

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S MOZKOVÝM  
TUMOREM – MULTIFORMNÍM GLIOBLASTOMEM**

Bakalářská práce

KLÁRA TLUSTOŠOVÁ

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

Vedoucí práce: Prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby práce:

Praha 2009

## **PROHLÁŠENÍ**

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

Praha 31. března 2009

.....

## **Abstrakt**

TLUSTOŠOVÁ, K.: Ošetrovatelská péče u pacienta s mozkovým tumorem – multifonním glioblastomem. (Bakalářská práce) Klára Tlustošová - Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář ošetrovatelství. Vedoucí: Prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc. Vysoká škola zdravotnická Praha, 2009.

Hlavním tématem naší bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienta s multifonním glioblastomem. Teoretická část charakterizuje samotné onemocnění, možnosti diagnostiky a terapie. V druhé kapitole je popsána obecná ošetrovatelská péče u onemocnění mozku formou ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelská část se zabývá popisováním ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu u vybraného pacienta. Pro posouzení pacienta sestrou (anamnestické údaje, fyzický a psychický stav, aktivity denního života, sociální stav) jsem získala informace rozhovorem s pacientem, jeho rodinou, z lékařské a sesterské dokumentace a od kolegyně, které o pacienta také pečovaly. Dále práce obsahuje medicínský management a situační analýzu. Seznam ošetrovatelských diagnóz je seřazen dle priorit. V dalších kapitolách jsou určeny cíle, vypsány intervence, realizace a zhodnocení vybraných ošetrovatelských diagnóz. Přílohy obsahují záznam o edukaci pacienta, Barthelův test základních všedních činností (ADL), záznam bolesti, stupnici psychického zdraví dle Savage, a radiologickou dokumentaci vybraného pacienta.

Klíčová slova: Mozkový nádor. Multifonní glioblastom. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelský proces. Edukace.

## Summary

TLUSTOŠOVÁ, K.: The Nursing Care of the Patient with the Brain Tumor – Glioblastoma Multiforme. (Bachelor's dissertation) Klára Tlustošová – Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze. The professional qualification degrees: Bachelor of nursing. A head of dissertation: Prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc. Vysoká škola zdravotnická Praha, 2009

The major topic of our bachelor's work is Nursing Care of the Patient with Glioblastoma Multiforme. The theoretical part is about particular features of diseases, possibility of diagnosis and treatment. General nursing care of the patient with the brain disease is described by nursing process in the second chapter. The chapter of nursing is about description of a nursing care method for a selected patient. I obtained the information (nursing history, physical and psychological state, activities of daily living, social state) from the interview with the patient, his family, from physicians' and nurses' documentation, and from my colleagues, who took care of him. Furthermore, my work contains medicinal management and situation analysis. Nursing diagnosis is ranged according to priorities. In the next chapters there are the goals, interventions, implementation and valuation of selected nursing diagnosis. The attachments include patient education record, Barthel ADL index – Activities of daily living, record of the pain, Savage's index of psychical health and radiological documentation of selected patient.

Key terms: Brain tumor. Glioblastoma Multiforme. Nursing care. Nursing process. Education.

## **Předmluva**

Onemocnění mozkovým nádorem je i v současné době moderních možností terapie diagnózou velmi závažnou, která se týká nejen pacienta, ale do značné míry celé jeho rodiny a okolí. Primární nádory mozku (CNS) tvoří 1,4 až 4,2% všech maligních nádorů. Ročně v České republice onemocní primárním mozkovým nádorem kolem 1100 - 1200 lidí. Jedná se tedy o relativně hojně se vyskytující onemocnění.

Rozhodli jsme se proto, v této práci ukázat možnost využití ošetrovatelského procesu u pacientů z maligním mozkovým nádorem - multifornním glioblastomem. Metodikou této bakalářské práce bylo pět kroků ošetrovatelského procesu - posuzování, diagnostika, plánování, realizace a hodnocení. Podklady pro práci jsme čerpali z knižních pramenů, rozhovorem s pacientem, z lékařské a ošetrovatelské dokumentace.

Pacienta s tímto onemocněním jsme zvolili, protože nemocné postižené maligním mozkovým nádorem jsem ošetrovala během svého zaměstnání na neurochirurgickém oddělení. Každý nemocný sice potřebuje individuální přístup, přesto si myslíme, že alespoň základní informace o ošetrovatelské péči u pacienta z multifornním glioblastomem uvedené v této práci, by mohly být využity v praxi.

Práce je určena studentům ošetrovatelství, kteří se tak mohou seznámit s onemocněním, se kterým se setkají pouze při práci na specializovaném oddělení, ale i pro sestry z praxe, které o pacienty s diagnózou multifornní glioblastom pečují.

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucímu bakalářské práce Prof. MUDr. Zdeňku Seidlovi, CSc. za cenné rady při psaní této práce, PhDr. Haně Belejové za pomoc při psaní ošetrovatelské části a své rodině za podporu a trpělivost.

## Obsah

Úvod .....	8
I Teoretická část.....	10
1 Klinická charakteristika onemocnění .....	10
1.1 Klasifikace nádorů mozku (astrocytomů) .....	10
1.2 Charakteristika multiformního glioblastomu .....	11
1.3 Etiologie a patogenese primárních maligních mozkových tumorů.....	12
1.4 Klinický obraz .....	12
1.4.1 Bolest hlavy.....	13
1.4.2 Syndrom nitrolební hypertenze.....	13
1.4.3 Ložiskové příznaky .....	13
1.5 Komplikace.....	14
1.6 Diagnostika .....	14
1.6.2 NMR - Nukleární magnetická rezonance .....	14
1.6.3 Mozková panangiografie.....	15
1.6.4 Metody nukleární radiologie.....	15
1.6.5 Vyšetření očního pozadí .....	15
1.6.6 EEG - Elektroencefalografie.....	15
1.6.7 Histologické vyšetření.....	16
1.7 Terapie .....	16
1.7.1 Chirurgická léčba .....	16
1.7.2 Radiační léčba .....	17
1.7.3 Chemoterapie .....	17
1.7.4 Antiedematózní léčba .....	18
1.7.5 Symptomatická léčba.....	18
1.7.6 Psychoterapie .....	18
2 Komplexní ošetrovatelská péče o pacienty s onemocněním mozku .....	19
2.1 Posuzování .....	19
2.1.1 Anamnestické údaje.....	19
2.1.2 Fyzikální vyšetření.....	19
2.1.3 Aktivity denního života .....	20
2.1.4 Psychologické údaje.....	20

2.1.5 Sociální údaje .....	21
2.2 Diagnostika .....	21
2.3 Plánování - intervence .....	21
2.4 Realizace a hodnocení.....	22
<b>II Praktická část.....</b>	<b>23</b>
<b>3 Ošetrovatelský proces.....</b>	<b>23</b>
3.1 První krok ošetrovatelského procesu – posuzování.....	24
3.2 Druhý krok ošetrovatelského procesu – diagnostika.....	35
3.2.1 Ošetrovatelské diagnózy střední priority .....	36
3.2.2 Ošetrovatelské diagnózy nízké priority .....	36
3.3 Třetí, čtvrtý a pátý krok ošetrovatelského procesu - intervence, realizace a hodnocení ošetrovatelských diagnóz .....	37
<b>4 Celkové hodnocení ošetrovatelské péče .....</b>	<b>49</b>
<b>Závěr .....</b>	<b>50</b>
<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>52</b>
<b>Seznam tabulek .....</b>	<b>54</b>
<b>Seznam zkratk.....</b>	<b>55</b>
<b>Přílohy.....</b>	<b>56</b>

# Úvod

Onemocnění primárním maligním mozkovým nádorem, především multiformním glioblastomem, je zatěžující pro pacienta v oblasti psychické, fyzické i sociální. Péče o takto nemocné se tedy musí řídit holistickou filosofií ošetřovatelství. Pacienti velmi často trpí poruchami hybnosti, poruchami řeči, epileptickými záchvaty. Proto je nutné stanovit ošetřovatelské diagnózy a naplánovat intervence tak, aby byla ošetřovatelská péče poskytována pacientovi ve všech oblastech, kde se mohou vyskytnout problémy. Měla by být především zaměřená na uspokojení všech pacientových bio-psycho-sociálních potřeb. V této práci se snažím o popsání ošetřovatelských problémů a jejich řešení u pacienta s diagnózou multiformní glioblastom.

V teoretické části definuji a charakterizuji samotné onemocnění, popisuji klasifikaci mozkových nádorů vycházejících z astrocytů. Dále teoretická část obsahuje informace o klinickém obraze onemocnění, diagnostice, možnostech terapie, komplikacích. V druhé kapitole teoretické části popisuji obecnou ošetřovatelskou péči při onemocnění mozku formou ošetřovatelského procesu.

V ošetřovatelské části nejprve uvádím identifikační a anamnestické údaje pacienta. V další podkapitole ošetřovatelské části této práce posuzuji současný stav pacienta - fyzický stav, aktivity denního života, psychický a sociální stav. Informace pro posouzení stavu pacienta jsem získala rozhovorem s pacientem a jeho rodinou (manželka), z lékařské a ošetřovatelské dokumentace a od kolegyně na oddělení, kde byl pacient hospitalizován.

Ze získaných informací jsem sestavila plán ošetřovatelské péče - seznam ošetřovatelských diagnóz, rozpracování ošetřovatelských diagnóz (cíl, intervence, realizace) a zhodnocení ošetřovatelské péče. Rozpracovala jsem ošetřovatelské diagnózy číslo I, II, III, VII, IX a XI z důvodu, že mi tyto diagnózy připadaly pro pacienta nejzávažnější a nejvíce obtěžující. Aktuální a potencionální ošetřovatelské diagnózy jsem stanovila k druhému dni hospitalizace. Stanovení a následné řešení ošetřovatelských diagnóz přispělo ke zlepšení stavu pacienta, zejména psychického.

V první příloze se podrobně věnuji edukaci pacienta a jeho rodiny, zaměřené na ohrožení bezpečí z důvodu opakovaných epileptických záchvatů, které jsou důsledkem primárního onemocnění maligním mozkovým tumorem. Dále přílohy obsahují Barthelův test základních všedních činností (ADL - Activity daily living), záznam



bolesti, stupnici hodnocení psychického zdraví dle Savage a radiologickou dokumentaci ošetřovaného pacienta.

### **Cíl práce**

Cílem této práce je popsání ošetrovatelské péče formou ošetrovatelského procesu u pacienta s diagnózou multifonní glioblastom, který byl hospitalizován na neurochirurgickém oddělení.

# I Teoretická část

## 1 Klinická charakteristika onemocnění

Astrocytomy jsou gliomy vycházející z astrocytárních buněk. Představují největší a nejvíce heterogenní skupinu neuroepiteliálních nádorů. Gliomy mozku tvoří 40 - 50% všech nitrolebních nádorů. Na mozku jsou gliomy převážně lokalizovány v čelním a spánkovém laloku a ve více než 40% přerůstají do sousedních mozkových laloků. Častěji mezi 40 - 50 roky onemocní tímto nádorem muži, podíl maligní formy roste s věkem. Čím malignější forma, tím jsou buňky nádoru méně podobné zdravým astrocytům, četné jsou anaplázie, mitózy, krvácení, cévní uzávěry a následné nekrózy (Tichý J. a kol., 1998; Kunc Z., 1983, Seidl Z. a kol., 2004).

V případě centrální nervové soustavy (dále CNS) nabývá termín maligní poněkud odlišný význam. Může se použít pro zhodnocení klinického významu nádoru, neboť i histologicky benigní tumor, postihne-li důležité centrum nebo svou velikostí způsobí syndrom nitrolební hypertenze, může způsobit úmrtí pacienta, a je tedy pro pacienta vlastně tumorem maligním (Adam Z. a kol., 2004).

### 1.1 Klasifikace nádorů mozku (astrocytomů)

Již zakladatel moderní neurochirurgie Harvey Cushing si byl vědom nutnosti a potřebnosti klasifikace nádorů nervového systému, zejména z důvodů prognostických. Rozdělil astrocytomy na astrocytomy, astroblastomy a multiformní spongioblastomy (jejichž název později změnili na glioblastom). Byl tak položen základ, ze kterého vycházeli další autoři ve snaze o co nejdokonalejší klasifikační dělení. Rozvoj neurologických věd a zejména rozvoj neurochirurgie však vyžadoval podstatně přesnější, a pokud možno jednotné schéma dělení nádorů, které by umožnilo snazší komunikaci všech zainteresovaných odborníků.

Poměrně velkého rozšíření se dočkala klasifikace Zülcha a Wechslera, která provádí hodnocení malignity čtyřmi stupni. Převládá zde maximální snaha nalézt co nejužší vazbu mezi histologickým typem nádoru a očekávanou prognózou. Typy nádorů označené jako grade I byly hodnoceny jako benigní s očekávanou délkou přežití minimálně 5 let. Nádory označené grade II byly pokládány za semibenigní

s předpokládanou délkou života 3-5 let a nádory s grade III s prognózou 2-3 let života. Nejmalignější grade IV umožňoval nemocnému maximálně 6-15 měsíců života (Kala M., 1998).

**Tabulka 1 - Histologický grading astrocytomů (Seidl Z. a kol., 2004)**

Grade	Název
I a II	Benigní astrocytomy - Low grade (LGG)
III	Maligní anaplastické astrocytomy - High grade (HGG)
IV	Multiformní glioblastom

## **1.2 Charakteristika multiformního glioblastomu**

Multiformní glioblastom je nejčastějším primárním mozkovým nádorem v dospělosti. Tvoří 50% všech gliomů. Ze všech mozkových nádorů (hlavně se tam vyskytují metastázy) je podíl glioblastomu 15%. Jde o nejagresivnější, nej malignější a nejrychleji rostoucí nádory vycházející z mozkového parenchymu. Nejčastěji se vyskytují v pátém a šestém deceniu, 2x častěji u mužů než u žen, s lokalizací v hlubokých strukturách mozkových hemisfér (bílá hmota, bazální ganglie, thalamus). I když neuroradiologická vyšetření často zobrazují glioblastom jako dobře ohraničený nádor, šíří se většinou infiltrativně do mozkové kůry a přes corpus callosum i do druhostranné mozkové hemisféry. Může infiltrovat i meningeální obaly a komorový systém a šířit se prostřednictvím likvorových cest na vzdálenější místa. Cystická degenerace, nekróza a hemorrhagie nádorové tkáně jsou pravidlem (Tichý J. a kol., 1998).

Růst glioblastomu je velmi rychlý, výjimečně trvá déle než rok, a to hlavně u nemocných, u nichž vznikl malignizací benigního gliomu. Proto je anamnéza velmi krátká, v polovině případů 4 měsíce a průměrně 7 - 8 měsíců (Kunc Z., 1983).

Incidence glioblastomu v USA je 1/30 000. Tedy 3 nemocní/100 000 obyvatel. Incidence znamená, kolik pacientů onemocní za rok. Prevalence je kolem 1/100 000 – kolik pacientů se pro tuto chorobu léčí v danou chvíli. Tato čísla znamenají, že 2 ze 3 pacientů do roka zemřou. Incidenci se glioblastom řadí mezi tzv "rare diseases" - málo časté choroby. Celosvětově je incidence velmi podobná (Greenberg M.S., 2001).

### **1.3 Etiologie a patogeneze primárních maligních mozkových tumorů**

Primární nádory mozku tvoří 1,4 až 4,2% všech maligních nádorů. Některé typy nádorů mozku postihují typicky určité věkové kategorie.

Na etiologii nádorů CNS se podílejí jak genetické příčiny, tak řada zevních příčin: onkogenní viry, chemické látky, radioaktivní záření. Byl popsán větší výskyt astrocytomů po prodělané radiační léčbě mozku pro akutní lymfocytární leukémii. Z genetických faktorů byla u některých tumorů prokázána přítomnost genu podporujícího růst nádoru - tzv. nádorový onkogen - nebo naopak ztráta genu, který růst nádoru tlumí - tzv. nádorový supresorový gen (Adam Z. a kol., 2004; Dbalý V., 2002; Tichý J. a kol., 1998).

Typickým rysem rostoucího nádoru je výrazná genetická nestabilita. Progrese k nejmalignější variantě, multifonnímu glioblastomu, je charakterizovaná ztrátou chromosomu 10, vyskytující se až u 95% nemocných tímto nádorem. Zajímavé jsou dvě možné cesty vzniku glioblastoma multiforme. Buď vícestupňovou transformací z preexistujícího gliomu s nízkým stupněm malignity nebo přímou genetickou změnou - primární glioblastomy s typicky krátkou anamnézou a horší prognózou (Klener P., 2002).

### **1.4 Klinický obraz**

Nejčastějším příznakem, který vede k podezření na přítomnost mozkového nádoru, je zhoršování neurologického stavu nemocného (zhruba u 70% případů). U většiny pacientů dochází k oslabení hybnosti na končetinách nejčastěji jedné poloviny těla - tzv.

hemiparéze (Dbalý V., 2002). Příznaky lze rozdělit na celkové (bolest hlavy, nitrolební hypertenze) a ložiskové (hemiparéza, afázie, epilepsie).

#### **1.4.1 Bolest hlavy**

Iniciálním příznakem mozkového nádoru bývá difúzní bolest hlavy, která je obvykle přítomna již ráno a je způsobena drážděním nociceptivních struktur v důsledku růstu nádoru. Každá nově vzniklá bolest hlavy je důvodem k vyloučení tumoru CNS (Tichý J. a kol., 1998).

#### **1.4.2 Syndrom nitrolební hypertenze**

Příznakem pokročilého onemocnění je syndrom nitrolební hypertenze. Ta se projevuje:

- zvracením bez předchozí nauzey (zvracení obloukem)
- silnou bolestí hlavy (cephalea)
- zvýrazněním ložiskových příznaků
- kvantitativními poruchami vědomí (somnia, sopor, kóma)

U nádorů čelních laloků nalézáme změny osobnosti (tzv. prefrontální syndrom). Velmi významným projevem rozvíjející se nitrolební hypertenze jsou poruchy psychické: větší únava, změny nálad, podrážděnost, snížení mentální kapacity, poruchy koncentrace, poruchy paměti. Tyto příznaky se rozvíjejí plíživě a bývají obvykle registrovány rodinnými příslušníky - důležitost objektivní anamnézy (Adam Z. a kol., 2004; Tichý J. a kol., 1998).

#### **1.4.3 Ložiskové příznaky**

Při postižení frontodorzální oblasti dominantní hemisféry dochází k expresivní fatické poruše. Nádory, které jsou uloženy v centrální oblasti a postihují gyrus precentralis, se projevují motorickými záchvaty v opačné polovině těla (Jacksonova epilepsie) a prohlubující se hemiparézou taktéž v opačné polovině těla. Nádor uloženy v temporálním laloku se projevuje psychomotorickou epilepsií - kvalitativní změna vědomí spojená s automatickými pohybovými stereotypy - žvýkání, mlaskání apod. (Adam Z. a kol., 2004).

## **1.5 Komplikace**

Komplikace mozkových tumorů jsou většinou spojené z operační léčbou (krvácení, edém mozku, infekce), s radiací léčbou či chemoterapií (Dbalý V., 2002).

## **1.6 Diagnostika**

Diagnostika v neurologii a neurochirurgii zaznamenala v posledních desetiletích výrazný pokrok. Kromě subjektivního nálezu pacienta (bolest hlavy, zvracení, poruchy zraku a sluchu), podrobného neurologického vyšetření a očního vyšetření (nitrolební hypertenze), lze mozkový tumor diagnostikovat pomocí řady zobrazovacích metod a specializovaných vyšetření, především CT a NMR, které umožňují zjišťovat diagnózu ve velmi časných stádiích často u nemocných, kteří nemají žádné obtíže (Dbalý V., 2002).

### **1.6.1 CT - Počítačová tomografie**

CT je radiodiagnostické vyšetření, jehož principem je počítačově zpracované měření absorpce rentgenového záření. Počítačová rekonstrukce těchto údajů poskytuje charakteristický CT obraz. Vyšetření CT je velmi citlivé při hodnocení úrazů mozku, krvácení do mozku a po zvýraznění obrazu podáním kontrastní látky je možno dobře zobrazit i mozkové tumory (Dbalý V., 2002).

### **1.6.2 NMR - Nukleární magnetická rezonance**

NMR na rozdíl od CT nevyužívá rentgenové záření. Jedná se o zobrazení vodíkových jader (jsou jako součást vody v organismu nejčetnějším prvkem v těle člověka a chovají se jako malé magnety) v zevním magnetickém poli, jež je vytvářeno zařízením NMR. NMR je výrazně citlivější při zobrazování detailů mozku, mozkových cév, mozkových závitů, a na rozdíl od CT zobrazuje mozek ve třech na sobě kolmých rovinách a poskytuje do jisté míry prostorovou představu (Dbalý V., 2002).

### **1.6.3 Mozková panangiografie**

U některých typů mozkových nádorů je před jeho léčbou nezbytné znát i přesné cévní zásobení a k tomuto účelu se provádí vyšetření - mozková panangiografie (RTG zobrazení mozkových cév). V současné době se začaly používat i metody CT a NMR angiografie, protože jsou přesnější, a v případě NMR angiografie nepředstavují pro pacienta radiační zátěž (Dbalý V., 2002).

### **1.6.4 Metody nukleární radiologie**

Metody nukleární radiologie přinášejí cenné informace o metabolických změnách a perfúzi nádorové tkáně (jednofotonová emisní tomografie - SPECT, pozitronová emisní tomografie - PET). Tyto metody přispívají k posouzení stupně malignity nádoru, k upřesnění jeho skutečných hranic, ke zhodnocení regrese nádorové tkáně v souvislosti s terapií, nebo rozlišení recidivy nádoru od postradiační nekrózy (která se na PET nezobrazí), což při CT nebo MR vyšetření může činit značné potíže (Dbalý V., 2002; Tichý J. a kol., 1998).

### **1.6.5 Vyšetření očního pozadí**

Vyšetření očního pozadí je velmi důležité pro zhodnocení stupně nitrolební hypertenze. Nález městnavé papily (u více než 2/3 nemocných s glioblastomem) je již známkou pokročilého stavu onemocnění (Kunc Z., 1983; Tichý J. a kol., 1998).

### **1.6.6 EEG - Elektroencefalografie**

Elektroencefalografie poskytuje informace o funkci mozkové tkáně. U nitrolebních nádorů prokazuje obvykle iritační ložiskovou aktivitu v místě nádoru, rovněž difúzní pomalé edémové vlny. Patologický EEG nález indikuje CT vyšetření u nemocných, byť jen s malými obtížemi (bolesti hlavy) a sporným nebo nepatrným klinickým nálezem. Monitorování EEG záznamu umožňuje hodnocení progresu onemocnění nebo naopak efektu terapie (Tichý J. a kol., 1998).

### **1.6.7 Histologické vyšetření**

Histologické vyšetření odebraného vzorku nádorové tkáně, významné hlavně pro správnou volbu terapie, poskytuje mikroskopické zhodnocení nádoru (Tichý J. a kol., 1998).

## **1.7 Terapie**

Léčba nitrolebních nádorů zaznamenala v posledních letech značný pokrok. Ten byl urychlen rozvojem nových diagnostických metod schopných prokázat nádor v jeho raném stadiu (CT, NMR, PET), zdokonalením neurochirurgické techniky (operační mikroskop, ultrazvukový aspirátor, navigace), zavedením nových radioterapeutických postupů (protonový urychlovač, gama nůž) i zdokonalením chemoterapie. Přesto léčba nitrolebních nádorů má své limity, dané především nebezpečím poškození mozkové tkáně, a není vždy plně úspěšná. Vyžaduje úzkou spolupráci neurologa, neurochirurga, radioterapeuta a onkologa. Léčba všech maligních gliomů spočívá v operačním zákroku, který odstraněním části či celého tumoru zmenší nitrolební tlak. Recidiva maligního gliomu je však nevyhnutelná i při makroskopicky totální exstirpaci ložiska. Medián přežití pacientů po operaci bez další léčby je 4 až 6 měsíců. Radioterapie prodlouží medián přežití na 8 až 10 měsíců, nezabrání vzniku lokální recidivy, avšak zpomalí průběh choroby (Adam Z. a kol., 2004; Tichý J. a kol., 1998).

### **1.7.1 Chirurgická léčba**

Operační léčba mozkového nádoru je vždy součástí kombinovaného léčebného plánu spolu s případnou radioterapií, chemoterapií, psychoterapií. Pouze v malém procentu případů je možné nádor operací zcela odstranit a ukončit tak léčbu. Je však potřeba pacienty dispenzarizovat, pravidelně kontrolovat (CT, NMR, klinická vyšetření) a nemocní musí dlouhodobě užívat předepsané léky.

Chirurgická léčba má tři základní cíle:

- získat definitivní histologickou diagnózu (stereotaktická biopsie, otevřená biopsie)
- redukcí tumorózní tkáně dosáhnout snížení nitrolebního tlaku



- redukcí tumorózní tkáně zlepšit účinnost dalších léčebných modalit
- v některých případech je cílem totální resekce tumoru.

Primární mozkové nádory (gliomy, glioblastomy) však prorůstají do mozkové tkáně bez jasného ohraničení a je možné je odstranit pouze částečně - paliativně. K další léčbě přispívají nechirurgické metody (Adam Z. a kol., 2004; Dbalý V., 2002).

### 1.7.2 Radiační léčba

K radiační léčbě se přistupuje po paliativním chirurgickém zákroku nebo pokud se z histologického vyšetření prokáže malignita tumoru. Podstatou radiační terapie mozkových nádorů je aplikace určitého typu ionizujícího záření do zvolené oblasti nádoru s cílem způsobit smrt nádorových buněk nebo zástavu jejich dělení. Nejčastějším používaným typem záření je rentgenové záření nebo gamma záření. Velmi speciální formou radioterapie mozkových nádorů je léčba Leksellovým gamma nožem. Někdy se tento typ léčby označuje jako radiochirurgie, neboť stejně jako přímá operace je cílená na požadovanou strukturu bez poškození okolní tkáně. Gamma nůž není skalpel řezající do tkáně pacienta, ale složité zařízení, které umožní produkci záření a souběh svazku paprsků ve zvoleném cíli.

Využití všech moderních radioterapeutických možností zcela nevylučuje výskyt neurotoxických pozařovacích reakcí, které se mohou objevit až několik let po ozáření a projevují se v podobě velmi pestré škály příznaků - zhoršení intelektuálních funkcí, poruchy endokrinních funkcí v důsledku zhoršené činnosti hypofýzy (Dbalý V., 2002).

### 1.7.3 Chemoterapie

K léčbě tumorů, které není možné vyléčit chirurgickým ani radiačním způsobem (především multifonní glioblastom) se přidává léčba cytostatiky - chemoterapie. Účinnost cytostatik na mozkové nádory je nepříznivě ovlivňována dvěma faktory:

1. Přítomností hemato-encefalické bariéry, která nedovoluje přestup větších molekul přes těsná spojení vnitřní výstelky mozkových cév do mozkových buněk. Z tohoto důvodu je snahou léčebně porušit tuto bariéru a tak případně zvýšit přestup cytostatika do mozku.

2. Rezistencí nádorových buněk na cytostatikum. Příčiny rezistence jsou komplexní. Mozkové nádory často dosahují značných rozměrů a nejsou samy schopny

zajistit dostatečné krevní zásobení některých svých částí. Maligní buňky přežívající v tomto tzv. hypoxickém stínu jsou výrazně méně citlivé na chemoterapii a mohou tak uniknout účinku podané látky.

Z uvedených údajů vyplývá, že neexistuje ideální cytostatikum v terapii maligních mozkových tumorů. Celá řada nových léků je testována (Dbalý V., 2002).

#### **1.7.4 Antiedematózní léčba**

Zvýšený intrakraniální tlak je průvodním projevem u většiny nitrolebních nádorů. Jednou z významných příčin jeho vzniku je vazogenní edém bílé hmoty mozkové. Doprovází obvykle zhoubnější formy nitrolebních nádorů, ale může se vyskytnout i u nádorů benigního charakteru a bezprostředně ohrozit život nemocného. Edém může být hlavní příčinou potíží nemocného, a proto zmenšení rozsahu může mít značný terapeutický efekt. Nejvíce účinné v léčbě vazogenního edému jsou kortikoidy (Dexamethason, Prednison, Solumedrol a další). V akutním stavu je možné použít i Manitol (Tichý J. a kol., 1998).

#### **1.7.5 Symptomatická léčba**

Symptomatická léčba je indikována k potlačení nepříjemných subjektivních potíží nemocného: analgetika, eventuálně v kombinaci se sedativy u bolestí hlavy, antiemetika u zvracení, antiepileptika (např. Epanutin, Epilan D Gerot, Sodanton, Rivotril) u epileptických záchvatů apod. (Tichý J. a kol., 1998).

#### **1.7.6 Psychoterapie**

Psychoterapie je velmi důležitou součástí léčby mozkových nádorů. Toto onemocnění přináší vždy velký stres a duševní napětí pro pacienta i jeho okolí. Pacienti často trpí depresivními poruchami, dle lokalizace tumoru mohou být zmatení a neklidní. Cílem psychoterapie by mělo být celkové zklidnění pacienta citlivým přístupem, rozhovorem s nemocným (Tichý J. a kol., 1998).

## **2 Komplexní ošetrovatelská péče o pacienty s onemocněním mozku**

Komplexní ošetrovatelská péče o pacienty s onemocněním mozku by měla být poskytována dle zásad ošetrovatelského procesu podle individuálních bio – psycho – sociálních potřeb pacienta.

### **2.1 Posuzování**

V rámci posuzování zpracovává sestra sesterskou anamnézu a provádí fyzikální vyšetření se zaměřením na nervový systém.

#### **2.1.1 Anamnestické údaje**

Osobní anamnéza je zaměřena na: poruchy citlivosti a poruchy svalové hybnosti, překonané nemoci, úrazy hlavy, infekční onemocnění, užívání léků (zejména neuroleptika).

Rodinná anamnéza je zaměřena na výskyt onemocnění mozku v rodině.

Sociální/pracovní anamnéza je zaměřena na: bytové podmínky (s kým žije pacient ve společné domácnosti se zřetelem na omezení a pomoc, kterou bude potřebovat), zájmové aktivity, kontakt se škodlivými látkami v domácím a pracovním prostředí, mezilidské vztahy.

#### **2.1.2 Fyzikální vyšetření**

Fyzikální vyšetření zahrnuje subjektivní údaje získané od pacienta a objektivní údaje získané pohledem, poslechem, poklepem, pohmatem. Sestra se zaměřuje na nervový systém a na změny v souvisejících systémech.

Vitální funkce: tlak krve, puls, tělesná teplota, dýchání.

Výraz tváře, oči: reakce zornic, při chorobných stavech se může objevit anizokórie, mydriáza, mióza, případně zornice přestanou reagovat na světlo nebo pohled zblízka; sestra si všímá i držení a polohy těla.

Lokalizace a charakter bolesti: častý výskyt při neurologických onemocněních; může být lokalizovaná nebo celková, pozvolná nebo náhlá, explozivní, provázená nauzeou a zvracením.

Úroveň vědomí: náhlá, přechodná ztráta vědomí, změny stavu vědomí.

Duševní stav: řeč - expresivní nebo senzorická fatická porucha, poruchy výslovnosti

orientace - pacient může být dezorientovaný

kognitivní funkce - poruchy pozornosti, výpadky paměti, poruchy myšlení.

Senzorické a motorické funkce: mohou se vyskytnout poruchy citlivosti, parézy nebo plégie končetin, snížení až ztráta svalové síly, křeče.

### **2.1.3 Aktivity denního života**

Stravování a příjem tekutin: nižší příjem, poruchy polykání.

Spánek: poruchy spánku.

Vylučování: problémy s močením a vyprazdňováním stolice až inkontinence.

Pohyblivost: omezená schopnost pohybu (parézy, plégie).

Samostatnost: částečná závislost, úplná závislost při aktivitách denního života.

### **2.1.4 Psychologické údaje**

U pacientů s onemocněním mozku se často vyskytují psychické změny, které souvisejí s onemocněním.

Nálada: citová labilita, střídání nálad od euforie po deprese (v závislosti na onemocnění).

Sebehodnocení a sebeúcta: snížená sebeúcta, pocit méněcennosti související s parézou nebo plégií, zanedbanost.

Reakce na onemocnění: často zveličování nebo naopak bagatelizace.

Adaptace na chorobu: pesimistická adaptace (pokroky v léčbě mají pomalý charakter rehabilitační proces bývá zdlouhavý).

Informovanost: nedostatek vědomostí nebo nadměrné množství informací.

### 2.1.5 Sociální údaje

Choroby mozku často ovlivňují sociální stav pacienta. Změny se týkají zejména životního stylu, pracovního zařazení a ekonomického postavení (invalidní důchod).

## 2.2 Diagnostika

V rámci diagnostického procesu sestra získané údaje analyzuje a na jejich základě formuluje diagnostické kategorie a následné aktuální nebo potenciální ošetrovatelské diagnózy, které jsou základem plánování ošetrovatelských intervencí.

Možné ošetrovatelské diagnózy:	00122 Porucha smyslového vnímání
00060 Přerušeny život rodiny	(zraku, sluchu, chuti, doteku, čichu)
00103 Porušené polykání	
00016 Porušené vyprazdňování moči	00126 Deficitní znalost
00011 Zácpa	00131 Poškozená paměť
00095 Porušený spánek	00130 Porušené myšlení
00085 Zhoršená pohyblivost	00051 Zhoršená verbální komunikace
00088 Porušená chůze	00125 Bezmocnost
00109 Deficit sebedpěče při oblékání a úpravě zevnějšku	00124 Beznaděj
00108 Deficit sebedpěče při koupání a hygieně	00059 Sexuální dysfunkce
00102 Deficit sebedpěče při jídle	00148 Strach
00110 Deficit sebedpěče při vyprazdňování	00146 Úzkost
	00132 Akutní bolest
	00035 Riziko poškození
	00155 Riziko pádů a jiné.

### 2.3 Plánování - intervence

Plán ošetrovatelské péče vyjadřuje záměry ošetrovatelských intervencí, slouží jako prostředek komunikace při výměně informací o pacientovi mezi členy ošetrovatelského a zdravotnického týmu a je základem hodnocení změn ve zdravotním stavu pacienta a celkové kvality ošetrovatelské péče.

Plánování ošetrovatelské péče při onemocněních mozku můžeme rozdělit na všeobecnou ošetrovatelskou péči (zahrnuje intervence týkající hygieny, výživy, vyprazdňování, aktivity, spánku a odpočinku) a na speciální ošetrovatelskou péči (její náplň je závislá na charakteru a druhu onemocnění mozku).

## **2.4 Realizace a hodnocení**

Realizace a hodnocení naplánovaných intervencí probíhá podle všeobecných zásad ošetrovatelského procesu. Všechny údaje sestra zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace. Při splnění cílů navrhuje naplánované intervence ukončit, při nesplnění plán přehodnocuje, modifikuje a navrhuje pokračování určitých ošetrovatelských činností. (Slezáková Z., 2006)

## II Praktická část

### 3 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit zdravotní stav pacienta, současné a potenciální problémy péče o zdraví, vytyčit plány na splnění potřeb, poskytnout specifické ošetřovatelské zásahy a zhodnotit jejich účinnost. Ošetřovatelský proces se skládá ze série 5 kroků, které poskytují organizační strukturu práci sestry, potřebnou pro dosažení cílů. Ošetřovatelský proces je cyklický, to znamená, že jeho složky následují za sebou v logickém pořadí, avšak ve stejném čase může být v činnosti více jak jedna složka. Každý krok ošetřovatelského procesu je potřebné neustále přizpůsobovat změně situace, protože zdraví člověka není statické, ale neustále se dynamicky mění a ošetřovatelský proces, odvíjející se od zdraví pacienta, je proto také dynamický. Všechny kroky ošetřovatelského procesu se navzájem ovlivňují a úzce spolu souvisí. Ošetřovatelský proces individualizuje přístup ke každému pacientovi, je interpersonální, umožňuje tvořivý přístup sestry a pacienta při hledání řešení jeho zdravotních problémů, je všeobecně použitelný a má holistickou perspektivu, zaměřenou na potřeby pacienta. Úspěch ošetřovatelského procesu závisí na otevřené a smysluplné komunikaci a na rozvoji vztahů mezi pacientem a sestrou.

Výhody ošetřovatelského procesu pro pacienta:

- kvalitní a plánovaná péče
- stálá péče
- účast pacienta na péči

Výhody ošetřovatelského procesu pro sestru:

- systematické ošetřovatelské vzdělávání
- uspokojení v zaměstnání
- odborný růst
- šetří čas a energii sestry, zlepšuje komunikaci mezi sestrami a ostatními členy

ošetřovatelského týmu

- vyhnoutí se rozporům se zákonem (Sysel D.,2002).

### 3.1 První krok ošetřovatelského procesu – posuzování

První krok ošetřovatelského procesu – posuzování zahrnuje sběr, ověřování a třídění údajů o zdravotním stavu pacienta/klienta. Jedná se o informace o tělesných, emocionálních, vývojových, společenských, kulturních, intelektových a spirituálních aspektech, které je možné získat z různých zdrojů.

Zdroji informací mohou být: klient nebo doprovázející osoba, zdravotnická dokumentace, příbuzní, ostatní zdravotničtí pracovníci, vlastní pozorování a fyzikální vyšetření.

Sběr informací zahrnuje: biografické údaje, anamnézu (rodinnou, osobní, sociální, spirituální), subjektivní a objektivní údaje o současném zdravotním stavu pacienta získané metodou rozhovoru, pozorováním, fyzikálním vyšetřením a jeho subjektivní a objektivní problémy z oblasti bio-psycho-sociálně-spirituální (Sysel D.,2002).

**Tabulka 2 - Identifikační údaje pacienta**

<b>Jméno a příjmení : L.H.</b>	<b>Pohlaví : muž</b>
<b>Datum narození : 12.5.1956</b>	<b>Věk : 52</b>
<b>Adresa bydliště a telefon : okres Benešov</b>	
<b>Adresa příbuzných : dtto</b>	
<b>RČ :</b>	<b>Číslo pojišťovny : 111</b>
<b>Vzdělání : střední bez maturity</b>	<b>Zaměstnání : invalidní důchodce</b>
<b>Stav : ženatý</b>	<b>Státní příslušnost : ČR</b>
<b>Datum přijetí : 7.8.2008</b>	<b>Typ přijetí : akutní</b>
<b>Oddělení : neurochirurgie</b>	<b>Ošetřující lékař :</b>

#### **Důvod přijetí udávaný pacientem :**

Pacient uvádí asi před 14 dny záchvat, prý se záškuby, zhoršení schopnosti mluvit, oslabení pravé horní končetiny.

#### **Medicínská diagnóza hlavní :**

Tumorózní expanze mozku frontálně vlevo



**Medicínské diagnózy vedlejší :**

Klinicky lehká expresivní fatická porucha, paréza pravé horní končetiny, suspektní parciální simplexní epilepsie.

**Tabulka 3 - Vitální funkce při přijetí pacienta**

<b>TK: 160/90 mmHg</b>	<b>Výška: 172 cm</b>
<b>P : 70/min</b>	<b>Hmotnost : 88 kg</b>
<b>D : 12/min</b>	<b>BMI : 29,7 - nadváha</b>
<b>TT : 36,7°C</b>	<b>Pohyblivost : chodící</b>
<b>Stav vědomí : při vědomí</b>	<b>Krevní skupina : A Rh+</b>

**Nynější onemocnění :**

Pacient přijat k vyšetření mozku magnetickou rezonancí a operačnímu řešení tumoru mozku. Přeložen z neurologie Nemocnice Rudolfa a Stefanie v Benešově.

**Informační zdroje:**

Lékařská dokumentace (ambulantní, příjmová), ošetrovatelská dokumentace, příbuzní, personál ošetřující pacienta, spolupacient.

**ANAMNÉZA****Rodinná anamnéza :**

**Matka :** nar. 1934 - zdráva

**Otec :** nar. 1932 - Diabetes mellitus II. typu, hypertenze

**Sourozenci :** bratr nar. 1958 - zdrav

**Děti :** nemá

**Osobní anamnéza :**

**Překonaná a chronická onemocnění :** 4 roky léčen pro Meniérovu chorobu

**Hospitalizace a operace :** 0

**Úrazy : 0**

**Transfúze : 0**

**Očkování:** všechna povinná očkování dle očkovacího kalendáře, poslední tetanus 12/2007

**Tabulka 4 - Léková anamnéza**

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Helicid	por cps dur	10 mg	1-0-1	antiulcerózum
Fortecortin	por tbl nob	4 mg	1-1-1	glukokortikoid

**Alergologická anamnéza**

**Léky: 0**

**Potraviny : 0**

**Chemické látky : 0**

**Jiné : pyly**

**ABÚZY**

**Alkohol:** alkohol příležitostně

**Kouření:** nekuřák cca 5 let, předtím 15ks/denně

**Káva:** 2x denně slabá

**Léky: 0**

**Jiné drogy: 0**

**Tabulka 5 - Urologická anamnéza**

Gynekologická anamnéza ( u žen )	Urologická anamnéza ( u mužů )
Menarché : Cyklus : Trvání : Intenzita , bolesti: P: A: UPT:	Překonaná urologická onemocnění :  nepřekonal žádná vážná urologická onemocnění

Antikoncepce :	Poslední návštěva u urologa : asi před pěti
Menopauza :	lety
Potíže klimakteria :	
Samovyšetřování prsou :	Samovyšetřování semeníků :
Poslední gynekologická prohlídka :	provádí

### **Sociální anamnéza :**

**Stav :** ženatý

**Bytové podmínky :** vyhovující, žije s manželkou

**Vztahy, role, a interakce v rodině :** je šťastně ženatý, s manželkou si rozumí, v jeho nemoci mu hodně pomáhá

**mimo rodinu :** pacient uvádí, že nemá mnoho přátel, společnost ostatních nutně nevyhledává, spolupacient uvádí, že je pan L.H. uzavřený, příliš nekomunikuje

**Záliby:** dříve sbíral známky, nyní už ho to prý moc nebaví

**Volnočasové aktivity :** procházky se psem, sledování sportovních přenosů v televizi

### **Pracovní anamnéza:**

**Vzdělání :** střední bez maturity

**Pracovní zařazení :** lakýrník

**Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého :** jako lakýrník pracoval přes 30 let, nyní již 4 roky v invalidním důchodu

**Vztahy na pracovišti :** 0

**Ekonomické podmínky :** manželka stále pracuje, pacient bere invalidní důchod, podmínky vyhovující

### **Spirituální anamnéza:**

**Religiózní praktiky :** ateista

Tabulka 6 - Posouzení fyzického stavu pacienta ze dne 8. 8. 2008

SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	pacient L.H. udává bolest hlavy, občasné závratě (asi 1x za rok), zhoršený sluch a potíže s mluvením	bolest hlavy na VAS škále do pěti stupeň 3; závratě (při akutním záchvatu) a zhoršený sluch (bez potřeby kompenzační pomůcky) v důsledku Meniérovoy choroby; lehká expresivní fatická porucha; jazyk vlhký, růžový, plazí se ve střední čáře; chrup vlastní, sanován (plomby)
Hrudník a dýchací systém	pacient uvádí, že nemá problémy s dýcháním	dýchání eupnoe, 16 dechů/min
Kardiovaskulární systém	bez subjektivních obtíží	srdeční akce pravidelná, tep: 70/min, TK: 145/80 mmHg; varixy na obou dolních končetinách
Břicho a GIT	bez subjektivních obtíží	břicho pod úrovní hrudníku, mírně zvětšené z důvodu nadváhy
Urogenitální systém	pacient zatím nemá žádné problémy	pacient je plně kontinentní, močí samostatně 4-5x denně
Kostrosvalový systém	pacient udává slabost pravé horní končetiny (PHK)	lehká paréza PHK; klouby nebolestivé, pohyblivé
Nervovosmyslový systém	pacient udává zhoršení schopnosti mluvit v posledních 14 dnech; špatně slyší na levé ucho	lehká expresivní fatická porucha - neschopnost vyjádřit myšlenky slovy; levostranná porucha sluchu z důvodu Meniérovoy choroby
Endokrinní systém	bez subjektivních obtíží	bez nálezu
Imunologický systém	pacient uvádí alergii na pyly, nyní se neléčí	nyní pacient bez projevů alergie
Kůže a její adnexa	bez subjektivních obtíží	kůže růžová; kožní turgor normální; vlasy a nehty fyziologický nález; bez známek dekubitů

Tabulka 7 - Posouzení - Aktivity denního života

		<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Stravování</b>	<b>Doma</b>	pacient uvádí, že měl chuť k jídlu vždy dobrou, stravu doma má pravidelnou 3x denně, rozmanitou, dietní omezení žádné	pacient má nadváhu, BMI 29,7; zvýšenou hodnotu glykémie nalačno 6,89 mmol/l
	<b>V nemocnici</b>	pacient uvádí, že je mu špatně od žaludku, nemá chuť k jídlu	nauzea z důvodu intrakraniální hypertenze; snížený příjem stravy z důvodu nechutenství, dieta č.3 - racionální strava
<b>Příjem tekutin</b>	<b>Doma</b>	pacient uvádí, že doma vypije asi 2l tekutin denně, většinou minerálky a 2 kávy	pacient nejeví známky dehydratace, má normální kožní turgor a vlhké sliznice; mineralogram bez patologických výsledků
	<b>V nemocnici</b>	uvádí, že zapomíná pít, nemocniční nápoje mu nechutnají, ale nemá pocit žízně	pacient vypije asi 1l tekutin denně, nutné mu připomínat pití a zajistit dostatek vhodných tekutin po celý den
<b>Vylučování moče</b>	<b>Doma</b>	vylučování moči bez problémů	
	<b>V nemocnici</b>		moč mikce bez obtíží, moč bez příměsí, sám si dojde na WC
<b>Vylučování stolice</b>	<b>Doma</b>	vylučování stolice bez obtíží, 1x denně, většinou ráno	
	<b>V nemocnici</b>		stolice pravidelná, tuhá, formovaná, bez příměsí, sám si dojde na WC

		<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Spánek a bdění</b>	<b>Doma</b>	<b>pacient uvádí, že doma spí bez problémů, asi 7 hodin denně, přes den nespí</b>	
	<b>V nemocnici</b>	<b>pacient uvádí, že se dnes špatně vyspal, bolela ho hlava a pořád ho něco rušilo</b>	<b>pacient vypadá ráno unaveně, je nevyspalý, přes den usíná</b>
<b>Aktivita a odpočinek</b>	<b>Doma</b>	<b>před objevením epileptických záchvatů hrál 1x týdně rekreačně tenis, jezdili s manželkou na výlety</b>	
	<b>V nemocnici</b>	<b>trochu mu vadí, že většinu dne musí zůstat na pokoji, ale snaží si najít nějaký program</b>	<b>pohyb bez omezení s přihlédnutím k možnému epileptickému záchvatu</b>
<b>Hygiena</b>	<b>Doma</b>	<b>je zvyklý 1x denně na teplou sprchu</b>	
	<b>V nemocnici</b>		<b>při hygieně potřeba minimální pomoc z důvodu parézy PHK</b>
<b>Samostatnost</b>	<b>Doma</b>	<b>samostatný do objevení se slabosti pravé ruky, pak potřeboval trochu pomoci od manželky</b>	
	<b>V nemocnici</b>	<b>pacient uvádí, že potřebuje trochu pomoci při jídle (nakrájet maso, namazat chleba) a při hygieně</b>	<b>dle Barthelova testu ADL 90 bodů - lehká závislost; potřeba pomoci při jídle, nají se levou rukou, ale nenakrájí např. maso; potřeba dohledu při vykonávání hygieny</b>

**Tabulka 8 - Posouzení psychického stavu pacienta**

		<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Vědomí</b>			<b>kvalitativně a kvantitativně v normě</b>
<b>Orientace</b>		<b>pacient uvádí, že ví kde je a proč tady je</b>	<b>orientován v místě, čase, prostoru, osobou</b>
<b>Nálada</b>			<b>pesimistická, skleslá, nevěří ve zlepšení svého zdravotního stavu</b>
<b>Paměť</b>	<b>Krátkodobá</b>		<b>neporušená</b>
	<b>Dlouhodobá</b>		<b>neporušená</b>
<b>Myšlení</b>			<b>abstraktní</b>
<b>Temperament</b>			<b>melancholik</b>
<b>Sebehodnocení</b>		<b>má pocit méněcennosti z důvodu náhlé změny zdravotního stavu</b>	
<b>Vnímání zdraví</b>		<b>zdraví vnímá jako důležitou součást života</b>	
<b>Vnímání zdravotního stavu</b>		<b>svůj zdravotní stav doposud vnímal jako mírně zhoršený</b>	
<b>Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění</b>		<b>zatím se nedokáže se svým onemocněním vyrovnat, je zaskočen náhlou změnou zdravotního stavu</b>	
<b>Reakce na hospitalizaci</b>		<b>hospitalizace mu nevadí, jenom se mu kvůli změně prostředí špatně spí</b>	<b>pacient se snaží spolupracovat s ošetřujícím personálem, zapojuje se do léčebného programu</b>
<b>Adaptace na onemocnění</b>		<b>pacient uvádí, že se zatím nedokáže smířit s onemocněním</b>	<b>pacient je ve fázi smířování se s těžkým onemocněním</b>
<b>Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)</b>		<b>pacient má strach z operace a dalšího průběhu onemocnění</b>	<b>skóre stupnice hodnocení psych. zdraví = 5, pacient nemá poruchou psych. zdraví</b>
<b>Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrogenie)</b>		<b>nebyl nikdy hospitalizován</b>	

Tabulka 9 - Posouzení sociálního stavu pacienta

		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
<b>Komunikace</b>	<b>Verbální</b>	ví, že zapomíná slova a je s ním těžká domluva, ale rozumí všemu, co se mu říká	pacient trpí expresivní fatickou poruchou; pomalá řeč, jednoduché výrazy, snaží se používat neverbální komunikaci k nahrazení slov (posunky, ukazování)
	<b>Neverbální</b>		
<b>Informovanost</b>	<b>O onemocnění</b>	pacient má pocit dostatečné informovanosti	pacient sice vyjadřuje pocit dostatku informací, ale přesto trpí strachem z operace a dalšího vývoje onemocnění
	<b>O diagnostických metodách</b>	pacient má pocit dostatečné informovanosti	
	<b>O léčbě a dietě</b>	pacient má pocit dostatečné informovanosti	
	<b>O délce hospitalizace</b>	pacient má pocit dostatečné informovanosti	
<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>	nemá pocit ohrožení role	
	<b>Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)</b>	má strach, co bude s manželkou, kdyby zemřel	
	<b>Terciární (související s volným časem a zálibami)</b>	nemá pocit ohrožení role	



## MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT :

**Ordinovaná vyšetření :** na dnes pacient objednan na MR vyšetření mozku - není nutná zvláštní příprava. Na odpoledne objednána konzultace internisty a anesteziologa. Sesterská předoperační příprava: oholení hlavy, koupel, pacient od večera nalačno, nepřijímat žádné tekutiny, podat večerní premedikaci dle rozpisu anesteziologa.

Výsledky: zvýšená hodnota glykémie nalačno 6,89 mmol, ostatní výsledky biochemického předoperačního vyšetření v normě. Interní závěr: pacient je schopen výkonu v celkové anestézii. V 17.35 hodin byl u pacienta na konzultaci anesteziolog a předepsal premedikaci před zítřejší operací (viz tabulka 10).

### Konzervativní léčba :

**Dieta :** 3

**Pohybový režim :** bez omezení, s přihlédnutím k možnému epileptickému záchvatu

**RHB :** dle rozpisu s fyzioterapeutem 1x denně, logoped 1x denně

**Výživa :** per os

**Tabulka 10 - Medikamentózní léčba**

Název léku	Forma	Dávkování	Skupina
<b>Dexamethazon</b>	<b>por tbl nob</b>	<b>3 tbl. p.o. v 6-12-18-24 hodin</b>	<b>perorální glukokortikoid</b>
<b>Epilan D Gerot</b>	<b>por tbl nob</b>	<b>1 tbl. p.o. v 8-18 hodin</b>	<b>antiepileptikum</b>
<b>Betaserc 8 mg</b>	<b>por tbl nob</b>	<b>1 tbl. p.o. v 6-12-18 hodin</b>	<b>vazodilatans</b>
<b>Helicid 20 mg</b>	<b>por cps dur</b>	<b>1 tbl. p.o. v 8 hodin</b>	<b>antiulcerózum</b>
<b>KCL</b>	<b>por tbl flm</b>	<b>1 tbl. p.o. v 8-12-18 hodin</b>	<b>kaliový přípravek</b>

<b>Dolmina 25 mg</b>	<b>inj sol</b>	<b>1 amp. i.m. při bolesti na VAS nad 2</b>	<b>analgetikum, antirevmatikum, antiflogistikum</b>
<b>Premedikace: 8/8 a 9/8</b>			
<b>Stilnox</b>	<b>por tbl flm</b>	<b>1 tbl. p.o. ve 22 hodin</b>	<b>hypnotikum</b>
<b>Dipidolor 15 mg</b>	<b>inj sol</b>	<b>2 ml i.m. na výzvu z operačního sálu</b>	<b>analgetikum</b>
<b>Atropin 0,5 mg</b>	<b>inj sol</b>	<b>1 amp. i.m. na výzvu z operačního sálu</b>	<b>premedikace před celkovou anestézií</b>

**Chirurgická léčba** : pacient je 8/8 druhý den hospitalizován. Na 9/8 je naplánováno operační odstranění tumoru mozku frontodorsálně vlevo.

## **SITUAČNÍ ANALÝZA :**

Pacient přijat k vyšetření a následné operaci mozkového tumoru. V době, kdy jsem pacienta posuzovala a začala ošetřovat byl druhý den hospitalizován. První den byl přijat odpolední službou po přeložení z nemocnice v Benešově. Pacient při vyšetření sestrou udával nauzeu. Pacient trpí lehkou expresivní fatickou poruchou, parézou pravé horní končetiny a má zhoršený sluch. Má akutní bolesti hlavy, na VAS většinou do 3, na bolest jsou indikována analgetika. Z důvodu změny prostředí a bolesti má pacient špatný spánek a cítí se přes den unavený. Pacient má podle BMI 29,7 nadváhu a málo pije, má dietu číslo 3 – racionální. Dle Barthelova ADL testu všedních denních činností je pacient lehce závislý. Podle stupnice psychického zdraví dle Savage pacient netrpí poruchou psychického zdraví. Se svojí nemocí se ještě nedokázal vyrovnat, má strach, co bude dál a trpí pocity méněcennosti. Proto bych zajistila další konzultaci s ošetřujícím lékařem zaměřenou na prognózu nemoci. Manželka navštěvuje pacienta každý den. Pacienta a jeho manželku je potřeba edukovat o vedlejších účincích antiepileptických léků a o nutnosti zajištění bezpečného prostředí pro pacienta z důvodu epileptických záchvatů.

### **3.2 Druhý krok ošetřovatelského procesu – diagnostika**

Cílem tohoto kroku je zhodnocení pacientových/klientových potřeb, problémů a formulování závěrů ošetřovatelské diagnózy. Diagnostika je procesem, který vyústí do diagnostického závěru – ošetřovatelské diagnózy. Ošetřovatelská diagnóza je závěr, který můžeme udělat pouze po pečlivém, důkladném a systematickém sběru dat o pacientovi. Za vypracování ošetřovatelských diagnóz jsou zodpovědné registrované sestry. Ostatní ošetřovatelský personál může přispívat údaji do procesu diagnostiky a poskytovat specifickou ošetřovatelskou péči. Zdravotní stav je zdraví osoby v daném čase. Zdravotní problém znamená jakýkoli stav či situaci, kdy pacient vyžaduje pomoc při upevnování, udržení nebo znovuzískání zdraví, nebo při zabezpečení klidné smrti. Oblast ošetřovatelské diagnózy zahrnuje pouze takové stavy, které je sestra schopná a oprávněná zvládnout (Sysel D.,2002).

### **3.2.1 Ošetrovatelské diagnózy střední priority**

- I. 00132 Akutní bolest v důsledku mozkového tumoru a intrakraniální hypertenze projevující se uváděním pocitu bolesti hlavy, stupněm 3 na VAS, snahou zaujmout úlevovou polohu
- II. 00051 Zhoršená verbální komunikace v důsledku expresivní fatické poruchy projevující ztíženou mluvou a výslovností, občasným nevybavením si slov, pomalejším chápáním slov, neverbálními projevy (posunky, gestikulace)
- III. 00095 Porušený spánek v důsledku bolesti a změny prostředí projevující se dlouhým usínáním, probouzením se v noci, nevyspalostí, usínáním přes den, únavou
- IV. 00134 Nauzea v důsledku intrakraniální hypertenze projevující se špatným pocitem v žaludku, nechutenstvím
- V. 00122 Porucha smyslového vnímání - sluchu v důsledku Meniérový choroby projevující se zhoršeným sluchem na levém uchu
- VI. 00109 Deficit sebepěče při oblékání a úpravě zevnějšku v důsledku parézy pravé horní končetiny projevující se nutností malé pomoci při oblékání, holení, dle Barthela 90 bodů - lehká závislost
- VII. 00108 Deficit sebepěče při koupání a hygieně v důsledku parézy pravé horní končetiny projevující se nutností malé pomoci při koupeli a hygieně, dle Barthela 90 bodů - lehká závislost
- VIII. 00102 Deficit sebepěče při jídle v důsledku parézy pravé horní končetiny projevující se nutností malé pomoci při jídle, dle Barthela 90 bodů - lehká závislost
- IX. 00148 Strach v důsledku vážného onemocnění projevující se pacientovým uváděním strachu z dalšího průběhu onemocnění, pesimistickou náladou
- X.. 00001 Nadměrná výživa v důsledku zvýšeného příjmu stravy a nedostatku pohybu projevující se zvýšenou tělesnou hmotností, BMI 29,7

### **3.2.2 Ošetrovatelské diagnózy nízké priority**

- XI. 00155 Riziko pádů v důsledku epileptických záchvatů a Meniérový choroby
- XII. 00152 Riziko bezmocnosti v důsledku akutního vážného onemocnění, pocitu méněcennosti a nedostatku informací o onemocnění

XIII. 00160 Ochota ke zlepšení bilance tekutin projevující se pacientovým uváděním zlepšit bilanci tekutin, adekvátním denním příjmem tekutin a stravy, normálním kožním turgorem, vlhkými sliznicemi

### **3.3 Třetí, čtvrtý a pátý krok ošetřovatelského procesu - intervence, realizace a hodnocení ošetřovatelských diagnóz**

Intervence (plánování) zahrnuje sérii činností, ve kterých si sestra a pacient/klient vytyčují priority, zaznamenávají cíle, kterých chtějí dosáhnout a zakládají písemný plán péče na odstranění či zmenšení zjištěných pacientových/klientových problémů. Zároveň poskytuje koordinaci péče poskytované všemi členy zdravotnického týmu.

Proces plánování se skládá ze šesti etap:

1. stanovení priorit (vysoká, střední a nízká priorita)
2. stanovení pacientových cílů (krátkodobé, dlouhodobé) a výsledných kritérií
3. plánování ošetřovatelských strategií
4. sepsání sesterských ordinací
5. sepsání plánu ošetřovatelské péče
6. konzultace (s jinými zdravotnickými pracovníky včetně lékařů, dietologů, fyzioterapeutů, sociálních pracovníků, jiných sesterských specialistek).

Realizace znamená vykonání naplánovaných ošetřovatelských intervencí, záznam o tom, kdy, jak a s jakým efektem byly provedené, uplatnění sesterských a lékařských ordinací.

Proces realizace naplánovaných ošetřovatelských činností obsahuje:

- opětovné posouzení pacienta
- validizaci plánu ošetřovatelské péče
- posouzení potřeby asistence při činnostech
- realizaci = vykonání naplánovaných ošetřovatelských strategií
- komunikaci ošetřovatelských činností.

Hodnocení znamená posouzení reakce pacienta/klienta na provedené ošetrovatelské intervence a její porovnání s výslednými kritérii. Hodnocení je cílená činnost, jejímž prostřednictvím se sestry stávají zodpovědné za svoji ošetrovatelskou činnost, nepokračují v neúčinných zásazích, ale stanovují místo nich účinnější, které umožní dosáhnout stanovený cíl (Sysel D., 2002).

**Tabulka 11 - Ošetrovatelská diagnóza I**

<b>Ošetrovatelská diagnóza I – Doména 12: Komfort</b>
00132 Akutní bolest v důsledku operace mozkového tumoru projevující se uváděním pocitu bolesti hlavy, stupněm 3 na VAS, snahou zaujmout úlevovou polohu
<b>Cíl:</b> pacient nemá bolest
<b>Priorita:</b> střední
<b>Výsledná kritéria:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- pacient zná příčiny bolesti do 1 hodiny</li><li>- pacient zná možnost užití léků na bolest do 1 hodiny</li><li>- pacient zná účinky léků na bolest do 1 hodiny</li><li>- pacient umí zhodnotit zmírnění nebo zhoršení bolesti do 1 hodiny</li><li>- pacient umí zaujmout vhodnou úlevovou polohu do 2 hodin</li><li>- pacient uvádí, že nemá bolesti do 2 hodin od provedení ošetrovatelských intervencí</li></ul>

**Plán intervencí:**

- seznámit pacienta s příčinami bolesti do 2 hodin (ošetřující sestra, lékař)
- seznámit pacienta s možností užití léků na bolest a jejich účinky do 2 hodin (ošetřující sestra, lékař)
- podávat analgetika dle ordinace lékaře po celou dobu hospitalizace (ošetřující sestra)
- podávat analgetika včas před spaním a fyzickými aktivitami po celou dobu hospitalizace, aby pacienta bolest neomezovala (ošetřující sestra)
- sledovat účinky léků vždy do 20 minut po podání (ošetřující sestra)
- nacvičit s pacientem vyhovující úlevovou polohu do 2 hodin (ošetřující sestra, fyzioterapeut)
- 3krát denně hodnotit a zaznamenávat ve spolupráci s pacientem charakter a intenzitu bolesti do záznamu bolesti (ošetřující sestra)
- zajistit pacientovi vhodné prostředí vždy při bolesti (ošetřující sestra)

**Realizace:**

8.35 hodin - na škále VAS uvedl pacient bolest hlavy na stupni tři v oblasti spánkového laloku, charakter bolesti: tupá. Podala jsem pacientovi intramuskulární injekci 1 amp. Dolminy dle ordinace lékaře, stlumila jsem světlo v pokoji, zabránila přílišnému hluku v okolí pacienta.

8.40 hodin - ve spolupráci s fyzioterapeutkou jsme s pacientem zkoušeli najít vyhovující úlevovou polohu, než bolest ustoupí po aplikaci analgetik. Zjistil, že nejméně ho hlava bolí, když leží na boku na rovném lůžku a nesvítl příliš ostré světlo.

8.50 hodin - pacient uvádí, že nyní ho nic nebolí.

9.15 hodin - s lékařem jsme pacienta seznámili s příčinami bolesti, možností užití a účinky léků na bolest.

13.00 hodin - opět provádíme s pacientem škálování bolesti, uvádí, že je mu dobře, hlava bolí jen trochu, uvádí stupeň 1 na VAS, těší se na návštěvu manželky.

18.00 hodin - po návštěvě manželky a zvýšené námaze se pacientovi vrátila bolest hlavy stupeň 3 na VAS, proto jsem opět aplikovala Dolminu. Po dvaceti minutách se bolest zmírnila.

19.00 hodin - pacient je bez bolesti.

**Hodnocení:**

Pacient uvedl, že chápe příčiny bolestí hlavy. Ví o možnosti užití analgetik, která vyžadoval při pro něj nepříjemné bolesti. Na škále VAS umí zhodnotit intenzitu a charakter bolesti. Úlevovou polohu je schopen zaujmout sám. Bolest ustupuje pouze po podání analgetik, bez nich se zhoršuje. Cíl splněn. Dlouhodobým cílem je úplné odstranění bolesti bez podání analgetik, a proto navrhuji pokračovat v naplánovaných intervencích.

**Tabulka 12 - Ošetřovatelská diagnóza II****Ošetřovatelská diagnóza II – Doména 5: Vnímání - poznávání**

00051 Zhoršená verbální komunikace v důsledku expresivní fatické poruchy projevující ztíženou mluvou a výslovností, občasným nevybavením si slov, pomalejším chápáním slov, neverbálními projevy (posunky, gestikulace)

**Cíl:** pacient verbálně komunikuje v maximální možné míře vzhledem k jeho poruše

**Priorita:** střední

**Výsledná kritéria:**

- pacient zná příčinu poruchy řeči do 2 hodin
- pacient se neostýchá používat verbální komunikaci (řeč) do 2 hodin
- pacient akceptuje a používá alternativní způsoby komunikace do 4 hodin
- pacient je schopen uvést správně svoje požadavky do 4 hodin
- pacient používá méně neverbální projevy do 8 hodin
- pacient je v dobrém psychickém stavu do 12 hodin

**Plán intervencí:**

- posoudit a zaznamenat schopnost pacienta hovořit, poslouchat, psát do 1 hodiny (ošetřující sestra)
- informovat pacienta o příčinách poruchy řeči do 2 hodin (lékař)
- při každém kontaktu povzbuzovat pacienta k řeči (celý ošetřující tým)
- zajistit konzultaci logopeda do 2 hodin (staniční sestra)
- naučit pacienta alternativní způsoby komunikace do 4 hodin (ošetřující sestra, logoped)



- při každém rozhovoru s pacientem mluvit pomalu, srozumitelně, v jednoduchých větách a udržovat oční kontakt po celou dobu hospitalizace (celý ošetřující tým)
- vždy během rozhovoru několikrát ověřit, zda pacient rozumí po celou dobu hospitalizace (celý ošetřující tým)
- při každém kontaktu si všímat, zda porucha řeči nezpůsobuje zhoršení psychického stavu po celou dobu hospitalizace (ošetřující sestra)
- seznámit rodinu se způsoby komunikace s pacientem do 8 hodin (ošetřující sestra)
- povzbuzovat rodinu, aby pacienta při návštěvách stimulovala k rozhovoru do 8 hodin (ošetřující sestra)

**Realizace:**

8.30 hodin - při odebrání anamnézy pacienta a vyšetření sestrou jsem s pacientem mluvila pomalu, kladla jsem mu otázky tak, aby mohl odpovídat jednoslovnými výrazy nebo jednoduchými větami. Pacient se nestyděl používat řeč, některé výrazy si nemohl hned vybavit.

9.15 hodin - lékař vysvětlil pacientovi příčinu poruchy řeči a možnosti zlepšení.

10.00 hodin - logoped poskytl obrázky se slovy pro vyjádření potřeb pacienta (např. koupelna, láhev s pitím, lůžko, noc, únava, smutek, strach) a doporučil pacientovi, aby si četl nahlas. Pacient se naučil s obrázky pracovat, a když si nemohl vybavit některé ze slov, ukázal obrázek. Vzhledem k paréze pravé horní končetiny nebylo možné používat ke komunikaci tužku a papír, pacient píše pravou rukou. Zkoušel psát levou, ale více mu vyhovují obrázky nebo neverbální projevy (ukazování).

14.00 hodin - při návštěvách jsem manželku seznámila s možnostmi komunikace s pacientem a upozornila, ať ho nenutí k řeči, když se mu nechce mluvit, ale zároveň ho povzbuzuje.

17.00 hodin - při odchodu z návštěvy mě manželka pacienta informovala, že se po celou dobu snažil používat řeč, ale moc nemluvil, spíše chtěl, aby povídala ona. Říkala, že nemá pocit, že by porucha řeči výrazně zhoršovala psychický stav pacienta.

18.15 hodin - při odchodu ze služby jsem se byla s pacientem rozloučit a popřát mu dobrou noc, vypadal unaveně, také mi popřál dobrou noc.

**Hodnocení:**

Pacient po rozhovoru s lékařem o příčinách poruchy řeči odpověděl na otázku, jestli všemu rozuměl, že ano. Během dne se nestyděl používat řeč, když něco potřeboval od ošetřujícího personálu, pokud si nevybavil slovo, použil obrázky od logopeda nebo posunky. Jeho psychický stav se kvůli poruše řeči nezhoršuje, pacient je celkově pesimistický z důvodu těžkého onemocnění. Stanovený krátkodobý cíl splněn, dlouhodobým cílem by mělo být obnovení verbální komunikace, které bude trvat déle, proto doporučuji pokračovat v naplánovaných intervencích.

**Tabulka 13 - Ošetřovatelská diagnóza III****Ošetřovatelská diagnóza III – Doména 4: Aktivita - odpočinek**

00095 Porušený spánek v důsledku bolesti a změny prostředí projevující se dlouhým usínáním, probouzením se v noci, nevyspalostí, usínáním přes den, únavou

**Cíl:** pacient má fyziologický spánek

**Priorita:** střední

**Výsledná kritéria:**

- pacient zná příčiny porušeného spánku do 2 hodin
- pacient zná možnost užití léků na spaní a jejich účinky do 2 hodin
- pacient usíná do 30 minut po uložení, spí bez probuzení alespoň 8 hodin do 3 dnů
- pacient neusíná přes den, cítí se svěží do 3 dnů
- pacient není nevyspalý a unavený do 3 dnů

**Plán intervencí:**

- seznámit pacienta s příčinami porušeného spánku do 2 hodin (lékař, ošetřující sestra)
- seznámit pacienta s možností užití léků na spaní a jejich účinky do 2 hodin (lékař, ošetřující sestra)
- aktivizovat pacienta přes den po celou dobu poruchy spánku (ošetřující sestra)
- včas před spaním podávat léky na bolest po celou dobu hospitalizace (ošetřující sestra)
- zajistit vhodné podmínky pro kvalitní spánek (vyvětraný pokoj, klid) po celou dobu hospitalizace (ošetřující sestra)

**Realizace:**

9.15 hodin – spolu s ošetřujícím lékařem jsem pacienta seznámila s příčinami porušeného spánku, možnostmi užití léků na spaní a jejich účinky.

9.35 hodin – pacient byl po odebrání anamnézy a edukaci unavený a na chvíli usnul.

18.00 hodin – před odchodem ze služby jsem pacientovi připomněla možnost vyžádat si lék na spaní, ale řekl, že žádný nechce, že je dnes hodně unavený, a myslí si, že se mu bude dobře spát

**Hodnocení:**

Vzhledem k tomu, že jsem pacienta ošetřovala za denní služby, nemohu provést hodnocení této ošetřovatelské diagnózy. Doporučuji pokračovat v naplánovaných intervencích a průběžně hodnotit jejich účinnost. Cíl nebyl splněn.

Zda byl cíl splněn je uvedeno v celkovém hodnocení ošetřovatelské péče.

**Tabulka 14 - Ošetřovatelská diagnóza VII****Ošetřovatelská diagnóza VII – Doména 4: Aktivita - odpočinek**

00108 Deficit sebekpěče při koupání a hygieně v důsledku parézy pravé horní končetiny projevující se nutností malé pomoci při koupeli a hygieně, dle Barthela 90 bodů - lehká závislost

**Cíl:** pacient je schopen sebekpěče v maximální možné míře vzhledem k jeho postižení

**Priorita:** střední

**Výsledná kritéria:**

- pacient zná příčinu deficitu sebekpěče do 2 hodin
- pacient akceptuje pomoc ošetřujícího personálu při sebekpěči do 4 hodin
- pacient spolupracuje při vykonávání hygieny dle svých možností do 4 hodin
- pacient identifikuje svoje potřeby v oblasti hygieny do 4 hodin

**Plán intervencí:**

- seznámit pacienta s příčinou deficitu sebekpěče do 2 hodin (lékař, ošetřující sestra)
- zajistit fyzioterapeuta na rehabilitaci pravé horní končetiny a nácvik sebekpěče do 3 hodin (staniční sestra)

- zajistit pomoc při hygieně a koupeli pacienta dle potřeby po celou dobu hospitalizace (ošetřující sestra)
- zajistit pacientovi soukromí při vykonávání koupele a hygieny vždy po celou dobu hospitalizace (celý ošetřující tým)
- povzbuzovat pacienta k vyjádření jeho potřeb v oblasti hygieny po celou dobu hospitalizace (celý ošetřující tým)
- povzbuzovat pacienta ke zlepšení sebepéče při koupání a hygieně po celou dobu hospitalizace (ošetřující sestra, fyzioterapeut)
- nacvičovat s pacientem používání postižené končetiny vždy při vykonávání sebepéče po celou dobu hospitalizace (ošetřující sestra, fyzipoterapeut)

**Realizace:**

7.00 hodin – pacient si vyžádal pomoc při ranní hygieně, pomohla jsem mu s čistěním zubů, nesnažil se použít postiženou končetinu.

8.40 hodin – fyzioterapeutka po nacvičení úlevové polohy provedla s pacientem rehabilitaci pravé horní končetiny a vysvětlila mu, jak může pomalu začít používat postiženou končetinu při hygieně a koupání.

9.15 hodin – spolu s lékařem jsme pacientovi vysvětlili příčiny deficitu sebepéče a možnosti zlepšení. Pacient říkal, že se bude snažit více používat postiženou končetinu.

17.30 hodin – pomohla jsem pacientovi při večerní koupeli, při mytí používal převážně zdravou horní končetinu. Pokusil se umýt si levou horní končetinu sám, ale nešlo mu a požádal mě o pomoc. Povzbudila jsem ho, ať se snaží postiženou horní končetinu používat, že se to zlepší. Zajistila jsem soukromí pacienta při koupeli.

**Hodnocení:**

Pacient pochopil příčinu deficitu sebepéče. Umí vyjádřit svoje potřeby v oblasti hygieny a nestydí se říct si o pomoc. Při koupeli byl samostatný, potřeboval pomoc při mytí zad a levé horní končetiny. Cíl splněn částečně. Vzhledem k tomu, že byl stanoven dlouhodobý cíl, doporučuji pokračovat v naplánovaných intervencích.

**Tabulka 15 - Ošetřovatelská diagnóza IX**

<p><b>Ošetřovatelská diagnóza IX – Doména 9: Zvládnání zátěže – odolnost vůči stresu</b></p> <p>00148 Strach v důsledku vážného onemocnění a operace projevující se pacientovým uváděním strachu z dalšího průběhu onemocnění a operace, pesimistickou a uzavřenou náladou</p>
<p><b>Cíl:</b> pacient má zmírněný strach</p>
<p><b>Priorita:</b> střední</p>
<p><b>Výsledná kritéria:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- pacient má dostatek informací o nemoci, prognóze, léčbě do 2 hodin</li><li>- pacient mluví o svém strachu, neuzavírá se do sebe do 2 hodin</li><li>- pacient nemá pesimistickou náladu do 10 hodin</li><li>- pacient verbalizuje zmírnění strachu do 10 hodin</li></ul>
<p><b>Plán intervencí:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- informovat pacienta o nemoci, léčbě, průběhu operace a prognóze do 2 hodin (lékař, ošetřující sestra)</li><li>- 3krát denně měřit fyziologické funkce a posoudit jejich hodnoty jako odpověď organismu na strach (ošetřující sestra)</li><li>- při každém kontaktu nechat pacienta mluvit o tom, co ho trápí, proč má strach (celý ošetřující tým)</li><li>- zjistit, co by pacientovi pomohlo zmírnit strach do 2 hodin (ošetřující sestra)</li><li>- umožnit pacientovi činnosti, které by odpoutaly jeho pozornost od strachu během celé hospitalizace (sestra ve službě)</li><li>- vždy přistupovat k pacientovi s úsměvem a pochopením v průběhu celé hospitalizace (celý ošetřující tým)</li><li>- uznat pacientův strach a vysvětlit, že se jedná o normální reakci na náhlou změnu zdravotního stavu do 4 hodin (celý ošetřující tým)</li><li>- snažit se pravdivě odpovídat na pacientovi otázky ohledně jeho zdravotního stavu během celé hospitalizace (celý ošetřující tým)</li></ul>

**Realizace:**

9.15 hodin - lékař opět vysvětlil pacientovi postup operace a další způsoby léčby. Já jsem pacienta informovala o předoperační přípravě. Pacient říká, že to snad nějak zvládne, ale že má ze všeho strach. Tak ho uklidňuji, že podobnou operaci absolvovali i jiní pacienti, a že to dobře dopadlo. Fyziologické funkce má pacient v normě.

10.15 hodin - po konzultaci logopeda si pacient přeje, abych s ním chvíli zůstala a povídala si s ním. Chtěla jsem, aby mi řekl, co by mu mohlo pomoci zmírnit strach. Uvádí, že vždy zapomene, když přijde manželka, při četbě dobré knížky, nebo když si může s někým povídat.

13.30 hodin - pacient chvíli sledoval televizi, nyní si čte, vypadá klidný, unavený. Fyziologické funkce v normě.

15.00 - přišla manželka na návštěvu, prosím jí, aby manželovi přinesla alespoň dvě jeho oblíbené knihy a vysvětluji proč. Pacient je rád, že s ním zase někdo je a nemusí na všechno myslet.

18.15 hodin - opět přicházím za pacientem a ptám se, jak se cítí, jestli má ještě strach a co bych pro něj mohla udělat. Pacient říká, že už strach není tak hrozný, povídali si o všem s manželkou a on se uklidnil. Už to chce mít všechno za sebou. Fyziologické funkce v normě.

**Hodnocení:**

Pacient vedl, že má pocit dostatečných informací od lékaře i sester. Je schopný mluvit o svém strachu, neuzavírá se do sebe. Aby na strach nemyslel, sleduje televizi a čte knížku. Vždy ho povzbudí návštěva manželky. Fyziologické funkce byly celý den v normě. Pacient je stále pesimistický, ve fázi smířování se s těžkou nemocí. Večer uvádí zmírnění strachu, že už na všechno tolik nemyslí. Cíl splněn, přesto doporučuji pokračovat v naplánovaných intervencích.

**Tabulka 16 - Ošetřovatelská diagnóza XI**

<b>Ošetřovatelská diagnóza XI – Doména 11: Bezpečnost - ochrana</b> 00155 Riziko pádů v důsledku epileptických záchvatů a Meniérový choroby
<b>Cíl:</b> u pacienta nedojde k pádu
<b>Priorita:</b> nízká
<b>Výsledná kritéria:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- pacient zná příčiny možného pádu do 2 hodin</li><li>- pacient zná léčebný režim a pohybový režim do 2 hodin</li><li>- pacient dodržuje zásady pohybového režimu v nemocnici do 8 hodin</li><li>- pacient přijímá léky na epilepsii a Meniérovu chorobu po celou dobu hospitalizace</li><li>- pacient spolupracuje s ošetřujícím personálem po celou dobu hospitalizace</li><li>- u pacienta nedojde k pádu po celou dobu hospitalizace</li></ul>
<b>Plán intervencí:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- odstranit z pacientova okolí všechny předměty, které mohou být příčinou zranění při pádu ihned (ošetřující sestra, pomocný personál)</li><li>- seznámit pacienta s možností pádu a jeho příčinami do 2 hodin (lékař, ošetřující sestra)</li><li>- seznámit pacienta s léčebným a pohybovým režimem při hospitalizaci do 2 hodin (ošetřující sestra)</li><li>- zajistit pacientovi asistenci při každém pohybu po oddělení a nemocnici po celou dobu hospitalizace (ošetřující sestra)</li><li>- řádně podávat léky na epilepsii a Meniérovu chorobu dle ordinace lékaře po celou dobu hospitalizace (ošetřující sestra)</li></ul>

**Realizace:**

8.00 hodin – podala jsem pacientovi antiepileptikum dle ordinace lékaře.

9.15 hodin – spolu s lékařem jsem pacienta seznámila s rizikem pádů a jeho příčinami. Seznámila jsem pacienta s léčebným a pohybovým režimem při hospitalizaci. Odstranila jsem za pomoci sanitáře volně stojící předměty v pokoji pacienta, o které by se při možném pádu mohl poranit.

9.30 hodin – seznámila jsem ostatní ošetřující personál, že pacient by neměl bez doprovodu opouštět pokoj a oddělení.

11.20 hodin – spolu se sanitářem odvážíme pacienta na vyšetření magnetickou rezonancí. Před odjezdem na vyšetření jsem pacientovi podala lék na Meniérovu chorobu dle rozpisu lékaře.

12.45 hodin – přivážíme pacienta z vyšetření zpět na oddělení.

12.50 hodin – pacient utrpěl malý epileptický záchvat na lůžku, nedošlo ke zranění ani pádu.

18.00 hodin – podala jsem lék na Meniérovu chorobu a antiepileptikum dle rozpisu lékaře.

**Hodnocení:**

Pacient dodržoval zásady pohybového a léčebného režimu, před opuštěním pokoje si vždy zavolal sestru nebo pomocný personál. Léky na epilepsii a Meniérovu chorobu snáší bez komplikací. Během mojí služby nedošlo u pacienta k pádu ani zranění – cíl během mojí služby splněn, vzhledem k dlouhodobému problému doporučuji pokračovat v naplánovaných intervencích a průběžně jejich výsledky hodnotit.



## 4 Celkové hodnocení ošetrovatelské péče

V této práci je popsána ošetrovatelská péče, kterou jsem prováděla v jeden ošetrovací den, během služby na oddělení. Zhodnocení krátkodobých cílů je uvedeno u jednotlivých ošetrovatelských diagnóz. Celkové hodnocení ošetrovatelské péče jsem provedla 10. den po operaci pacienta pro mozkový nádor, kdy měl být přeložen na neurologické oddělení.

Bolest hlavy v den přeložení pacient již neuváděl, stále trpěl strachem z dalšího vývoje onemocnění, ale už byl s nemocí smířený. Fatická porucha trvá, pacient komunikuje, nestydí se mluvit, používá kartičky s obrázky od logopeda, když si nemůže vybavit některé slovo. Spánek se upravil 5. den po operaci, kdy pacientovi přestaly bolesti hlavy, na prostředí nemocnice si zvykl. Usínal kolem 21. hodiny, spal bez probuzení asi 7 hodin. Nauzeou přestal pacient trpět 3. den po operaci, protože operací a užíváním kortikoidů byla odstraněna intrakraniální hypertenze. Porucha sluchu trvá, Meniérova choroba je zmírňována léčbou Betasercem. Během hospitalizace na neurochirurgickém oddělení se pacient za pomoci ošetřujícího personálu a fyzioterapeuta naučil při většině všedních denních činností (hygiena, oblékání, stravování) používat levou horní končetinu, neumí však levou horní končetinou psát. Rehabilitace pravé horní končetiny bude pokračovat na neurologickém oddělení. Operační rána se zhojila per primam, stehy byly odstraněny 8. den po operaci, pacientovi a manželce bylo doporučeno provádět masáže jizvy. Během hospitalizace pacient zhubnul o 4 kilogramy, BMI se snížilo na 28,4 - jedná se však stále o nadváhu. Pacient byl edukován o rizicích nadváhy a o správném stravování a potřeby dostatečné fyzické aktivity. V době hospitalizace nedošlo u pacienta k pádu, ani k atace Meniérovovy choroby. Pacient byl edukován o účincích léků na epilepsii, o činnostech, kterým by se měl jako epileptik vyvarovat a o nutnosti zajistit bezpečné prostředí jako prevenci úrazu. Pacient po operaci vypil denně až 3 litry tekutin, nejčastěji minerální vody. K bezmocnosti pacienta nedošlo, byl v péči ústavního psychologa a velice mu pomáhala podpora manželky.

## Závěr

Péče o pacienty s diagnózou multiforní glioblastom je kromě běžné ošetrovatelské péče velmi náročná z hlediska psychologického, neboť se jedná o onemocnění, které i po úspěšné operační léčbě, končí během 1-2 let od stanovení diagnózy smrtí pacienta. Určení této diagnózy je velkou psychickou zátěží pro pacienta i jeho rodinu i proto, že onemocnění vznikne náhle a následně velmi rychle progreduje. Většinou jsou pacienti o prognóze onemocnění dobře informováni. Přes veškerou léčbu se však klinický obraz nemoci rychle zhoršuje a součástí ošetrovatelské péče je právě i vliv na psychiku pacienta. Je nutné dát pacientovi určitou naději, že onemocnění je sice nevyhléditelné, ale může být řadu roků stabilní (existují nové, experimentální druhy léčby). Součástí lékařské a ošetrovatelské péče o pacienta je i informování rodiny a nejbližších. Sestra by měla zajistit dostatečnou informovanost od lékařů a sama edukovat pacienta i rodinu o specifikách péče o pacienta s tímto druhem tumoru. Je však stále otázkou, jako u všech maligních onemocnění, stupeň informovanosti pacienta. Někteří pacienti pravdu přijmou a smíří se s ní, u jiných dojde k výraznému zhoršení psychologického stavu.

Ošetrovatelská péče o pacienty s multiforním glioblastomem se řídí pravidly ošetrovatelského procesu a musí být zaměřena na individuální bio – psycho – sociální potřeby pacienta. Naší snahou je, aby pacient mohl být co nejdéle ošetrován v domácím prostředí. Ústavní léčbu volíme až v terminálním stádiu onemocnění nebo, pokud rodina není schopna o pacienta pečovat. Po operačním odstranění tumoru je pacient, když je v uspokojivém fyzickém a psychologickém stavu, propuštěn do domácího ošetrování. Některé příznaky mohou být po odstranění tumoru zmírněné, ale často dochází k časně progresi klinických obtíží. Pacient podstupuje i radiační léčbu a chemoterapii, které přináší velké množství vedlejších účinků, se kterými pacient také musí bojovat. Je proto nezbytná podpora rodiny i ošetrojícího personálu.

V terminální fázi onemocnění dochází k výrazné progresi nejen neurologických příznaků (epileptické záchvaty, poruchy řeči a hybnosti, psychologická alterace až agresivita), ale i ke zhoršení v oblasti sebezpečí, vylučování (inkontinence), časté jsou infekce močových cest a dekubity z důvodu imobilizace. Z tohoto důvodu je třeba

správně naplánovat ošetrovatelské intervence, aby byly řešeny problémy ve všech oblastech. Nesmí se zapomínat ani na rodinu a nejbližší osoby.

Při ošetrovatelské péči o pacienta popsaného v této práci jsem použila ošetrovatelský proces. Naplánované intervence jsem vhodně zvolila, správně realizovala a byly účinné. Pacient při ošetrovatelské péči plně spolupracoval, psychický i fyzický stav se zlepšil.

## Seznam použité literatury

1. ADAM Z., VORLÍČEK J. a kolektiv. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0896-5
2. DBALÝ V. *Mozkové nádory*. Praha: Triton 2002. ISBN 80-7254-274-5
3. DOENGES E. M., MOORHOUSE M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2001 ISBN 80-247-0242-8
4. GREENBERG M. S. *Handbook of Neurosurgery*. 5. vydání. New York: Thieme Publishers, 2001. ISBN 0-86577-909-0
5. KALA M. *Maligní nádory mozku dospělého věku*. Praha: Galén, 1998. ISBN 80-85824-84-1
6. KLENER P. *Klinická onkologie*. Praha: Galén a Univerzita Karlova (Karolinum), 2002. ISBN 80-7262-151-3 (Galén), ISBN 80-246-0468-X (Karolinum)
7. KOZIEROVÁ B., ERBOVÁ G., OLIVIERIOVÁ R. *Ošetrovatelstvo : koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax*. Díl 1. a 2. Martin : Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0
8. KUNC Z. *Neurochirurgie*. Praha: Avicenum, 1983.
9. MAREČKOVÁ J. *Ošetrovatel'ské diagnózy v nanda doménách*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3
10. NEJEDLÁ M. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1150-8
11. SEIDL Z., OBENBERGER J. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80--247-0623-7
12. SLEZÁKOVÁ Z. *Neurologické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-218-9
13. STAŇKOVÁ M. *Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatel'ské praxi*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-323-6
14. SYSEL D. a kol. *Základy ošetrovatel'ského procesu v kocke : učebná pomocka pre fakulty ošetrovatel'stva a ošetrovatel'skú prax*. Bratislava: Tatratron, 2002
15. TICHÝ J. a kolektiv. *Neurologie*. Praha: Univerzita Karlova (Karolinum), 1998. ISBN 80-7184-750-X

16. TRACHTOVÁ E. a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-324-4

17. *PharmindeX Breviř*. Praha: Medical Tribune CZ, 2008. ISBN 978-80-87135-05-1

## Seznam tabulek

Tabulka 1 - Histologický grading astrocytomů (Seidl Z. a kol., 2004).....	11
Tabulka 2 - Identifikační údaje pacienta.....	24
Tabulka 3 - Vitální funkce při přijetí pacienta .....	25
Tabulka 4 - Léková anamnéza .....	26
Tabulka 5 - Urologická anamnéza.....	26
Tabulka 6 - Posouzení fyzického stavu pacienta ze dne 8. 8. 2008 .....	28
Tabulka 7 - Posouzení - Aktivity denního života .....	29
Tabulka 8 - Posouzení psychického stavu pacienta .....	31
Tabulka 9 - Posouzení sociálního stavu pacienta .....	32
Tabulka 10 - Medikamentózní léčba .....	33
Tabulka 11 - Ošetrovatelská diagnóza I .....	38
Tabulka 12 - Ošetrovatelská diagnóza II.....	40
Tabulka 13 - Ošetrovatelská diagnóza III .....	42
Tabulka 14 - Ošetrovatelská diagnóza VII.....	43
Tabulka 15 - Ošetrovatelská diagnóza IX.....	44
Tabulka 16 - Ošetrovatelská diagnóza XI.....	47
Tabulka 17 - Kontrolní otázky pro sestru .....	58
Tabulka 18 - Kontrolní otázky pro pacienta .....	58

## Seznam zkratek

AMP	ampule
CNS	centrální nervový systém
CT	počítačová tomografie
EEG	elektroencefalografie
I.M.	intramuskulární podání injekce
INJ SOL	injekční roztok
NMR	nukleární magnetická rezonance
PHK	pravá horní končetina
P.O.	per os (podání léku ústy)
POR CPS DUR	tvrdá tobolka
POR TBL FLM	potahovaná tableta
POR TBL NOB	tableta
RTG	rentgen, rentgenový
TBL	tableta
VAS	visual analogue scale (vizuální analogová škála)

## **Přílohy**

<b>Příloha 1 - Edukace pacienta L.H.....</b>	<b>57</b>
<b>Příloha 2 - Barthelův test základních všedních činností (ADL-Activity daily living)</b> <b>.....</b>	<b>59</b>
<b>Příloha 3 - Záznam bolesti.....</b>	<b>61</b>
<b>Příloha 4 - Stupnice hodnocení psychického zdraví dle Savage .....</b>	<b>63</b>
<b>Příloha 5 - Radiologická dokumentace pacienta L.H. ....</b>	<b>64</b>



## **Příloha 1 - Edukace pacienta L.H.**

### Cíl edukačního plánu

- seznámení pacienta a jeho rodiny s činnostmi, při kterých by mohl utrpět úraz při epileptickém záchvatu
- pochopení podmínek zajištění bezpečného prostředí pro pacienta
- zabránění vzniku úrazu

### Význam edukace

- prevence úrazu pacienta
- seznámení s účinky léků na epilepsii

### Technika edukace

- seznámení pacienta a jeho rodiny s onemocněním epilepsií
- vysvětlení průběhu epileptického záchvatu
- první pomoc při epileptickém záchvatu
- popis činností, které ohrožují pacientův život, pokud se provozují ve chvíli epileptického záchvatu
- popis vedlejších účinků léků na epilepsii
- jak zajistit bezpečné prostředí pro pacienta

Při edukaci byly použity formy: letáček, verbální edukace, písemná edukace. Pacient má ordinovány léky, které mohou ovlivnit průběh edukace (analgetika, antiepileptika) a trpí expresivní fatickou poruchou - rozumí obsahu edukace, ale má problémy s vyjadřováním se slovy. Edukace se zúčastnila i manželka pacienta. Po skončení edukace jsem zodpověděla několik jejích otázek a ona poté řekla, že všemu rozumí a bude se tím řídit.

**Tabulka 17 - Kontrolní otázky pro sestru**

<b>Kontrolní otázky:</b>	<b>Správné odpovědi:</b>
1. Pro jaké pacienty/klienty je důležitá edukace v oblasti bezpečí?	Pro pacienty/klienty potenciálně ohrožených úrazem.
2. K čemu je dobré provádět edukaci v této oblasti?	Aby u pacientů/klientů nedošlo k úrazu v důsledku nedostatečné informovanosti.
3. Jaká je nezbytná podmínka ze strany pacienta/klienta pro provádění edukace?	Spolupráce a zájem pacienta/klienta.

**Postup při zaškolování pacienta a jeho rodiny**

- získat pacienta a jeho rodinu pro spolupráci
- získat důvěru pacienta/klienta a jeho rodiny
- naplánovat edukaci na vhodnou dobu, když je pacient odpočínutý, spokojený a bez bolesti
- zajistit klidné prostředí pro edukaci
- ověřovat si průběžně, zda pacient a jeho rodina rozumí, o čem se mluví
- seznamovat postupně pacienta/klienta s náplní edukace
- vzít v úvahu psychický stav pacienta/klienta, jeho potřeby, míru únavy
- neodbíhat v průběhu edukace, nespěchat, mluvit pomalu a srozumitelně
- vzít v úvahu pacientovu poruchu řeči
- vyjadřovat účast a pochopení s pacientovým problémem

**Tabulka 18 - Kontrolní otázky pro pacienta**

<b>Kontrolní otázky:</b>	<b>Správné odpovědi:</b>
1. Proč je pro vás důležité dodržovat určitá pravidla, když trpíte epileptickými záchvaty?	Abych neutrpěl při záchvatu zranění.
2. Víte, kterým činností byste se měl vyhnout, když jste onemocněl epilepsií?	Řízení motorových vozidel, práce ve vysokých výškách.
3. Víte jaké vedlejší účinky mají vaše léky na epilepsii?	Bolest hlavy, nespavost, neklid, nervozita, zvracení.

**Příloha 2 - Barthelův test základních všedních činností (ADL-Activity daily living)**

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	<u>5</u>
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	<u>5</u>
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	<u>5</u>
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	<u>5</u>
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	<u>10</u>
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	<u>10</u>
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	<u>10</u>
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	<u>15</u>
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	<u>15</u>
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	<u>10</u>
	s pomocí	5
	neprovede	0

**90 bodů**

Hodnocení stupně závislosti:

0 - 40 bodů	vysoce závislý
45 - 60 bodů	závislost středního stupně
<u>65 - 95 bodů</u>	<u>lehká závislost</u>
96 - 100 bodů	nezávislý

Zdroj: STAŇKOVÁ M. *Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-323-6

**Příloha 3 - Záznam bolesti**

VAS - 8.00 hodin (podána 1 ampule Dolminy i.m.)

1	<u>3</u>	5
0	2	4

VAS - 8.50 hodin

1	3	5
<u>0</u>	2	4

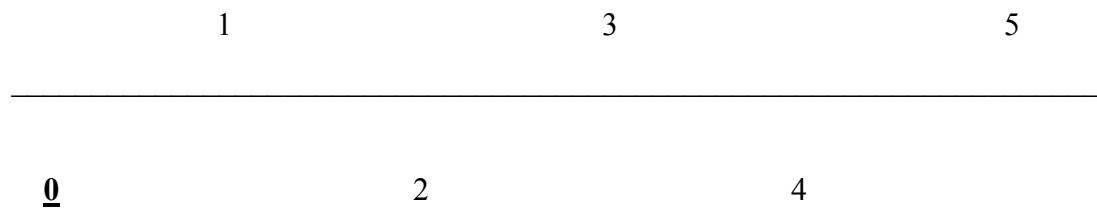
VAS - 12.00 hodin

<u>1</u>	3	5
0	2	4

VAS - 18.00 hodin (podána 1 ampule Dolminy i.m.)

1	<u>3</u>	5
0	2	4

VAS - 19.00 hodin



Hodnocení bolesti dle uvedené VAS:

- 0 - žádná bolest
- 1 - mírná bolest
- 2 - střední bolest
- 3 - silná bolest
- 4 - velmi silná bolest
- 5 - nesnesitelná bolest

Zdroj: STAŇKOVÁ M. *Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-323-6

#### Příloha 4 - Stupnice hodnocení psychického zdraví dle Savage

Položka	Skórovaná odpověď	Odpověď pacienta
1. Cítíte se většinu času dobře?	NE	ANO
2. Máte často obavy o své zdraví?	ANO	ANO
3. Trpíte často bolestmi hlavy?	ANO	ANO
4. Měl jste v poslední době závratě?	ANO	NE
5. Často se Vám třesou ruce při práci?	ANO	NE
6. Míváte záškuby ve svalech?	ANO	NE
7. V poslední době jste měl bolesti jen zřídka nebo vůbec ne?	NE	ANO
8. Vnímáte necitlivost v jedné nebo více částí těla?	ANO	ANO
9. Máte vždy ruce a nohy dostatečně teplé?	NE	ANO
10. Je váš spánek přerušovaný, povrchní nebo jinak narušený?	ANO	ANO
11. Jdete většinou spát bez myšlenek, které by Vás trápily?	NE	ANO
12. Máte rád společnost, jste rád mezi lidmi?	NE	NE
13. Často Vás něco trápí?	ANO	NE
14. Jste často plný elánu (energie)?	NE	ANO
15. Cítíte se často neúčinný?	ANO	NE

**Výsledek testu:** skóre 5 – pacient nemá poruchu psychického zdraví.

Zdroj: STAŇKOVÁ M. *Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-323-6

## **Příloha 5 - Radiologická dokumentace pacienta L.H.**

Snímky z NMR vybraného pacienta nebylo možné vložit do elektronické formy této práce, jsou pouze v tištěném výtisku. K.T.

Zdroj: Zdravotnická dokumentace pacienta L.H. z hospitalizace v Nemocnici Na Homolce



Zdroj: Zdravotnická dokumentace pacienta L.H. z hospitalizace v Nemocnici Na Homolce