

VYSOKÁ ŠKOLA ZRAVOTNICKÁ, o.p.s.  
PRAHA 5

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA  
S BRONCHOGENNÍM KARCINOMEM**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**ALENA LÉNKOVÁ**

PRAHA 2009

# OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S BRONCHOGENNÍM KARCINOMEM

Bakalářská práce

ALENA LÉNKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZRAVOTNICKÁ, o.p.s.  
PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Anna Mazalanová, PhD.

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2009

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje informací jsem uvedla v seznamu literatury. Souhlasím s tím, aby moje bakalářská práce byla použita ke studijním účelům.

Praha 31.3. 2009

.....

Alena Lénková

## **ABSTRAKT**

LÉNKOVÁ, Alena. *Ošetrovatelská péče u pacienta s bronchogenním karcinomem*. Praha, 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.. Bakalář v ošetrovatelství. Školitel: PhDr. Mazalanová Anna, PhD.

Hlavním tématem mé bakalářské práce je případová studie 54letého pacienta V.H. s diagnózou primárního maligního plicního nádoru. V klinické části práce jsem onemocnění popsala z hlediska charakteristiky, terminologie, etiologie, symptomů, klinického obrazu, diagnostiky, terapie a prognózy. Dále jsem uvedla základní údaje o nemocném, anamnézu, diagnostické metody, terapii a průběh jednoho dne hospitalizace v bezprostředním pooperačním období.

V ošetrovatelské části, která vychází z metody ošetrovatelského procesu, jsem splnila stanovaný cíl práce – sestavení kvalitního individuálního ošetrovatelského plánu u nemocného a prokázání významu ošetrovatelské péče realizovanou prostřednictvím ošetrovatelského procesu nejen v bezprostředním pooperačním období.

Klíčová slova: Pacient. Nemoc. Zhoubný nádor. Operace. Ošetrovatelský proces. Ošetrovatelská diagnóza. Ošetrovatelský plán. Intervence. Realizace. Vyhodnocení.

## **ABSTRACT**

LÉNKOVÁ, Alena: *Nursing care of the patient with lung carcinoma*. Prague, 2009. Bachelor's thesis. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.. Bachelor in nursing care. Tutor: PhDr. Mazalová Anna, PhD.

The main topic of my bachelor's thesis is a case study of a 54 year old patient V. H. with the diagnosis of primary malignant pulmonary tumour. The clinical part of the thesis describes the disease from the view of characterization, terminology, etiology, symptoms, clinical picture, diagnostics, therapy and prognosis. Further basic patient data, anamnesis, diagnostic methods, therapy and description of the course of one hospitalization day during the immediate post-operative period are described.

Defined objective of the thesis is the composition of a high-quality individual nursing plan for the patient and the demonstration of the importance of nursing care alleged through the method of the nursing process during immediate post-operative period. This goal is fulfilled in the part of the thesis dedicated to nursing which arises from the method of nursing process.

Key words: Patient. Surgery. Malignant tumour. Nursing process. Nursing diagnosis. Nursing plan. Intervention. Implementation. Evaluation.

## PŘEDMLUVA

Jen málokdo z nás se ve svém okolí dosud neseťkal s rakovinou. Ta přestavuje dnes v celosvětovém měřítku jednu z nejčastějších příčin úmrtí.

Toto zákeřné a velmi vážné onemocnění je zároveň značně nákladně na léčbu a vedle osobního rozměru se tak stává skutečným celospolečenským problémem. Naléhavost onkologické problematiky a stále častější setkávání se zhoubným nádorovým bujením v rámci výkonu povolání anesteziologické sestry mě vedlo k tomu, že jsem si jako téma své bakalářské práce zvolila právě ošetrovatelskou péči u pacienta s plicním nádorovým onemocněním.

Bakalářská práce je rozdělena na část klinickou, kde je uvedena charakteristika zhoubného plicního nádoru a empirickou část, která popisuje ošetrovatelskou péči u konkrétního pacienta po chirurgické intervenci bronchogenního karcinomu uplatňovanou metodou ošetrovatelského procesu, dále zhodnocení ošetrovatelské péče a prognózu onemocnění.

V uvedené problematice jsem se snažila zaměřit na význam kvality poskytované péče. I když se jedná velmi často o nevléčitelné onemocnění, které následně přináší pacientovi řadu komplikací, přesto můžeme kvalitní péči pacientovi jeho onemocnění ulehčit.

Materiál pro svoji práci jsem čerpala nejen z odborných knižních publikací a časopisů, ale hlavně ze zdravotnické dokumentace nemocného.

Cílem mé závěrečné práce je sestavení kvalitního individuálního ošetrovatelského plánu a prokázání významu ošetrovatelské péče realizovanou prostřednictvím ošetrovatelského procesu v bezprostředním pooperačním období.

Práce je určena nejen studentům oboru ošetrovatelství, ale především sestrám, kterým záleží na zvyšování úrovně ošetrovatelské péče.

Ráda bych také touto cestou poděkovala vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Anně Mazalanová PhD., za ochotu, cenné profesionální rady, podněty a připomínky, které mi poskytla při zpracování mé závěrečné práce.

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>1 KLINICKÁ CHARAKTERISTIKA BRONCHOGENNÍHO KARCINOMU .....</b>	<b>10</b>
1.1    Definice.....	10
1.2    Etiologie, patofyziologie.....	10
1.3    Klinický obraz.....	10
1.3.1    Průběh, formy, komplikace, prognóza.....	11
1.4    Diagnostika .....	13
<b>2 TERAPIE .....</b>	<b>15</b>
2.1    Konzervativní léčba .....	15
2.2    Chirurgická léčba.....	17
2.3    Psychoterapie .....	17
<b>3 POOPERAČNÍ PÉČE PO CHIRURGICKÉ INTERVENCI BRONCHOGENNÍHO KARCINOMU.....</b>	<b>20</b>
3.1    Rehabilitace .....	21
<b>4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....</b>	<b>23</b>
4.1    Ošetřovatelský proces u pacienta po chirurgické intervenci bronchogenního karcinomu .....	24
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>46</b>
<b>Seznam informačních zdrojů .....</b>	<b>47</b>
<b>Seznam příloh.....</b>	<b>48</b>

## Seznam znaků a zkratk

amp.	- ampule
BMI	- body mass index
CDE	- cisplastina + adriamycín + etoposid
CEA	- tumorový marker
cm	- centimetr
CNS	- centrální nervová soustava
CP	- carboplatina + paklitaxel
CT	- computerová tomografie
CVP	- centrální žilní tlak
CŽK	- centrální žilní katétr
DC	- dýchací cesty
DF	- dechová frekvence
dx	- vpravo
EF	- ejekční frakce
ECHO	- echokardiografie
EKG	- elektrokardiogram
FA	- farmakologická anamnéza
FVC	- usilovný výdech
FW	- sedimentace erytrocytů
h	- hodina
HbsAg	- povrchový antigen viru hepatitidy B
HDŽ	- horní dutá žíla
HIV	- syndrom získaného imunodeficitu
I	- indikace
i.v.	- intravenózně
IS	- identifikační skupina farmak
JIP	- jednotka intenzivní péče
kg	- kilogram
KI	- kontraindikace
KO	- krevní obraz
min.	- minuta



ml	- mililitr
l	- litr
NA	- návyková anamnéza
např.	- například
NO	- nynější onemocnění
NÚ	- nežádoucí účinky
O <sub>2</sub>	- značka pro kyslík
OS	- osobní anamnéza
P	- puls
Pap.	- histologické barvení
PD	- cisplastina + docetaxel
PE	- cisplastina + etopzid
PG	- cisplastina + gemcitabin
PNO	- pneumotorax
PV	- cisplastina + vinorelbin
P+V	- příjem + výdej tekutin
RA	- rodinná anamnéza
RTG	- rentgenologické vyšetření
s.c.	- subkutánně
SA	- sociální anamnéza
SpO <sub>2</sub>	- saturace hemoglobinu kyslíkem
SZO	- Světová zdravotnická organizace
t.č.	- toho času
tj.	- to je
Th	- obratel
TK	- krevní tlak
tzv.	- takzvaným
UPV	- umělá plicní ventilace
VFN	- Všeobecná fakultní nemocnice
x	- krát
%	- procenta
°C	- stupeň celsia

## ÚVOD

„Až se o mne budeš starat a ošetřovat mě, nikdy nezapomeň, že jsem člověk. Člověk, který ti věří, že mu chceš pomoci, že chceš zmírnit jeho utrpení, že s ním cítíš, jako bys byla pacientem ty sama.“

Bronchogenní karcinom - primární maligní nádor plic je nejčastějším, nejzávažnějším a vzhledem k masivní mediální kampani také nejznámějším zhoubným nádorem diagnostikovaným ve světě. V minulosti šlo o typický nádor vyššího věku. Zlozvyk kouření však posunul jeho výskyt i do nižších věkových skupin.

Na vzniku zhoubného plicního nádorového bujení se významně podílejí rizikové faktory, jako jsou: chronické infekce, degradace životního a pracovního prostředí (znečištění ovzduší, vody, půdy, potravin, chemizace prostředí; fyzikální faktory) a nezdravý způsob života. Až 90 % všech zhoubných nádorů plic nějak souvisí s tabákem, tedy nejenom s kuřáctvím, ale i s tzv. pasivním kořením, šňupáním nebo žvýkáním tabáku. Ten je nejhojnějším zdrojem kancerogenů – látek, které způsobují zhoubné bujení. Nejvýznamnější skupinou jsou N – nitrosaminy.

Zákeřnost tohoto onemocnění spočívá především v nenápadnosti počátečních projevů. Dokud je maligní nádor plic dobře léčitelný, v podstatě se neprojevuje. Přestože stojí v hierarchii nádorových onemocnění na čelném místě, neznáme způsob, jak spolehlivě odhalit jeho časná stádia, která by se dala ještě s úspěchem léčit. Když se u pacienta objeví zdravotní potíže, je již nádor obvykle tak rozsáhlý, že jeho léčba, ať již operativní nebo kombinovaná s chemoterapií je málo účinná. Časná, úspěšněji léčitelná stádia nádorů plic představují spíše náhodný nález při rentgenologickém vyšetření plic.

# **1 KLINICKÁ CHARAKTERISTIKA BRONCHOGENNÍHO KARCINOMU**

## **1.1 Definice**

Termínem bronchogenní karcinom se označují jak nádory průdušek, tak nádory, které vznikají v plicním parenchymu. Jejich klinický obraz je velmi podobný a proto je nelze oddělit. Nádory průdušek obvykle později prorůstají do plicního parenchymu nebo průdušku, ve které vznikly, uzavírají, což vede k následným změnám v plicním parenchymu. Nádory, které naopak původně vznikly v plicním parenchymu, často později prorůstají do průdušek. Přesné stanovení zda nádor pochází z oblasti průdušek nebo plicního parenchymu není vždy možné a ani nemá pro další léčbu význam. (Klener, 1998)

## **1.2 Etiologie, patofyziologie**

Etiologie není přesně známa. Je jisté, že na vzniku nádoru se může podílet řada faktorů. Z endogenních činitelů určitá genetická dispozice nebo porucha imunologických mechanismů. Hlavní roli, ale nepochybně mají faktory exogenní: biologické (viry), fyzikální (ionizující záření), a zejména chemické (kancerogeny).

Epidemiologické studie nezvratně prokázaly zvýšené riziko bronchogenního karcinomu u kuřáků. Jako těžký kuřák je definován ten, kdo vykouří alespoň 20 cigaret denně po dobu 20 let, nebo 40 cigaret denně po dobu 10 let atd. U kuřáků je výskyt bronchogenního karcinomu 25krát častější. Je třeba se také zmínit, že bronchogenní karcinom se častěji vyvine v terénu změněném jinou současnou nebo přestálou plicní chorobou (tuberkulóza, plicní fibroza). (Klener, 1998)

## **1.3 Klinický obraz**

U malého počtu nemocných (asi 6 %) probíhá onemocnění asyptomaticky a nález tumoru je zachycen náhodně při snímkování plic. V ostatních případech se mohou objevit nejprve zcela nespecifické příznaky, jako je nechutenství, úbytek na váze a teploty.

Jakmile se příznaky nemoci objeví, je už karcinom v pokročilém stádiu, neexistují časné varovné signály, které by umožnily zachycení choroby v počátečním stádiu. (Klener, 1998)

### 1.3.1 Průběh, formy, komplikace, prognóza

**Průběh** - pro přehlednost dělíme příznaky do tří skupin:

1. Intratorakální neboli lokální plicní příznaky - jejich výskyt závisí především na lokalizaci nádoru
1. Extratorakální neboli metastatické
2. Paraneoplastické

**Počáteční symptomy z lokálního postižení:**

**Nově vzniklý dlouhotrvající kašel.** Nejběžnějším symptomem primárního karcinomu plic je kašel. Jde-li o kašel nově vzniklý u osoby netrpící chronickou bronchitidou či jinými respiračními chorobami a přetrvává-li déle jak 3 až 4 týdny i přes léčbu bronchitidy, je to indikací k rentgenovému snímku hrudníku. Kašel bývá zpravidla suchý. V době stanovení diagnózy bronchogenního karcinomu trpí kašlem asi 80 % nemocných.

**Změna charakteru chronického kuřáckého kašle.** Protože většina nemocných s plicním karcinomem jsou kuřáci, často chápou kašel jako pouze kuřácký, byť třeba přechodně zhoršený. Nepřestane-li kuřák kouřit, měl by přinejmenším bedlivě sledovat charakter kašle a zejména jeho případnou změnu (intenzita, větší frekvence, úpornost, okolnosti výskytu).

**Vykašlávání krve – hemoptýza.** Dalším symptomem, který zřídka bývá přehlédnut, je vykašlávání krve, k němuž dochází, jakmile primární tumor eroduje bronchiální cévu. Hemoptýza se v době stanovení diagnózy vyskytuje asi u 20 % nemocných. Jedná se o hemoptýzu v podobě drobných krvavých nitek ve sputu, nikoliv o masivní vykašlávání krve.

**Zápal plic – pneumonie.** Běžným příznakem, jímž se plicní karcinom projevuje, je pneumonie, která neregreduje po antibiotické léčbě, nebo má tendenci k obnovování se ve stejné lokalizaci. Pneumonie se může projevovat klasickými symptomy – horečkou, kašlem

s produkcí purulentního sputa. Proto je důležité u každého dospělého nemocného, byť se již cítí zdrav, provést kontrolní snímek plic za několik týdnů po prodělané pneumonii. Pokud nedochází k přesvědčivé resorpci pneumonického infiltrátu, je zapotřebí podrobného vyšetření s cílem vyloučit bronchogenní karcinom.

### **Symptomy lokálně pokročilého karcinomu:**

- bolesti na hrudníku,
- bolesti způsobené infiltrací nervové pleteně v oblasti nadklíčkovou kostí (plexus brachialis),
- chrapot a syndrom horní duté žíly,
- bolestivé pleurální dráždění,
- kompresivní příznaky (syndrom horní duté žíly a polykací potíže),
- dušnost.

(Vorlíček, 2006)

**Formy:** bronchogenní karcinomy dělíme podle biologického chování, podle histologického složení a podle lokalizace.

Pro praxi má největší význam dělení na skupinu malobuněčných (20 - 30 %) a skupinu nemalobuněčných karcinomů (přibližně 70 - 75 %), protože z rozdílných biologických vlastností těchto karcinomů vyplývá i rozdílný přístup k léčbě.

**Malobuněčné bronchogenní karcinomy** se vyznačují rychlým růstem, výrazným sklonem k časnému metastazování do kostí, jater, centrálního nervového systému a nadledvin. Jsou zpočátku velmi senzitivní na radioterapii a chemoterapii, která ovšem po čase přejde v chemo - a radiorezistenci. Tumor se tedy stane rezistentním a jeho průběh není dále touto léčbou ovlivnitelný.

**Nemalobuněčné bronchogenní karcinomy** rostou pomaleji, metastazují později, k radioterapii a protinádorové chemoterapii jsou však málo citlivé. (Vorlíček, 2006)

**Prognóza** bronchogenního karcinomu zůstává i přes moderní léčebné postupy velmi špatná. Medián přežití u nemocných s malobuněčným karcinomem je 15 - 20 měsíců u stádia I., 7 - 11 měsíců u pokročilých forem. Úplné vyléčení je vzácností, pětileté přežití

se blíží 5 %. U nemalobuněčných karcinomů je u nemocných s „kurativní“, resekci pětileté přežití kolem 25 %. Vzhledem k těmto nepříznivým údajům je nutné se soustředit na důslednou prevenci a včasný záchyt. (Klener, 1998)

## 1.4 Diagnostika

Vzhledem k možnému asymptomatickému průběhu plicního karcinomu má zejména v rizikových skupinách (kuřáci nad 40 let) určitý význam depistáž (snímkování ze štítu, cytologie sputa). Jinak po zhodnocení anamnesy a fyzikálního nálezu může podezření na bronchogenní karcinom potvrdit prostý předozadní rentgenový snímek plic. Další postup pak spočívá v upřesnění histologického typu nádoru a v určení rozsahu onemocnění.

**Zobrazovací vyšetření** - z těchto metod stojí na prvním místě rentgenové vyšetření a to jak prostý zadopřední a boční snímek, tak konvenční tomografie. Rentgenový obraz je pestrý. V typickém případě se nalezne okrouhlý stín v plicním hilu, často neostrých okrajů. Jindy je nádor maskován stínem pleurálního výpotku nebo dominuje obraz atelaktázy či bronchopneumonie za stenozovaným bronchem.

**Počítačová tomografie a nukleární magnetická rezonance** mohou být užitečné k upřesnění diagnózy, k posouzení rozsahu onemocnění a ke zpřehlednění situace v mediastinu. Přínosné je také vyšetření vaskulatury, tj. provedení digitální subtrakční angiografie (DSA) nebo plicní scintigrafie. Doplňkový význam mají některé speciální metody např. galiový scan. Nepostradatelnou diagnostickou metodou je bronchoskopie. Může odhalit nádor nebo stenózu bronchu, umožní cílený odběr vzorku k histologickému vyšetření. Bronchoskopicky lze také provést tzv. kartáčovou biopsii k cytologickému vyšetření. Diagnosticky cenná může být i biopsie zvětšených nadklíčkových uzlin. Méně často se indikuje mediastinoskopie. Pokud se prokáže bronchogenní karcinom, musí pak následovat vyšetření s cílem odhalit případné metastázy. Sonografické vyšetření břišní dutiny a retroperitonea, scintigrafie skeletu.

**Laboratorní vyšetření** - základní vyšetření krve a moče, vyšetření krevních plynů Astrupovou metodou, vyšetření HbsAg, anti HIV, vyšetření sputa na bakterie a citlivost, na mykobakterie. Dále také cytologické vyšetření sputa, které ale i při správné technice vyšetření má omezenou výtěžnost, a to i u centrálně lokalizovaných nádorů. K diagnostice

může též přispět hodnocení cytologie pleurálního výpotku. Vyšetření může vykazat některé nespecifické změny: vysokou sedimentaci (FW), anémii, lymfopenii, přítomnost erytroblastů v obvodové krvi, vyšší koncentraci fibrinogenu, alfa - 2 globulinu (CEA). Diagnosticky významnější je vyšetření některých specifických nádorových markerů. U některých markerů koreluje jejich koncentrace zjišťovaná radioimunoanalýzou s velikostí nádoru a mohou proto sloužit monitorování a včasné detekci recidivy.

**Funkční vyšetření plic** - pokud se uvažuje o operaci, je nutno zajistit základní spirometrii, komplexní funkční vyšetření plic, abychom zjistili, jak velká resekce plic je vůbec možná. (Klener, 1998)

## 2 TERAPIE

Určení rozsahu onemocnění má rozhodující význam pro prognózu onemocnění i pro volbu léčebných prostředků. K posouzení rozsahu nádorového bujení se v klinické praxi více používá dělení na stádia.

- Stádium I. - nemocní s tímto stádiem mají nejlepší prognózu, u nemalobuněčných nádorů má chirurgická léčba v tomto stádiu kurativní účinek.
- Stádium II. - je charakterizováno postižením uzlin na ipsilaterální straně.
- Stádium III. - zahrnuje nemocné s rozsáhlým nádorem, u těchto nemocných může přicházet v úvahu pneumonektomie.
- Stádium IV. - v tomto stádiu je nádor považován za inoperabilní, do tohoto stádia se zařazují nemocní se známkami vzdálených metastáz.

Před zahájením léčby je třeba posoudit celkový stav nemocného, a pro eventuální chirurgický výkon také jeho ventilační a respirační funkce. V léčbě bronchogenního karcinomu se uplatňují všechny základní modalit protinádorové léčby, tj. chirurgická léčba, radioterapie i chemoterapie. Jejich výběr je určen jednak histologickým typem nádoru a jednak stádiem pokročilosti. (Vorlíček, 2006)

### 2.1 Konzervativní léčba

**Radioterapie** - malobuněčné karcinomy jsou značně radiosenzitivní a radioterapie má nezastupitelné místo v komplexní léčbě všech stádií. U ohraničeného stádia má ozáření nitrohruďního nádoru rozhodující význam pro lokální eradikaci nádoru a přispívá k prodloužení přežití při multimodalitní terapii. Výsledek radioterapie může ovlivnit řada proměnných hodnot jako je celková dávka, frakcionační režim, cílový objem, technika ozařování, časová integrace chemoterapie, režim terapie. Na celkový výsledek léčby má vliv časová sekvence radioterapie a chemoterapie. Chemoterapie se často užívá jako úvodní modalita. Radioterapie může být aplikována současně na začátku léčby nebo sekvenčně na závěr chemoterapie.



Radioterapie byla donedávna jako samostatná modalita základní léčbou pro lokálně pokročilá stádia bronchogenního karcinomu. U nemalobuněčných karcinomů plic se stále častěji využívá radioterapie jako součást kombinované multimodalitní léčby. Samostatná radikální radioterapie je indikovaná u nemocných, kde není možné provést z interních důvodů chirurgický výkon nebo pro nevyhovující výkonnostní stav aplikovat chemoterapii. Hlavní využití samostatné radioterapie je při paliativním léčebném záměru. Pooperační radioterapie nemá význam u časných klinických stádií I. a II. Při uzlinové diseminaci do stejnostranných mediastinálních uzlin snižuje pooperační radioterapie výskyt lokoregionálních recidiv, ale bez ovlivnění celkové doby přežití.

**Chemoterapie** – malobuněčný karcinom se vyznačuje vysokou chemosenzitivitou a chemoterapií lze prodloužit dobu přežití. Systémová chemoterapie je základní modalitou léčby pro ohraničené i pro neohraničené stádium. Kombinovaná cyklická chemoterapie je účinnější než monoterapie a je základem léčby u všech stádií. Spočívá v podávání cytostatik. Nejčastěji používaná cytostatika jsou: cyklofosfamid, adriamycín, etoposid, vinkristin, cisplastina a karboplatina. Základní je kombinace cisplatina, etoposid (dále již PE) nebo cisplatina, adriamycín, etoposid (CDE). Výhodou kombinace PE je možné použití v konkomitantní radiochemoterapii, protože je méně myelotoxická a nezvyšuje riziko kardiotoxicity. Z dosud provedených studií není zcela jasné jaká je optimální doba, po kterou se má chemoterapie podávat. V současnosti je obecně akceptováno podávat v iniciální chemoterapii 6 cyklů kombinované chemoterapie a další léčbu zahájit až v době relapsu. Z nových cytostatik je lékem první volby pro léčbu relapsu topotekan. Léčebnou odpověď je možné dosáhnout i po paklitaxelu.

Nejméně třetina nemalobuněčných karcinomů je diagnostikována ve fázi vzdálených metastáz a u většiny nemocných se metastatický proces rozvine v průběhu choroby. Zařazení platinových derivátů do léčebných schémat nemalobuněčných plicních karcinomů přineslo zlepšení kvality života nemocných a bylo prokázáno statisticky významné, i když časově omezené, prodloužení celkové doby přežití ve srovnání s neúčinnější symptomatickou léčbou. Další pokrok v chemoterapii bylo zavedení cytostatik nové generace. Mezi cytostatika nové generace patří taxany paklitaxel a docetaxel, syntetický vinka alkohol vinorelbin., inhibitor topoizomerázy I irinotekan a nový pyrimidinový analog gemcitabin. Základní dvojkombinace používané u nemalobuněčných karcinomů je

cisplatina, gemcitabin (PG), cisplatina, vinorelbin (PV), karboplatina, paklitaxel (CP) a cisplatina, docetaxel (PD). (Petruželka, 2003)

## **2.2 Chirurgická léčba**

Malobuněčné karcinomy mají vysoký metastatický potenciál a záchyt časných stádií malobuněčných karcinomů je vyjimečný. Možnost chirurgické léčby, ale nelze opomenout. Operační řešení je indikované u nemocných v klinickém stádiu I. v kombinaci s následnou chemoterapií.

Metodou první volby pro nemocné s nemalobuněčným karcinomem plic je v I. a II. klinickém stádiu chirurgie. Základními chirurgickými výkony jsou pneumonektomie a lobectomie. U nemocných se snížením ventilačních funkcí lze uvažovat o segmentální nebo klínové resekcii. Pokud je postižení mediastinálních uzlin stanoveno předoperačně jsou výsledky samostatné chirurgické léčby nedobré s pětiletým přežitím mezi 10 -15 %. Indukční chemoterapie před chirurgickým výkonem je možnou cestou ke zlepšení výsledků.

Zásadní důležitost má komplexní podpůrná a paliativní léčba. (Petruželka, 2003)

Symptomatická léčba je pro některé nemocné vhodnější, její možnosti se v posledních letech rozšířily. Jedná se především o léčbu dušnosti a kašle. V několika centrech v České republice se ke zprůchodnění průdušek provádí endobronchiální léčba. K jejímu provedení je nutná bronchoskopie. Bronchoskopie se provádí rigidním nebo flexibilním přístrojem, je možné využít analgosedaci (u flexibilní bronchoskopie) nebo celkovou anestézii eventuálně s užitím tryskové ventilace. K základním modalitám, které lze využít při částečném obnovení prostoru v průduškách, patří laser a elektrokauter, pokud se jedná o nádor rostoucí do nitra průdušky. Pro nádory, které tlačí na průdušky zvenčí, je vhodnější brachyradioterapie (radioterapie nakrátko, zavedení zářiče pomocí fibroskopu do bronchu). (Vorlíček, 2006)

## **2.3 Psychoterapie**

Jedinci, u kterých je zjištěno život ohrožující onemocnění se dostávají do vážné životní situace.

Jaké psychologické změny takovou novou situací provázejí? Jak psychicky a prakticky tuto novou situaci zvládat? Může pomoci rodina, přátelé, ale také zdravotnický personál. Především sestry, které ošetřují onkologického pacienta a jsou mu jak fyzicky, tak i psychicky nejbližší, mohou být první a třeba jediné, kterým pacient svěří své vnitřní pocity, emoce a nálady.

K tomu, aby sestry mohly účinně pomáhat pacientům v boji se zákeřnou chorobou, měly by znát fáze psychické odezvy na závažné zdravotní stavy, jak je definuje teorie Kübler-Rossové.

Na počátku tohoto těžkého životního období se objevuje šok.

**Šok** – jedná se v podstatě o vrozenou reakci, která pomáhá v danou vyhocenou chvíli zajistit holé přežití sdělené maligní diagnózy. Emočně velmi silná odezva, projevuje se pláčem, ztíženým dechem, silným neklidem či naopak strnulostí. Pacienti se ptají: „proč se to stalo právě mě, proč právě teď?“ „nemůže to být omyl?“ Šoková reakce trvá různě dlouho a většinou sama odezní. Důležitá je v těchto chvílích už samotná blízkost druhého člověka, možnost sdílet s někým, co se stalo, hledat společně, co je třeba zařídit, přinášet naději. Odeznění šoku poznáme lehce, nemocného náhle zaplaví přemíra pocitů. Vznikne zcela přirozeně chaos. Přicházejí výčitky, obviňování a hledání viníka.

**Popření** – pacienti se nechtějí smířit s diagnózou a hledají racionální vysvětlení a pochybnosti vyjadřují větami: „to nemůže být pravda, určitě se jedná o omyl, nechte mě na pokoji, mě nic není“. V tomto období nemocný většinou potřebuje zejména to, aby někdo trpělivě snášel všechny jeho pocity, tedy nevymlouval mu je, ani před ním neuhýbal. Tato fáze může v extrémních případech trvat po celou dobu léčby a tím ji ztížit.

**Agrese** – pacienti se ocitají v emoční pasti, projevují zlost vůči všem zdravým lidem v okolí, podle své mentality buď přestávají komunikovat se zdravotníky, nebo jsou se vším nespokojeni, hádají se a odmítají pomocné léčebné zákroky.

**Smlouvání** – tady se uchylují pacienti k pomyslné autoritě boží, přírodní či k autoritě lékaře a pak od nich slyšíme věty: „musím dostavět dům“, „chci své děti vychovat, vidět je dostudovat“, „chci se dočkat vnuků“, „chci dokončit dlouhodobý pracovní úkol“.

**Deprese** – nejtěžší fáze psychické odezvy, kdy se pacienti zcela ponoří do beznaděje, strachu, úzkosti a opět podle svého osobního založení trpí nezvladatelným psychomotorickým neklidem, přemrštěnou komunikací s okolím nebo strnulostí, stažením se do sebe a odmítáním veškeré spolupráce s okolím. Tato fáze psychické odezvy je pro pacienty i jejich léčbu velice nebezpečná a je třeba ji někdy překonat pomocí psychofarmak.

**Smíření** – fáze psychického uvolnění, kdy vypjaté emoce převáží rozumový přístup k nemoci i léčbě. Pacienti se zklidní a jsou schopni účinně spolupracovat na své léčbě. (Vorlíček, 2006).

Onkologická léčba je většinou časově náročná, pacienty stojí spoustu sil a přináší nepříjemné obtíže způsobené vedlejšími účinky léčby. Ve chvílích těchto náročných životních zkoušek potřebují nemocní kolem sebe lidi, kteří o ně stojí. Pocit, že jsou milováni, jim vrací chuť do života i za těchto těžkých okolností. Nemocným nedáváme ve chvíli, kdy nemoc pokračuje i přes veškeré úsilí ji zastavit, laciné rady typu: „musíš bojovat.“ Nemocní se pak cítí nepochopeni a osamoceni. S plnou intenzitou a upřímně se zajímáme se o jejich názory, pocity i o jejich přání.

### 3 POOPERAČNÍ PÉČE PO CHIRURGICKÉ INTERVENCI BRONCHOGENNÍHO KARCINOMU

Úkolem pooperační péče je bezpečně provést nemocného přes nejrizikovější období po plicní resekci, eliminovat nebo zvládnout komplikace a operovaného postupně navrátit k běžným aktivitám života. Řadě pooperačních komplikací lze předcházet. Cílem předoperační přípravy je optimalizovat podmínky pro plicní resekci.

Pokud je to možné, časná pooperační péče by měla být poskytována na speciální jednotce intenzivní péče, která disponuje odpovídajícím přístrojovým vybavením a dostatečně erudovaným lékařským a sesterským personálem.

Kromě nespecifických opatření (prevence vředové choroby, infúzní terapie, péče o vnitřní prostředí) lze v pooperačním období považovat za zásadní tyto činnosti:

- monitoring klinický, laboratorní a rentgenologický
- péče o hrudní drény
- kontrola bolesti
- oxygenoterapie, ventilační podpora
- prevence tromboembolické nemoci

**Monitoring** - po běžných plicních resekcích je standardem neinvazivní monitorace dýchání, krevního tlaku a srdeční frekvence. Dále je sledována saturace hemoglobinu kyslíkem, tělesná teplota, ztráty z drénů a diuréza. Obligátně je prováděna analýza krevních plynů.

V případě náročných výkonů u rizikových pacientů je namístě monitorace centrálního žilního tlaku, invazivní měření arteriálního tlaku a v indikovaných případech inzerce Swanova-Ganzova katétru.

**Respirační insuficience** - je porucha zevního dýchání charakterizovaná hypoxémií a nebo hyperkapnií. Doprovodným jevem je respirační acidóza s poklesem pH pod 7,35. Klinickými projevy hypoxie u probuzeného nemocného jsou dušnost, zvýšené dechové úsilí a psychosomatický neklid. Saturace hemoglobinu kyslíkem klesá pod 90 %. Míru

hypoxie lze přesně stanovit pouze analýzou krevních plynů. Prevence je podávání zvlhčeného kyslíku maskou bezprostředně po operaci, odpovídající analgetizace a péče o expektoraci. Terapie spočívá v přívodu kyslíku maskou a odstranění vyvolávací příčiny. Pokud hypoxie trvá přes přívod 100 % kyslíku, je indikována podpůrná nebo řízená ventilace.

Cílem umělé plicní ventilace je podpora alveolární ventilace, kapilární oxygenace a snížení dechové práce při zvýšení funkčních objemů plicí.

**Hrudní drenáž** - hrudní drény musí být v hrudní stěně dobře utěsněny a pečlivě fixovány. Pravidelně je třeba kontrolovat jejich průchodnost stejně jako množství a charakter odváděného sekretu. Odstraňují se 3 až 5 pooperační den, když již neodvádějí žádný vzduch a množství sekretu poklesne pod 100 ml/24 hodin.

**Kontrola bolesti** - pooperační analgezie je nedílnou součástí pooperační péče a základem prevence zejména plicních komplikací. Bolest po torakotomii má somatický i vegetativní charakter a patří mezi nežádoucí jevy, které mohou v pooperačním období vyústit ve vážné komplikace. Naopak, přílišná analgetizace nemocného může vést ke komplikacím neméně závažným – nedostatečná expektorace a snížená mobilita provokuje vznik tromboembolie.

**Prevence tromboembolické nemoci** - operovaní pacienti mají řadu predisponujících faktorů pro vznik tromboembolické nemoci (vyšší věk, malignita, dlouhá operace s pooperační krevní ztrátou, sdružené kardiorespirační onemocnění, pooperační imobilizace). Kromě toho se v jejich anamnéze můžeme objevit vrozený nebo získaný hyperkoagulační stav, varixy dolních končetin, trombotickou nebo embolickou komplikaci. Kromě klasických opatření, jako je předoperační a pooperační rehabilitace, elastická bandáž dolních končetin, časná mobilizace nemocného, je indikováno preventivní podávání heparinu nebo jeho derivátů.

### **3.1 Rehabilitace**

Nedílnou součástí péče o nemocné po nitrohručním výkonu je rehabilitace. Pacient je o rehabilitační léčbě podrobně edukován fyzioterapeutem již v předoperačním období, kdy je s ním prováděn nácvik hlubokého dýchání a produktivní expektorace. Nezbytné je co

nejrychleji a nejšetrněji obnovit celkovou mobilitu pacienta, abychom zabránili nepříznivým plicním, hemodynamickým, metabolickým a tromboembolickým komplikacím. Hned první pooperační den jsou prováděna na lůžku dechová cvičení, vibrační a poklepové masáže hrudníku.

Podmínkou úspěšně prováděné rehabilitace je dostatečné tlumení pooperační bolesti. Pokud to stav nemocného dovolí, již od druhého pooperačního dne se přidává rehabilitace vsedě, popřípadě i ve stoje u lůžka. Nezbytná vertikalizace a mobilizace nemocného je zpočátku limitována přítomností hrudních drénů. Po jejich odstranění se přidává postupné zatěžování chůzí po rovině a po schodech. Cílenou dechovou rehabilitací se po resekcích menších než pneumonektomie v řadě případů dosahuje v několikaměsíčním odstupu od operace takových ventilačních parametrů, které se jen nepatrně liší od výchozích. (Klein, 2006)

## 4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Charakteristickým rysem moderního ošetřovatelství je systematické hodnocení a plánovité uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka, které se realizuje prostřednictvím ošetřovatelského procesu. Ošetřovatelský proces je jednak myšlenkovým algoritmem sestry při plánování ošetřovatelských aktivit a jednak systémem kroků a postupů při ošetřování nemocného.

Sestry se zabývají člověkem jako celkem, jako bytostí bio-psycho-sociální, bytostí holistickou, ne pouze souborem částí a procesů. V pojetí holismu je lidský organizmus integrovaná, organizovaná jednota. Porucha jedné části celku vede zákonitě k poruše jiné části, popřípadě celého systému.

Ošetřovatelský proces vyžaduje od sestry znalosti, tvůrčí přístup, přizpůsobivost, zaujetí a důvěru ve vztahu k práci a schopnosti pro vedení kolektivu. K tomu přistupuje umění vycházet s lidmi a získání technických dovedností. Kritickým momentem na všech stupních procesu je rozhodování, při němž sestra vždy musí brát v úvahu, že:

- pacient je lidskou bytostí se svébytnou hodnotou a důstojností
- základní lidské potřeby musí být vždy splněny, a nejsou-li, vzniká problém, který vyžaduje pomoc od jiné osoby, dokud nemocný není schopen opět o sebe samostatně pečovat
- pacient má právo na kvalitní medicínskou a ošetřovatelskou péči, poskytovanou se zájmem, empatií a zaměřenou na dobrou celkovou pohodu a prevenci nemocí

Ošetřovatelský proces se skládá z 5ti fází a jeho základ tvoří interakce mezi nemocným a sestrou:

1. Posuzování - systematické shromažďování údajů o pacientovi a jeho problémech
2. Diagnostika - rozpoznání problému (analýza dat)
3. Plánování - kladení cílů, voleb a řešení
4. Realizace - uskutečnění cílů
5. Vyhodnocení - posouzení účinnosti plánu a změna plánu, pokud to vyžadují aktuální potřeby.



## 4.1 Ošetrovatelský proces u pacienta po chirurgické intervenci bronchogenního karcinomu

### Posuzování:

#### Identifikační údaje:

<b>Jméno a příjmení:</b> V. H.	<b>Pohlaví:</b> mužské
<b>Datum narození:</b> 19. 11. 1954	<b>Věk:</b> 54
<b>Adresa bydliště a telefon:</b> Kralupy nad Vltavou	
<b>Adresa příbuzných:</b> manželka Jana, bytem tamtéž	
<b>RČ:</b> 541119/....	<b>Číslo pojišťovny:</b> 217
<b>Vzdělání:</b> vyučen	<b>Zaměstnání:</b> invalidní důchodce
<b>Stav:</b> ženatý	<b>Státní příslušnost:</b> ČR
<b>Datum přijetí:</b> 5. 11. 2008	<b>Typ přijetí:</b> plánovaný
<b>Oddělení:</b> JIP	<b>Ošetřující lékař:</b> Č. J.

**Hlavní lékařská diagnóza:** Carcinoma pulmonis dextri

**Vedlejší lékařské diagnózy:** Kryptogenní fibrotizující alveolitida

Respirační insuficience I typu, lehkého stupně

Stav po plicní biopsii

Reinflakce Mycoplasma pneumoniae, přeléčen antibiotiky

#### Důvod přijetí udávaný pacientem:

V poslední době jsem se necítil moc dobře, hůře se mi dýchalo a hodně jsem kašlal. V září, při kontrole na plicním oddělení mi našli nádor a doporučili operaci.

#### Vitální funkce při přijetí:

<b>TK:</b> 113/72 torr	<b>Výška:</b> 175 cm
<b>P:</b> 102/min.	<b>Hmotnost:</b> 64 kg
<b>D:</b> 19/min.	<b>BMI:</b> 22, přiměřená hmotnost
<b>TT:</b> 36,8°C	<b>Pohyblivost:</b> pobyt na lůžku
<b>Stav vědomí:</b> při vědomí, orientován	<b>Krevní skupina:</b> B Rh +

#### Nynější onemocnění:

Pacient pravidelně cyklicky kontrolován pro kryptogenní fibrotizující alveolitidu. Při poslední kontrole (v září/2008) stížnosti pacienta na dušnost, kašel, horší toleranci teplotních změn; posléze prokázán infiltrativní proces ve středním laloku pravé plíce.

Na CT (computerové tomografii) nález hodnocen jako možný tumor. Provedena 2krát bronchoskopie. Cytologicky prokázán nediferencovaný v.s. epidermoidní ca (karcinom), Pap. IV. Vzdálené metastázy nezjištěny. Pacient byl shledán únosný k operačnímu zákroku - střední lobektomii vpravo.

Informovaný souhlas s operací i s celkovou anestézií nemocný podepsal. O svém zdravotním stavu byl plně (spolu s manželkou) informován.

### **Informační zdroje:**

Manželka, zdravotnická dokumentace, ošetřující personál, pacient - standardizovaný rozhovor, základní screeningové fyzikální vyšetření, objektivní pozorování v průběhu rozhovoru a vyšetření.

### **Anamnestické údaje**

#### **Rodinná anamnéza:**

**Matka:** 74 let, stav po centrální mozkové příhodě (CMP) v roce 2004

**Otec:** zemřel ve 40ti letech, neví na co

**Sourozenci:** jeden bratr – 51 let, zdrav, nikdy nebyl vážněji nemocen

**Děti:** syn, zdrav

#### **Osobní anamnéza:**

**Překonaná a chronická onemocnění:** prodělal běžná dětská onemocnění, v roce 2002 mu byla diagnostikována kryptogenní fibrotizující alveolitida

**Hospitalizace a operace:** plicní biopsie, hospitalizován opakovaně

**Úrazy:** v roce 1998 - zlomenina prstů a zápěstí pravé ruky, bez následků

**Transfúze:** ne

**Očkování:** absolvoval všechna povinná očkování, přeočkován proti tetanu v roce 2004

#### **Farmakologická anamnéza:**

<b>Název léku</b>	<b>Forma</b>	<b>Síla</b>	<b>Dávkování</b>	<b>Skupina</b>
Prednizon	tablety	10 mg	1 x denně	Glukokortikoid
Trental	tablety	400 mg	2 x denně	Reologikum - vazodilatans

**Alergologická anamnéza:**

**Léky:** neguje

**Potraviny:** neguje

**Chemické látky:** neguje

**Jiné:** neguje

**Abúzy:**

**Alkohol:** 0,5l piva 2 - 3 týdně, vino příležitostně, při rodinných oslavách; tvrdý alkohol popírá

**Kouření:** nekouří 4 roky, kouřil 32 let (asi 15 - 20 cigaret denně), celková nálož 234 tisíc cigaret

**Káva:** jeden šálek denně

**Léky:** Acylpyrin, Ibuprofen při bolestech hlavy, horečce; na jiné si nevzpomíná

**Jiné drogy:** neguje

**Urologická anamnéza:**

**Překonané urologické onemocnění:** asi v roce 1999 - zánět močového měchýře, jinak bez potíží

**Poslední návštěva urologa:** nepamatuje si

**Samovyšetřování semeníků:** neprovádí

**Sociální anamnéza:**

**Stav:** ženatý

**Bytové podmínky:** dobré, bydlí v rodinném domku

**Vztahy, role a interakce v rodině:** ženatý je 30 let, rodinné vztahy hodnotí jako velmi dobré, pacient je hodně vázán na manželku, má jednoho syna, který již založil vlastní rodinu

**mimo rodinu:** s manželkou mají pár známých se kterými se pravidelně navštěvují

**Záliby:** rybaření, četba časopisů s rybářskou nebo přírodopisnou tematikou, posezení s rodinou a přáteli, sledování televize

**Aktivity ve volném čase:** procházky se psem, v době letní dovolené pobyty u moře, dříve práce na zahradě

**Pracovní anamnéza:****Vzdělání:** vyučen**Pracovní zařazení:** dělník – výkopové práce**Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého:** invalidní důchodce z důvodu základního onemocnění**Vztahy na pracovišti:** hodnotí jako vyhovující, dnes invalidní důchodce**Ekonomické podmínky:** hodnotí jako přijatelné**Spirituální anamnéza:****Religiozní praktiky:** římsko – katolické, nevěřící**Posouzení současného stavu:** 5. 11. 2008, 0 pooperační den

SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
<b>Hlava a krk</b>	„Hlava mě nebolí, s očima nemám problémy, ale na čtení už nosím brýle, občas mě bolí za krkem“	Hlava: mezocefalická, na poklep nebolestivá, šíje volná Oči: bělmo bílé, zornice izokorické, Uši a nos: bez výtoku Ústní dutina: povleklá, chrup defektní Štítná žláza: uzliny nezvětšeny Pulsace karotid: souměrná
<b>Hrudník a dýchací systém</b>	„Huře se mi dýchá, mám pocit zahlenění, ale nemohu odkašlat - nejde mi to. Bolí mě v zádech – tam, jak mám zaveden ten katétr a vlastně celý hrudník, hlavně operační rána“ „Asi si řeknu o injekci proti bolesti“ Bienstein škála hodnocení situace a rizik v oblasti dýchání: 20 bodů viz. příloha 3	Hrudník: souměrný, v 5 mezižebří klidná operační rána se stehy, krytá sterilními čtverci, v úrovni 4 žebra, mediálně - hrudní drén na aktivní sání, mezi th 4 – 5 zaveden epidurální katétr, CŽK zaveden zprava - cestou véna juguláris do HDŽ Dýchání: spontánní, povrchní, zahleněn Frekvence: 19/min. Dušnost: mírná Cyanóza: nepřítomna

<b>SYSTÉM</b>	<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Srdečně - cévní systém</b>	„Problémy se srdcem nemám, žíly na nohách mě nebolí ani hemeroidy mě netrápí“	Akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené TK 113/72 torr, P 102/ min. Puls na DK: hmatné v celém rozsahu Varixy: nepřítomné Otoky: nepřítomné
<b>Břicho a GIT</b>	„Břicho mě nebolí, cítím se lehce nafouklý, plyny mi neodcházejí“	DÚ: jazyk vlhký s povlakem, plazí ve střední čáře Chrup: vlastní, defektní Břicho: souměrné, nebolestivé, prohmatné bez patologické rezistence Játra: nezvětšena Slezina: nehmatná, nezvětšena Peristaltika: plyny neodcházejí
<b>Močový a pohlavní systém</b>	„Trošku mně vadí ta hadička v močovém měchýři – mám takový nepříjemný pocit tlaku - a taky se bojím pohnout, aby mi nevypadla“	Genitál: mužský, bez patologických změn. Kontinuální drenáž močového měchýře – zaveden močový katétr číslo 16 Moč: čirá, bez příměsí Diuréza: 500 ml/4 hod.
<b>Kosterně-svalový systém</b>	„Jsem takový celý rozlámaný, ale určitě se to bude zlepšovat. Hlavně už abych nebyl závislý na ostatních“	Pohyb: omezená soběstačnost Pohyb v kloubech: neomezen Svalový tonus: přiměřený Rehabilitace: dnes klid na lůžku, od zítřka postupná vertikalizace, posazování do křesla, stoj u lůžka, nácvik chůze až po vytažení hrudního drénu.  Riziko pádu: skóre - 2 viz. příloha 3

<b>SYSTÉM</b>	<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Nervově-smyslový systém</b>	„Nejsem moc vyspalý – budu to muset dohnat přes den, slyším dobře, ale noviny už bez brýlí nepřečtu. V zádech mám nepříjemné bolesti - hlavně jak mám zavedený ten katétr, ale i jizva po operaci mě bolí“	Vědomí a orientace: přiměřená Reflexy: zachované Sluch, chuť, čich, hmat: bez kompenzačních pomůcek, na čtení používá brýle. Bolest operační rány a v zádech přetrvává Zkrácený mentální bodovací test (dle Gaida), skóre: 8 Bodové hodnocení bolesti na škále od 0 – 5: číslo: 2 (obtěžující) viz. příloha 3
<b>Endokrinní systém</b>	„Problémy se štítnou žlázou ani cukrovku nemám“	Glykémie: 6,2 Funkce ostatních orgánů s vnější a vnitřní sekrecí nebyly vyšetřovány
<b>Imunologický systém</b>	„Nebýval jsem často nemocný – to až v poslední době mě zdraví zradilo“	Imunita oslabená, alergii neudává, specifická vyšetření byla provedena – viz. výsledky vyšetření
<b>Kůže a její adnexa</b>	„Jsem samá hadička – snad mě toho brzy zbavíte“	Kožní turgor přiměřený Kůže: naředlá, přiměřeně vlhká, teplá Celistvost kůže: ojedinělé makuly - zejména v obličeji; na předloktí LHK zavedena periferní kanyla, na hrudníku: vpravo - cestou véna juguláris interna - zaveden centrální žilní katétr, operační jizva v 5 mezižebří, v úrovni 4 žebra - mediálně - založen hrudní drén na sání, v oblasti hrudní páteře th 4 - 5 zaveden epidurální katétr Dekubity: Norton 36, bez rizika vzniku Nehty, vlasy – delší, bez patologického nálezu.

**Poznámky z tělesné prohlídky:** nemocný je orientován, eupnoický, anikterický, astenický, paličkové prsty; s personálem spolupracuje.

<b>Aktivity denního života</b>			
		<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Stravování</b>	<b>Doma</b>	„Jím asi 4krát denně, ráno nesnídám až později - spíše svačím, sním vše, v jídle nejsem vybíravý, ale zelenině ani ovoci moc nedám“	Bez dietního omezení, konzumace převážně masitých jídel a uzenin, ovoce a zelenina zcela výjimečně Chuť k jídlu: dobrá, v posledním roce pokles váhy asi o 1 kg. Aktuální váha: 64 kg BMI: 22
	<b>V nemocnici</b>	„Dnes asi nic, kromě pití nedostanu, ale snad zítra už mi něco dáte – mám docela hlad“	Dieta: čaj po lžičkách Apetit: dobrý, ptá se, kdy dostane najíst
<b>Příjem tekutin</b>	<b>Doma</b>	„Doma vypiji asi 1,5l tekutin za den, káva - maximálně jeden sálek denně“	Příjem tekutin: nedostatečný, pije převážně sladké limonády Káva: 1krát denně
	<b>V nemocnici</b>	„Zatím mám povolen jen čaj po lžičkách a taky dostávám nějakou vodu - tady těmi hadičkami“	Příjem tekutin: per – os. Výživa: parenterální Bilance tekutin: vyrovnaná
<b>Vylučování moče</b>	<b>Doma</b>	„Doma nemám s močením problémy, v noci chodím na záchod - tak 1krát za noc“	Pacient neudává žádné potíže s močením, urologické vyšetření neabsolvoval
	<b>V nemocnici</b>	„Nemohu zatím na záchod, mám asi proto zavedenou tuhle hadičku - je to dost nepříjemné a bojím se i pohnout, aby mi nevypadla“	Permanentní drenáž močového měchýře, zaveden močový katétr číslo 16 Moč: čirá, bez příměsí Diuréza: 500ml/2hodiny

		<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Vylučování stolice</b>	<b>Doma</b>	„Na stolicí obvykle chodím jednou denně ráno, průjmy netrpím“	Stolice: bez patologických změn, dle údajů pacienta normální barvy a konzistence
	<b>V nemocnici</b>	„Na stolicí jsem nebyl od pátku, vždyť jsem ani nic pořádně nejedl. A vůbec... chodit na tu mísu, to by se mi stejně nechtělo“	Stolice: naposledy 3.11. Větry zatím neodcházejí

<b>Aktivity denního života</b>			
		<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Spánek a bdění</b>	<b>Doma</b>	„Doma spím obvykle kolem 6 – 7 hodin, problémy s usínáním nemám, léky na spaní neužívám“	Pacient problémy se spánkem a užívání hypnotik neguje
	<b>V nemocnici</b>	„V noci na dnešek jsem moc nespál a tady u vás je to jiné než na normálním oddělení, je tu velký cvrkot a proto nevím jestli vůbec večer usnu, možná si řeknu o něco na spaní“	Před operačním zákrokem spal málo, pracovní provoz na JIP hodnotí negativně a slovně vyjadřuje obavy o kvalitu spánku v nadcházející noci
<b>Aktivita a odpočinek</b>	<b>Doma</b>	„Jsem v předčasném důchodu, občas jsem dříve pracoval na zahradě a rybařil, teď už chodím jen na procházky se psem“	Invalidní důchodce, aktivity omezeny chorobou, více odpočívá, občasné procházky se psem
	<b>V nemocnici</b>	„Jsem poměrně unavený, v noci před operací jsem toho moc nenaspal, ale budu poctivě rehabilitovat, abych mohl brzy domů“	Nyní: pooperační klid na lůžku, snížená tělesná výkonnost, rehabilitace: dnes klid na lůžku v následujících dnech dechová rehabilitace, postupná vertikalizace - posazování do křesla, stoj u lůžka a nácvik chůze



		<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Hygiena</b>	<b>Doma</b>	„Nepřeháním to, ale pravidelně se každý den večer sprchuji“	Pacient dodržuje přiměřeně pravidelnou hygienu
	<b>V nemocnici</b>	„Tady mi s mytím budou muset pomoci sestřičky, protože mám na sobě spoustu hadiček a sám to nemohu zvládnout“	Pacient potřebuje pomoc druhé osoby, není soběstačný Hygienické návyky: zachovány
<b>Samostatnost</b>	<b>Doma</b>	„Doma jsem samostatný“	Pacient udává v domácím prostředí úplnou samostatnost
	<b>V nemocnici</b>	„Teď po operaci potřebuji pomoc sestřiček“	Pacient leží na mobilním, polohovacím lůžku a je odkázán částečně na pomoc personálu

<b>Posouzení psychického stavu</b>			
		<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Vědomí</b>		„Nemám problémy“	Kvalitativně i kvantitativně v normě
<b>Orientace</b>		„Jsem po operaci, vím, kde jsem a co se mnou děje“	Orientace: přiměřená, orientován v čase, místě, osobě, prostoru i v současné situaci
<b>Nálada</b>		„Jsem rád, že mám operaci za sebou, moc neřeším co bude dál, hlavně ať mě pustí domů“	Nálada: dobrá i přes sdělení o nepříznivém výsledku operačního zákroku
<b>Paměť</b>	<b>Staropaměť</b>	„Paměť mi slouží, ale je pravda, že si více pamatuji to, co bylo před 20lety než včera“	Paměť: přiměřená věku
	<b>Novopaměť</b>	„Zatím to ještě jde“	Zachována, přiměřená věku
<b>Myšlení</b>		„Nepocituji problém“	Myšlení pomalejší, logické
<b>Temperament</b>		„Jsem rozváznější, nehrnu se do ničeho po hlavě“	Flegmatik

<b>Sebehodnocení</b>	„Jsem v podstatě klidný a bezproblémový člověk, nejdůležitější osoba v mém životě je manželka a syn, ale nesmím zapomenout na svého psa“	Myšlení: je upnut na manželku, svého psa a na domov, snaží se nevnímat realitu svého onemocnění
<b>Vnímání zdraví</b>	„Zdraví jsem považoval za samozřejmost, nic jsem pro jeho udržení nedělal - spíše naopak - kouřil jsem asi 30let“	Kuřák 32 let (15 – 20 cigaret denně), exkuřák - 4 roky, zpětně hodnotí nedostatek zájmu o své zdraví
<b>Vnímání zdravotního Stavů</b>	„Vím, že mám rakovinu proto mě operovali, ale už se těším domů“	Pacient se snaží potlačit své onemocnění, těší se domů i na své blízké
<b>Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění</b>	„Když mi řekli, že mám nádor nebylo to jednoduché, ale už jsem se s tím smířil“	Reakce na onemocnění poměrně pozitivní
<b>Reakce na hospitalizaci</b>	„Nejsem zvyklý být dlouho z domova, na oddělení to ještě šlo, ale tady na intenzivce je velký ruch“	Pacient reaguje negativně na prostředí JIP, stěžuje si na nedostatek soukromí a pracovní hluk
<b>Adaptace na onemocnění</b>	„Vím, že jsem nemocný, ale už to určitě bude lepší“	Pacient je ohledně své nemoci optimisticky laděn
<b>Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)</b>	„Doufám, že se to bude už jen zlepšovat“	Pacient si nepřipouští vážnost svého onemocnění
<b>Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogení, Sorrowigenie)</b>	„Nemám špatné zkušenosti, zase tak často jsem v nemocnici nebyl, ale mám rád svůj klid a hodně mi chybí má rodina“	Pacient nemá připomínky k předchozím hospitalizacím. Pobyt v nemocnici (díky fixaci na rodinu a domov), nenese zcela optimálně

<b>Posouzení sociálního stavu</b>			
		<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Komunikace</b>	<b>Verbální</b>	„Jsem spíše uzavřený, nemám potřebu si stále s někým povídat, ale zájem a péče sestřiček mě těší“	Pacient přiměřeně komunikuje s personálem, bez komunikačních bariér
	<b>Neverbální</b>	„Nevím co mám odpovědět“	Verbální a neverbální komunikace je v souladu
<b>Informovanost</b>	<b>O onemocnění</b>	„Já vím, to mám z těch cigaret, a taky jsem měl hodně náročnou práci“	Pacient verbalizuje dostatek informací o své chorobě
	<b>O diagnost. metodách</b>	„Vyšetření? Těch už mám za sebou“	Je informován
	<b>O léčbě a dietě</b>	„Léčit se budu asi dlouho, ale jak to dopadne...? Raději se nechci o tom bavit. Dietu nedržím - ani mi nikdo žádnou nedoporučoval. Myslíte, že je tak důležité co jím?“	Pacient je informován o výsledku operačního zákroku, další informace nevyžaduje, snaží se nemoc potlačit a neakceptovat změny. O výživě - při nádorovém onemocnění - nepoučen, má nedostatek informací
	<b>O délce hospitalizace</b>	„Vím, že to tady budu muset asi vydržet déle než bych si přál“	Pacient má o délce hospitalizace dostatek informací
<b>Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace</b>	<b>Primární (role související s věkem a pohlavím)</b>	54letý muž, středního věku	
	<b>Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)</b>	Manžel, otec, syn, bratr; v invalidním důchodu	Naplnění manželské a rodinné role
	<b>Terciální (související s volným časem a zálibami)</b>	„Onemocnění mi zkomplikovalo život“	Pacient v důsledku choroby nežije plnohodnotný život

## Medicínský management:

### Ordinovaná vyšetření:

odběry biologického materiálu - biochemické vyšetření, glykémie, krevní obraz (KO), koagulační vyšetření

**Zobrazovací metody:** rentgenové vyšetření (RTG)

### Konzervativní terapie:

**Dieta:** čaj po lžičkách

**Pohybový režim:** klid na lůžku

**RHB:** dnes klid

**Výživa:** parenterální

### Medikamentózní léčba:

#### Intravenózní:

Název léku	Síla	Dávkování	Skupina
<b>Fentanyl Torrex</b>	50µg/ml	8ml do 50ml fyziologického roztoku kape 2 – 4 ml/h, kontinuální analgezie	Opioid
<b>Marcain</b>	0,5 %	10ml do 50ml fyziologického roztoku kape 2 – 4 ml/h, kontinuální analgezie	Lokální anestetikum
<b>Augmentin</b>	1.2g	3krát denně	Antibiotikum
<b>Quamatel</b>	20mg	2krát denně	Antiulcerózum
<b>Hydrocortizon</b>	100mg	3krát denně	Glukokortikoid
<b>Furosemid</b>	10mg	1krát denně	Diuretikum
<b>Novalgin</b>	500mg/ml	2ml do 100ml fyziologického roztoku při teplotě	Analgetikum, Antipyretikum

#### Intramuskulární:

Název léku	Síla	Dávkování	Skupina
<b>Dipidolor</b>	7,5mg/ml	při bolesti	Opioid

**Intradermální:**

Název léku	Síla	Dávkování	Skupina
Clexan	0,2ml	1krát denně	Antitrombotikum, Antikoagulans

**Ostatní ordinace:**

- měření vitálních funkcí: TK po 15min. do stabilizace, TT á 4h., CVP á 6h, P + V á 6hodin
- kyslíková terapie: nebulizace „Kendal“ – přerušovaně, inhalace O<sub>2</sub> „Puritan“ 3krát denně
- převazy rutinní: operační rána, invazivní vstupy (Inadine, sterilní mulový a filmový krycí obvaz)

**Výsledky vyšetření:**

Biochem. vyšetření	5.11.	Ref. meze	Krevní obraz	5.11.	Ref. meze
<b>Celková bílkovina</b>	59	65 - 85	<b>Leukocyty</b>	11, 43	4, 0 - 10, 7
<b>Urea</b>	1, 5	2, 0 - 7,5	<b>Erytrocyty</b>	3, 92	4, 3 - 5, 3
<b>Natrium</b>	133	133 - 150	<b>Hemoglobin</b>	128	116 - 163
<b>Kalium</b>	3, 9	3, 8 - 5, 5	<b>Hematokrit</b>	37, 6	33 - 47
<b>Chloridy</b>	93	97 - 108	<b>Trombocyty</b>	335	131 - 364
<b>Kalcium</b>	2, 05	2, 0 - 2, 75			
<b>Kreatinin</b>	51	35 - 110			
<b>Bilirubin celkový</b>	x	3, 4 - 17	<b>Koagulace</b>	5.11.	Ref. meze
<b>Glykémie</b>	6, 2	4, 2 - 5, 5	<b>Quick</b>	1, 1	0, 80 - 1, 25
<b>CRP</b>	x	do 5, 8	<b>APTT</b>	29, 6	28, 0 - 40, 0

**Rentgenové vyšetření hrudníku (RTG):**

Popis - vpravo baze hladká, vlevo nezachycena, obě plíce bez známek PNO, se zmnoženou intersticiální kresbou, opouzdřená tekutina na interlobiu vpravo, které od minule přibylo, přehledný parenchym je bez ložisek, vaskulární kresba je přiměřená, trvá objemný pravý hilus. Srdeční stín a mediastinum normálního tvaru a šíře. CŽK zprava - cestou vena jugularis do HDŽ. Hrudní drén vpravo, dosahuje úrovně 4 žebra mediálně.

### **Chirurgická léčba:**

Po běžné předoperační přípravě nemocný absolvoval operační zákrok. Z údajů uvedených v operační vložce vyplývá, že původně plánovaný operační výkon, odstranění středního laloku pravé plíce, nebylo možné uskutečnit vzhledem k rozsáhlosti nálezu a zhoršujícím se vitálním funkcím pacienta. U nemocného byl následně proveden pouze probatorní výkon: Thoracotomia explorativa l. dx, drain.

Pacient má na hrudníku (v 5 mezižebří) operační jizvu se stehy, v úrovni 4 žebra – mediálně je založen hrudní drén s aktivním sáním (drén bez úniku vzduchu, s hemoragickým obsahem 420 ml), na eliminaci pooperační bolesti má nemocný zaveden v oblasti hrudní páteře (th 4 – 5) epidurální katétr. Invazivní vstupy jsou klidné, ošetřeny dle standardních postupů sterilním mulovým nebo filmovým krytím.

### **Situační analýza:**

Pacient V. H., 54 let, přijatý dne 5.11. 2008 na chirurgickou JIP – bezprostředně po absolvování chirurgické intervence pro bronchogenní tumor ve středním laloku pravé plíce. Nemocný objektivně v dobrém kontaktu, plerotický v obličeji, bez výrazných dechových obtíží, zahleň. Je tč. částečně nesoběstačný, s omezenou mobilitou v souvislosti s pooperačním klidem na lůžku, přítomnosti invazivních vstupů, udávané bolesti v operační ráně a kontinuální monitoraci vitálních funkcí.

Příjem tekutin parenterálně a per – os (čaj po lžičkách). Diuréza zajištěna drenáží močového měchýře permanentním močovým katétre. Stolice byla naposledy před 3 dny.

Pacient je po psychické stránce poměrně stabilizován, své onemocnění se snaží potlačit, myšlenky orientuje na manželku, svého nemocného psa a domov.

### **Diagnostika:**

Pořadí diagnóz stanoveno po konzultaci s nemocným a tedy s ohledem na to, jak problémy subjektivně prožíval pacient.

### **Aktuální diagnózy:**

00132 **Akutní bolest** označena na škále bolesti od 0 – 5, číslem 2 (obtěžující) – v souvislosti s narušenou kožní integritou v místě invazivních vstupů (operační rána,

epidurální katétr, hrudní drén), projevující se tachykardií, verbálními i neverbálními projevy, únavou a vyhledáváním úlevové polohy.

00031 **Neefektivní průchodnost dýchacích cest** v souvislosti se základním onemocněním, celkovou anestézií, zahleněním a bolestí, projevující se mírnou dušností, obtížným vykašláváním, zvýšenou frekvencí dýchání a únavou.

00052 **Poškozená sociální interakce** v souvislosti s hospitalizací, bariér způsobených prostředím a nedostupností blízkých osob, projevující se pocity osamělosti, stížností na omezenou komunikaci s rodinnými příslušníky a nedostatek soukromí.

00109 **Deficit sebeděče** v souvislosti s omezenou mobilitou - dočasným pooperačním pobytem na lůžku, přítomností invazivních vstupů, kontinuální monitorací vitálních funkcí, projevující se sníženým komfortem při příjmu potravy, mytí, osobní hygieně a vyprazdňování – nemožnost dojit na toaletu.

00046 **Porušená kožní integrita** z důvodu operačního výkonu a dalších invazivních vstupů, projevující se narušením tělesných struktur a bolestivosti v postižené oblasti.

00011 **Zácpa** v důsledku změny prostředí, běžných potravinových a jídelních zvyklostí a omezení pohybu, projevující se absencí stolice a mírným tlakem na konečník.

00126 **Deficit znalostí, potřeba poučení** v souvislosti s absencí vědomostí o zásadách správné výživy a režimu stravování při nádorovém onemocnění, projevující se verbalizací pochyb a znevažování důležitosti složení výživy a režimu pravidelného stravování.

#### **Potencionální diagnózy:**

00004 Riziko infekce v souvislosti s narušením kožní integrity, vztahující se k invazivním zákrokům a k rizikovým faktorům snížené obranyschopnosti organismu.

Pro ukázkou řešení sesterských diagnóz jsem vybrala následující diagnózy a vypracovala jejich realizační plán. Sestra a další zdravotnický personál by měl do tohoto plánu zapsat kdy a jaké výkony se přesně u uvedeného pacienta prováděly.

## **Plánování:**

### **Sesterská diagnóza:**

00132 **Akutní bolest** označena pacientem na škále bolesti od 0 – 5, číslem 2 (obtěžující) – v souvislosti s narušenou kožní integritou v místě invazivních vstupů (operační rána, epidurální katétr, hrudní drén), projevující se tachykardií, verbálními i neverbálními projevy, únavou a vyhledáváním úlevových poloh..

**Cíl:** Zmírnění akutní bolesti

**Priorita:** střední

### **Výsledné kritéria:**

- nemocný má dostatek informací o příčinách bolesti (do 1h)
- pacient dokáže popsat bolest a označit její intenzitu na číselné stupnici 0 – 5 (do 0,5h)
- pacient verbalizuje úlevu od bolesti, ze stupně č. 2 na stupeň č. 1 (do 1h)
- pacient nevyhledává úlevové polohy (do 2h)
- pacient nevyžaduje aplikaci analgetik proti bolesti (do 48h)
- pacient má hodnoty vitálních funkcí v normě (do 48h)

### **Plán intervencí:**

- měř a zaznamenávej hodnoty vitálních funkcí (sestra)
- informuj pacienta o důvodech bolesti (sestra)
- nauč pacienta popsat charakter a označit intenzitu bolesti na stupnici od 0 – 5 (sestra)
- proved' důkladné posouzení bolesti, včetně lokalizace, charakteru, nástupu/trvání, častosti, závažnosti (stupnice 0 – 5) a zhoršujících faktorů (sestra)
- posud' vnímavost pacienta na bolest, jeho chování a fyziologickou odpověď, povšimni si jeho postoje k bolesti, užívání léků proti bolesti, včetně anamnézy abúzu návykových látek (sestra)
- založ záznam sledování bolesti (sestra)
- dodržuj předepsaný farmakologický režim, dle ordinace lékaře (sestra)



- monitoruj a zaznamenávej intenzitu bolesti a sleduj účinek analgetik (sestra)
- pečuj o lůžko a pohodlí pacienta - masáž zad, úprava lůžkovin (sestra)
- chovej se empaticky (sestra, ostatní personál)

### **Sesterská diagnóza:**

00031 **Neefektivní průchodnost dýchacích cest** v souvislosti se základním onemocněním a celkovou anestézií, projevující zahleněním, obtížným vykašláváním, mírnou dušností, zvýšenou frekvencí dýchání a únavou. (Bienstein škála k hodnocení situace a rizik v oblasti dýchání - 20 bodů (5.11. 2008).

### **Cíl:**

Pacient má zlepšenou průchodnost dýchacích cest a účinné dýchání (v rámci možností základního onemocnění).

**Priorita:** střední

### **Výsledné kritérium:**

- pacient zvládá způsoby, jak překonat problémy (do 1h)
- pacient dostatečně odkašlává a je minimálně zahleněn (do 24h)
- pacient je bez známek dušnosti, únavy (do 24h)
- pacient má vitální funkce v normě (do 24h)

### **Plán intervencí:**

- zajisti monitorování vitálních funkcí (sestra)
- změř frekvenci a hloubku dýchání (sestra)
- uprav polohu pacienta tak, aby se mu dobře dýchalo (sestra)
- zhodnot' situaci a rizika v oblasti dýchání dle Bienstein škály, ber v úvahu bolest (sestra)
- edukuj pacienta o významu správného dýchání, jeho nácviku a expektorace (lékař, sestra)
- nauč pacienta fixovat místo operační rány tlakem dlaně nebo pomocí fixační pomůcky (sestra)
- všímej si změn, které mohou znamenat, signalizovat komplikace - pokles saturace krve O<sub>2</sub>, změny dechové frekvence a jejího rytmu (sestra)

- dodržuj podávání analgetik, inhalační kyslíkové terapie - dle ordinace lékaře (sestra)
- při projevech dechové tísně kontaktuj lékaře (sestra)
- kontroluj těsnost hrudního drénu s aktivním sáním (sestra)

### **Sesterská diagnóza:**

00052 **Poškozená sociální interakce** v souvislosti s hospitalizací, bariérami způsobených prostředím a nedostupností blízkých osob, projevující se pocity osamělosti, stížnostmi na omezenou komunikaci s manželkou, rodinnými příslušníky a nedostatek soukromí.

### **Cíl:**

Pacient má zlepšenou možnost komunikace s manželkou a svou nejbližší rodinou, včetně přiměřeného soukromí.

### **Priorita:** střední

### **Výsledná kritéria:**

- pacient má informace o možnostech komunikace s manželkou a nejbližší rodinou (do 3h)
- jsou zmírněny bariéry prostředí a nemocný má zajištěnou přiměřenou komunikaci (dle možnosti JIP) s manželkou a nejbližší rodinou (do 24h)
- pacient nepocit'uje osamělost (do 24h)

### **Plán intervencí:**

- vysvětlí pacientovi důvody bariér prostředí a nutnost pobytu na specializované jednotce (lékař, sestra)
- navrhní nemocnému možnosti komunikace s manželkou (sestra)
- zajistí pacientovi (v rámci možností JIP) nerušenou a přiměřenou komunikaci s manželkou a nejbližšími příbuznými (sestra)

### **Realizace:**

**9.30h** přijetí pacienta na jednotku intenzivní péče, uložení na mobilní lůžko se zvednutou horní polovinou - Fowlerova poloha - kvůli snížení bránice a snadnějšímu dýchání

**9.40h** proveden zkrácený mentální bodovací test (dle Gaida), viz. příloha 3 (sestra)

- 9.45h** podání základních informací (o výsledku operačního zákroku, o léčbě a nezbytnosti pobytu na JIP atd.) (lékař, sestra)
- 9.50h** měření a záznam výsledků vitálních funkcí: TK 113/73torr, 102/min., D 19/min., TT 36,7 °C, SpO<sub>2</sub> 95 %, zrealizován kontinuální monitoring EKG - prostřednictvím lepících elektrod, na prst nasazen kolíček se senzorem na snímání saturace hemoglobinu kyslíkem (SpO<sub>2</sub>) (sestra)
- 9.55h** kontrola fixace epidurálního katétru pro kontinuální podávání analgetické směsi a hrudního drénu s aktivním sáním – těsnost, odpad (sestra)
- 10.00h** uskutečněn rozhovor s důkladným posouzením bolesti u nemocného, lokalizací, charakterem, nástupem a trváním bolesti; pacient označil stupeň bolesti (na stupnici 0 – 5) číslem 2 – obtěžující ,viz. příloha 3 (sestra)
- 10.10h** založen záznam sledování bolesti (sestra)
- 10.15h** měření a záznam výsledků vitálních funkcí: TK 120/80torr, P 110/min., D 18/min., TT 36,8 °C, SpO<sub>2</sub> 93 % (sestra)
- 10.30h** aplikace opioidních analgetik, dle ordinace lékaře (sestra)
- 10.45h** edukace o důležitosti hlubokého dýchání - jako prevenci bronchopneumonie, o nutnosti expektorace i o komplikacích, které mohou nastat při stagnaci sekretu v dýchacích cestách (lékař, sestra)
- 10.50h** instruktáž pacienta, jak fixovat místo operační rány tlakem dlaně a s pomocí fixační pomůcky (sestra)
- 11.00h** hodnocení situace a rizik v oblasti dýchání (dle Bienstein škály: 20 bodů), viz příloha 3 (sestra)
- 11.15h** inhalace kyslíku s fyziologickým roztokem (sestra)
- 11.20h** asistence u expektorace pacienta, fixace rukou v místě operační rány (sestra)
- 11.35h** úprava lůžka přestlání lůžkovin, masáž zad (sestra)
- 11.40h** kontrola intenzity bolesti – pacient verbalizuje úlevu od bolesti ze stupně č. 2 na stupeň č. 1 – mírnou (lékař, sestra)
- 12.00h** měření, záznam výsledků vitálních funkcí: TK 105/75torr, P 85/ min., D 17/min., TT 36,9 °C SpO<sub>2</sub> 94 % (sestra)

- 12.15h** rozhovor s pacientem, který si stěžuje na prostředí pooperační jednotky a dožaduje se kontaktu s manželkou - navržena možnost telefonního rozhovoru – návrh pacientem akceptován (sestra)
- 12.45h** asistence u expektorace pacienta, fixace rukou v místě operační rány (sestra)
- 13.00h** uskutečněn krátký telefonický rozhovor pacienta s manželkou, domluvena osobní návštěva manželky a syna na příští den (sestra, lékař)
- 14.00h** měření a záznam výsledků vitálních funkcí: TK 110/75torr, P 85/ min., D 17/min., TT 36,9 °C, SpO<sub>2</sub> 93 % (sestra)
- 14.15h** úprava lůžka, masáž zad (sestra)
- 14.20h** kontrola hrudního drénu s aktivním sáním – těsnost, odpad a fixace epidurálního katétru pro kontinuální podávání analgetické směsi (sestra)
- 15.00h** podání inhalace kyslíku s fyziologickým roztokem (sestra)
- 15.15h** produktivní expektorace (pacient)
- 15.30h** kontrola intenzity bolesti, beze změny (stupeň č. 1 – mírná) (sestra)
- 16.00h** měření a záznam výsledků vitálních funkcí: TK 112/80, P 87, D 17, TT 37 °C, SpO<sub>2</sub> 93 % (sestra)
- 17.00h** masáž zad a úprava lůžkovin (sestra)
- 18.00h** měření a záznam výsledků vitálních funkcí: TK 115/77torr, P 90/ min., D 18/min., TT 37,9 °C, SpO<sub>2</sub> 92 % (sestra)
- 19.00h** posouzení a zhodnocení stupně bolesti, pacient verbálně hodnotí bolest jako ještě snesitelnou (sestra)

## **Vyhodnocení:**

Vyhodnocení jsem provedla po 7 hodinách pobytu pacienta na JIP v 19 hodin. Nemocný dokázal dostatečně popsat bolest a označit její intenzitu na škále bolesti, ústup potíží byl zaznamenán v případě operační rány o jeden stupeň (z č. 2 - obtěžující na č.1 – mírná), bolestivost v místě zavedeného epidurálního katétru přetrvává. Poučen, jak zvládat bolest i o možnosti včasného podání analgetik. Kontinuální aplikace analgetické směsi do epidurálního katétru pokračuje. Fyziologické hodnoty jsou v normě, kolem 18.00 hodin se zvýšila tělesná teplota na 37, 9 °C.

Pacientovi se obtížněji dýchal a nemohl dostatečně odkašlat. Lékařem mu byla naordinována inhalace kyslíku s fyziologickým roztokem, která mu pomohla uvolnit hleny v dýchacích cestách. Po instruktaži a počáteční pomoci sestry dokázal pacient fixovat rukou operační ránu a dostatečně kvalitně odkašlat. Dýchací cesty se díky kvalitní expektoraci staly průchodnější a pacientovi se lépe dýchal. Saturací hodnoty O<sub>2</sub> v krvi se pohybovaly v normě.

Nemocný byl z pobytu na JIP celý nespávající, scházelo mu soukromí, stěžoval si na velký pracovní ruch. Žádal o kontakt s manželkou a informace o svém nemocném pejskovi. Pro zlepšení psychické kondice a rozptýlení pocitu osamělosti byl pacientovi zprostředkován telefonický rozhovor s manželkou a domluvena její osobní návštěva se synem na následující den (6. 11. v 16.00 hodin).

Cíl (hodnoceno podle výsledných kritérií) byl splněn.

### **Celkové hodnocení:**

Ošetrovatelský proces jsem aplikovala u pacienta hospitalizovaného na oborové JIP ve VFN Praha. Na základě analýzy informací ze zdravotnické dokumentace, informací od pacientovy manželky, od členů ošetrovatelského týmu a informací získaných rozhovorem a pozorováním pacienta jsem našla jeho individuální problémy, jako byla např. akutní bolest, zahlenění DC, omezená soběstačnost, snížená pohyblivost, zácpa, ale i neznalost a potřeba poučení v oblasti výživy.

Pacient byl ohrožen pooperačními komplikacemi v podobě infekce dýchacích cest a v místech s narušenou kožní integritou (operační rána, hrudní drén a další invazivní vstupy), obtížněji se vyrovnával s bariérami nemocničního prostředí a následnou omezenou komunikací nejen manželkou, ale i s ostatními rodinnými příslušníky, včetně ztráty určitého komfortu a soukromí.

Z individuálních zdravotních problémů jsem vytvořila aktuální i potencionální ošetrovatelské diagnózy a sestavila ošetrovatelský plán, který jsem následně plnila od prvního dne pobytu pacienta V.H. na JIP. Snažila jsem se zmírnit, zlepšit, eventuálně odstranit pacientovy problémy a zároveň zabránit komplikacím u nemocného

v bezprostředním pooperačním období. Pooperační péče probíhala za aktivní účasti a spolupráce pacienta, který vykazoval po celou dobu dobrou psychickou kondici, a přestože prognóza jeho onemocnění nebyla příznivá, myslel na budoucnost a těšil se domů.

Ošetrovatelská péče o pana V.H. pomocí metody ošetrovatelského procesu byla velmi přínosná. Mohla jsem si ověřit, jak je individuální přístup k nemocnému a jeho rodině podstatný pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče nejen v bezprostředním pooperačním období.

### **Prognóza:**

Vzhledem k tomu, že u pacienta nebylo možné provést plánovaný rozsah operačního zákroku, pro rozsáhlost zhoubného nádoru a zhoršující se vitální funkce, je prognóza jeho onemocnění i po podstoupení plánované onkologické léčby velmi nepříznivá. Podle odborníků pacient nemá naději na delší přežití než je horizont několika měsíců.

## ZÁVĚR

Na případové studii pacienta V. H. jsem mohla demonstrovat pravdivost statistických údajů o příčinách vzniku, pozdních projevech, málo efektivní léčbě a nepříznivé prognóze zhoubného plicního nádorového bujení, které plně koresponduje nejen s anamnestickými údaji nemocného (dlouhodobé kuřáctví a chronické plicní onemocnění), ale i s velmi nepříznivou prognózou onemocnění u tohoto pacienta.

Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky u nás zemřelo v roce 2003 na rakovinu plic 4227 mužů a 1341 žen. Tento druh rakoviny se projeví u 92,5 mužů na 100 000 obyvatel a u 26,7 žen na 100 000 obyvatel. Úmrtnost je přitom 85,1 na 100 000 mužů a 25,6 na 100 000 žen. (Vademecum zdraví, 2006 s. 3)

Z uvedených údajů vyplývá především důležitost preventivních opatření, zaměřených na eliminaci známých a ovlivnitelných rizik a nezbytnost dobře organizovaných screeningových programů všude tam, kde lze oprávněně očekávat jejich výtěžnost ve smyslu časné diagnostiky.

Kromě opakovaně zdůrazňovaného rizika spojeného s inhalací tabákového kouře je třeba zmínit i další nebezpečné situace. Dlouhodobý pobyt v prostředí se zvýšenou koncentrací azbestu zvyšuje riziko vzniku plicní rakoviny asi 2krát. Kolem 2 % naší populace bydlí v domech se zvýšenou koncentrací radonu. Tento inertní plyn také zvyšuje riziko vzniku plicního karcinomu.

Co můžeme tedy pro své zdraví udělat již dnes? Rázně skoncovat s kouřením. Ode dne, kdy přestaneme kouřit, se riziko vzniku rakoviny plic začne snižovat. Zpočátku nepatrně, postupně však význam tohoto kroku nedocenitelně narůstá. V zemích, kde poklesla spotřeba cigaret se s určitým časovým posunem snížil i výskyt karcinomu plic.

Daň z cigaret neplatíme pouze státu. Ten, kdo na tento náš zlozvyk doplácí nejvíce, není ani tak naše kapsa, ale spíše naše zdraví.

## Seznam informačních zdrojů

1. DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. dopl. vyd., Praha: Grada, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
2. HANDL, Z. *Monitorování pacientů v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči – vybrané kapitoly*. 4. dopl. vyd., Brno: NCO NZO, 2004. 149 s. ISBN 80-7013-408-9.
3. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství 5: Manuálek o etice*. 1. vyd., Brno: IDV PZ, 2001. 46 s. ISBN 80-7013-310-4.
4. KLEIN, J. *Chirurgie karcinomu plic*. 1. vyd., Praha: Grada, 2006. 220 s. ISBN 80-247-1384-5.
5. KLENER, P. *Klinická onkologie*. 1. vyd., Praha: Galén, 2002. 686 s. ISBN 80-7262 - 151-3.
6. KLENER, P. A KOL. *Vnitřní lékařství díl II*. 1. vyd., Praha: Karolinum, Univerzita Karlova, 1998. 179 s. ISBN 80-7184-607-4.
7. KOLEKTIV AUTORŮ. *Základy ošetřování nemocných*. 1. vyd., Praha: Karolinum, Univerzita Karlova, 2005. 145 s. ISBN 80-246-0845-6.
8. KOLEKTIV AUTORŮ. *Rakovina plic*. Vademekum zdraví, 2006, roč. II, č. podzim 2006, s.12. ISSN 1802-3959.
9. KUŽELA, L.; STARNOVSKÁ, T.; ANDRÁŠKOVÁ, J. *Stravování při nádorových onemocněních*. 1. vyd., Praha: Sdružení MAC, spol. s r .o., 2002. 32 s. ISBN 80-86015-80-7
10. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
11. MAREČKOVÁ, J. *Ošetřovatelské diagnózy v nanda doménách*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 264 s. ISBN-80-247-1399-3.
12. PETRUŽELA, L.; KONOPÁSEK, B. *Klinická onkologie*. 1. vyd., Praha: Karolinum, Univerzita Karlova, 2003. 274 s. ISBN 80-246-0395-0.
13. STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetřovatelství*. 1. vyd., Praha: Karolinum, Univerzita Karlova, 1996. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.
14. TRACHTOVÁ, E. A KOL. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2. vyd., Brno: NCO NZO, 2006. 186 s. ISBN-807013-324-4.
15. VORLÍČEK, J.; ABRAHÁMOVÁ, J. A KOL. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd., Praha: Grada, 2006. 322 s. ISBN 80-247-1716-6.



## Seznam příloh

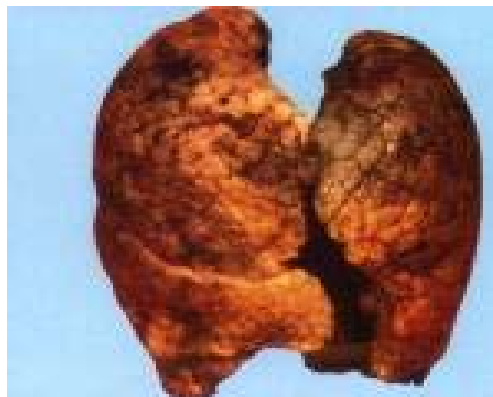
<b>Příloha 1</b> .....	49
Obr. 1 Zdravá plicní tkáň	
Obr. 2 Plíce silného kuřáka	
Obr. 3 Plicní nádor – označen bílým proužkem	
<b>Příloha 2</b> .....	50
Obr. 4 Operační sál ve VFN	
Obr. 5 Jednotka intenzivní péče ve VFN	
<b>Příloha 3</b> .....	51
Hodnotící a měřící techniky	
Zkrácený mentální bodovací test (dle Gaida)	
Hodnocení bolesti	
Riziko vzniku dekubitů	
Zjištění rizika pádu	
Bienstein škála k hodnocení situace a rizik v oblasti dýchání	
<b>Příloha 4</b> .....	56
Edukační list	
<b>Příloha 5</b> .....	59
Obr. 6 Výživová pyramida	

## PŘÍLOHA 1

Internet <http://www.kurakovaplice.cz/index.php=fotografie>, 26.11. 2008



Obr.1: Zdravá plicní tkáň



Obr. 2: Plíce silného kuřáka



Obr. 3: Plicní nádor - označen bílým proužkem

## PŘÍLOHA 2

Foto: archiv KARIM ve VFN, 20.11.2008



Obr. 4: Operační sál ve VFN



Obr. 5: Jednotka intenzivní péče ve VFN

## PŘÍLOHA 3

### Hodnotící a měřící techniky

#### Zkrácený mentální bodovací test (dle Gaida)

<b>Zkrácený mentální bodovací test</b> (dle Gaida)	<b>Bodové hodnocení</b> za správnou odpověď: 1 bod za nesprávnou: 0 bodů
Věk	1
Kolik je asi hodin	0
Adresa	1
Současný rok	1
Kde je hospitalizován	1
Poznání alespoň dvou osob	1
Datum narození	1
Jméno současného prezidenta	1
Odečíst zpět od 20 do	1
<b>Celkové skóre</b>	<b>8 bodů</b> (5. 11. 2008)

#### Hodnocení bolesti (na jednoduché škále od 0 – 5)

Žádná bolest	Mírná	Obtěžující	Silná, stresující	Velmi silná	Nesnesitelná
0	<b>1</b>	<b>2</b>	3	4	5
	<b>v 11h</b> 5.11.08	<b>v 9.45h</b> 5.11.08			

**Riziko vzniku dekubitů (dle Nortonové)**

(vzniká při 25 bodech a méně, hodnotí na škále: od 1 – 4)

<b>Hodnocená kritéria</b>	<b>Riziko vzniku dekubitů</b>	<b>Bodové hodnocení</b>
Schopnost spolupráce	Úplná	4
Tělesný stav	Dobrý	4
Věk:	do 60 let	2
Stav pokožky	normální	4
Další nemoci:	Žádné	4
Tělesný stav	Dobrý	4
Stav vědomí	Dobrý	4
Pohyblivost	částečně omezená	3
Inkontinence	není	4
Aktivita	s doprovodem	3
<b>Součet</b>		<b>36 bodů (5.11.2008)</b>

**Zjištění rizika pádu (skóre vyšší než 3, znamená riziko pádu)**

<b>Hodnocená kritéria</b>	<b>Zjištění rizika pádu</b>	<b>Bodové hodnocení</b>
Pohyb	potřebuje k pohybu pomoc	1
Vyprazdňování	nevyžaduje pomoc	0
Věk	18 – 75	0
Mentální status	orientován	0
Pád v anamnéze	ne	0
Medikace	užívá léky ze skupiny diuretik	1
Smyslové poruchy	žádné	0
<b>Celkové skóre</b>		<b>2 body (5.11. 2008)</b>

### Bienstein škála k hodnocení situace a rizik v oblasti dýchání

<b>Ochota spolupracovat</b>	Ochoten kontinuálně spolupracovat	0 x
	Spolupracuje na požádání	1
	Občas spolupracuje	2
	Nechce nebo nemůže spolupracovat	3
<b>Současné plicní onemocnění</b>	Nemá žádné	0
	Lehké infekce v oblasti nosu a úst	1
	Infekce v průduškách	2
	Plicní onemocnění	3 x
<b>Prodělané plicní onemocnění</b>	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 x
<b>Porucha imunity</b>	Není	0
	Lehké oslabení imunity, které nesouvisí s generalizovanou infekcí	1
	Výraznější porucha imunity	2 x
	Úplné selhání imunity	3
<b>Protracheální manipulace</b>	Žádné výkony v dýchacích cestách	0
	Ošetřovatelské výkony v nose a v ústech	1 x
	Oronasální odsávání	2
	Endotracheální odsávání	3
<b>Kuřák/pasivní kuřák</b>	Nekouří a nebývá v zakouřené místnosti	0 x

	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
<b>Bolest</b>	Nemá	0
	Lehké trvalá bolest	1
	Silnější bolest bez vlivu na dýchání	2
	Silná bolest ovlivňující dýchání	3 x
<b>Porucha polykání</b>	Žádná	0 x
	Porucha polykání tekutin	1
	Porucha polykání tekuté a kašovitě stravy	2
	Porucha polykání veškeré stravy a slin	3
<b>Omezení pohybu</b>	Žádné	0
	Porucha kompenzovaná holí či změnou držení těla	1
	Pobyť na lůžku, pouze sezení v křesle	2 x
	Úplné omezení pohybu, pouze na lůžku	3
<b>Povolání ohrožující plíce</b>	Nevykonává takové povolání	0 x
	Pracoval 1- 2 roky v zaměstnání ohrožující plíce	1
	Pracoval 2 - 10 let v zaměstnání ohrožující plíce	2
	Více než 10 let ve zvláště exponovaném prostředí	3
<b>Intubační narkóza/respirátor</b>	Nebyly v posledních 3 týdnech	0
	Krátká intubační narkóza (do 2 hodin)	1 x
	Déletrvající narkóza (nad 2 hodiny)	2
	Několik narkóz nebo napojení delší než 12 hodin	3
<b>Stav vědomí</b>	Při vědomí	0 x
	Somnolence	1

	Sopor	2
	Koma	3
<b>Hloubka dechu</b>	Dýchá bez námahy	0
	Dýchá namáhavě	1 x
	Těžká dušnost	2
<b>Dechová frekvence</b>	14 - 20 dechů/min.	0
	Přechodně nepravidelná tachypnoe / bradypnoe	1
	Pravidelná trvalá tachypnoe / bradypnoe	2 x
	Pravidelné patologické, hluboké nebo povrchní dýchání / střídání tachypnoe a bradypnoe	3
<b>Léky tlumící dýchání</b>	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 x

**Hodnocení:**

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

**Zápis:**

<b>Datum: 5.11. 2008</b>	<b>Celkem bodů: 20</b>	<b>Podpis sestry: Lénková</b>
--------------------------	------------------------	-------------------------------



## **PŘÍLOHA 4**

### **EDUKAČNÍ LIST**

**Edukovaný:** pacient, manželka

Vztah k zařízení: hospitalizovaný

Používání pomůcek: ano

Medikace ovlivňující edukaci: ano, analgetika

Edukace zaměřena: na jednorázové vzdělání

Forma edukace: verbálně, letáčky

Reakce na edukaci: nutno opakovat, následné dotazy, verbální pochopení

Edukační potřeba v oblasti: výživy

Existující komunikační bariéra: podpurná kompenzační pomůcka - brýle

Biorytmus: skřivan

Akutní nemoc: ne

Prognóza: nepříznivá

Plánované téma edukace: výživa a režim stravování

Zdroj informací: dokumentace, pacient

Edukační anamnézu jsem odebrala při rozhovoru dne 6.11.2008.

#### **Edukační záznam – realizace:**

Edukační potřeba v oblasti: výživy

Téma edukace: složení výživy a režim stravování

Forma edukace: verbálně, letáčky a brožury

Reakce na edukaci: následné dotazy, nutno opakovat, verbální pochopení

Doporučení: sledovat efekt před propuštěním, prokonzultovat opětně ochotu ke změně ve složení výživy a režimu stravování

Příjemce edukace: klient, manželka

Edukátor: primární sestra Lénková, dietní sestra Koutecká

Edukační záznam - realizace vyplněna s klientem při rozhovoru dne 6.11.2008.

## **EDUKAČNÍ PLÁN**

**Cíl edukačního plánu:** Změna ve složení výživy a režimu stravování.

### **Význam:**

Vztah mezi výživou a zhoubnými nádory je významnější, než se dříve předpokládalo. Vliv výživy na optimální činnost imunitního systému je mimořádně důležitý.

Obecně platí, že strava má být lehce stravitelná, s nízkým obsahem tuků, atraktivně upravená a přizpůsobená pacientovu mentálnímu stavu. Je třeba jíst často a pravidelně v průběhu celého dne, v intervalu, který pacientovi vyhovuje (obvykle 3 - 4 hodiny), v příjemném a větratelném prostředí. Jíst pomalu a dobře kousat.

Je důležité, aby strava byla pestrá s potřebným množstvím kvalitní bílkoviny, dostatečným množstvím vitamínů (např. beta-karoten, vitamín C, vitamín E, kyselina listová), minerálních látek a vlákniny. To se netýká pouze jednoho jídla, ale celkové skladby přijímané potravy. K přípravě pokrmů je vhodné používat spíše čerstvé než konzervované suroviny, protože čerstvé potraviny obsahují více vitamínů a minerálních látek, které jsou pro nemocného člověka zcela nezbytné. Bylo prokázáno, že lidé konzumující potraviny s nízkým obsahem tuků, zvýšené množství ovoce a zeleniny mají podstatně nižší výskyt rakoviny plic. (Kučela, 2002)

### **Metody edukace:**

Verbální vysvětlení, práce s letáky, brožurami, sestavení vzorového jídelníčku.

### **Postup při zaškolení pacienta:**

- Naplánuj edukační činnost na vhodnou dobu - dle skóre bolesti, kdy nejsou jeho bolesti na maximu, necítí extrémní únavu
- Spolupracuj s dietní sestrou
- Seznam klienta s významem zdravé výživy, stravovacího režimu a zdravého životního stylu.
- Snaž se klienta získat pro spolupráci
- Připrav doprovodný materiál – letáky, brožury, vzorový jídelníček.

**Realizace:**

U pacienta jsem zjistila základní neznalosti v oblasti výživy a stravovacího režimu. Jídelníček nemocného obsahoval převážně tučná masa, uzeniny a nevhodné přílohy s minimálním příjmem čerstvé zeleniny a ovoce, včetně nedostatečného příjmu tekutin. Zpočátku pan V.H. nebral moji snahu o předání informací příliš vážně. Nevěřil, že složení výživy má i pro jeho budoucí léčbu nějaký smysl. Kontaktovala jsem dietní sestru a spolu s ní zvolila metodu verbální edukace s použitím letáčků a následným doporučením vybrané literatury, jako je např. „Stravování při nádorových onemocněních“. Dietní sestra sestavila vzorový jídelníček na 5 dní, který jsme panu V.H. předaly. Následné dotazy pacienta mě přesvědčily, že nemocný je ochoten a připraven provést určité dílčí změny ve své výživě.

Informace o zdravé výživě jsem také předala pacientově manželce, která přislíbila svoji aktivní účast na změně ve složení výživy a stravovacím režimu u svého manžela.

**Kontrolní otázky pro pacienta:**

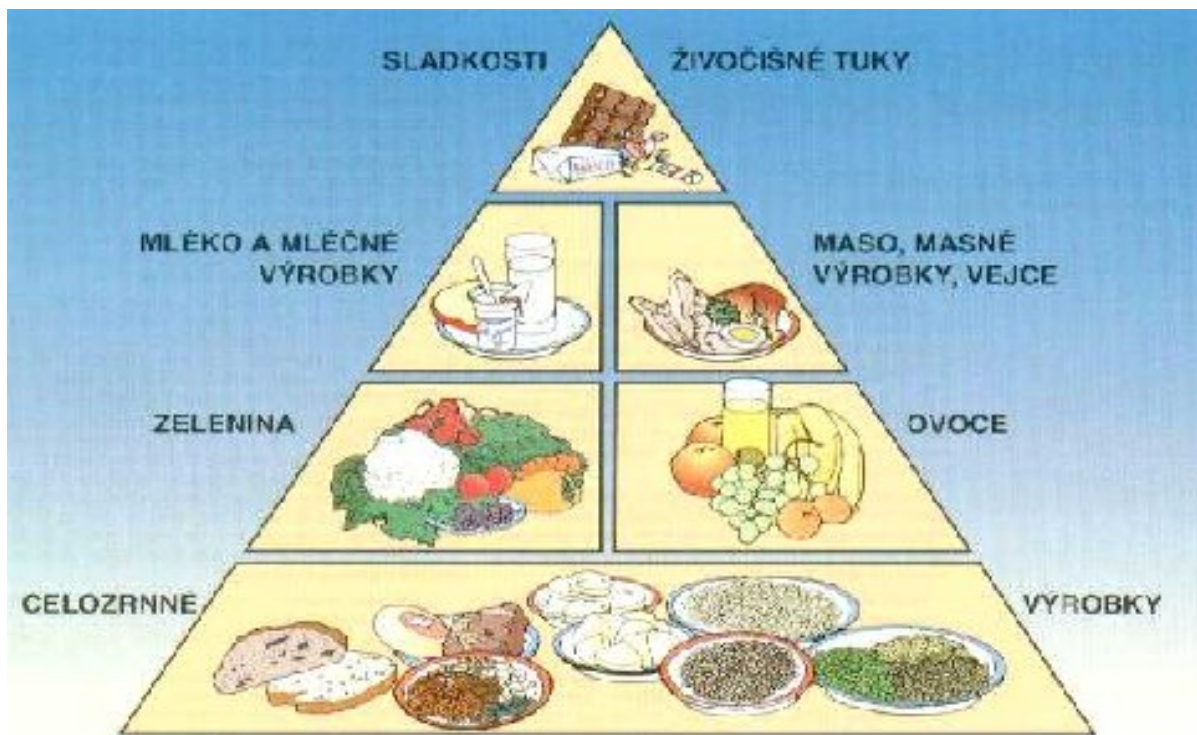
<b>Kontrolní otázky</b>	<b>Správné odpovědi</b>
Proč je pro vás důležité dodržovat správnou výživu a zdravý životní styl?	Pro optimální funkci imunitního systému a celého mého těla.
Čeho se máte vyvarovat?	Zvýšenému příjmu tuků v potravě, úpravě jídla smažením, ohřevem; alkoholu a kouření
Jak často máte jíst a kolik tekutin máte vypít za 24 hodin?	Každé 3 - 4 hodiny; 2 - 2,5l tekutin za 24 hodin.

**Vyhodnocení:**

Provedeno 7. 11. v 10.45 hodin před propuštěním pacienta na standardní chirurgické oddělení. Pacient byl (spolu s manželkou) kompletně edukován o výživě a stravovacím režimu při nádorovém onemocnění, byly mu poskytnuty letáčky, doporučena literatura a vytvořen vzorový jídelníček. Nemocný verbalizuje v tomto směru dostatek informací.

## PŘÍLOHA 5

Internet: nova.medicina.cz/files/2266.jpg. 6. 11. 2008



Obr. 6 Výživová pyramida

Tato potravinová pyramida ukazuje, na čem by vaše stravování mělo stát (základna pyramidy) a čeho by v ní mělo být jen minimálně (vrchol pyramidy)

Doporučené zastoupení živin:

v % z celkového příjmu energie

sacharidy	50 – 60 %
bílkoviny	10 – 20 %
tuky	do 30 % ( 10 : 10 : 10 )
vláknina	30 – 40 g/den
cholesterol	< 300 mg/den