

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U ONKOLOGICKÉHO PACIENTA

Bakalářská práce

EVA ZAORALOVÁ

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

Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, Ph.D., R.N.

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum odevzdání práce: 2010-03-31

Datum obhajoby práce:

Praha 2010

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne

ABSTRAKT

ZAORALOVÁ, Eva. *Ošetrovatelský proces u onkologického pacienta*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, Ph.D., R.N. Praha. 2010. s. 51

Hlavním tématem mé bakalářské práce je ošetrovatelský proces u onkologického pacienta. Teoretická část obsahuje historický vývoj onkologického oboru, rizikové faktory, druhy nádorového onemocnění, diagnostiku a léčbu. Péče o onkologické pacienty je natolik rozsáhlá, že jsem byla nucena podrobněji popsat jen základní problémy – bolest, výživu a psychickou stránku pacienta. Nejdůležitější je praktická část práce, která je věnovaná ošetrovatelskému procesu u pacienta s onkologickou diagnózou. Podrobně zde popisuji péči o pacientku, její léčbu a problémy. Cílem péče o pacienta s onkologickým onemocněním je udržování a podpora dosavadní životní úrovně.

Klíčová slova: Bolest. Karcinom. Nádor. Ošetrovatelský proces. Onkologie

ABSTRACT

Zaoralová, Eva. Nursing process in cancer patients. College of Health, o.p.s. Head: PhDr. Dusan Sysel, Ph.D., R.N. Prague. 2010. s. 51.

The main theme of my thesis is the nursing process in cancer patients. The theoretical part includes a historical study of cancer development, risk factors, types of cancer, diagnosis and treatment. Care of cancer patients is so extensive that I had to describe in detail only the basic problems – pain, nutrition and psychological aspect. Most important is the practical part, which is dedicated to the nursing process for patients with cancer diagnosis. I describe in detail the care of a patient's treatment and problems. The aim of care for cancer patients is to maintain and support existing standard of living.

Keywords: Pain. Carcinoma. Tumor. Nursing process. Oncology

PŘEDMLUVA

Jako téma mé bakalářské práce jsem si vybrala onkologii, protože právě onkologická onemocnění jsou stále aktuální a patří mezi nejčastější choroby současnosti. S onkologickými pacienty se setkáváme nejen ve specializovaných onkologických klinikách, ale ve všech odděleních a ambulancích. Proto je důležité, aby každá všeobecná sestra měla alespoň základní poznatky o tomto zákeřném onemocnění a uměla tak poskytnout prvotřídní ošetrovatelskou péči.

Výběr tématu byl ovlivněn mým vlastním zájmem o dané téma a chutí se o onkologii dozvědět něco navíc. Podklady pro práci jsem čerpala z internetu, odborných knih a edukačních příruček.

Práce je určena studentům zdravotnických škol a také všeobecným sestřám v praxi, které onkologie zajímá.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucímu bakalářské práce PhDr. Dušanovi Syslovi, Ph.D., N.R. za pedagogické usměrnění a podnětné rady, které mi při psaní mé práce poskytl.

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Historie onkologie.....	11
2 Etiologie nádoru.....	13
2.1 Patologie nádorů	14
2.2 Typy nádorů.....	14
2.3 Klasifikace TNM	15
3 Diagnostika	17
4 Léčba.....	19
5 Specifika práce sestry na onkologickém oddělení	23
PRAKTICKÁ ČÁST	28
6 Ošetrovatelský proces u onkologického pacienta	28
6.1 Ošetrovatelská péče	38
7 Doporučení pro praxi	50
ZÁVĚR	51
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	
SEZNAM PŘÍLOH	
PŘÍLOHY	

PŘEHLED POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Adenom – nádor ze žláзовého epitelu

Alopecie – vypadávání vlasů

Encefalopatie - obecný název pro onemocnění mozku

Hypogonadizmus – porucha funkce pohlavních žláz

Chorda dorsalis – struna hřbetní

Kardiotoxicita – vlastnost vedoucí k poškození srdce

Leukopenie – chorobné snížení počtu bílých krvinek

Nauzea – pocit na zvracení

Osteoporóza – řidnutí kostí

Papilom – nezhoubný nádor sliznice

Stomatitidy – zánět sliznice dutiny ústní

Synovie – kloubní maz

Trombocytopenie – nedostatek krevních destiček

ÚVOD

Onkologická problematika představuje závažný společenský problém. Dostává se do popředí zájmu jak odborníků, tak i laické veřejnosti. I mě oslovila natolik, že jsem ji chtěla podrobněji studovat ve své bakalářské práci.

Svou práci jsem zaměřila na dvě části – teoretickou a praktickou. V teoretické části se zmiňuji o prvních zmínkách nádorového bujení a prvních léčebných postupech. Dále zde uvádím etiologii a patologii zhoubných nádorů, jejich diagnostiku a léčbu. Do léčby jsem zahrнула jak chirurgický zásah, tak radioterapii, chemoterapii, hormonální i biologickou terapii. Problémy onkologických pacientů jsou často velmi rozsáhlé, přesto jsem na závěr teoretické části rozpracovala ty, které považuji za nejčastější – bolest, poruchu výživy a psychickou stránku pacienta. Ta je podle mého názoru velmi důležitá, protože psychický stav pacienta leckdy velmi ovlivňuje další vývoj nemoci.

V praktické části jsem vypracovala ošetrovatelský proces u pacientky s nově diagnostikovaným nádorovým onemocněním. Pomocí kompletní anamnézy jsem se snažila co nejlépe vystihnout její zdravotní stav. Dále jsem zde uvedla protinádorovou léčbu, kterou podstoupila a její vliv na pacientku. Neoddělitelnou součástí praktické části je samozřejmě ošetrovatelský proces.

Cílem mé práce je srozumitelně čtenáři přiblížit vývoj nemoci od samého starověku a seznámit jej s problematikou onkologického onemocnění v současné době.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Historie onkologie

Z archeologických nálezů je patrné, že nádorové onemocnění provázejí lidstvo od nepaměti. V různých starověkých spisech se objevují zmínky o nádorech a různá doporučení k jejich léčbě. První, kdo použil pro označení nádoru slovo karcinom, byl řecký lékař Hippokrates. Tento název údajně zvolil podle pokročilého karcinomu prsu, který při svém šíření s původní lymfangitidou připomíná klepeta kraba (krab – karkínos). Z dob Hippokratových pochází i název tumor (onkos).

Již v antickém Řecku se řešila otázka rozdílné prognózy časných a pokročilých forem. Podle řeckého léčitele Asklépiose se měli léčit pouze lidé, kteří mají dobrý zdravotní stav. V případě, že jejich těla byla prolezlá nemocí, se nemělo utrpení prodlužovat. Klasik antické medicíny Galén, věnoval nádorovým onemocněním značnou pozornost. V jeho době se málo pokročilé a lokalizované formy léčili chirurgicky. Objevovali se první onkochirurgové, například Galénův vrstevník Leonidas, který proslul chirurgickými výkony u karcinomu prsu. Kromě chirurgických výkonů se k léčbě nádorů používaly různé extrakty z bylin, plodů nebo arzenik. Můžeme tedy mluvit o prvotní chemoterapii.

Ve středověku se zastával názor italského anatoma Gabriella Fallopiia: „Dokud nádor odpočívá, má lékař odpočívat také“. Lidé vyzývali k uzdravení či ochraně před nádorem světce. Patronem pro všechna nádorová onemocnění byl sv. Peregrin. Zvláštními patrony byli sv. Agáta, která byla vzývána nemocnými s karcinomem prsu a sv. Erasmus pro nemocné s nádory v trávicím traktu.

V 19. století se rozšířil zájem o problematiku nádorů a jejich léčbu. Především díky patologům, chirurgům, internistům a biologům, kteří přinášeli první vědecky ověřené informace. Na přelomu 19. a 20. století byly objeveny léčebné účinky rentgenového záření a radia. To přineslo naději pro většinu nemocných. V druhé polovině čtyřicátých let 20. století byla do onkologické léčby postupně zaváděna

chemoterapie, avšak plně se začala využívat v průběhu šedesátých let. Ta znatelně zlepšila šanci pacientů na vyléčení, či prodloužení života.

Onkologie se stala důležitým vědním oborem. Je typickým příkladem multidisciplinárního oboru. Pro úspěšnost léčby je nezbytná týmová spolupráce s patologem, chirurgem, hematologem, radioterapeutem, imunologem, psychologem, popřípadě s dalším specialistou. Pokud je rakovina včas diagnostikována, je velká šance k vyléčení nemocného. Dnešní léčebné postupy a možnosti jsou na velmi dobré úrovni a stále se zlepšují (Klener, 2002; online Salvache, [cit. 10.1.2010 19:00]).

2 Etiologie nádoru

Přestože příčina vzniku zhoubných nádorů zůstává většinou neznámá, známe celou řadu faktorů, které se na vzniku zhoubných nádorů podílejí nebo ho dokonce způsobují. Obecně můžeme tyto vlivy rozdělit do dvou skupin. Mezi vnitřní příčiny patří dědičnost, vlivy rasové, věkové, pohlavní, hormonální, genetické a imunologické. K zevním pak vlivy biologické, fyzikální a chemické.

Rizikové faktory v souvislosti na vznik jednotlivých nádorů:

Kouření – závislost na nikotinu je nejvýznamnějším karcinogenem. Neexistuje žádný jiný jednotlivý faktor, který by byl tak moc škodlivý. Prokazatelně působí nejen při vzniku rakoviny plic, ale silně je ohrožen také hltan, hrtan, jícen, ústa, močový systém a slinivka břišní.

Výživa – nadváha a nezdravá strava jsou mimo jiné odpovědné za karcinom tlustého střeva, endometria, ledviny, jícnu a v případě postmenopauzálních žen za karcinom prsu. Naopak zvýšená konzumace ovoce, zeleniny nebo vlákniny působí ke snížení škodlivého účinku rakovinotvorných látek.

Alkohol – sám o sobě není velkým karcinogenem. Rizikový je zejména ve spojitosti s kouřením, protože rozpouští některé karcinogeny v kouři a tím usnadňuje jejich pronikání k buňkám sliznic. Jeho zvýšená konzumace vede k cirhóze jater, čímž se zvyšuje riziko karcinomu jater.

Ultrafialové záření – je zodpovědné za většinu maligních melanomy a karcinomy kůže.

Infekce – Lidský papilomavirus se podílí na vzniku karcinomu děložního čípku. Preventivním opatřením je očkování, v České republice již dostupné. Za vznik hepatocelulárního karcinomu je zodpovědný virus hepatitidy B a hepatitidy C. Karcinogenně působí i EBV virus, který je dáván do souvislosti s karcinomy nosohltanu. Z bakterií je znám *Helicobacter pylori*, který infikuje žaludeční sliznici a postupně vyvolává karcinom žaludku. Z důvodu porušení imunitních pochodů je

za karcinogenní považován i virus HIV (Vorlíček, Vorlíčková, Konečný, 1993; Dienstbier, Stáhalová, 2009).

2.1 Patologie nádorů

„Zhoubné nádory lze definovat jako skupinu nemocí, jejichž společným znakem je neomezený růst buněk tkání. Normální mechanismus kontrolující růst buněk je trvale poškozen. Konečným výsledkem je nárůst buněčné masy nádoru, který napadá a ničí normální tkáň“ (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2006, s. 35).

Nádorová onemocnění rozdělujeme dle jejich biologického chování na zhoubné (maligní) a nezahubné (benigní). Nádorové buňky nezahubných nádorů se množí pomaleji, ale více se podobají původní tkáni. Nádor má ostré ohraničení od okolní tkáně, neporušuje okolí, pouze jej utlačuje. Často nemá větší negativní účinky na organismus.

U zhoubných nádorů se množení a růst buněk vymyká kontrole organismu. Nádor roste rychle do okolní tkáně, kterou nejen utlačuje, ale i ničí. Po určité době růstu je schopen vrůst do okolních krevních a mízních cév. Tím dochází k vycestování nádorových buněk do vzdálených částí těla – metastázám. Nádorové buňky se šíří krví (hematogenně) nejčastěji do kostí, jater, plic, mozku, kostní dřeně nebo mizou (lymfogenně) do blízkých i vzdálených mízních uzlin (Chocenská, Móciková, Dědečková, 2009).

2.2 Typy nádorů

Nádory se dělí podle původu tkáně nebo orgánu, ze kterého vycházejí:

Benigní *mezenchymové nádory* – třídíme je na nádory vycházející z kolagenního vaziva (fibrom), z hlenového pojiva (myxom), z tukové tkáně (lipom), z chrupavky (chondrom), ze zbytků chorda dorsalis (chordom), ze synovie (synovialom), z cévy (angiom) nebo z příčně pruhovaného svalstva (rabdomyom).

Maligní *mezenchymové* nádory se označují podobně. Obecně je nazýváme sarkomy s vhodnými přídatky, které vyjadřují jejich bližší charakteristiku.

Epitelové nádory benigní – dělíme na dvě hlavní skupiny. Papilom, který vychází z povrchového epitelu a adenom, vycházející ze žláзовého epitelu.

Maligní *epitelové nádory* nazýváme karcinomy. Vycházejí buď z dlaždicového, žláзовého, popřípadě přechodného epitelu.

Neuroektodermové nádory tvoří pestrou skupinu nádorů, do nichž řadíme nádory CNS a nádory periferních nervů.

Leukémie jsou nádory z krvetvorné tkáně kostní dřeně. Podle buněk, ze kterých vycházejí se dělí na myeloidní a lymfatické.

Lymfomy jsou nádory lymfatické tkáně. Rozdělují se na Hodgkinův a Nehodgkinův lymfom.

Nádory smíšené, terminální a teratomy – skupina nádorů, jejichž parenchym je složen ze dvou nebo více druhů tkání.

Choriokarcinom – vzniká v embryonální části placenty.

Mezoteliom – vzniká z tkání mezodermy, nejčastěji se objevuje v pohrudniční dutině.

2.3 Klasifikace TNM

Pro zvolení správné léčby a pro odhad prognózy je zapotřebí určit rozsah zhoubného onemocnění. To nám umožňuje klasifikace TNM. Tento systém je používán téměř pro všechny nádory. Pouze krevní choroby mají své vlastní specifické klasifikace.

T – rozsah primárního nádoru

N – postižení lymfatických uzlin

M – přítomnost či nepřítomnost metastáz

Rozsah nádorového procesu v kategoriích TNM je určován přidáním čísla za písmeno. Čím je číslo vyšší, tím je rozsah nebo jeho šíření v dané kategorii větší. Pokud není možné klasifikaci stanovit, používá se symbol X (Vorlíček, Vorlíčková, Abrahámová, 2006).

3 Diagnostika

Včasná diagnóza je pro vyléčení pacienta nejdůležitější. Bohužel může být velmi obtížná, protože na začátku choroby pacient většinou nemá žádné obtíže, které by ho nutily k vyhledání lékaře.

Anamnéza a fyzikální vyšetření

Základem správného vyšetření a správné diagnostiky je znalost anamnézy. Ze všeho nejdříve se zjišťuje pacientova rodinná anamnéza, která může odhalit genetické dispozice k nádorovému bujení.

Osobní anamnéza obsahuje údaje o prodělaných chorobách, operacích, úrazech ale také údaje o působení prokázaných škodlivin. Nemělo by se zapomínat na tak zvaná varovná znamení, které mohou patřit k prvním příznakům onemocnění.

Patří k nim:

- Krvácení nebo výtok z tělních dutin,
- Zduření nebo zatvrdnutí žláz,
- Změny mateřských znamének,
- Přetrvávající polykací, žaludeční nebo střevní potíže,
- Přetrvávající kašel, chraptot, krvavá expektorace,
- Únava, nechutenství, úbytek tělesné hmotnosti,
- Nevysvětlitelné febrilie, pocení,
- Bolest.

Poté se provádí celkové fyzikální vyšetření, kde se lékař zaměřuje především na ústní dutinu, krk, prsy u žen, kůži, lymfatické uzliny po celém těle a digitálně vyšetří konečník a prostatu.

Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetření jsou důležité v odhadu funkce jednotlivých orgánů. K diagnostice nádorového onemocnění stanovujeme nádorové markery v krvi. Jedná se o látky, které jsou vylučovány do krevního oběhu nádorovou tkání. Pro jednotlivé druhy nádoru jsou typické určité druhy markeru. Samozřejmostí je již zmíněná klasifikace TNM.

Zobrazovací metody

Pro diagnostiku nádorů mají nezastupitelné místo. Můžeme prokázat přítomnost nádoru, jeho velikost, uložení, rozšíření do okolí, jeho krevní zásobení a mnoho jiného.

Patří sem:

- Rentgenový snímek,
- Sonografie,
- Počítačová tomografie,
- Magnetická rezonance,
- Pozitronová emisní tomografie,
- Radionuklidová diagnostika (např. scintigrafie).

Endoskopické metody

Mají velký význam pro diagnostiku nádorů rostoucích v dutých orgánech a tělních dutinách. Endoskopickou cestou lze nejen odebrat vzorek tkáně, ale i provádět různé léčebné a paliativní výkony (Vorlíček, Vorlíčková, Abrahámová, 2006; Klener, 2002).

4 Léčba

Předpokladem úspěšné léčby je přesná diagnóza a co nejpodrobnější zjištění postižení organismu nádorovým procesem. Zjišťuje se také celkový zdravotní stav pacienta, aby bylo možné stanovit intenzitu protinádorové léčby tak, aby pacienta nadměrně nezatížila.

Pokud je nádor natolik pokročilý nebo jedná-li se druh nádoru, kdy není možné pacienta vyléčit, je důležité umožnit mu vést co nejdéle normální nebo alespoň co nejnáslednější život.

Protinádorovou léčbu dělíme na léčbu lokální (ovlivníme jen postižený orgán, popřípadě jeho blízké okolí) a systémovou, kdy jsme schopni ovlivnit i onemocnění více rozšířené, někdy i na velmi vzdálených místech těla.

Chirurgická léčba

Chirurgická léčba je jednou z nejdůležitějších metod péče o onkologicky nemocné. Pokud je to technicky možné, umožňuje odstranění celého nádoru i s okolním lemlem zdravé tkáně. U neohrazených nebo rozptýlených nádorových buněk není chirurgický výkon vhodný.

Existuje několik typů operačních výkonů:

- *Profylaktické výkony* – používají se převážně u vrozených abnormalit a genetických poruch, kde je zvýšené riziko vzniku nádorového onemocnění
- *Kurativní výkony* – naprosté odstranění nádoru včetně jeho okolní tkáně a často i se spádovými mízními uzlinami
- *Paliativní výkony* – zabránění vzniku komplikací (krvácení, střevní neprůchodnost, chirurgická léčba bolesti atd.)
- *Rekonstrukční výkony* – anatomická nebo funkční obnova poškozených orgánů nebo tkání.

Radioterapie (aktinoterapie)

Radioterapie využívá zvýšené citlivosti nádorových buněk ionizujícímu záření. Záření poškozuje chemické vazby v buňkách. Vznikají chemické sloučeniny – radikály, které způsobují v buňkách další biochemické změny. Tyto změny se odehrávají na buněčném povrchu, v enzymech a v chromozomech jader buňky, kde poškozuji deoxyribonukleovou kyselinu (dále DNA), která je zodpovědná za přenos buněčných genetických informací. Buňky poškozené zářením se mohou ještě několikrát dělit, ale postupně tuto schopnost ztrácejí a odumírají.

Podobně působí ionizující záření i na zdravé buňky. Jejich poškození se může objevit již během ozařování nebo do tří měsíců od léčby. Tyto reakce se po krátké době zcela upraví. Patří mezi ně postradiační syndrom, jenž se projevuje celkovými příznaky na organismus, dále otok nebo začervenání kůže, ztráta ochlupení a vlasů, afty a povlaky v ústech, bolestivé polykání, nechutenství, nevolnost, průjem a v neposlední řadě poškození krvinek.

Po více jak třech měsících od skončení léčby se mohou objevit pozdní reakce. Chronické změny v trávicím traktu se mohou projevit jako poradiační stenózy či píštěle. Může se objevit svraštělý močový měchýř, chronická pneumonitida i plicní fibróza. V ozařovaném místě může vzniknout také další zhoubný nádor.

Metody radioterapie:

- *Teleradioterapie* – zdroj záření je umístěn mimo tělo pacienta. Je to nejčastěji používaná metoda.
- *Bradyradioterapie* – zdroj záření je umístěn přímo v oblasti nádoru, kde se koncentruje vysoká dávka záření.
- *Systémová aplikace radionuklidů* – radioaktivní nuklid se v organismu chová jako neaktivní izotop a hromadí se v určitých orgánech nebo tkáních. Používá se u karcinomu štítné žlázy a v rámci paliativní péče kostních metastáz.

Protinádorová farmakologická léčba

Protinádorová farmakologická léčba je rozsáhlý pojem. Zahrnuje chemoterapii, hormonální a biologickou léčbu.

Chemoterapie

Jedná se o léčbu chemickými látkami – cytostatiky. Ty zastavují buněčné dělení a ničí buňky tak, že poškozují jejich genetickou informaci, která je obsažena v DNA.

Je vhodná především při léčení onemocnění, kde chirurgický zásah nemá šanci na úspěch, jako jsou lymfomy a leukémie.

Principem úspěchu léčby je podávat cytostatikum v takových intervalech, aby v pauze mezi podáváním znovu nedošlo k velkému nárůstu počtu maligních buněk, ale aby se po každém podání cytostatika postupně jejich počet zmenšoval.

Nežádoucí účinky závisí na dávce a druhu podané chemoterapie a na reakci organismu. Některé se objevují okamžitě a jiné později. Úkolem sestry je edukovat pacienta o možných vedlejších účincích, jak se má při jejich výskytu zachovat a vše řádně zapsat do dokumentace.

Nežádoucí účinky jsou:

- *Bezprostřední* – nauzea, zvracení, záněty žil, lokální nekrózy, alergické reakce.
- *Časné* – leukopenie, trombocytopenie, stomatitidy, alopecie, průjmy, retence tekutin.
- *Vzdálené* – anémie, hepatorenální toxicita, kardiotoxicita, psychické změny.
- *Pozdní* – sterilita, hypogonadismus, osteoporóza, encefalopatie.

Hormonální léčba

Hormonální léčba může snižovat tvorbu určitého hormonu v těle a tím omezuje růst nádoru, který je na tomto hormonu závislý. Tato závislost je nejvýraznější na hormonech u karcinomu prsu a prostaty.

V protinádorové léčbě se používají především androgeny, estrogeny, progestiny a glukokortikoidy.

Hormonální léčba má méně nežádoucích účinků než chemoterapie a je tedy lépe snášena. Přesto se můžou vyskytovat návaly horka, deprese, zvýšení hmotnosti či snížení libida.

Bioterapie

Jedná se o aplikaci látek, které jsou chemicky shodné nebo podobné s látkami, které produkují buňky lidského těla. Rozdíl spočívá v aplikované dávce a terapeutické koncentraci, která vysoce překračuje fyziologické hodnoty. Jejím cílem je obnovení porušené funkce protinádorové imunity a její zapojení do léčebného procesu.

Zatím se v praxi uplatňuje pouze jako doplňková léčebná metoda v případech, kdy hlavní nádorová masa byla odstraněna jiným způsobem (Chocenská, Móciková, Dědečková, 2009; Vorlíček, Vorlíčková; Abrahámová, 2006; Klener, 2002; Skala; Vaňková).

5 Specifika práce sestry na onkologickém oddělení

Každý pacient je individuální bytost. Má své vlastnosti, názory a hlavně potřeby. Základní potřeby každého z nás rozdělil již roku 1943 americký psycholog Abraham Maslow. V době nemoci se potřeby násobí a úkolem každé sestry je tyto potřeby zaregistrovat a odborně podle svých kompetencí řešit. Grafické rozdělení potřeb podle Maslowa přikládám v příloze B (Trachtová et al, 1999).

Nejčastějšími ošetrovatelskými problémy, se kterými musí všeobecná sestra na onkologii bojovat je bolest, porušená výživa a špatný psychický stav pacienta.

Bolest

„Bolest je jedním z nejčastějších a nejobávanějších klinických symptomů nádorového onemocnění. Podle statistik Světové zdravotnické organizace v době stanovení diagnózy trpí bolestí 30% pacientů, v pokročilých stádiích nemoci udává bolest 80-90% nemocných“ (Vorlíček, Vorlíčková, Abrahámová, 2006, s. 130).

Intenzita bolesti je závislá na typu nádoru. Nejméně bývají s bolestí spojovány leukémie a lymfomy. Nádory jícnu, žaludku, slinivce břišní a v kostech jsou naopak s bolestí spojovány nejvíce.

Příčinu bolesti lze rozdělit na:

- Bolest vyvolaná nádorem.
- Bolest vyvolaná diagnostikou a léčbou.
- Bolest bez přímé souvislosti k nádoru.

Hodnocení intenzity bolesti

Bolest je symptom, kterého se pacienti nejvíce obávají. Přítomnost bolesti vede k nespavosti, únavě a depresi. Pacient s bolestí málo jí a pije, což přispívá ke zhoršení jeho nutričního stavu a celkové funkční zdatnosti. Je tedy nutné její včasné zhodnocení.

Za pečlivé zhodnocení bolesti jsou zodpovědné sestry, které musí společně s lékařem zajistit dostatečnou úlevu pacienta.

Existuje mnoho metod, jak změřit intenzitu bolesti. Nejznámější a nejčastěji používanou pomůckou k hodnocení bolesti je vizuální analogová škála (dále jen VAS), která umožňuje vyjádřit bolest pomocí několikastupňové verbální škály nebo graficky. Intenzita bolesti během dne kolísá, proto je pacientům doporučováno psát si tzv. „deníky bolesti“. Mapu bolesti přikládám v příloze E, VAS v příloze F.

Má-li být léčba účinná, je důležité znát dobu trvání bolesti, výkon nebo činnost, které doprovází její vznik, lokalizaci, charakter a její případné změny v určitém časovém období.

Léčba bolesti

Světová zdravotnická organizace v roce 1984 vydala směrnice pro léčbu nádorové bolesti. Základem je třístupňová léčba závisující její intenzitě.

- I. Stupeň: Mírná bolest – podávají se neopioidní analgetika.
- II. Stupeň: Středně silná bolest – kombinace neopioidních analgetik a slabého opioidu.
- III. Stupeň: Silná bolest – kombinace neopioidních analgetik a silných opioidů .

Na počátku podávání opioidů se může u pacienta vyskytovat nevolnost, zvracení, celkový útlum. Při delším užívání symptomy sami ustupují. Nejčastějším nežádoucím účinkem léčby opioidy je zácpa. Ta trvá po celou dobu léčby. Pacienta je třeba na výskyt nežádoucích účinků předem připravit.

Bolest je možno také účinně ovlivnit protinádorovou léčbou. V praxi má největší význam chirurgický výkon a radioterapie. Při nedostatečném efektu léčby, nebo pokud je bolest lokalizovaná je možné ji likvidovat blokadou místních nervů nebo jejich přerušením (Vorlíček, Vorlíčková, Abrahámová, 2006; Koutecký, Cháňová, 2003; Ševčík et al, 1994; O'connor, Aranda, 2005).

Výživa

Při nedostatečném přísunu hodnotné stravy a při zvýšené potřebě energie v průběhu onemocnění čerpá organismus energii z vlastních tělesných zásob. Následně dochází k výraznému poklesu tělesné hmotnosti, úbytku tukové i svalové tkáně, k oslabení imunity a tím možnosti vzniku infekce. Výrazný váhový úbytek může vést k mnoha komplikacím, k prodloužení délky hospitalizace a dokonce i ke zvýšené úmrtnosti.

Příčinou nedostatečného přísunu živin je nejen vlastní nádorové onemocnění, ale také důsledek protinádorové léčby nebo chronické obtíže způsobené nádorem. Mezi možné komplikace nádorového onemocnění patří nechutenství, nevolnost, zvracení, průjem, zácpa, suchost v ústech spojená s poruchou polykání a hubnutí. Ke každému z těchto symptomů existuje mnoho rad a doporučení, které mají za cíl zmírnit potíže a tím zlepšit stav výživy pacienta.

Obecně lze při nádorovém onemocnění doporučit:

- Jíst pestrou stavu bohatou na bílkoviny, vitamíny a energii.
- Doporučit jídla a pochutiny bohaté na kalorie, nevyhýbat se ani hříchům v podobě čokolády, bramborových lupínků či zmrzliny.
- Jíst častěji v malých porcích. Pohled na plný talíř může vyvolat pocit plnosti.
- Nepodávat pacientova oblíbená jídla v době probíhající chemoterapie nebo ozařování, může si k nim vypěstovat odpor.
- Neřídit se žádným předem daným časovým rozvrhem jídla, pacient může jíst kdykoliv pocítí chuť.
- Respektovat přání pacienta týkající se jeho chutí a způsobu stravování.
- Omezit kontakt pacienta s intenzivními pachy jídla při jeho přípravě.
- Nabízet atraktivní, lákavě vypadající jídla.
- Chuť k jídlu může zvýšit krátká procházka venku. Pokud to zdravotní stav nedovoluje, může stačit i řádně vyvětraná místnost.

- Pokud to ošetřující lékař dovolí, může si pacient dopřát i malou skleničku alkoholu před jídlem.

Stravu onkologických pacientů lze doplnit i o výživové přípravky vyráběné farmaceutickým průmyslem. Vyrábějí se v tekuté nebo práškové formě. Můžou obsahovat kompletní složení potřebných živin, jednu hlavní živinu nebo jen vitamíny, minerály, stopové prvky v obvyklé denní dávce či v dávkách zvýšených.

Pokud pacient nemůže přijímat potravu ústy, může lékař zvážit podávání živin pomocí nasoenterální sondy, gastrostomie nebo parenterální výživy (Chocenská, Móciková, Dědečková, 2009; Šachlová, Hrbková, 2004; Wilhem, 2004; Starnovská, Pavlíčková, Hrbková, 2008).

Psychologie nemocného

V onkologii hraje psychika pacienta velkou roli. Ukazuje nám pacientův postoj k chorobě a významně ovlivňuje léčebný proces. Typy reakcí na nemoc jsou různé. Závisí na charakteru nemocného, jeho životních zkušenostech a liší se podle jednotlivých období vývoje maligního onemocnění.

V období diagnostikování nemoci se objevují především negativní emoce. Častá je agresivita zaměřená nejen proti zdravotnickému personálu ale i proti nejbližším příbuzným. V tomto období je důležité poskytnout nemocnému emoční podporu, empatii. Musíme pacienta získat pro spolupráci a motivovat ho k léčbě. Můžeme tím docílit například odkazem na onkologické kluby, kde bude mít možnost kontaktu s jinými, již vyléčenými pacienty. Přehled těchto klubů přikládám v příloze C.

I během léčby se objevují faktory, které ovlivní psychický stav nemocného. Můžou to být kosmetické defekty, anatomické nebo funkční poruchy, které pacienta psychicky traumatizují a kladou zvýšené nároky na jeho sociální a psychickou adaptaci. Je zapotřebí si pacienta vyslechnout a podporovat jeho naději.

V období remise či vyléčení se pacient cítí uvolněně, konečně může věnovat pozornost na vlastní zájmy a pracovní aktivitu. Přesto se však nezabaví vnitřního strachu z recidivy.

Při progresi choroby se situace mění. Pacient je většinou dlouhodobě upoután na lůžku, odkázán na cizí pomoc. Pacient se cítí bezmocný, má strach ze smrti. Objevuje se deprese, zlost nebo agresivita. Rodina i zdravotnický personál musí být nemocnému k dispozici více než jindy.

Správný psychologický přístup pomáhá nemocným překonat obtížnou situaci a může mít i velký vliv na průběh choroby. Důležitou roli při podpoře pacienta má právě sestra, která tráví s pacientem nejvíce času. Pokud si dokáže získat pacientovu důvěru, může být dokonce jediná, které pacient svěří své vnitřní pocity a emoce (Vorlíček, Vorlíčková, Konečný, 1993; Vorlíček et al, 1989).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 Ošetrovatelský proces u onkologického pacienta

Ošetrovatelský proces je systematická metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit zdravotní stav pacienta, naplánovat uspokojení jeho skutečných nebo potencionálních potřeb a vykonat specifické ošetrovatelské zásahy vedoucí k uspokojení pacienta.

Ošetrovatelský proces je cyklický. Všechny jeho kroky následují v logickém seřazení a v dané časové posloupnosti. Pokud jsme dosáhli cíle, může se péče ukončit nebo může cyklus opět začít (Kozierová, 1995).

Pro svůj ošetrovatelský proces jsem si vybrala pacientku s nově diagnostikovaným onkologickým onemocněním. Její první hospitalizace na hematoonkologické klinice trvala bez mála tři měsíce. Do své práce uvádím ošetrovatelský proces v prvních dnech léčby.

Identifikační údaje pacientky

Jméno a příjmení: E. R.

Datum narození: 1929

Věk: 80 let

Pojišťovna: 111

Pohlaví: žena

Stav: rozvedená

Adresa bydliště: Praha 6

Adresa příbuzných: Praha 6

Státní příslušnost: ČR

Vzdělání: středoškolské

Zaměstnání: důchodce

Typ přijetí: plánované

Datum přijetí: 27.8. 2009

Hlavní medicínská diagnóza: Non – hodgkinův lymfom

Vedlejší medicínské diagnózy: Polyartróza

Výtah z lékařské dokumentace:

Pacientka E.R., 80 let hospitalizována na interním oddělení na Homolce pro bolesti břicha. Bylo provedeno ultrazvukové vyšetření, které ukázalo rozsáhlé pakety lymfatických uzlin v epigastriu a posléze i počítačová tomografie (dále jen CT), která poukázala na tumorózní masy – respektive pakety lymfatických uzlin v retroperitoneu a hraniční lymfatické uzliny v obou axilách a v hilu jater. Po následné extirpaci uzliny z levé axily byl diagnostikován B – lymfom z velkých buněk, blíže neurčených.

Pacientka je přeložena z interního oddělení na Homolce k dokončení stagingu a zahájení terapie. Udává bolesti levé poloviny břicha tlakového charakteru a bederní páteře, nechutenství a váhový úbytek za poslední tři měsíce 10 kg.

Anamnéza

Rodinná anamnéza:

Matka: zemřela v 70 letech na karcinom plic

Otec: zemřel v 70 letech na lymfogranulom

Sourozenci: bratr zemřel v 68 letech na karcinom ledviny, sestra žije – ICHS

Děti: syn zemřel v 18 letech při úrazu na lyžích

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění:

Pacientka se léčí s polyartózou, je sledována v revmatologickém ústavu.

Operace:

Pacientka prodělala v dětství tonzilektomii. V roce 1981 podstoupila operaci varixů obou dolních končetin a hysterektomii s bilaterální adnexetomií pro myomy. V září 2009 podstoupila extirpaci uzliny z levé axily a také z důvodu hydronefrózy při útlaku pánevní lymfadenopatie byly zavedeny do obou ledvin pigtaily.

Alergologická anamnéza:

Pacientka udává alergii na potravinové konzervační látky v džusech, včelí bodnutí a saponáty.

Farmakologická anamnéza:

Seznam léků podávaných v nemocnici Na Homolce:

Název léku	Síla	Forma	Dávkování	Skupina
Prednison	20mg	Tbl	2-1-0	Glukokortikoidy
Helicid	20mg	Cps	1-0-1	Antiulcerotikum
Lokren	20mg	Tbl	½-0-0	Antihypertenzivum, betablokátor
Neurol	0,25mg	Tbl	0-0-1	Benzodiezepam
Stilnox	10mg	Tbl	0-0-0-1	Hypnotikum
Dicynone	250mg	Tbl	1-1-1-1	Hemostatikum
Lactulosa	50%	Sir	3x1 lžíce	Laxativum
Fragmin	5000m.j.	s.c.	1x24hod	Antikoagulanc
Dipidolor	15mg	s.c.	6-14-22	Analgetikum anodynum
Durogesic	100ug	T.d.	a 3 dny	Analgetikum anodynum

Gynekologická anamnéza:

Pacientka 1x porodila, v roce 1981 prodělala hysterektomii s bilaterální adnexetomií. Hormonální antikoncepci nikdy nebrala.

Abusus:

Pacientka nekouří, nepije alkohol. Kávu si vypije jen výjimečně.

Sociální anamnéza:

Pacientka bydlí sama v dvoupokojovém bytě, často ji navštěvují přítelkyně nebo sestra. Pokud by potřebovala odbornou pomoc, je připravená kontaktovat Home care.

Pracovní anamnéza:

Celý život pracovala jako sociální pracovnice nyní je ve starobním důchodu.

Spirituální anamnéza:

Pacientka vyznává katolickou víru.

Posouzení fyzického stavu ze dne 27. srpna 2009**Hlava a krk:**

Subjektivně: „Občas mě bolí hlava, ale není to nic hrozného.“

Objektivně: hlava normocefalická, na poklep nebolestivá, facialis inervuje správně. Oči bez zánětlivých změn, bulby ve středním postavení, volně pohyblivé všemi směry. Zornice izokorické, fotoreakce pozitivní, spojivky růžové. Uši a nos bez výtoků, čich i sluch dobrý. Hrdlo klidné, jazyk bez povlaku, vlhký, ve střední čáře, sliznice vlhké, růžové, chrup umělý. Rty růžové, bez známky cyanózy. Šíje volná, karotidy tepou symetricky, náplň krčních žil přiměřená. Krční uzliny a štítná žláza nezvětšené.

Hrudník a dýchací systém:

Subjektivně: „s dýcháním momentálně žádné problémy nemám.“

Objektivně: Hrudník je souměrný, atletický. Axily volné, jizva v levé axile po excizi klidná. Mammy bez hmatné rezistence. Poklep plný, jasný, dýchání čisté sklípkovité D 16/ min., lymfatické uzliny v axilách mírně zvětšené.

Srdečně – cévní systém:

Subjektivně: „beru léky na vysoký tlak.“

Objektivně: Srdeční akce pravidelná, ozvy ohraničené, bez šelestů, TK 120/60, P 63/min.

Břicho a GIT:

Subjektivně: „Za poslední tři měsíce jsem zhubla 10kg, snažím se donutit jíst, ale jídlo mi nic neříká, zvedá se mi z něj žaludek. Ještě jsem nezvracela. Často mám tlak v levé polovině břicha jdoucí pod žebra. Na stolicí chodím málo, asi tak 1x /3-4 dny.“

Objektivně: Pacientka trpí nechutenstvím, BMI 21. Břicho v úrovni hrudníku, souměrné, palpačně citlivé s maximem v levém mezogastriu, ve středním epigastriu tuhá rezistence cca 8x15cm. Játra a slezina nezvětšená. Peristaltika přiměřená.

Močovo – pohlavní systém:

Subjektivně: „Mám nějaké problémy s ledvinami.“

Objektivně: Moč stabilně narůžovělá, z důvodu hydronefrózy byly zavedeny do obou ledvin pigtaily.

Kosterně - svalový systém:

Subjektivně: „Mám polyartrózu.“

Objektivně: Poloha aktivní, chůze pomalejší. Páteř palpačně nebolestivá.

Nervový systém:

Subjektivně: „slyším dobře, ale potřebuji brýle ke čtení.“

Objektivně: pacientka je orientována v prostoru a času. Kontakt je bez problémů, spolupracuje. Řeč je artikulovaná, zřetelná. Reflexy zachované. Hypermetropie - 2 dioptrie na obou očích.

Endokrinní systém:

Subjektivně: „nemám žádné problémy.“

Objektivně: Štítná žláza nezvětšená.

Kůže a jejích adnexy:

Subjektivně: „nevím, snad bez problémů.“

Objektivně: Kůže bez cyanózy, anikterická, bledší kolorit. Po těle drobná znaménka, kožní turgor přiměřený. Na dolních končetinách otoky bilaterálně perimaleolárně cca do 1/3, bez známek zánětu. Pulzace na periférii pro otoky nehmatná. Akra teplá, na dotek nebolestivá (Nejedlá, 2006).

Aktivity denního života ze dne 27. srpna 2009

Stravování:

Subjektivně: „na jídlo nemam vůbec chuť. Za tři měsíce jsem zhubla 10kg.“

Objektivně: Pacientka trpí nechutenstvím. Sní cca 1 – 2 sousta z porce, pak jídlo odmítá. Vypije asi 500ml tekutin. Má dietu č. 11 – výživnou. BMI 21. Nutriční riziko viz příloha I.

Vylučování:

Subjektivně: „Trpím na zácpu. Když to dlouho nejde, dám si lactulósu. Je účinná. Naposledy jsem byla na velké včera. S močením žádné problémy nemám“

Objektivně: Moč slámově žlutá. Močí spontánně. Stolice bez příměsí.

Spánek:

Subjektivně: „Špatně se mi spí, budím se bolestí“.

Objektivně: Užívá léky na spaní – Stilnox. Přes den nespí, jen odpočívá.

Aktivita, odpočinek:

Subjektivně: „Přes den mě zabaví televize nebo si ráda povídám s kolegyněmi na pokoji. Doma jsem se vždycky nějak zabavila.“

Objektivně: Přesunuje se pomocí chodítka, potřebuje dohled druhé osoby.

Hygiena:

Subjektivně: „potřebuji doprovodit do koupelny, pak už to zvládnu sama.“

Objektivně: Pacientka potřebuje jen mírný dohled, do sprchy dojde s chodítkem za asistence jiné osoby.

Samostatnost:

Subjektivně: „Doma jsem vše zvládala, ale po zhoršení mého zdravotního stavu přiznávám, že pomoc někdy potřebuji.“

Objektivně: Pacientka potřebuje mírný dohled. Přesunuje se pomocí chodítka, ale přesto je nutná asistenci druhé osoby. Barthelův test příkládám v příloze H.

Posouzení psychického stavu ze dne 27. srpna 2009

Vědomí: Pacientka je plně lucidní. Glasgow score hodnotím 15, viz příloha G.

Orientace: Pacientka se orientuje místem osobou i časem.

Paměť: Pacientka má výbornou krátkodobou i dlouhodobou paměť.

Myšlení: Myslí logicky, na otázky odpovídá adekvátně.

Temperament: Jeví se jako flegmatik, extrovert.

Vnímání: Pacientka si uvědomuje svůj zdravotní stav a je odhodlaná bojovat.

Reakce na onemocnění: Pacientka je optimistická, neprojevuje zvláštní negativní emoce.

Reakce na hospitalizaci: Na oddělení se jí líbí, s péčí zdravotnického personálu je spokojená.

Projev jistoty a nejistoty: Strach z budoucnosti je přirozený, zvláštní negativní emoce neprojevuje (Staňková, 2001).

Posouzení sociálního stavu ze dne 27. srpna 2009

Komunikace: Pacientka komunikuje verbálně i neverbálně bez potíží.

Informovanost: Ošetřující lékař pacientku informoval o jejím zdravotním stavu a léčebných postupech. Pacientka podepsala informované souhlasy související s hospitalizací, diagnostikou a léčbou.

Medicínský management

Pacientce bylo při příjmu natočeno EKG, napíchnuta periferní žilní kanyla a odebrána krev na:

- Krevní obraz, sedimentaci,
- Koagulaci,
- Biochemické vyšetření - Na, K, Cl, Ca, P, Mg, urea, kreatinin, CRP, přímý i celkový bilirubin, ALT, AST, ALP, GGT, B2M, elfo, LD, glykémie,
- Serologické vyšetření – Hepatitidy, EBV, CMV, HIV, HSV, Boreliózu, Toxoplazmózu,
- Faks periferní krve.

Během hospitalizace podstoupila sonografii břicha, rentgen plic a břicha, trepanobiopsii, echo, CT hrudníku, lumbální punkci. Dále bylo zajištěno nutriční a oční konzilium. Periferní žilní kanyla byla nahrazena centrální (véna juguláris dextra).

Terapie během hospitalizace:

Konzervativní léčba:

Dieta: Dieta č. 11 – výživná.

Enterální výživa: Nutrisone multifibre 80ml/hod 6-24 hod s proplachem každé 3 hodiny do nasoenterální sondy.

Parenterální výživa: 2000ml Clinimix N17 (Infundabilium) + 250ml Smoflipid (Infundabilium), Soluvit N (infuzní koncentrát vitamínů), Tracutil (přípravek

k parenterálnímu doplnění iontů a soli), Vitalipid (přípravek obsahující liposolubilní vitaminy).

Pohybový režim: Pacientka má volný pohybový režim po oddělení pod dohledem nelékařského zdravotnického pracovníka.

Rehabilitace: Pacientku dvakrát denně navštěvuje fyzioterapeut.

Medikamentózní léčba:

Přehled pravidelné medikace na našem oddělení:

Název léku	Síla	Forma	Dávkování	Skupina
Citalec	20mg	Tbl	1-0-0	antidepressivum
Lokren	20mg	Tbl	1-0-0	antihypertenzivum, betablokátor
Prestarium neo	5mg	Tbl	½-0-0	antihypertenzivum, ACE inhibitor
Neurol	0,25mg	Tbl	0-0-1	benzodiazepam
Megace	160mg	Tbl	1-1-1	hormonální cytostatikum
Helicid	20mg	cps	1-0-1	antiulcerotikum
Kalnormin	1000mg	Tbl	1-1-1	kaliový přípravek
Nitrofurantoin retard	100mg	Tbl	0-0-1	antibiotikum
Stilnox	10mg	Tbl	0-0-0-1	hypnotikum
Lactulosa	50%	sir	3x 1 lžíce	laxativum
Degan	10mg	Tbl	podle potřeby	antiemetikum, prokinetika

Magnesium	150mg	eff	0-1-0	minerály
Kalcium	500mg	eff.	0-1-1	minerály
Sevredol	10mg	tbl	při průlomové bolesti	analgetikum anodynum
Novalgin	1000mg	i.v.	1-1-1-1	antipyretikum, analgetikum
Meronem	1000mg	i.v.	6-14-22	antibiotikum
Durogesic	125mg	t.d.	a 3 dny 17:00	analgetikum, anodynum
Fraxiparine	0,4ml	s.c	18:00	antikoagulanc

Léčebný režim:

28.8.2009 byla pacientce provedena lumbální punkce s aplikací 12mg Metotrexátu intratekálně (antineoplastikum).

29.8.2009 pacientka absolvovala protinádorovou terapii. Nejdříve byla zpremedikována 200mg Hydrocortizonu (glukokortikoid) i.v., 1mg dithiadenu (antihistaminikum) i.v. a 2 tbl 500mg paralelu (analgetikum, antipyretikum). Poté následovala Mabthera 600mg v 1000ml fyziologického roztoku (dále jen FR) i.v. (antineoplastikum) dle rozpisu (přikládám v příloze D) a Vinblastin 10mg i.v. (antineoplastikum).

3.9. 2009 Bylo pacientce opět podáno 600mg Mabthery s premedikací, dle rozpisu. Následovalo 8mg Ondasetronu i.v. (antiemetikum), 400mg Uromitexanu i.v. (Antidotum oxazafosforinů), 1042mg Cyklofosfamidu v 500ml FR i.v. (antineoplastikum), 70mg Doxorubicinu ve 250ml FR (antineoplastikum), 2mg Vinkristinu i.v. (antineoplastikum) a 1000ml FR s 30ml 7,5% KCl. Za 4 a 8 hodin po dokopání Cyklofosfamidu bylo pacientce opět aplikováno 400mg Uromitexanu i.v.

Dále bylo pacientce aplikována Neulasta 6mg (imunostimulancium) s.c., a do 8.9.2009 každý den podáno 100mg Prednisonu (glukokortikoid).

24.9.2009 a **14.10.2009** se protinádorové léčba opakovala.

Situační analýza:

80letá pacientka s nově diagnostikovaným non-hodgkinovým lymfomem je na hematoonkologickou kliniku přeložena k dokončení stagingu a zahájení léčby. Pacientka je plně při vědomí, orientovaná, spolupracuje. Uvádí bolesti levé poloviny břicha tlakového charakteru s čímž je spojena i porucha spánku, dále nechutenství, váhový úbytek za poslední 3 měsíce 10kg, má sklony k zácpě. Přesunuje se pomocí chodítka, ale chybí jistota, nutný dohled další osoby.

6.1 Ošetřovatelská péče

Ošetřovatelské diagnózy jsou seřazené dle priorit pacientky.

27.8.2009 ošetřovatelské diagnózy stanovené při příjmu pacientky,

- Bolest chronická (VAS 5-7) z důvodu útlaku nádorové tkáně projevující se verbalizací, mimikou, změnou ve způsobu spánku, únavou, porušenou schopností pokračovat v dřívějších činnostech.
- Spánek porušený z důvodu bolesti a změny prostředí, projevující se častým nočním probouzením, kratší celkovou dobou spánku, únavou.
- Výživa porušená, nedostatečná z důvodu nechutenství projevující se odporem k jídlu, poruchou chuťových vjemů, ubýváním na váze.
- Strach z budoucnosti spojený se situačními krizemi, změnou zdravotního stavu projevující se zvýšeným napětím, ustaraností, nervozitou.
- Zácpa z důvodu návyku nepravidelné defekace, opioidní léčby projevující se verbalizací, zvýšeným tlakem v břiše, namáhavou defekací a tvrdou stolicí.
- Pohyblivost porušená z důvodu snížení svalové síly a bolesti, projevující se zpomaleným pohybem, změnami chůze, nestabilitou.

- Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedení periferního žilního katétru.
- Riziko pádu z důvodu vysokého věku a používání kompenzační pomůcky.

29.8.2009 ošetřovatelské diagnózy stanovené po prvním cyklu chemoterapie:

- Nauzea z důvodu chemoterapie projevuje se verbalizací, bledostí, kyselou chutí v ústech, zvýšeným sliněním, nechutenstvím.
- Infekce, riziko vzniku z důvodu chemoterapie a centrálního žilního katétru.

Plán ošetřovatelské péče:

Ošetřovatelská diagnóza č. 1

00133 Bolest chronická (VAS 5-7) z důvodu útlaku nádorové tkáně projevující se verbalizací, mimikou, změnou ve způsobu spánku, únavou, porušenou schopností pokračovat v dřívějších činnostech.

Cíl:

Zmírnění bolesti (VAS 3)

Priorita:

Střední

Výsledná kritéria:

Pacientka zná a chápe příčinu bolesti, do 15 min.

Pacientka dokáže popsat aktuální stav bolesti, do 30 min.

Pacientka vyjádří pocit úlevy od bolesti, do 24 hod.

Pacientka je odpočínutá, do 7 dnů.

Pacientka je schopná pokračovat v dřívějších činnostech, do 10 dnů.

Intervence:

Odeber anamnézu bolesti, její lokalizaci, frekvenci, trvání, intenzitu a použité prostředky proti bolesti (všeobecná sestra).

Nabídní aktivitu, která odvede pozornost od bolesti (všeobecná sestra, ošetřovatelka).

Doporuč možnosti nefarmakologické terapie (všeobecná sestra).

Informuj lékaře o změně intenzity a charakteru bolesti (všeobecná sestra).

Přes noc zajisti klid na pokoji, oddělení (všeobecná sestra).

Podávejte léky dle ordinace lékaře (všeobecná sestra).

Sleduj účinek podávaných analgetik (všeobecná sestra).

Informuj pacienta o užívání léků a jejich vedlejších příznaků (všeobecná sestra).

Pravidelně sleduj fyziologické funkce, zejména při aplikaci opiodních analgetik (všeobecná sestra).

Realizace:

27.8 13:00 – 14:00 Odebrali jsme anamnézu bolesti, zjistili jsme lokalizaci, frekvenci, trvání i intenzitu bolesti. Pacientka se svěřila, že v domácím prostředí užívala standardní volně prodejná analgetika, při předešlé hospitalizaci jí byly podávány opiodní léky. Úlevovou polohou je leh.

27.8. 13:00 – 14:00 Pacientce jsme doporučili četbu knih a televizi jako možnost odvedení pozornosti od bolesti.

27.8. 13:00 – 14:00 Pacientce jsme doporučili využívat úlevovou polohu.

27.8. 17:30 O změně bolesti jsem ihned informovala lékaře a zaznamenala ji do dokumentace.

27.8. 17:45 Podali jsme léky podle ordinace lékaře a zároveň jsem pacientce vysvětlili možné nežádoucí účinky opiodů.

27.8. 18:15 Aktivně jsme zjišťovali účinek aplikovaných léků.

27.8. 18:00 Změřili jsme pacientce krevní tlak, tep a počet dechů.

Hodnocení:

27. 8. 19:00 Pacientka udává zmírnění bolesti po aplikaci analgetik na několik hodin (VAS 3-4). V Intervencích je nutné nadále pokračovat. Cíl splněn částečně.

Ošetrovatelská diagnóza č. 2

00095 Spánek porušený z důvodu bolesti a změny prostředí, projevující se častým nočním probouzením, kratší celkovou dobou spánku, únavou.

Cíl:

Zlepšení spánku.

Priorita:

Střední

Výsledná kritéria:

Pacientka zná příčiny, které způsobují poruchu spánku, do 1 dne.

Pacientka konstatuje zlepšení spánku, do 4 dnů.

Pacientka spí celou noc, do 4 dnů.

Pacientka má kvalitní spánek, do 5 dnů.

Pacientka se cítí odpočínutá, do 5 dnů.

Intervence:

Odeber spánkovou anamnézu nemocného (všeobecná sestra).

Zjistí okolnosti, které spánek ruší (všeobecná sestra, ošetrovatelka).

Zajisti klidné prostředí, omezte rušivé podmínky (všeobecná sestra, ošetrovatelka).

Zajisti přiměřený komfort před spánkem (všeobecná sestra).

Podej léky podle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek (všeobecná sestra).

Realizace:

27.8 13:00 – 14:00 Odebrali jsme spánkovou anamnézu pacientky. Ptali jsme se na obvyklou dobu spánku, zvyklosti před spaním, množství kofeinu, léky a podobně.

27.8. 14:00 Zjistili jsme, že pacientku nejčastěji budí bolest, infuzní pumpy. Snažili jsme se jí vysvětlit, že infuzní pumpy a dávkovače ovlivnit nemůžeme.

27.8. 19:00 Zajistili jsme, aby noční služba pacientce před spaním vyvětrala pokoj a urovnala pacientce lůžko.

27.8. 19:00 zajistila jsem aby byly pacientce podány hypnotika podle ordinace lékaře a byl sledován jejich účinek.

Hodnocení:

28.8. 8:00 Pacientka udává zlepšení spánku. Po hypnotiku spí 5-6 hodin. Cíl splněn.

Ošetrovatelská diagnóza č. 3

00002 Výživa porušená, nedostatečná z důvodu nechutenství projevující se odporem k jídlu, poruchou chuťových vjemů, ubýváním na váze.

Cíl:

Osvojit si změnu životního stylu, zamezit dalšímu ubývání hmotnosti.

Prorita:

Střední

Výsledná kritéria:

Pacientka zná příčiny nedostatečné výživy, do 30 min.

Pacientka je informována o vhodných potravinách, do 30 min.

Pacientka chápe nutnost přijímání potravy, do 1 hod.

Pacientka necítí odpor k jídlu, do 1 týdne.

Pacientka přijímá dostatečné množství energie, do 3 dnů.

Intervence:

Sjednej schůzku s nutričním terapeutem (všeobecná sestra).

Informuj pacientku o úpravě stravovacích návyků (všeobecná sestra, nutriční terapeut).

Každý týden monitoruj váhu a BMI pacientky (všeobecná sestra).

Kontroluj příjem potravy (všeobecná sestra, ošetřovatelka).

Podej parenterální, enterální výživu dle ordinace lékaře.

Realizace:

27.8 14:00 – 14:30 Edukovali jsme pacientku o změně stravovacích návyků, zajistili jsme dostatek informačních materiálů.

27.8. 13:00 jsme pacientku zvážili, vypočítali BMI.

27.8. 17:00 jsme zjistili a zapsali do dokumentace příjem potravy pacientky.

28.8. 8:00 Sjednali jsme schůzku s nutričním terapeutem, který sestavil jídelníček dle přání a chuti pacientky.

28.8 14:00 Jsme pacientce podle ordinace lékaře napojili parenterální výživu.

4.9. 15:00 Jsme pacientce podle ordinace lékaře podali enterální výživu do nasoenterální sondy.

Hodnocení:

10.9. 10:00 Pacientka s námi aktivně spolupracovala. Cíl splněn. V intervencích je nutno dále pokračovat.

Ošetrovatelská diagnóza č. 4:

00148 Strach z budoucnosti spojený se situačními krizemi, změnou zdravotního stavu projevující se zvýšeným napětím, ustaraností, nervozitou.

Cíl:

Pochopit strach a diskutovat o něm.

Priorita:

Střední

Výsledná kritéria:

Pacientka zná příčinu svého strachu, do 3 dnů.

Pacientka je klidná, do 5 dnů.

Pacientka vypadá uvolněně, do 5 dnů.

Pacientka se aktivně účastní na terapeutickém režimu, do 1 dne.

Pacientka udává zmírnění strachu, do 5 dnů.

Intervence:

Zjistí, kolik informací o svém zdravotním stavu pacientka má, popřípadě k jakým došla závěrům (všeobecná sestra).

Zajisti, aby pacientka dostala dostatek informací (všeobecná sestra).

Udržuj s pacientkou častý kontakt (všeobecná sestra, ošetřovatelka)

Získej si pacientčinu důvěru (všeobecná sestra, ošetřovatelka).

Trpělivě odpovídejte na otázky (všeobecná sestra).

Domluv schůzku s kaplankou popřípadě nemocničním psychologem (všeobecná sestra).

Realizace:

27.8. 14:30 – 15:00 Zjistili jsme, kolik informací pacientka má o svém zdravotním stavu a léčebných postupech. Zajistili jsme, aby lékař informace poopravil a doplnil.

27.8. 14:30 – 15:00 Dle svých kompetencí jsme zodpověděli na pacientčiny otázky.

27.8 13:00 – 19:00 S pacientkou jsme udržovali častý verbální i neverbální kontakt.

28.8 10:00 Domluvili jsme návštěvu pacientky s nemocniční kaplankou.

Hodnocení:

28.8. 15:00 Nemocniční kaplanka za pacientkou dochází 3x týdně. Pacientka má pozitivní přístup k léčbě. Cíl splněn částečně.

Ošetrovatelská diagnóza č.5:

00011 Zácpa z důvodu návyku nepravdivé defekace, opioidní léčby projevující se verbalizací, zvýšeným tlakem v břiše, namáhavou defekací a tvrdou stolicí.

Cíl:

Obnovení normálního fungování a vyprazdňování střev

Priorita:

Střední

Výsledná kritéria:

Pacientka zná důvody zácpy, do 1 hodiny.

Pacientka je informovaná o způsobu léčby laxancii, do 1 hodiny.

Pacientka zná vedlejší účinky laxancií, do 1 hodiny

Pacientka nepotlačuje defekační reflex, do 1 týdne

Pacientka nemá pocity bolesti ani nadměrné námahy při defekaci, do 1 týdne.

Pacientka má měkkou, normálně formovanou stolicí, do 14 dnů.

Intervence:

Zjistěte obvyklý režim vyprazdňování (všeobecná sestra).

Proveďte nácvik defekačního reflexu (všeobecná sestra).

Sledujte frekvenci a konzistenci stolice (všeobecná sestra, ošetrovatelka).

Povzbuzujte dostatečný příjem tekutin (všeobecná sestra).

Doporučte nefarmakologickou terapii zácpy (všeobecná sestra).

Vysvětlí pacientce vedlejší účinky laxancií (všeobecná sestra).

Podají léky dle ordinace lékaře a sledují jejich účinek (všeobecná sestra).

Realizace:

27.8. 13:00 – 14:00 Zeptali jsme se pacientky na její režim vyprazdňování dříve, zda užívala laxancia, jak časté byly stolice a existuje-li něco, co defekaci stimuluje.

27.8. 14:00 – 14:30 Vysvětlili jsme nutnost dodržování pitného režimu.

27.8. 14:00 – 14:30 Doporučili jsme pacientce jíst sušené a zavařené ovoce.

27.8. 17:00 Podali jsme léky dle ordinace lékaře, sledovali jsme jejich účinek. Pacientce jsme vysvětlila jejich vedlejší účinky.

27.8. 18:00 Sledovali a zapisovali jsme do dokumentace frekvenci stolice.

28.8. 8:00 Snažili jsme se navodit defekační reflex.

Hodnocení:

28.8. 10:00 Navodit defekační reflex se nám nepodařilo, v intervencích je nutno pokračovat. Cíl nebyl splněn.

Ošetrovatelská diagnóza č. 6:

00085 Pohyblivost porušená z důvodu snížení svalové síly a bolesti, projevující se zpomaleným pohybem, změnami chůze, nestabilitou.

Cíl:

Zachovat funkční stav a zvýšit svalovou sílu

Priorita:

Nízká

Výsledná kritéria:

Pacientka zná příčinu omezeného pohybu, do 1 hod.

Pacientka aktivně cvičí každý den.

Pacientka ovládá kompenzační pomůcku, do 1 týdne

Pacientka udrží stabilitu, do 10 dnů.

Intervence:

Domluv pravidelné návštěvy fyzioterapeuta (všeobecná sestra).

Pobízej pacientku k pití a příjmu výživných potravin (všeobecná sestra, ošetřovatelka).

Dbejte na bezpečnost prostředí (všeobecná sestra, ošetřovatelka).

Aktivně odpovídej na pacientčiny dotazy (všeobecná sestra).

Plánování:

27.8. 14:30 Domluvila jsme návštěvy fyzioterapeuta, který pacientce připraví individuální cvičební program.

27.8 14:30 – 15:00 Aktivně jsme pacientku vyzývali k pití a příjmu potravin.

27.8. 14:30 – 15:00 Odpověděli jsme na všechny pacientčiny dotazy ohledně pohybu a cvičení

27.8. 16:00 – 16:30 Snažili jsme se odstranit všechny předměty, které by mohly vést k pádu pacienta.

Hodnocení:

27.8. 119:00 Cíl nebyl splněn . V intervencích je nutné pokračovat.

Ošetřovatelská diagnóza č.7:

00134 Nauzea z důvodu chemoterapie projevuje se verbalizací, bledostí, kyselou chutí v ústech, zvýšeným sliněním, nechutenstvím.

Cíl:

Pacientka nebude pociťovat nauzeu.

Priorita:

Nízká

Výsledná kritéria:

Pacient zná příčinu nauzei, do 15 min.

Pacient si nestěžuje na nauzeu, do 1 hod.

Pacient nepocítuje kyselou chuť v ústech, do 1 hod.

Pacient nepocítuje zvýšené slinění, do 1 hod.

Pacientka má fyziologickou barvu pokožky, do 1 hod.

Pacientka neodmítá potravu, do 2 hod.

Intervence:

Informuj pacientku o změně stravovacích návyků po dobu nauzei (všeobecná sestra).

Doporuč častější hygienu dutiny ústní (všeobecná sestra).

Vysvětlete příznaky dehydratace (všeobecná sestra).

Monitorujte příjem a výdej tekutin (všeobecná sestra)

Podávejte antiemetika dle ordinace lékaře a sledujte jejich účinek (všeobecná sestra).

Realizace:

29.8. 12:00 – 24:00 Sledovali jsme příjem a výdej tekutin a pečlivě jej zapisovali do dokumentace.

29.8. 14:00 – 24:00 Dle ordinace lékaře jsme podali antiemetika a pravidelně kontrolovala jejich účinek.

29.8. 15:00 – 16:00 Pacientce jsme doporučili jíst suchá, nedráždivá jídla. Jíst častěji v malých porcích a důkladně potravu žvýkat.

29.8 15:00 – 16:00 Pacientce jsme doporučili zvýšenou péči o dutinu ústní.

29.8. 15:00 – 16:00 Pacientku jsme edukovali o důležitosti pitného režimu a vysvětlili jsme jí projevy dehydratace.

Hodnocení:

29.8. 19:00 Cíl splněn.

(Marečková, 2006; Donges, Moorhouse, 2001)

7 Doporučení pro praxi

Všeobecná sestra, aby zvládla práci na onkologickém oddělení, se musí především o onkologii zajímat. Stát se profesionálem ve svém oboru. Musí být empatická a umět si získat důvěru pacienta, jen tak se jí svěří se svými vnitřními pocity a obavami.

Doporučení pro nelékařský zdravotnický personál pro získání důvěry pacienta:

- Zachovejte klid v situacích, kdy si na vás bude pacient odreagovávat své negativní emoce.
- Komunikujte dotykem.
- Udělejte si chvíli pro naslouchání svých pacientů.
- Chvalte pacienty i za každý malý úspěch.
- Aktivně se ptejte, co pro ně můžete udělat.
- Prozrad'te na sebe nějakou nepatrnost ze svého osobního života.
- Snažte se být v pravou chvíli na pravém místě.
- Pacienta respektujte jako rovnocenného občana.
- Podporujte pacienta.
- Neberte pacientům naději a plány do budoucna, i když jsou nereálné.
- Neutíkejte od umírajících, snažte se co nejvíce zlepšit kvalitu umírání
- Usmívejte se.

Doporučení pro sestry manažerky:

- Zajistěte pro své podřízené více přednášek a seminářů s onkologickým tématem.
- Podporujte podřízené ve vzdělání.
- Zajistěte více edukačních materiálů

ZÁVĚR

„Dokud má nemocný duši v těle, dotud má prý i naději“.

Cicero

I přes veškeré pokroky v onkologických výzkumech, zůstává rakovina onemocněním s velmi vážnou prognózou a psychicky náročným průběhem a to jak pro pacienty tak i jejich příbuzné. Pokud se nádor diagnostikuje zavčas, může nám onkologická léčba prodloužit nebo dokonce zachránit život. Bohužel, ani léčba již samo o sobě zákeřného onemocnění, nezůstává bez následků. Snad i proto vznikají dobrovolné organizace na podporu pacientů a jejich rodin. Jejich cílem je také osvěta široké veřejnosti o prevenci nádorového onemocnění.

Cílem mé práce bylo poskytnout každému čtenáři základní informace o onkologickém oboru, jeho diagnostice, léčbě a na vybrané pacientce ukázat příklad ošetrovatelského procesu v onkologii. Řešila jsem silnou bolest pacientky, nechutenství, strach, nauzeu a mnoho dalších ošetrovatelských problémů. Největší pocit uspokojení jsem však pocítila, když jsem po téměř tří měsíční hospitalizaci viděla pacientku odcházet domů s úsměvem na rtech...

Myslím, že se mi v této práci podařilo poukázat na závažnost nemoci a věřím, že přispěje ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o onkologicky nemocné.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. DIENSTBIER, Z.; STÁHALOVÁ, V. 2009. *Onkologie pro laiky*. Praha: Liga proti rakovině, 2009. ISBN 978-80-86031-86-6
2. DONGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Z ang. Orig. Přel. Ivana Suchardová. 2. Přepřac. Vyd. Praha: Grada publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8
3. CHOCENSKÁ, E.; MÓCIKOVÁ, H.; DĚDEČKOVÁ, K. 2009. *Průvodce pacienta onkologickou léčbou*. Praha: Forsapi, 2009. ISBN 978-80-87250-02-0
4. KLENER, P. 2002. *Klinická onkologie*. Praha: Galén, 2002. ISBN: 80-7262-151-3; Praha: Karolinum, 2002. 80-246-0468-X
5. KOUKALOVÁ, S. [online]. [cit. 15.3. 2010]. Dostupné z WWW: <http://vnl.xf.cz/ose/ose-toxicita.php>
6. KOUTECKÝ, J.; CHÁŇOVÁ, M. 2003. *Děti s nádorovým onemocněním*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-332-6
7. KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, C.; OLIVEROVÁ, L. 1995. *Ošetrovatelstvo I*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0
8. LIGA PROTI RAKOVINĚ. *Kolektivní členové* [online]. [cit. 15.3. 2009]. Dostupné z WWW: <http://www.lpr.cz/index.php/cs/kolektivni-clenove>
9. MAREČKOVÁ, J. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3
10. NEJEDLÁ, M. 2006. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada publishing 2006. ISBN 80-247-1150-8
11. NĚMCOVÁ, J.; MAURITZOVÁ, I. 2009. *Skripta k úpravě písemných prací*. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

12. O'CONNOR, M.; ARANDA, S. 2005. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Z angl. Orig. Přel. Jana Heřmanová. Praha: Grada publishing, 2005. ISBN 80-247-1295-4
13. SALVACHE. 2008. *Onkologie – závěrečná studie* [online]. [cit. 10.1. 2010]. Dostupné z WWW: <http://salvache.blbne.cz/14728-onkologie-zaverecna-studie.html>.
14. SKALA, E. *Chemoterapie nádorových onemocnění*. Praha: Liga proti rakovině
15. STARNOVSKÁ, T.; PAVLÍČKOVÁ, J.; HRBKOVÁ, D. 2008. *Výživa při nádorovém onemocnění*. Praha: Nutricia advanced medical nutrition, 2008. ISBN 978-80-239-9055-3
16. STAŇKOVÁ, M. 2001. *České ošetrovatelství 6: hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. ISBN 80-7013-323-6
17. ŠACHLOVÁ, M.; HRBKOVÁ, D. 2004. *Nádorová onemocnění a výživa*. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2004.
18. ŠEVČÍK, P. et al. 1994. *Bolest a možnosti její kontroly*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1994. ISBN 80-7013-171-3
19. TRACHTOVÁ, E. et al. 1999. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. ISBN 80-7013-285-X
20. VAŇKOVÁ, J. *Léčba zářením*. Praha: Liga proti rakovině
21. VORLÍČEK, J.; ABRAHÁMOVÁ, J.; VORLÍČKOVÁ, H. at al. 2006. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada publishing, 2006. ISBN 80-247-1716-6
22. VORLÍČEK, J.; VORLÍČKOVÁ, H.; KONEČNÝ, M. 1993. *Klinická onkologie pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1993. ISBN 80-7013-146-2

23. VORLÍČEK, J. et al. 1989. *Komplexní ošetrovatelská péče u onkologicky nemocných*. Brno: Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně, 1989. ISBN 80-7013-038-5
24. VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE. 2006. *Ošetrovatelská dokumentace*. Praha
25. WIKIPEDIA. *Abraham Maslow* [online]. [cit. 10.3. 2010]. Dostupné z WWW: http://cs.wikipedia.org/wiki/Abraham_Maslow
26. WILHELM, Z. et al. 2004. *Výživa v onkologii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. ISBN 80-7013-410-0

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A - Práva onkologických pacientů.....	I
PŘÍLOHA B - Hierarchie potřeb	IV
PŘÍLOHA C - Onkologické organizace v České republice	V
PŘÍLOHA D – Mabthera, schéma aplikace.....	X
PŘÍLOHA E - Mapa bolesti.....	XI
PŘÍLOHA F – Vizuální analogová škála	XII
PŘÍLOHA G - Glasgow score	XIII
PŘÍLOHA H - Barthelův test denních činností	XIV
PŘÍLOHA CH - Hodnocení rizika pádů.....	XVI
PŘÍLOHA I - Nutriční riziko u hospitalizovaných pacientů	XVII
PŘÍLOHA J - Kritéria hodnocení tíhy (toxicity) při chemoterapii.....	XVIII

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA A - Práva onkologických pacientů

Dokument vznikl v listopadu 2005 v Praze na zasedání Asociace evropských lig proti rakovině (dále ECL).

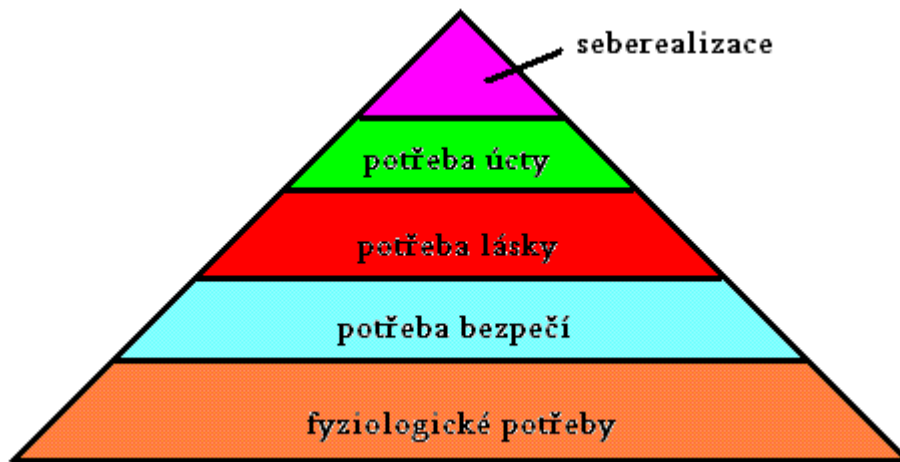
- Všichni onkologičtí pacienti bez ohledu na věk, pohlaví a sociální podmínky mají právo na nejlepší možnou detekci, diagnózu a léčbu.
- Důležité je vycházet z kvalitních evropských standardů péče. Předpokladem je existující kvalifikovaný tým odborníků, moderní technické vybavení pracoviště, koordinovaná mezioborová spolupráce a minimální čekací doby.
- Pacient má být plně informován o své nemoci a má mít možnost, pokud projeví zájem, konzultovat druhého odborníka.
- Kvalita péče musí vycházet ze snahy zlepšit podmínky života pacienta a rodinného zázemí
- Pacient by měl mít právo spoluúčasti při rozhodování o léčebných postupech, stejně jako o nemocničním nebo domácím ošetřování. Dialog se zdravotníky by měl probíhat bez předsudků. Musí být zajištěna podpůrná léčba včetně terapie bolesti a paliativní péče. Má mít zajištěno právo na soukromí a důstojný průběh léčení. Má mít volnost v komunikaci a integraci. Vhodnou pomocí jsou například dobrovolné charitativní organizace.
- Rehabilitace po ukončené léčbě musí být pro pacienty dostupná, aby pomohla dokončit léčení k obnově zdraví a emocionální pohody podporující kvalitu zdraví. Rehabilitace vyžaduje rovněž multidisciplinární přístup (fyzický, sociální, pracovní a psychický).
- Optimální je možnost individuálního přístupu k rehabilitaci.
- V rámci rehabilitačního období se nesmí opomenout výchova k prevenci vedlejších důsledků léčby a možnost rekonstrukčních chirurgických výkonů.

- Při podpoře během rehabilitace vedle terapeutických týmů mohou sehrát důležitou úlohu dobrovolné charitativní organizace.
- Vztahy mezi pacienty a zdravotníky se musí vyvíjet na základě vzájemného respektu a důvěry. Měly by být definovány na podkladě práv souvisejících s povinnostmi a odpovědností.
- Lékař je vázán promoční přísahou o poskytování dostupné pomoci nemocným. Nemocný by měl svého lékaře respektovat a získat pocit důvěry. Každé zdravotnické zařízení má řád. S tím by se měl nemocný seznámit a respektovat ho.
- Vztahy mezi lékařem a pacientem se vyvíjejí během vzájemné komunikace a dialogu.
- Pacient má právo svobodné volby lékaře a na maximálně dostupnou kvalitu péče. Má právo na plnou informaci o diagnóze, léčení a prognóze včetně práva tyto informace odmítnout. Má právo souhlasu i odmítnutí navrženého lékařského postupu. Je možná i účast rodiny pokud si to nemocný přeje. Má právo i na stížnost, která bude vyslyšena.
- Přístup k informaci pacienta a jeho rodiny musí být takový, aby informace byla srozumitelná, omezila úzkost a zvýšila důvěru a spolupráci. Informace poskytují zdravotníci, ale lze je čerpat i ze zevních zdrojů (internet, časopisy, patientské organizace).
- Je nutná psychologická podpora nemocných, případně i jejich rodin.
- Emocionální podporu mohou poskytnout ošetřující personál, psychologové, členové dobrovolných organizací nebo podpůrných skupin, bývalí pacienti, nádorové telefonní linky. V každém případě musí být přístup citlivý a se snahou zklidnit obavy pacienta.
- U pokročilých stadií nemoci je potřebné umožnit paliativní péči. Smyslem této snahy je minimalizovat problémy a zlepšit stav nemocného a jeho rodiny v konci života.

- Je potřeba volit individuální přístup při řešení situace. Pacient má právo volby místa zakončení života (nemocnice, hospic, domov).
- Dokument ECL zdůrazňuje roli patientských a smíšených patientských a profesionálních dobrovolných organizací.

Zdroj: Dientsbier, Stáhalová, 2009, s. 98

PŘÍLOHA B - Hierarchie potřeb



zdroj: Wikipedia [online]. [cit. 10.3. 2010, 18:00].

PŘÍLOHA C - Onkologické organizace v České republice

Název	Město	Web
BENKON - Benešovský klub onkologicky nemocných	Benešov	
Klub pacientů MNOHOČETNÝ MYELOM	Brno	http://www.mnohocetnymyelom.cz/
Mamma HELP, sdružení pacientek s nádorovým onemocněním prsu	Brno	www.mammahelp.cz
Klub DIANA, sdružení onkologicky nemocných žen	Brno	www.klubdiana.wz.cz
Liga proti rakovině	Brno	www.onko.cz
České ILCO	Brno	
Klub stomiků ILCO, o. s.	Brno	
Klub stomiků Brno o.s.	Brno	
VESNA, klub onkologických pacientů, jejich rodinných příslušníků a přátel	Česká Lípa	
Klub stomiků Česká Lípa	Česká Lípa	
Sdružení onkologických pacientů ARCUS-ŽIVOT	České Budějovice	
NADĚJE, svaz postižených civilizačními chorobami v ČR	Frýdek - Místek	

INNA, svaz postižených civilizačními chorobami v ČR,	Havířov	
Mamma HELP, sdružení pacientek s nádorovým onemocněním prsu	Hradec Králové	
KAPKA 97, sdružení onkologických pacientů a přátel	Chomutov	
JAKOP, Jablonecký klub onkologických pacientů	Jablonec nad Nisou	
CNŽ Centrum nezávislého života v Českém Ráji a v Podkrkonoší -	Jičín	
ONKO Klub HYGIE, svaz postižených civilizačními chorobami v ČR	Karlovy Vary	
ONKO - NADĚJE, sdružení onkologických pacientů	Karviná - Nové Město	
Klub stomiků ILCO Kladno o.s.	Kladno	
Klub ZVONEK	Králův Dvůr	www.zvonek.kraluvdvur.cz
ONKO - NIKE svaz postižených civilizačními chorobami v ČR	Krnov	
ARCUS - společnost onkologických pacientů, jejich rodinných příslušníků a přátel	Liberec	
VICTORIA Liga proti rakovině	Litoměřice	
AMA - Společnost onkologických pacientů, jejich rodinných příslušníků a přátel	Most	www.ama.sop.zde.cz

Liga proti rakovině Náchod	Náchod	
ONKO SLUNEČNICE	Olomouc	www.slunecniceolomouc.wgz.cz
ONKO - ISIS Svaz postižených civilizačními chorobami v ČR	Opava	
Slezský klub stomiků Ostrava	Ostrava	
ONKO - AMAZONKY	Ostrava	
KLUB ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH	Pardubice	
ONKO REHA Svaz postižených civilizačními chorobami organizace	Plzeň	
Mamma HELP, sdružení pacientek s nádorovým onemocněním prsu	Plzeň	www.mammahelp.cz
ALEN - neziskové sdružení žen s onkol.onemocněním	Praha 2	http://centrum.amadeus- nmc.cz/alen
Sdružení DIAGNÓZA CML, sdružení pacientů s chronickou myeloidní leukemií	Praha 2	http://diagnoza-cml.cz/
Mamma HELP, sdružení pacientek s nádorovým onemocněním prsu	Praha 3	www.mammahelp.cz
LYMFOM HELP,o.s.	Praha 10	http://lymfomhelp.cz/
FIT - ILCO ČR, sdružení se sídlem v Praze	Praha 2	
Klub ŽAP - ženy s nádorovým onemocněním	Praha 9	www.klubzap.cz

Gaudia - psychoterapeutické centrum	Praha 3	http://www.gaudia.org
Amelie	Praha 8	
	Praha 9	www.ProgramAmelie.cz
ONKO DIANA Svaz postižených civilizačními chorobami ČR	Prostějov	
Mamma HELP, sdružení pacientek s nádorovým onemocněním prsu	Přerov	www.mammahelp.cz
Klub stomiků ILCO Příbram	Příbram II	
ZO ONKO Svaz postižených civilizačními chorobami ČR	Rokycany	
ONKO klub AREA Svaz postižených civilizačními chorobami	Svitavy	
Zrnko štěstí, sdružení onkologických pacientů	Štětí	www.zrnkostesti.info
Liga proti rakovině Šumperk	Šumperk	
ILCO Tábor, sdružení stomiků	Tábor 2	
VIOLKA - občanské sdružení onkologických pacientů	Třebíč	
Občanské sdružení Klub MARIE	Třinec	
Ústecký ARCUS, společnost onkolog.pacientů, jejich rodinných příslušníků a přátel	Ústí nad Labem	
Klub NADĚJE Velké Meziříčí	Velké Meziříčí	

ONKO DUHA Svaz postižených civilizačními chorobami	Vsetín	
MAMMA HELP, sdružení pacientek s nádorovým onemocněním prsu	Zlín	www.mammahelp.cz
ONKO Svaz postižených civilizačními chorobami	Zlín	
klub ONKO pacientů KOP sdružení zdravotně postižených Železnobrodská,	Železný Brod	

zdroj: Liga proti rakovině [online]. [cit. 15.3. 2009, 15:00].

PŘÍLOHA D – Mabthera, schéma aplikace

Jméno:

Datum:

Rodné číslo:

Premedikace:

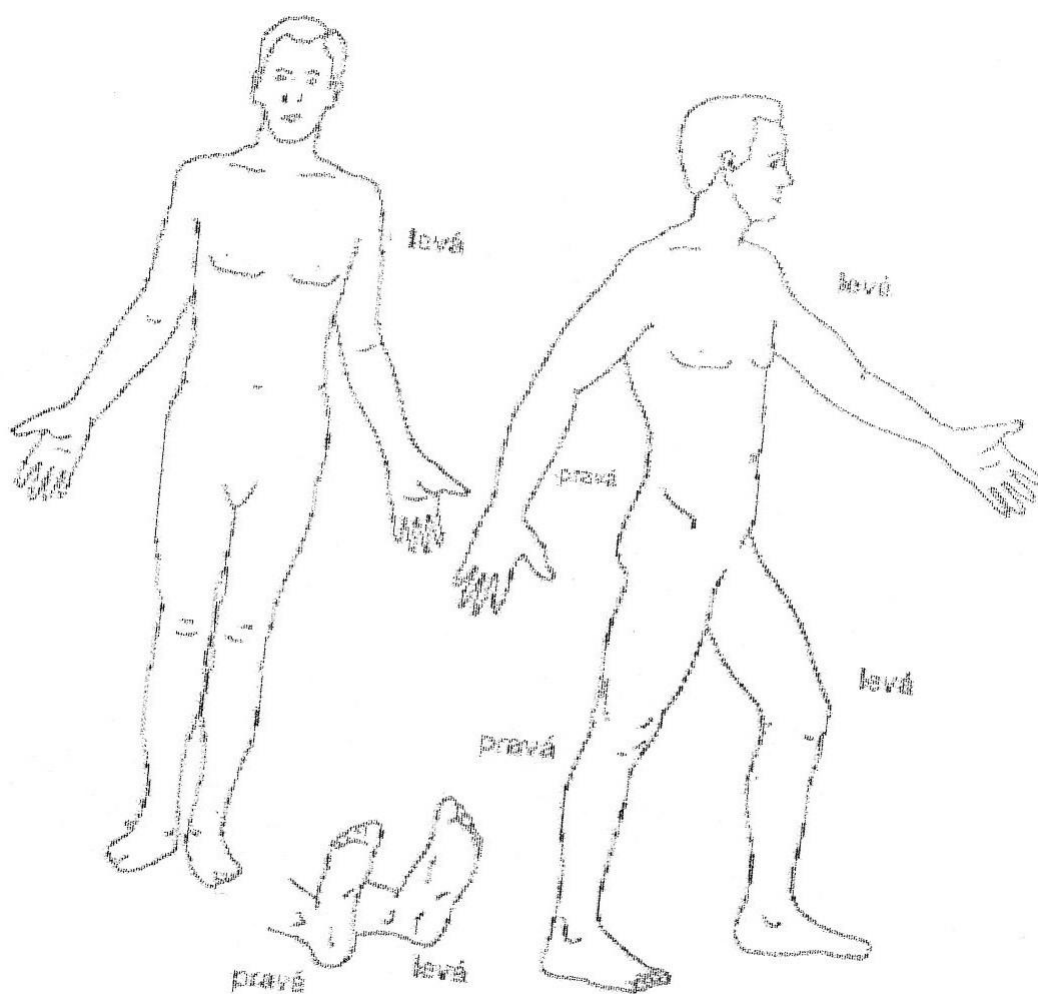
.....tbl Paralen

.....mg Hydrocortizon i.v.

.....mg Dithiaden i.v.

Aplikaci zrychlovat po:	Rychlost	čas podání:	TK, P	Poznámka:
1hod	70ml/hod			
2hod	140ml/hod			
3hod	210ml/hod			
4hod	280ml/hod			
5hod	350ml/hod			
6hod	420ml/hod			

PŘÍLOHA E - Mapa bolesti



Zdroj: Ševčík et al., 1994, s. 223

PŘÍLOHA F – Vizuální analogová škála

0-----5-----10

0 – žádná bolest

10 – nesnesitelná bolest

Zdroj: Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2006, s. 304

PŘÍLOHA G - Glasgow score

Otevření očí	Spontánně	4
	Na oslovení	3
	Na bolest	2
	Bez reakce	1
Slovní odpověď	Orientovaná	5
	Zmatená	4
	Nekomunikuje	3
	Nesrozumitelné zvuky	2
	Žádná odpověď	1
Motorická odpověď	Uposlechne – vykoná	6
	Cílená obrana	5
	Flekční – úhybná	4
	Na bolest flexe	3
	Na bolest extenze	2
	Bez reakce	1
Celkem: 15		

Hodnocení:

- 15 – 13 bodů lehká porucha vědomí
- 12 – 9 bodů střední porucha vědomí
- 8 – 2 body závažná porucha vědomí

Zdroj: Staňková, 2001, s. 31

PŘÍLOHA H - Barthelův test denních činností

Příjem potravy a tekutin	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Koupání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Osobní hygiena	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Kontinence moče	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Trvale inkontinentní	0
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Trvale inkontinentní	0
Použití WC	Samostatně	10
	S pomocí	5

	Neprovede	0
Přesun na lůžko, židli	Samostatně	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
Chůze po rovině	Samostatně nad 50m	15
	S pomocí 50m	10
	Na vozíku	5
	Neprovede	0
Chůze do schodů	Samostatně	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Celkem: 85		

Hodnocení stupně závislosti:

- 0 – 40 bodů vysoce závislý
- 45 – 60 bodů závislost středního stupně
- 65 – 95 bodů lehká závislost
- 96 – 100 bodů nezávislý

Zdroj: Všeobecná fakultní nemocnice, 2006

PŘÍLOHA CH - Hodnocení rizika pádů

Pohyb	Neomezený	0
	Používá pomůcky	1
	Potřebuje pomoc k pohybu	1
	Neschopen přesunu	1
Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc	0
	V anamnéze nykturie, inkontinence	1
Medikace	Neužívá rizikové léky	0
	Užívá rizikové léky ze skupiny: diuretik, antiepileptik, antiparkinsonik, psychotropních látek, benzodiazepamů	1
Smyslové poruchy	Žádné	0
	Vizuální, sluchový, smyslový deficit	1
Mentální stav	Orientován	0
	Dezorientace	1
Věk	18 – 75 let	0
	75 let a výše	1
Občasná/noční dezorientace	Pád v anamnéze	1
Celkem: 4		

Hodnocení:

Vyšší než 3 body – pacient je ohrožen rizikem pádu

Zdroj: Všeobecná fakultní nemocnice, 2006

PŘÍLOHA I - Nutriční riziko u hospitalizovaných pacientů

BMI méně než 20,5	Ano	Ne
Nechtěný úbytek hmotnosti v posledních 3 měsících	Ano	Ne
Snížení příjmu potravy v posledním týdnu před přijetím	Ano	Ne
Závažné onemocnění, přijetí na JIP	Ano	Ne

Hodnocení:

Pokud je 1 odpověď ano, je nutné kontaktovat nutričního terapeuta.

Zdroj: Všeobecná fakultní nemocnice, 2006

PŘÍLOHA J - Kritéria hodnocení tíhy (toxicity) při chemoterapii

Toxicita	0. stupeň	1. stupeň	2. stupeň	3. stupeň	4. stupeň
Nauzea	Nemá obtíže	Pocit'uje obtíže bez vlivu na potravu	Pocit'uje obtíže, může jíst ale zřetelně méně	Pocit'uje obtíže, nemůže vůbec jíst	Pocit'uje velké obtíže, nemůže polykat ani tekutiny
Zvracení	Nemá obtíže	1x/24hod	2-5x/24hod	6-10x/24hod	Více než 10x/24hod

Zdroj: Koukalová Světlana, 2006 [online]. [cit. 15.3. 2010, 17:00].