracoval 1-2 roky v zaměstnání ohrožující plíce	1
	Pracoval 2-10 let v zaměstnání ohrožující plíce	2
	Více než 10 let ve zvlášť exponovaném prostředí	3
Intubační narkóza/respirátor	Nebyly v posledních 3 týdnech	0
	Krátká intubační narkóza (do 2 hodin)	1
	Déletrvající narkóza (nad 2 hodiny	2
	Několik narkóz nebo napojení delší než 12 hodin	3
Stav vědomí	Při vědomí	0
	Somnolence	1
	Sopor	2
	Koma	3
Hloubka dechu	Dýchá bez námahy	0
	Dýchá namáhavě	1
	Těžká dušnost	2
Dechová frekvence	14-20 dechů/min.	0
	Přechodně nepravidelná tachypnoe / bradypnoe	1

	Pravidelná trvalá tachypnoe / bradypnoe	2
	Pravidelné patologické,hluboké nebo povrchní dýchání / střídání tachypnoe a bradypnoe	3
Léky tlumící dýchání	Žádné nedostává	0
	Občas dostává léky tlumící dýchání	1
	Pravidelně dostává léky tlumící dýchání	2
	Dostává léky s výrazným tlumícím účinkem např. morfin,barbituráty	3

Hodnocení: hodnocení bylo provedeno dne 2.11.2007. Pacient dosáhl 5 bodů. Není ohrožen.

Bodové vyhodnocení	
00-06	Není ohrožen
07-15	Ohrožen
16-45	Vysoce ohrožen (eventuálně poruchy dýchání jsou již přítomny)

Příloha č.4**Glasgow Coma Scale**

Otevření očí	Spontánně	4
	Na oslovení	3
	Na bolest	2
	Žádná odpověď	1
Nejlepší motorická odpověď	Vyhoví příkazům	6
	Lokalizuje bolestivý podnět	5
	Normální flexe na bolest	4
	Spastická flexe na bolest	3
	Extenze na bolest	2
	Žádná odpověď	1
Nejlepší slovní odpověď	Orientován	5
	Dezorientován	4
	Neadekvátní slova	3
	Nesrozumitelné zvuky	2
	Žádná odpověď	1
	CELKEM:	15

Hodnocení proběhlo dne 2.11.2007. Pacient dosáhl celkový počet bodů 15. Není ohoržen na stavu vědomí.

Příloha č.5

Index tělesné hmotnosti (BMI)

INDEX TĚLESNÉ HMOTNOSTI (BMI)		
BMI = hmotnost (kg) / výška ² (m)		
BMI	Kategorie (podle WHO IOTF)	Zdravotní rizika
<18,5	Podváha	Malnutrice
18,5 – 24,9	Normální rozmezí	Minimální
25,0 – 29,9	Nadváha	<26,9 lehce zvýšená
		>27,0 zvýšená
30,0 – 34,9	Obezita – I.stupeň	Středně vysoká
35,0 – 39,9	Obezita – II.stupeň	Vysoká
>40,0	Obezita – III. stupeň	Velmi vysoká

Hodnocení bylo provedeno dne 2.11.2007. Pacientův index tělesné hmotnosti je 24.

Pacient nemá riziko obezity.

Příloha č.6

Beckova sebeposuzovací stupnice deprese

01.	Nálada		
		0	-nemám smutnou náladu
		1	-cítím se poněkud posmutnělý,sklíčený
		2	-jsem stále smutný nebo sklíčený a nemohu se z toho dostat
		3	-jsem tak smutný nebo nešťastný,že to nemohu už snést
02.	Pesimismus		
		0	-do budoucnosti nepohlížím nijak pesimisticky nebo beznadějně
		1	-poněkud se obávám budoucnosti
		2	-vidím,že se už nemám na co těšit
		3	-vidím,že budoucnost je zcela beznadějná a nemůže se zlepšit
03.	Pocit neúspěchu		
		0	-nemám pocit nějakého životního neúspěchu
		1	-mám pocit,že jsem měl v životě více smůly a neúspěchu než obvykle lidé mívají
		2	-podívám-li se zpět na svůj život,vidím,že je to jen řada neúspěchů
		3	-vidím,že jsem jako člověk(otec,manžel a pod) v životě zcela zklamal
04.	Neuspokojení z činnosti		
		0	-nejsem nijak zvlášť nespokojený
		1	-nemám z věcí takové potěšení, jako jsme míval
		2	-už mne netěší skoro vůbec nic
		3	-ať dělám cokoliv,nevzbudí to ve mne sebemenší potěšení
05.	Vina		
		0	-necítím se nijak provinile
		1	-občas cítím,že jsem méněcenný,horší než ostatní

	2	-mám trvalý pocit viny
	3	-ovládá mne pocit,že jsem zcela bezcenný,zlý provinilý člověk
06.	Nenávist k sobě samému	
	0	-necítím se zklamán sám sebou
	1	-zklamal jsem se sám v sobě
	2	-jsem dost znechucen sám sebou
	3	-nenávidím se
07.	Myšlenky na sebevraždu	
	0	-vůbec mi nenapadne na mysl,že bych si měl něco udělat
	1	-mám někdy pocit,že by bylo lépe nežít
	2	-často přemýšlím jak spáchat sebevraždu
	3	-kdybych měl příležitost,tak bych si vzal život
08.	Sociální izolace	
	0	-neztratil jsem zájem o lidi a okolí
	1	-mám poněkud menší zájem o společnost lidí než dříve
	2	-ztratil jsem většinu zájmu o lidi a jsou mi lhostejní
	3	-ztratil jsem veškerý zájem o lidi a nechci s nikým nic mít
09.	Nerozhodnost	
	0	-dokážu se rozhodnou v běžných situacích
	1	-někdy mám sklon odkládat svá rozhodnutí
	2	-rozhodování v běžných věcech mi dělá obtíže
	3	-vůbec v ničem se nedokážu rozhodnout
10.	Vlastní vzhled	
	0	-vypadám stejně jako dříve
	1	-mám starosti,že vyhlížím staře nebo neatraktivně
	2	-mám pocit,že se můj zevnějšek trvale zhoršil,takže vypadám dosti nepěkně

	3	-mám pocit, že vypadám hnusně až odpudivě
11.	Potíže při práci	
	0	-práce mi jde od ruky jako dříve
	1	-musím se nutit, když chci něco dělat
	2	-dá mi velké přemáhání, abych cokoli udělal
	3	-nejsem schopen jakékoliv práce
12.	Únavnost	
	0	-necítím se více unaven než obvykle
	1	-unavím se snáze než dříve
	2	-všechno mne unavuje
	3	-únava mne zabraňuje cokoli udělat
13.	Nechutenství	
	0	-mám svou obvyklou chuť k jídlu
	1	-nemám takovou chuť k jídlu jak jsem míval
	2	-mnohem hůře mi teď chutná jíst
	3	-zcela jsem ztratil chuť k jídlu

Hodnocení:

Hodnocení:	00 – 08 event. 09	Norma
	09 - 24	Lehká až střední deprese
	25 a více	Těžká deprese

Hodnocení bylo provedeno dne 3.11.2007. Pacient dosáhl 4 bodů. Pacient je bez rizika vzniku deprese.

**Příloha č.7
Nortonové**

Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice

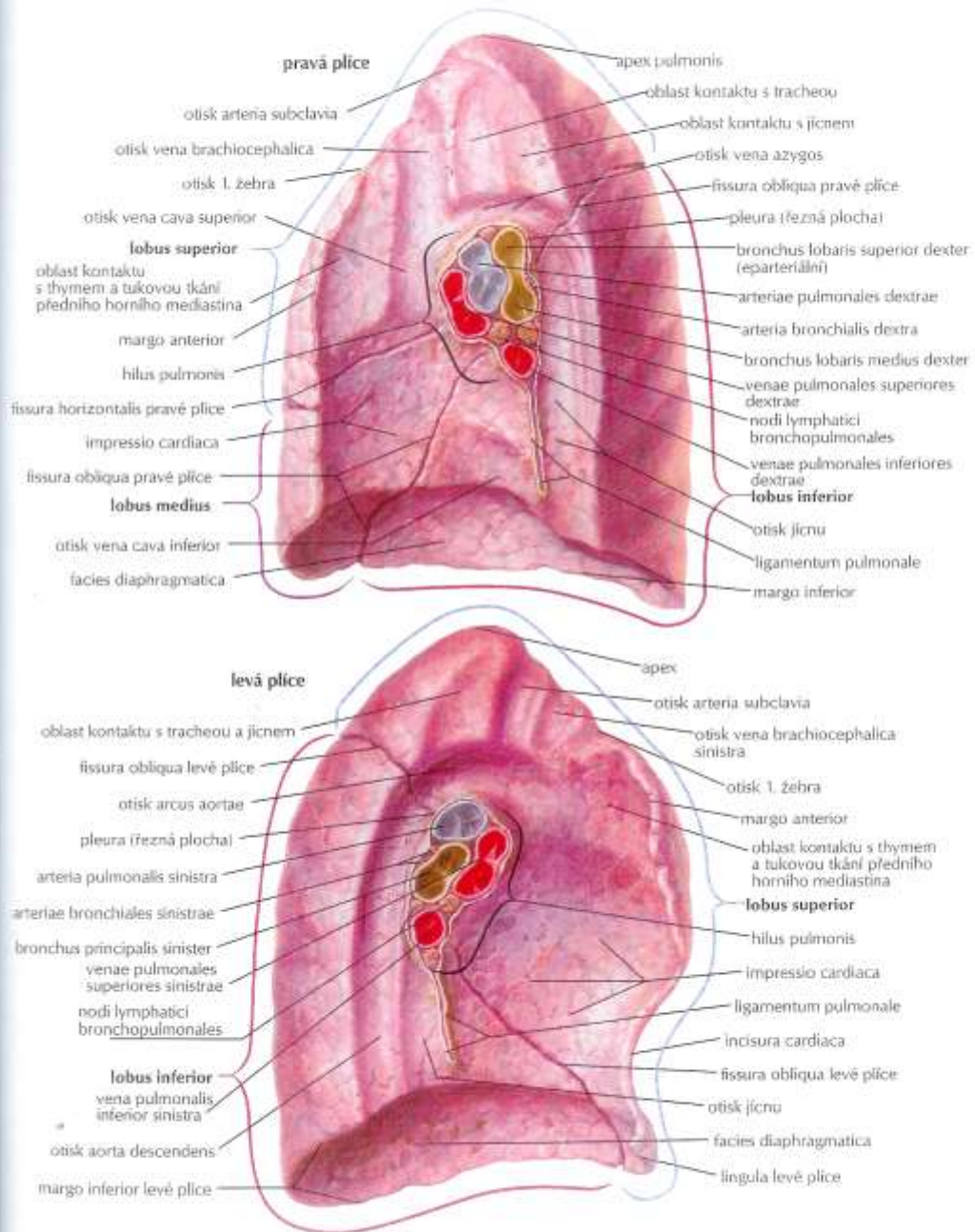
Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoci	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita						
Úplná	400 - 10	4 Normální	4 Žádné	4	Dobrý	4	Dobrý	4	Úplná	4	Není	4	Chodí	4
Malá	311 - 30	3 Alergie	3 Horečka Diabetes	Podle závažnosti nemoci 3-1	Zhoršený	3	Apatický	3	Částečně omezená	3	Občas	3	Doprovod	3
Částečná	231 - 60	2 Vlhká	2 Anemie Karcinom		Špatný	2	Zmatený	2	Velmi omezená	2	Převážně močová	2	Sedačka	2
Žádná	1 nad 60	1 Suchá	1 Kachexie Obezita On.cévy A jiné		Velmi špatný	1	Bezvědomí	1	žádná	1	Stolice i moč	1	Upoután na lůžko	1

Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitu je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko)

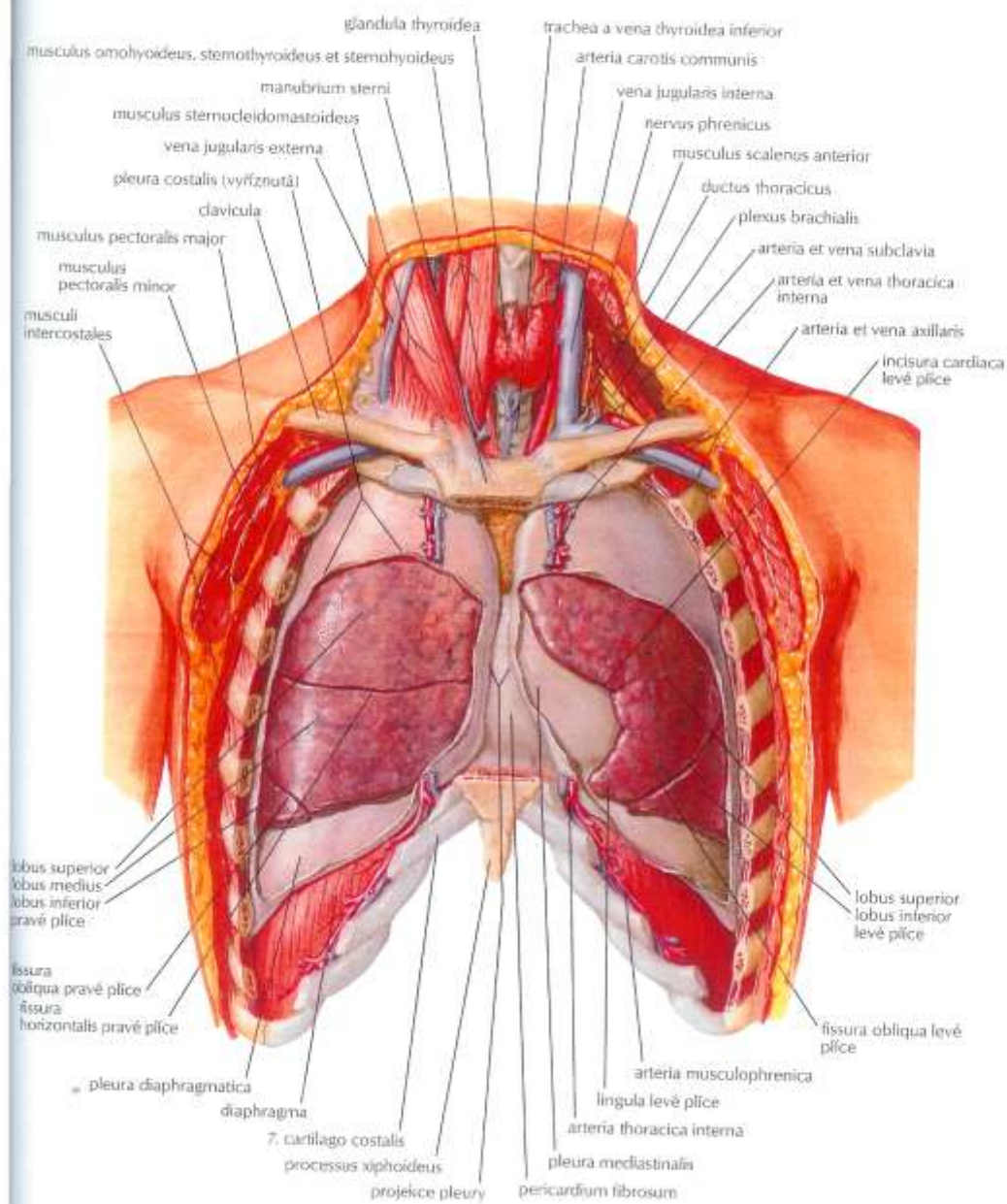
Pacient dosáhl 31 bodů.

Hodnocení bylo odebráno 2.11.2007 . Pacient je bez rizika proleženin.

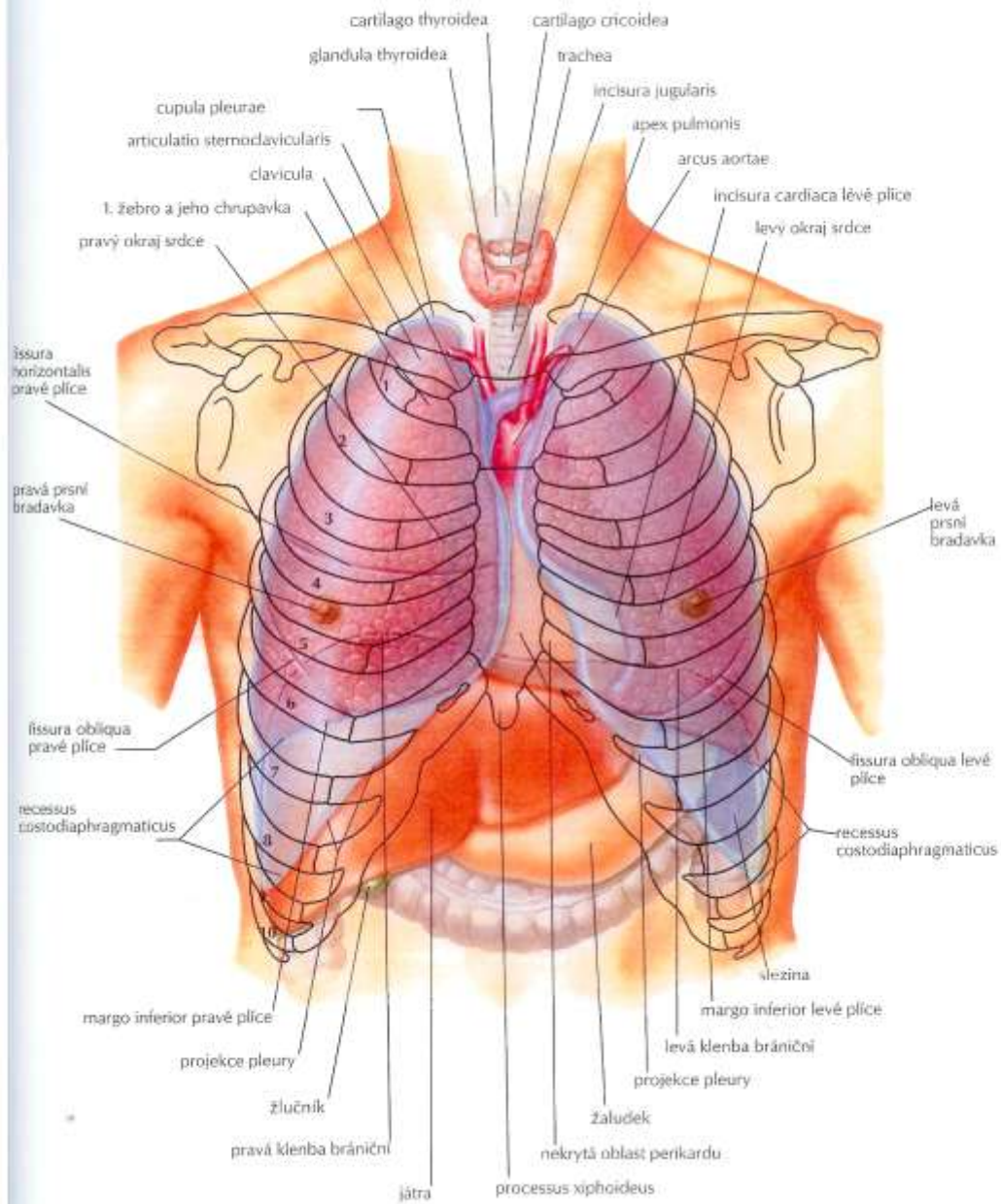
obrázok č.8 Obrazová ilustrácia - Pohľad pľúc z mediálnej strany



Příloha č.9 Obrazová ilustrace - Plíce in situ



Příloha č.10 Obrazová ilustrace - Topografie plic



Příloha č.11 Obrazová ilustrace - RTG obraz plic

- A NATIVNÍ SKIAGRAFIE
- předozadní snímek, uprosřed stín srdce; od hlavy do periferie vyběhají zobrazované cévy
- B BRONCHOGRRAFIE PRAVÉ PLÍČE; předozadní snímek; na levé plíci jsou patrné cévy rozšiřující se od hlavy; uprosřed stín srdce
- C BRONCHOGRRAFIE PRAVÉ PLÍČE; boční snímek

