

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÁ PRÁCE O
PACIENTA S KARCINOMEM PLIC**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MACHÁČKOVÁ BARBORA

Praha 2012

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha 5

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA
S KARCINOMEM PLIC

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MACHÁČKOVÁ BARBORA

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Praha 2012

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: „Ošetrovatelská práce o pacienta s karcinomem plic“ vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 1.7.2012

.....

Macháčková Barbora

PODĚKOVÁNÍ

Poděkování bych chtěla věnovat hlavně doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD. za trpělivost a odborné rady při zpracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat své rodině a svým blízkým za psychickou podporu, kterou mi během mé práce dodávali.

ABSTRAKT

MACHÁČKOVÁ, Barbora. *Ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem plic*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha, 2012. 64 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem plic. Práce je zaměřena na onkologického pacienta a rozdělena je na dvě části. První část je teoretická, zabývá se problematikou nádorového onemocnění a jeho charakteristice, výskytu a etiologii. Dále jsou zde uvedené také příznaky onemocnění, průběh, vyšetřovací metody, komplikace, léčba a stravovací návyky. Druhá část této práce je praktická, kde se podrobně věnujeme kazuistice pacientky s pokročilým karcinomem plic, který je zhodnocen dle koncepčního modelu M. Gordonové, „model fungujícího zdraví“. Na základě realizace, systémového zhodnocení a stanovení ošetrovatelských akutních a potencionálních diagnóz byla provedena ošetrovatelská péče. V závěrečné části této práce byla vyhotovena realizace a celkové hodnocení.

Klíčová slova

Karcinom plic. Nádorové onemocnění. Ošetrovatelská péče. Pacient.

ABSTRACT

MACHÁČKOVÁ, Barbora. Nursing Care of the Patients with Lung Cancer. Medical College,o.p.s. Degree: Bachelor (Bc.). Tutor: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Prague, 2012. Pages 64.

The main topic of the thesis is Nursing Care of the Patients with Lung Cancer. This work focuses on patients with cancer and is divided into two parts. The first part is theoretical, dealing with the issue of cancer and its characteristics, incidence and etiology. Furthermore, there are also the symptoms, course, diagnosis, complications, treatment and dietary habits stated. The second part of this work is practical, where the case study of patient with advanced lung cancer is dealt, which is based on the conceptual model of M. Gordon, “a functional model of health”. Nursing care was performed according to the Realization, the evaluation of the system and the determination of acute and potential nursing diagnoses. There was prepared a Realization and overall evaluation of the diagnosis in the final part of this work.

Key words

Lung cancer. Tumor illness. Nursing care. Patient.

OBSAH

TEORETICKÁ ČÁST.....	14
1 Klinická charakteristika onemocnění karcinomu plic	14
1.1 Patologická anatomie	14
1.2 Způsoby šíření	15
1.3 Klinický obraz	16
2 Vyšetřovací metody.....	20
2.1 Anamnéza.....	20
2.2 Ošetrovatelská anamnéza	20
2.3 Fyzikální vyšetření	21
2.4 Laboratorní vyšetření	22
2.5 Zobrazovací vyšetření	22
2.6 Doplnující vyšetření	23
3 Léčba karcinomu plic	24
3.1 Terapie.....	24
3.2 Chirurgické metody.....	26
3.3 Chemoterapie	27
3.4 Radioterapie	29
4 Ošetrovatelství.....	31
4.1 Zaměření ošetrovatelství	31
4.2 Charakteristické rysy ošetrovatelství	31
4.3 Předmět ošetrovatelství	32
4.4 Cíl ošetrovatelství.....	32
4.5 Hodnoty, na nichž se zakládá ošetrovatelství.....	32
4.6 Ošetrovatelský proces	33
4.7 Fáze ošetrovatelského procesu	33
PRAKTICKÁ ČÁST	34
5 Kazuistika.....	34
5.1 Systémové zhodnocení podle koncepčního modelu Marjory Gordonové („Model fungujícího zdraví“)	36
5.2 Ošetrovatelské diagnózy dle Kapesního průvodce zdravotní sestry	44
6 Zhodnocení ošetrovatelské péče.....	60
7 Zhodnocení ošetrovatelské péče sestrou	61
7.1 Zhodnocení ošetrovatelské péče pacientkou a její rodinou.....	62
7.2 Doporučení pro praxi	62

ZÁVĚR.....	64
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	65
SEZNAM PŘÍLOH.....	67

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CHOPN – chronická obstrukční plicní nemoc

UPV – umělá plicní ventilace

HCD – horní cesty dýchací

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Absces – *abscessus* – chorobná dutina vzniklá zánětem a vyplněná hnisem

Acinus – lalůček (žlázy)

Adenokarcinom – zhoubný nádor ze žlázového epitelu

Anamnéza - předchorobí

Ascites – přítomnost volné tekutiny v břišní dutině

Atelektáza – nevzdušnost plic nebo její části, vznikající z různých příčin u již jednou rozvinuté plic (kolaps plic)

Atrofie – zmenšení normálně vyvinutého orgánu, na němž se podílí úbytek jeho buněk nebo zmenšení jejich velikosti

Axila – podpaží

Bronchiektázie – chorobné a trvalé rozšíření průdušek

Bronchoskopie – endoskopická metoda umožňující pohled do průdušek a odběr materiálu k dalšímu vyšetření

Bronchus – průduška

Cyanóza – namodralé zbarvení kůže a sliznic, které je důsledkem vyššího obsahu neokysličeného hemoglobinu v krvi

Dilatace – roztážení, rozšíření či rozšiřování dutého orgánu

Distální – vzdálený, umístěný na opačné straně

Drenáž – odstraňování tekutiny z ran

Epidermoidní – podobající se *epidermis* (pokožce), mající podobnou histologickou stavbu,

Exkurze – výchylka pohybu z určité výchozí polohy

Exsudát – výpotek (zánětlivý)

Extrapulmonální – mimoplicní

Hemoragický – obsahující krev

Hypoventilace – mělké nedostatečné dýchání

Hypoxemie – nedostatek kyslíku v krvi

Inervace – zásobování části těla nervovými vlákny prostřednictvím určitého nervu

Infiltrace – vnikání, prostoupení, prosakování

Iritace – podráždění

Karcinom – zhoubný nádor vznikající z epitelu

Laryngoskopie – endoskopická metoda k vyšetření hrtanu

Lumen – vnitřek trubicovitého orgánu, zejména cévy, průdušky, močovodu, střeva

Lymfangitida – zánět lymfatických cest

Marker – znak, který je typický pro určitý stav, chorobu

Mediastinum – mezihrudí

n. laryngeus recurrens – větev n. vagus odstupující v místě přechodu vagu přes velké tepny vpravo pod a. subclavia, vlevo pod aortálním obloukem

Nádor - patologický útvar tvořený tkání, jejíž růst se vymkl kontrole organismu a roste na něm nezávisle

Obstrukce – překážka, zamezení či ztížení průchodnosti dutým orgánem

Papila – *papilla* – bradavka, bradavčitý výběžek

Paréza – obrna, částečná neschopnost aktivního volního pohybu

Perfuze – průtok krve tkání, orgánem

Periferní – obvodový, okrajový

Periorbitální – v okolí očníce

Pleomorfní – vícetvarý

Pletora – nadbytek tělesné tekutiny, zejm. krve

Pleura – tenká lesklá blána vystýlající dutinu hrudní a pokrývající plíce

Plicní embolie – vmetení embolu do plicního řečiště

Pneumonitis – zánět plic

Pneumotorax – *pneumothorax* – přítomnost vzduchu v pleurální dutině, s následným smrštěním plic, zhoršením dýchání a nebezpečím hypoxie

Prominující – vyvýšený, vyčnívající

Serózní – týkající se, podobající se séru

Stenóza – abnormální zúžení

Torakotomie - chirurgické otevření hrudní dutiny.

Tracheostomie – chirurgický výkon, při němž je na krku vytvořen v průdušnici otvor umožňující trvalé dýchání včetně možného rohovatění

(HUGO, VOKURKA a kol., 2007)

ÚVOD

Nejčastější ze všech nádorových onemocnění u mužů v České republice je karcinom plic. Méně častý je u žen, ale úmrtnost na toto onemocnění u žen vzrůstá velmi rychle. Pokrok, který byl zaznamenán během posledních desetiletí jak v diagnostice, tak i v léčbě, a stále jsou výsledky této choroby neuspokojivé. Pravděpodobnost na vyléčení má jen menší část nemocných, u kterých bylo onemocnění zjištěno v časném stádiu. Onemocnění u větší části nemocných však bývá diagnostikováno již v pokročilém stádiu, kdy je velmi malá pravděpodobnost na vyléčení. Výskyt onemocnění na počátku dvacátého století byl jen vzácný, ale už na konci dvacátého století na plicní onemocnění umírá každý rok více jak 5000 obyvatel v naší republice. Kouření, to je hlavní příčinou tohoto onemocnění. Závislost mezi příčinou vyvolávající a vznikem vyskytujícího se nádoru nikdy nebyl víc přesvědčivějším důkazem, že právě kouření se nejvíce podílí na vzniku plicního nádoru.

V bakalářské práci se hlavně zaměřujeme na ošetrovatelskou péči u nemocných s nádorem plic. Měli jsme tu možnost pracovat s nemocnými, kteří trpí rakovinou plic. Velmi nás práce s těmito lidmi oslovila a zapůsobila. Nejhorší skutečností je, že toto onemocnění je v zásadě léčitelné jen chirurgicky. Při stanovení diagnózy u nemocného trpícího nádorem plic hraje velmi velkou roli psychika. Vše záleží také na podpoře rodiny a nejbližších, kteří budou nemocnému po dobu trvání onemocnění velkou oporou. Nevyjímaje lékaře, všeobecné sestry a další zdravotnický personál.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Klinická charakteristika onemocnění karcinomu plic

„Nádor je patologický útvar tvořený tkání, jejíž růst se vymkl kontrole organismu a roste na něm nezávisle.“ (VOKURKA, HUGO, 2008, s. 682)

1.1 Patologická anatomie

Makroskopická charakteristika

„Většina průduškových a plicních karcinomů vyrůstá z buněk průduškové výstelky, ačkoliv někdy mohou tyto karcinomy vyrůstat i ze žlázových elementů průduškové stěny nebo z epitelu alveolů. Průduškové karcinomy jsou často pleomorfní. Většina lézí se vyskytuje ve středních plicních polích. Nádory mohou růst invazivně a v různém stupni ucpávat lumen průdušek, takže vzniká distální atelektáza, sekundární bronchiektázie, pneumonitis, nebo plicní absces. Nádor může prorůstat různě daleko do přilehlého plicního parenchymu. Periferně uložené nádory dosáhnou mnohdy značné velikosti, než jsou zjištěny a diagnostikovány. Často se v nich vyvine centrální nekróza, protože přívod krve již nestačí vyživovat rozlehlý nádor.“ (HORTON, HILL, 1979, s. 317)

Histologická charakteristika

Nejobvyklejším typem bronchiálního karcinomu je *karcinom epidermoidní*. Nádory tohoto typu představují 45 % všech průduškových karcinomů. Jsou častěji lokalizovány centrálně a vyznačují se tendencí k pomalému růstu a pozdnímu metastazování. Šíří se nejdříve do uzlin průduškových, později i hilových a eventuálně mediastiálních, přičemž hematogenní rozsev se objevuje až pozdě v průběhu choroby. Diagnostikuje se podle vzhledu buněk a přítomnosti mezibuněčných můstků.

Druhým nejčastějším typem plicního karcinomu je *typ ovískový neboli malobuněčný*. Tvoří asi 35 % všech karcinomů. Většinou má sklon k velmi rychlému rozsevu mízní i krevní cestou. Ovískové karcinomy se obvykle skládají z malých kulatých buněk, které se nápadně podobají lymfocytům.

„Asi 15-20 % plicních karcinomů vyrůstá ze žlázových elementů průduškové stěny. Adenokarcinomy jsou složeny z buněk, které mohou vytvořit hlen (ale nemusí), a jsou

uspořádány v podobě acinů nebo papil. Tyto nádory jsou většinou lokalizovány v periferních částech plicního parenchymu a rychle metastazují lymfatickou a krevní cestou.“ (HORTON, HILL, 1979, s. 317)

Rozsah nemoci

„Podle současné klasifikace se člení do **4 stádií**:

Stádium I. – periferní ohraničený nádor bez prokazatelných metastáz, nepřekračuje hranici plíce

Stádium II. – šíření nádoru do intrapulmonálních nebo hilových mízních uzlin, nepřekračuje hranici plíce

Stádium III. – zahrnuje 2 podstádia a znamená šíření nádoru do okolních struktur (hrudnístěna, bránice, mediastinum, velké cévy, obratel) a také metastázy do uzlin v mezihrudí, event. druhostranných hilových a/nebo nadklíčkových

Stádium IV. - přítomnost vzdálených metastáz.“ (PEŠEK, KRÁKOROVÁ, 2004, s. 167)

1.2 Způsoby šíření

Lymfatické metastázy

„V okamžiku, kdy je stanovena diagnóza, více než polovina plicních nádorů již metastazovala do lymfatických tkání. Topografie šíření lymfatickým systémem je obvykle určena místem primárního nádoru. Při progresi choroby jsou obvykle postiženy nejdříve uzliny plicní, později hilové a mediastiální. Jen zřídka jsou postiženy uzliny mimohrudní, např. axilární, rotroperitoneální a tříselné. Karcinomy dolních laloků mohou metastazovat do mízních uzlin dolního plicního ligamenta a paraezofageální krajiny.“ (HORTON, HILL, 1979, s. 321)

Hematogenní rozsev

„Výrazné histologické nebo klinické známky prorůstání plicních karcinomů do krevních cest znamenají špatnou prognózu. Tato situace je naneštěstí poměrně častá, zejména

invaze žilního systému v plicích. Lumen může být u některé z velkých plicních žil úplně ucpáno nádorem, který prorůstá až do levé síně. Vznikají pak nádorové emboly a vytvářejí se *metastázy v kostech, játrech, mozku, ledvinách, nadledvinách, myokardu a kůži.* Metastázy do kostí jsou nejčastěji osteolytické a mohou postihnout žebra, obratle, pánev a z dlouhých kostí zejména kost stehenní a pažní. Karcinom plic je nejčastější příčinou osteolytických metastáz u muže.“ (HORTON, HILL, 1979, s. 322)

Přímý růst

Nádory, které rostou v **plicním parenchymu**, se mohou šířit podél bronchů, prorůstat do přilehlých segmentů a laloků, pronikat na povrch pohrudnice a do hrudní stěny, nebo prorůstat do mediastina a stlačovat jeho struktury. Může se vyskytnout i postižení perikardu a bránice. Šíření nádoru podslizničními vrstvami bronchu je poměrně řídké a obvykle místně ohraničené. Asi 10 % nádorů lokalizovaných centrálně má tendenci prorůstat podél podslizničních mízních cév na vzdálenost, která obvykle nepřesáhne 2 cm.

„Nádory v *apikálních částech plic* se mohou šířit přes *pohrudnici do horních žeber, do pažní pleteně a do hrudního a dolního krčního sympatiku.* Postižení posledního krčního a prvního hrudního sympatického ganglia může vyvolat *Hornerův syndrom.*“ (HORTON, HILL, 1979, s. 322)

1.3 Klinický obraz

„S výjimkou nádorů zjištěných při preventivním vyšetření je většina diagnostikovaných onemocnění provázena symptomy. Frekvence symptomů je nejnižší u I. stádia a stoupá s pokročilostí nemoci. Projevy plicní rakoviny, příznaky a znaky lze rozdělit do čtyř kategorií.

- Projevy růstu primárního tumoru
- Projevy postižení regionálních uzlin, především mediastinálních
- Projevy vzdálených metastáz
- Paraneoplastické projevy.“ (ZATLOUKAL, PETRUŽELKA, 2001, s. 121)

Projevy lokoregionálního růstu nádoru

„**Kašel** – nejčastějším příznakem rakoviny plic. U centrálně lokalizovaných nádorů se objevuje dříve, u periferních tumorů později. Může se měnit ve více dráždivý, záchvatovitý, někdy dochází ke změně množství sputa (suchý kašel nebo naopak zvýšení množství vykašlávaného sputa) nebo změně charakteru sputa. Při nasedající infekční složce bývá sputum mukopurulentní nebo purulentní. Velké množství vykašlávaného sputa svědčí o rozsáhlejšímu postižení plic.

Úbytek na hmotnosti – velmi častý příznak. Jeho přítomnost zpravidla však již signalizuje pokročilé onemocnění. Dochází hlavně k úbytku tukové a svalové tkáně. Obvykle se vyskytuje současně s nechutenstvím. Nemocní často uvádějí odpor k masu, ale hubnutí není způsobeno pouhým snížením příjmu potravy. Podílí se na ní produkce biologicky aktivních látek, které stimulují katabolické děje. Úbytek na hmotnosti větší než 5 % tělesné hmotnosti za poslední tři měsíce před stanovením diagnózy je spolehlivý marker špatné prognózy.

Bolest na hrudi – může mít různé příčiny i různý charakter. Tupá, přetrvávající bolest bývá způsobena prorůstáním nádoru do hrudní stěny nebo mediastina. Pleurální charakter bolesti může být způsoben postižením pleury buď přímým prorůstáním nádoru, nebo iritací pleury při zánětu za nádorovou stenózou bronchu, případně při plicní embolii. Tento typ bolesti je závislý na dýchání a zvyrazňuje se při kašli a hlubším nádechu. Nemocní upřednostňují polohu vleže na postižené straně a omezují tak exkurze hrudníku. Větší pleurální výpotek působí trvalé tlakové bolesti a dušnost. Trvalé kruté bolesti působí prorůstání nádoru do nervových svazků. Někdy nemocní s periferním nádorem s iritací pleury lokalizují bolest pod lopatku.

Dušnost – obvykle příznakem pokročilého onemocnění. Může mít řadu příčin. U centrálně lokalizovaných nádorů může být způsobena stenózou bronchu a hypoventilací nebo atelektázou části plic. Na dušnosti se může podílet i pleurální nebo perikardiální výpotek, plicní embolie, nádorová lymfangitida a vzácně i neumotorax. Na dušnosti se také podílejí i přidružená onemocnění, CHOPN a městnavé srdeční selhání. **Hypoxemie** bývá někdy způsobena zvýšenou příměsí zkratové krve, vzniklé perfuzí neventilované oblasti plic.

Hemoptýza – vykašlávání nebo plivání krve z dýchacích cest. Nemocní s bronchogenním karcinomem mívají častěji drobné, opakující se hemoptýzy,

charakterizované minimální příměsí krve ve sputu, ani masivní hemoptýzy však nejsou výjimkou. Charakteristické pro plicní karcinom, i když ne příliš časté, je vykašlávání sputa vzhledu „malinového želé“.

Chrapot - obvyklým projevem postižení n. laryngeus recurrens. Postižení je jednostranné a ověří se posouzením pohyblivosti hlasivek při nepřímé laryngoskopii nebo při bronchoskopii. Hlasivka je na postižené straně paretická. Při vzácném oboustranném postižení je nemocný extrémě klidově dušný a stav obvykle vyžaduje tracheostomii.“ (ZATLOUKAL, PETRUŽELKA, 2001, s. 122)

Pancoastův syndrom

„**Pancoastův tumor** je soubor charakteristických symptomů a znaků, zahrnujících bolesti ramene a paže v oblasti inervace 8. krčního a 1. a 2. hrudního nervového trunku, Hornerův syndrom, slabost a atrofii svalů ruky, nejčastěji způsobený extrapulmonálním prorůstáním bronchogenního karcinomu lokalizovaného v plicním vrcholu.“ (ARCASOY, JETT, 1997, s. 123)

„**Pancoastův nádor** jsou plicní příznaky, jako kašel, hemoptýza a dušnost v úvodních stádiích vzácné, ale mohou se objevit později.

Pancoastův nádor tvoří asi 5 % všech zhoubných plicních nádorů. Nejčastějšími úvodními příznaky jsou bolesti ramene. Bolest se může šířit vzestupně do krku a hlavy, sestupně k mediálnímu okraji lopatky a axily nebo ventrokaudálně po přední straně hrudníku.“ (KOMAKI, 1991, s. 124)

Syndrom horní duté žíly

Asi 4 % nemocných bronchogenním karcinomem má syndrom komprese HDŽ. (HYDE, HYDE, 1974)

„Syndrom HDŽ je vyvolán nedostatečným průtokem krve HDŽ do pravé síně obvykle z následujících příčin:

- Extravaskulární útlak
- Intraluminální trombóza

- Nádorová infiltrace cévní stěny
- Kombinace uvedených mechanismů.

Při fyzikálních vyš. se u nemocných nachází otok tváře a krku, periorbitální otoky, u těžších otok tváře a HK, injekce spojivek, dilatace krčních žil, pletora obličeje, prominující kožní žíly na horní části trupu. Někdy bývá pozorována cyanóza. Téměř 90 % případů je způsobeno maligními nádory nebo jejich uzlinovými metastázemi.“ (ZATLOUKAL, PETRUŽELKA, 2001, s. 127)

Pleurální syndrom

„Pleurální výpotek se vyskytuje asi u 12 % nemocných s ca plic už v době diagnózy a je nejčastější příčinou *maligního pleurálního výpotku*. Maligní výpotek je exsudát, může být serózní nebo hemoragický. S pokročilostí nemoci frekvence jeho výskytu stoupá. Prognóza nemocných je závislá na základním onemocnění. Může se také jednat o výpotek indukovaný zánětem plic a pleury, atelektázou, na podkladě srdečního selhání, plicní embolií. Mluvíme o *paramaligním výpotku*.“ (ZATLOUKAL, PETRUŽELKA, 2001, s. 128)

„Patofyziologicky jsou možnými příčinami akumulace nadměrného množství tekutiny v pleurální dutině:

- Přímá infiltrace pleury nádorem
- Metastázy nádoru na pleuru
- Přesun ascitu skrze bránici do pleurálního prostoru
- Porušená lymfatická drenáž, obvykle v důsledku obstrukce mízních cév nádorem nebo léčbou
- Pokles tlaku v pleurálním prostoru.“ (ZATLOUKAL, PETRUŽELKA, 2001, s. 129)

2 Vyšetřovací metody

Správné stanovení diagnózy je účelný a cílený základ pro léčbu daného onemocnění. Postupuje se vždy od snadno proveditelných, nezatěžujících pacienta a jednoduchých, až ke speciálním metodám.

2.1 Anamnéza

Součástí vyšetřování lékař jako první krok se pacienta táže na všechny možné okolnosti či příčiny, jaké by mohly daný problém způsobit a jakými obtížemi nemocný trpí.

Pracovní anamnéza

„Nutné je, ptát se aktivně na rizikové profese a pátrat po vystavených rizikových faktorech v pracovním prostředí, které se uplatňovaly i s mnohaletým časovým odstupem. Je to vystavení se ionizujícímu záření v uranových dolech, práce se zdroji ionizujícího záření, chemickými kancerogeny, azbestem a další.

Osobní anamnéza

Významné jsou informace o zhoubných prodělaných onemocnění. Nemocný, který už prožil dříve plicní nádor má vyšší riziko, že může prodělat nádor znova. Jedná se o duplicitní tumor. Také plicní nemoci jsou též faktorem, které zvyšuje riziko vzniku nádoru plic. Např. prodělaná plicní TBC, CHOPN, plicní fibróza a další.

Rodinná anamnéza

Velice důležitým údajem bývá zjištění, zda někdo v příbuzenském vztahu již plicní nádor prodělal. Nahromadění maligních nádorů v rodině naznačují zátěž genetickou.

U nemocného s nádorem plic je nutno vědět, jaký je celkový počet již vykouřených cigaret. Ve vysokém riziku jsou ti jedinci, kteří mají celkový počet nad 150 000 vykouřených cigaret.“ (ZATLOUKAL, PETRUŽELKA, 2001, s. 53)

2.2 Ošetřovatelská anamnéza

Touto anamnézou se zabývá všeobecná sestra, která se při zjišťování zaměřuje spíše na životní styl nemocného a oblasti lidského zdraví. Jsou významné proto, aby všeobecná

sestra mohla provést, a také naplánovat specifickou individuální ošetrovatelskou péči. Získává informace o pacientově životním stylu, jeho přístupu k životu a zdraví ve všech bio-psycho-sociálních potřeb člověka.

Týká se to především oblastí spánku, vyprazdňování, výživy, postoje ke zdraví a reakce (kouření, alkohol, omamné látky ...), pohybové aktivity, odpočinku, využívání kompenzačních pomůcek, hodnotovou orientaci, poučení o sledování příjmu potravy a tekutin sexualita, zvládání stresu, náboženství, oblast vztahů a sociálních rolí a další údaje dle potřeby a oboru.

Pro zvážení míry pomoci, podpory a nastavení péče jsou tyto informace nezbytně důležité. Sestra tuto anamnézu odeberá na všech úrovních při vstupním zhodnocení (v domácí, nemocniční a ambulantní). Údaje s informacemi jsou dle potřeby v průběhu léčby doplňovány.

2.3 Fyzikální vyšetření

„I v době nejmodernějších vyšetřovacích metod, které pracují s vysokou spolehlivostí, má fyzikální vyšetření svůj důležitý význam. Umožňuje v ordinaci praktického lékaře, či při domácím ošetření, zjistit patologický nález a jeho základní charakteristiky, Na tom základě lze pak indikovat zobrazovací i laboratorní vyšetření účelně a s dobrou výtežností.“ (PEŠEK, KRÁKOROVÁ, 2004, s. 37)

- Pohled
- Poslech
- Poklep
- Pohmat
- Poklepem se vyšetřuje břicho, hrudník a i páteř. V závislosti na poloze, otevření či zavření úst a fázi dechu se může měnit kvalita poklepu.
- Pohmatem většinou vyšetřuje lékař krk a hrudník.

2.4 Laboratorní vyšetření

K nejčastějším laboratorním metodám patří *histologie a cytologie*. Využívá se většinou **vzorek z aspirační jehlové biopsie, sputa, stěru z nádoru, bronchoskopického výplachu**.

Dále se provádí běžná *biochemická vyšetření*. Mezi ně patří ALT, AST, ALP, Na, K, CL, AMS – S, AMS – U, Gly ,urea, kreatinin, bilirubin, cholesterol, tumorové markery CEA, AFP, PSA, NSE

Do *hematologického vyšetření* patří Quick, srážlivost, APTT, KO - WBC, RBC, HGB, HCT, PLT, INR.

2.5 Zobrazovací vyšetření

„**Spirometrie** nás informuje jednak o průchodnosti dýchacích cest a jednak o stavu plicního parenchymu s dopadem především na *ventilaci*.

Skiagram hrudníku poskytuje velké množství informací v oblasti plicně-průduškové i kardiovaskulární, ale i v řadě dalších onemocnění.

Bronchoskopie je přímé vyšetření průdušnice, hlavních a lalokových průdušek, a také umožňuje cílené odběry vzorků z průdušek i plic. Provádí se v lokální anestezii.

Výpočetní tomografie (CT) umožňuje detailní rozlišení hodnot absorpce RTG záření ve tkáních, které nahrazuje i nižší prostorové rozlišení při porovnání s klasickými RTG snímky. Nezbytné je intravenózní podání jodové kontrastní látky, často velkou rychlostí a ve velkém množství.

Magnetická resonance (MR) představuje nejpřínosnější zobrazovací metodiku z hlediska rozlišení tkáňové podstaty patologických procesů. Přínosná je především při posuzování mediastina a oblasti hrudní stěny, oblasti plicních vrcholů a bránice.

Ultrasonografie (USG.UZ) je to metodika, která vyniká svou jednoduchostí, neškodností, snadnou opakovatelností a nízkou cenou. Využívá se při diagnostice patologií v pleurální dutině a při lokalizaci útvarů na povrchu plíce. Má i význam v duplexní sonografickém vyšetření žil při diagnóze flebotrombózy žil DK (plicní embolie).

Torakoskopie se prohlíží hrudní dutina otvory na zádech a hrudi, případně se odebere vzorek. Je to výkon s rozsáhlejší incizí hrudní stěny, který je prováděn v celkové anestezii za selektivní intubace jednotlivých plicních křídel. Umožňuje rozsáhlejší operační zákroky v plicním parenchymu, pleurální dutině či mediastinu. Při komplikacích je chirurg schopen provést konverzi na torakotomii a dokončit komplikovanou operaci klasickou otevřenou cestou. Tento výkon vyžaduje zázemí dobře vybavených operačních sálů, erudovaného chirurga a anesteziologa.“ (PEŠEK, KRÁKOROVÁ, 2004, s. 61)

2.6 Doplnující vyšetření

Trepanobiopsie nebo **sternální punkce** – při periferním abnormálním KO se využívá jako doplňující vyšetření

Vyšetření krevních plynů, funkční vyšetření plic (kapilární, arteriální krev) u primárního tumoru před resekci v indikovaných případech, nebo také před plánovanou radioterapií hrudníku.

3 Léčba karcinomu plic

„K léčbě bronchogenního karcinomu stojí k dispozici „klasické“ způsoby – chirurgická léčba, chemoterapie a radioterapie.

Tyto léčebné modalitty jsou v posledních letech rozšiřovány o možnosti imunoterapie, genové terapie a biologicky cílené léčby, hranice mezi nimi jsou neostře.

Léčebné modalitty, ať už klasické nebo nové, se často různě kombinují.“ (PEŠEK, KRÁKOROVÁ, 2004, s. 170)

3.1 Terapie

Léčby se dělí ještě na několik druhů:

„Kurativní léčba – orientovaná na úplné vyléčení nemocného (chirurgická léčba časných stádií nemalobuněčného karcinomu)

Paliativní léčba – cílem je dosáhnout remise či stabilizace nemoci, kdy úplné a trvalé vyléčení nádoru není reálně dosažitelné (opatření zlepšující nejen fyzický, ale i psychický a sociální stav nemocného)

Symptomatická léčba – potlačující příznaky nemoci, ne však nemoc samou (léčba bolesti, nechutenství, únavy)

Adjuvantní léčba – následuje po léčbě kurativní či paliativní. Cílem je snížit riziko recidivy nádoru, také je zaměřena na odstranění minimální zbytkové nemoci (chemoterapie, radioterapie či kombinace obou po předchozí „radikální“ operaci)

Indukční = neoadjuvantní léčba – primární systémová léčba, jejímž cílem je snížení stádia nemoci, která pro svoji pokročilost není primárně radikálně (tj. kurativně) léčitelná chirurgicky či radioterapií

Podpůrná léčba – součástí každé onkologické léčby s cílem udržet nebo zlepšit stav nemocného tak, aby „unesl“ kurativní, eventuálně paliativní léčbu (zmírnění či odstranění nežádoucích účinků, zlepšení tolerance – antiemetika, kortikoidy, úprava diety apod.)

Konkomitantní léčba – jedná se o současně probíhající léčbu dvěma či více různými modalitami, nejčastěji se využívá současně chemoterapie a radioterapie.“ (PEŠEK, KRÁKOROVÁ, 2004, s. 172)

„Předpokládáme-li onkologickou léčbu, musí vždy zahrnovat:

1. **Morfologii – histologický typ**
2. **Rozsah – stádium nádoru**
3. **Kvalitu života nemocného.**“ (PEŠEK, KRÁKOROVÁ, 2004, s. 166)

Klasifikace TNM plicní rakoviny

T – Primární nádor

T0 – bez známek primárního nádoru

TX – primární nádor se může hodnotit, ale pro nádor svědčí *přítomnost nádorových buněk ve sputu a/nebo bronchoalveolární laváži. Nádor není zjistitelný RTG nebo vyšetřením bronchoskopickým.*

Tis – karcinom in situ

T1 – nádor do 3 cm v největším rozměru, obklopený plicemi nebo viscerální pleurou, bronchoskopicky limitovaný maximálně po lobární bronchus

T2 – nádor s největším průměrem víc než 3 cm a/nebo postihuje hlavní bronchus 2 cm a/nebo více distálně od bifurkační kariny a/nebo postihuje viscerální pleuru a/nebo nádor s *doprovodnou atelektázou* anebo obstrukční pneumonitidou v *menším rozsahu než celé plicní křídlo*

T3 – nádor jakékoliv velikosti se *šířením do: stěny hrudníku* (včetně superior sulcus tumor), bránice, mediastinální pohrudnice, parietálního perikardu nebo nádor *méně než 2 cm od bifurkační kariny*, kterou však nepostihuje a/nebo nádor *doprovázený atelektázou* nebo obstrukční pneumonitidou celého plicního křídla a/nebo postih mediastinálního tuku nebo frenického nervu

T3a – atelektáza nebo obstrukční pneumonitida bez ostatních kritérií

T3b – přítomna jsou ostatní kritéria

T4 – nádor jakékoliv velikosti, který se *šíří do: mediastina, srdce, velkých cév, trachey, těla*

obratle, žaludku a/nebo bifurkační kariny anebo nádorové vícečetné uzly ve stejném laloku nebo *maligní pleurální výpotek*

T4a – invaze bifurkační kariny nebo maligní pleurální výpotek

T4b – ostatní atributy T4

N – Regionální lymfatické uzliny

N0 – bez metastáz v regionálních lymfatických uzlinách

NX – regionální lymfatické uzliny nemožné hodnotit

N1 – metastázy v *homolaterálních* peribronchiálních a/nebo*homolaterálních hilových* lymfatických uzlinách, intrapulmonální lymfatické uzliny včetně postižení přímým šířením

N2 – metastázy v *homolaterálních mediastinálních* a/nebo subkraniálních uzlinách

N3 – metastázy v *kontralaterálních* mediastinálních, kontralaterálních hilových, homolaterálních nebo kontralaterálních skalenových nebo supraklavikulárních lymfatických uzlinách

M – Vzdálené metastázy

M0 – vzdálené metastázy nepřítomné

MX – vzdálené metastázy nemožné hodnotit

M1 – vzdálené metastázy přítomné, včetně metastatických ložisek v jiných homo nebo kontralaterálních lalocích plic (PEŠEK, KRÁKOROVÁ, 2004)

3.2 Chirurgické metody

Chirurgické odstranění zůstává stále jedinou metodou jak dosáhnout úplného vyléčení. (HORTON, HILL, 1979)

„**1. Drenáž pohrudniční dutiny** je výkon, při kterém se zavádí různě silný drén do prostoru mezi viscerální a parietální pleuru, za účelem odvedení nežádoucího obsahu pleurální dutiny. Nejčastěji se jedná o tekutinu (fluidotorax) nebo vzduch (pneumotorax). Výkon je proveden v lokální anestezii.“ (PEŠEK, KRÁKOROVÁ, 2004, s. 101)

„**2. Torakotomie** se vyjímají uzliny a tkáně přes dlouhý řez na hrudi. Představuje dostatečný přístup k otevřené exploraci pohrudniční dutiny, častěji je však úvodem vlastního léčebného operačního výkonu. Poloha nemocného je na druhostranném boku. Podle

předpokládaného místa vlastního zákroku se zvolí i umístění kožního řezu a přístupu mezižebním prostorem.

3. Operace plic (resekce) předchází nejprve řada klinických vyšetření, diferencované diagnostické rozvahy a eventuálně i invazivní vyšetřovací metody. Podle přesnosti předoperační diagnózy se plicní operace z otevřeného přístupu pohybuje od diagnostické plicní biopsie až po *anatomické plicní resekce*. Ty představují odstranění plicní tkáně v rozsahu segmentu (*segmentektomie*), plicního laloku (*lobektomie event. bilobektomie*) nebo celé plíce (*pneumonektomie*).

4. Resekce hrudní stěny se týká především nádorového onemocnění vycházejícího především ze skeletu hrudníku, vzácněji z nástěnné pleury nebo i nádorové procesy, které mají původ v plicích nebo mediastinu a přerůstají na hrudní stěnu, možno je za určitých podmínek chirurgicky odstranit.“ (PEŠEK, KRÁKOROVÁ, 2004, s. 104-105)

„**5. Tracheostomie** je chirurgický výkon, při němž je na krku vytvořen v průdušnici otvor umožňující trvalé dýchání pomocí zasunuté tracheální kanyly. Indikací k operaci je *obstrukce HCD, obtížná sanace dýchacích cest u nemocných například s CHOPN, u závažných pooperačních stavů, neurologických poruch nebo u nemocných s dlouhodobou UPV.*“ (PEŠEK, KRÁKOROVÁ, 2004, s. 106)

3.3 Chemoterapie

„Používá se především jako *doplňková léčba* po chirurgické resekci nebo jako paliativní léčba u nemocných s inoperabilním karcinomem nebo s metastázemi.“ (HORTON, HILL, 1979, s. 335)

„*Chemoterapie* je používána v komplexní léčbě malobuněčného (SCLC) i nemalobuněčného (NSCLC) karcinomu plic. Její postavení vyplývá z různé chemosenzitivity těchto dvou základních typů plicních nádorů. U malobuněčného plicního karcinomu je chemoterapie hlavní léčebnou modalitou, což vyplývá z jeho vysoké senzitivity.“ (ZATLOUKAL, PETRUŽELKA, 2001, s. 197)

„*Zlatým standardem*“ chemoterapeutických režimů u plicní rakoviny jsou schémata obsahující deriváty platiny. Názvy schémat obvykle vychází z počátečních písmen použitých cytostatik.

Chemoterapii, na kterou navazuje další následná léčba (např. chirurgie či radioterapie), označujeme jako tzv. **indukční či neoadjuvantní**. Obvykle se podávají 2-4 cykly. Léčba cytostatiky následující po chirurgickém výkonu se označuje jako tzv. **adjuvantní** chemoterapie.

„Cytostatika a zejména jejich kombinace vyvolávají jako častý nežádoucí účinek *nauzeu a zvracení*, takže je potřebné podávat léky s antiemetickými účinky – setrony, dále metoclopramid, cisaprid, kortikoidy a jiné. Nemocní jsou dále ohroženi zejména *poruchy krvetvorby a snížením ledvinných funkcí* a jinými komplikacemi.“ (PEŠEK, KRÁKOROVÁ, 2004, s. 172)

„Charakteristika vybraných cytostatik zachovává pro přehlednost jednotnou strukturu u každé uváděné lékové skupiny:

I. Obecná charakteristika podskupiny

II. Charakteristika jednotlivých cytostatik

1. *Název*
2. *Firemní název u nás používaného preparátu*
3. *Indikace*
4. *Mechanismus účinku, vylučování a jiné vlastnosti*
5. *Forma léku, způsob aplikace, dávkování*
6. *Použití v nejčastěji používaných kombinacích s jinými léky*
7. *Nežádoucí účinky*
 - a. *dávku limitující*
 - b. *časté*
 - c. *příležitostně se vyskytující“ (ZATLOUKAL, PETRUŽELKA, 2001, s. 197)*

„Toxicita cytostatik, nežádoucí účinky

1. Bezprostřední (*hodiny–dny*)

- Nevolnost
- Zvracení
- Lokální nekrózy
- Hyperurikémie

- Anafylaxe
- Renální insuficience
- Teratogenní účinky

2. Časná (dny–týdny)

- Leukopénie
- Trombocytopénie
- Alopécie
- Stomatitis
- Průjem
- megaloblastóza

3. Oddálená (týdny–měsíce)

- Anémie
- Azoospermie
- Hyperpigmentace
- Pneumotoxicita
- hepatotoxicita

4. Pozdní (měsíce–roky)

- Sterilita
- Hypogonadismus
- Sekundární (nejčastěji krevní) malignity.“ (KRÁKOROVÁ, PEŠEK, 2004, s. 173)

3.4 Radioterapie

Radioterapie se indikuje v případě neúnosnosti k chemoterapii (např. ledvinná nedostatečnost atp.).

U **malobuněčné** rakoviny z ozáření hrudníku profitují nemocní s limitovanou formou. U nemocných ve stádiu *limitované nemoci* se podává *chemoterapie současně s radioterapií*, jindy je radioterapie následnou, tedy po ukončení chemoterapie. Rutinní součástí se stává *profylaktické ozáření mozku*.

U **nemalobuněčné** rakoviny plic může být u časného onemocnění alternativou chirurgické léčby (tzv. *kurativní radioterapie*) tj. s cílem vyléčit nemocného. U pokročilých stádií má výborný efekt **paliativní**, tj. tlumí potíže nemocného vyvolané nádorem (např. bolesti), a tím zlepšuje kvalitu života nemocných. Kromě primárního nádoru se ozařují i metastázy postižené tkáně a orgány (nejčastěji páteř a mozek).

„Probíhá řada klinických studií, které dokládají vhodnost kombinace jednotlivých léčebných modalit (nejen chemoterapie + chirurgie, ale také chemoterapie + radioterapie).“ (KRÁKOROVÁ, PEŠEK, 2004, s. 174)

Radioterapie spolu s chirurgií jsou hlavními lokoregionálními modalitami onkologické léčby plicních nádorů. Podle vzdálenosti zdroje ionizujícího záření od ozařovaného objemu rozlišujeme **teleterapii** a **brachyterapii**.

„**Teleterapie** (zevní radioterapie) je nejčastěji užívanou metodou ozařování. Při teleterapii je zdroj záření umístěn *mimo* pacienta, jedná se o ozařování z vnějšku a z dálky. Při **brachyterapii** je radioaktivní látka umístěna *přímo* do oblasti nádoru, kde se tak koncentruje vysoká dávka záření. U plicních nádorů se zdroj záření umísťuje obvykle intrabronchiálně do těsné blízkosti nádorového ložiska (intraluminální brachyterapie).“ (ZATLOUKAL, PETRUŽELKA, 2001, s. 175)

„V současné době je radioterapie při léčení plicního nádoru především paliativní a je vyhrazena pro 3 klinické situace:

1. Místní léčba u nemocných s inoperabilními nádory
2. Paliace metastáz vyvolávající příznaky
3. Pokus o kontrolu nebo vyléčení nádoru u nemocných, kteří pro celkový stav nepřicházejí v úvahu k operaci.“ (HORTON, HILL, 1979, s. 335)

4 Ošetřovatelství

- **integrovaná vědní disciplína**, hlavním posláním jsou vhodnými metodami systematicky uspokojovat biologické, psychické a sociální potřeby nemocného a zdravého člověka v péči o zdraví a pomáhat těm, co se sami o sebe nemohou anebo nechtějí starat,
- **multidisciplinární obor**, má vlastní praktickou aplikaci a teoretickou základnu,
- **systém specifických teoretických poznatků** (předmět zkoumání) a jeho **metod** (ošetřovatelský proces). (BOROŇOVÁ, 2010)

4.1 Zaměření ošetřovatelství

- na podporu a udržení zdraví, jeho navrácení a rozvoj soběstačnosti,
- zmírňování utrpení nevléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti,
- podílí se na prevenci, diagnostice, terapii a rehabilitaci (ošetřovatelský personál pomáhá jednotlivci, rodinám i skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby),
- nemocné vede k sebepéči, poučuje jejich blízké v poskytování laické ošetřovatelské péči,
- nemocní, kteří se o sebe nemohou, neumějí anebo nechtějí pečovat, zajišťuje profesionální ošetřovatelskou péči. (MASTILIAKOVÁ, 2002)

4.2 Charakteristické rysy ošetřovatelství

- poskytování ošetřovatelské aktivní péče,
- poskytování individualizované péče prostřednictvím ošetřovatelského procesu,
- poskytování ošetřovatelské péče na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem,

- preventivní charakter péče,
- holistický přístup k nemocnému,
- poskytování péče ošetřovatelským týmem, který je složený z různě kvalifikovaných pracovníků (vícestupňový způsob). (MASTILIAKOVÁ, 2002)

4.3 Předmět ošetřovatelství

- pomáhá zdravým i nemocným, vykonávat činnosti napomáhající zdraví, uzdravování,
- zkoumá ošetřovatelské aspekty a pečuje o jedince či skupiny, tj. interakce (vzájemné působení), determinace (příčinná podmíněnost) mezi osobou, zdravím a prostředím vzniklé z požadavků jedinců a uspokojování jejich potřeb. (STAŇKOVÁ, 1996)

4.4 Cíl ošetřovatelství

- systematicky a komplexně uspokojovat potřeby člověka, pomáhat jednotlivci, rodině, skupinám dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody,
- podporovat, a také upevňovat zdraví,
- provádět prevenci nemoci, podílet se na navrácení zdraví,
- zmírňovat utrpení nemocného člověka,
- nacházet i uspokojovat potřeby lidí s narušeným zdravím, maximalizovat lidský potenciál v péči o sebe sama,
- zajistit klidné umírání i důstojnou smrt. (STAŇKOVÁ, 1996)

4.5 Hodnoty, na nichž se zakládá ošetřovatelství

- uznání a respektování každé lidské bytosti,

- chápání člověka v jeho komplexnosti,
- uznání faktorů, které ovlivňují prožívání zdraví a nemoci,
- uznání podporovat a udržovat zdraví po celý život,
- přesvědčení, že lidé mají právo spolurozhodovat o své péči. (STAŇKOVÁ, 1996)

4.6 Ošetrovatelský proces

„Ošetrovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování, poskytování a dokumentování ošetrovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit pacientův zdravotní stav, skutečné nebo potencionální problémy péče o zdraví, vytyčit plány na posouzení potřeb a poskytnout konkrétní pečovatelské zásahy k uspokojování těchto potřeb. Proces je logický, systematický přístup k celkové péči o pacienta.“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 66)

4.7 Fáze ošetrovatelského procesu

Posuzování: nezbytné pro stanovení sesterské diagnózy, zahrnuje sběr dat a je součástí veškerých činností, které dělá sestra s pacientem. Hlavním cílem posouzení je založení databáze s odpovědí pacienta.

Diagnostika: určit chorobu na základě jejích příznaků, prohlášení týkající se nějakého jevu, analýzu stavu, problému nebo situace.

Plánování: proces vytyčených ošetrovatelských intervencí nebo s cílem prevence, relinace nebo redukce pacientových zdravotních problémů, které byly zjištěny a valorizovány během diagnostické fáze. Cílem plánování je dosažení co nejlepší praxe.

Realizace: uplatnění ošetrovatelských strategií, které jsou zaznamenávány v plánu ošetrovatelské péče, dále je to v praxi ošetrovatelská činnost, která je především zaměřená na dosažení nejlepšího výsledku nebo pacientových cílů.

Vyhodnocení: vyhodnotit v ošetrovatelství znamená zjistit, zda bylo dosaženo vytyčených cílů a jestli byly splněny. Toto je organizovaná a cílevědomá činnost. (BOROŇOVÁ, 2010)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Kazuistika

(model - fungujícího zdraví – Marjory Gordonové)

K získání podkladů pro praktickou část bakalářské práce, jsem byla navštívit oddělení klinické onkologie v nemocnici Na Homolce, kde jsem se seznámila a provedla rozhovor s pacientkou H.R., která zde byla hospitalizována pro diagnózu: malobuněčný bronchogenní karcinom s vícečetnými mozkovými metastázemi. Pacientka byla hospitalizována dne 21.5.2012, kdy podstoupila chemoterapii III. linie 1. cyklu po dobu 21 dní. Nyní čeká na vyšetření ozářením Leksellovým gama nožem. Tímto onemocněním trpí již rok a půl. Pacientka pociťuje dušnost, hlavně při námaze, cítí se velmi unavená, chuť k jídlu je velice slabá, stolice 1x za 3-4 dny, někdy i týden bez stolice. Vitální funkce při přijetí: TK: 119/70 mmHg, P: 85/min, D: 19/min, TT: 37,2 °C, hmotnost 52 kg, výška 170 cm, BMI: 18.

Anamnéza

NO: Nemocná s malobuněčným karcinomem plic (již rok a půl), byla přijata na oddělení klinické onkologie v nemocnici Na Homolce pro dušnost při námaze, která trvala již půl roku, pichlavé bolesti na levé straně hrudi s propagací pod lopatkou. Pacientka také během půl roku zhubla 3 kg. Nemocnici již navštěvuje rok a půl, kde podstoupila řadu vyšetření jako CT, RTG plic a mediastina, NMR, chemoterapii a kortikoterapii po dobu 1 měsíce. Na kontrolní NMR vyšetření mozku prokázána nově solitární metastáze occipitálně vpravo. Pacientka se dále léčí pro DM na PAD (od roku 2007) a Parkinsonský syndrom (od roku 2008). Stav po ukončených 6 cyklech chemoterapie složení CBDCA + Eto, parciální remise onemocnění. Nyní byla přijata k další opakované chemoterapii 2. cyklu III. Linie, dále pacientka čeká na vyšetření Leksellovým gama nožem.

RA:

Matka: † 73 let - CMP, pneumonie

Otec: † 57 let – srdeční selhání rozsáhlá TBC

Sestra: 80 let – Parkinsonský syndrom, Alzheimerova choroba, apatická, upoutaná na lůžko

Děti: 2 dcery – 46 let a 48 let - zdravé

OA: Běžná dětská očkování. Úrazy: koleno na PDK – pád, odsátí tekutiny (1989), v dětství časté onemocnění průdušek, DM na PAD (2007). Incip. Parkinsonský syndrom (2008). Transfuze: ne, operace: 2x porod (1966, 1968), v nemocnici ve Slaném byla léčena pro cystu vaječníku (1966). Nemocná bývá jen velmi zřídka.

FA: Pantomer retard 1-0-1, Simgal 0-0-1, Viregyt 1-1-0, Insulin Humalog 3x 16 j., Insulin Humulin na noc 10 j.

AA: neguje

PA: chemická průmyslovka, pracovala v laboratoři potravinářské

SA: Pacientka žije s manželem a psem v rodinném domě

EA: klíště během posledního 1 roku neměla, kontakt s infekčními chorobami neguje

GA: menzes 14- 47 let, porody 2 – 1966, 1968, fyziologické, potraty 1 samovolný,

Abusus: alkohol: příležitostně, drogy: 46 let kouřila, již 6 let nekouří, káva 1 za den,

Fyzikální vyšetření:

Hlava a krk: Poklepově nebolestivá, zornice isokorické, reagují na oba podněty, skléry anikterické, hrdlo klidné, jazyk vlhký, plazí ve střední čáře, bez povlaku, chrup sanován. Uzliny submandibulární a krční nezvětšené, štítná žláza v normě, nadklíčkové jamky volné.

Hrudník: Symetrický, poklep plný jasný, dýchání sklípkové, čisté, bez vedlejších fenoménů. Akce srdeční pravidelná, ozvy 2, ohraničené. Pravý a levý prs: bradavka formovaná, bez sekrece, bez známek infiltrace, axilla bez adenomegalie.

Břicho: klidné, měkké, pohmatově nebolestivé, dýchá v celém rozsahu, bez hmatné rezistence, bez ascitu, játra nezvětšená, slezina nehmatná.

DK: bez otoků, bez známek zánětu a ischemie, bez varixů

Se souhlasem staniční sestry, pacientky, lékařské i sesterské dokumentace, pozorováním a rozhovorem s pacientkou jsou získány údaje pro systematické zpracování

zhodnocení. Zhodnocení je zpracováno dle koncepčního modelu Marjory Gordonové, „Model fungujícího zdraví“. M. Gordonovou a její model jsem si zvolila proto, že s tímto modelem jsem často pracovala na studiích střední i vysoké školy. Aktuální a potenciaální diagnózy byly stanoveny na základě tohoto zhodnocení. Aplikace ošetrovatelské péče byla započata od prvního dne přijetí pacientky, tudíž od 21.5.2012.

5.1 Systémové zhodnocení podle koncepčního modelu Marjory Gordonové („Model fungujícího zdraví“)

VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ – SNAHA UDRŽET ZDRVÍ

Subjektivně:

„Svůj zdravotní stav v současné době vnímám celkem dobře. Už nezvracím a ani bolesti už nemívám. Jen někdy, když kašlu, tak mě zabolí na hrudi, ale už to není zdaleka tak často jak to bývalo. Chemoterapie a léky, kterým dostávám, mi navodí občas pocit nevolnosti. Většinou je to po chemoterapii. V dětství jsem prodělala jen běžná dětská onemocnění. Vím, že dopad na mé onemocnění má na svědomí mé dlouholeté kouření cigaret. Zdraví si samozřejmě udržuji všemi dostupnými prostředky. Pravidelně beru léky, které mám předepsané od svého lékaře a k tomu beru i nějaké doporučené vitaminy. Chodím na pravidelné kontroly k lékaři. Alkohol piji jen příležitostně, většinou sklenku vína nebo vaječný likér, tvrdý alkohol nepiji vůbec. Sama nekouřím už šest let a zakouřeným prostorám se vyhýbám. Drogy neberu a nikdy jsem je nebrala. Se stravováním nemám žádné problémy, nejraději mám jídla, která obsahují hlavně maso. To totiž můžu pořádně“

Objektivně:

Pacientka, je v současné době se svým zdravotním stavem spokojená, ale evidentně se bojí zhoršení své choroby. Úzkostně pečuje o své zdraví, často navštěvuje lékaře. Pravidelně užívá léky i doporučené doplňky stravy.

Adrenalinové sporty neprovozuje a se svým životem nehazarduje. Uvědomuje si, že 46 let, co kouřila, má za následek její momentální stav. V dětství prodělala běžná dětská onemocnění. Všechny abúzy i alergie neguje. Prodělala všechna povinná očkování.

Použitá měřicí technika - 0

V této oblasti nebyly nalezeny žádné ošetrovatelské problémy.

VÝŽIVA – METABOLISMUS

Subjektivně:

„Mohu jíst cokoliv, na co mám chuť. Žádnou dietu naštěstí dodržovat nemusím, což jsem velice ráda. Dokonce i chuť k jídlu mám a to znamená, že ještě na tom můj zdravotní stav je celkem dobře.

Ráda snídám pečivo, myslím tím sladké pečivo. Většinou mi to dodá energii a můj den hned začínám s dobrou náladou.

Pitný režim také dodržuji, tedy alespoň se snažím vypít tak ty dva litry za den. Piji většinou vodu, nemám ráda slazené nápoje, ale když přijde na sladké, tak to neodmítnu nikdy. Sladké je má slabost.

Ale i když nechci, tak stále na váze ubývám. Řekli mi, že to má za následek můj zdravotní stav.“

Objektivně:

U pacientky je stav výživy nedostatečný. Při výšce 170 cm a váze pouhých 52 kg má hodnotu BMI 18. I když chuť k jídlu má, její zdravotní stav má za následek úbytek hmotnosti, který stále přetrvává.

Hydratace je k jejímu věku celkem dostatečná, ale kožní turgor má slabý. Kůže je papírová a velmi suchá. Vznik rizika dekubitů je nízký.

Použitá měřicí technika - BMI (Body mass index) – Index tělesné hmotnosti

V této oblasti byly nalezeny ošetrovatelské problémy – porušená a nedostatečná výživa.

VYLUČOVÁNÍ

Subjektivně:

„Se stolicí v mém věku i díky mému onemocnění, mám dosti problémy. Často mě trápí zácpa a řeknu Vám, že to není nic příjemného. Nejhorší na tom je, že mám dost nafouklé břicho a dost mě to obtěžuje.

S močením problémy nemám. Neřeknu, jak často chodím na toaletu, ale tak 7x za den určitě.“

Objektivně:

Pacientka má velké problémy se zácpou, která již trvá už od doby, kdy byla přijata na oddělení.

S močením problémy nejsou, pacientka i při jejím věku stále udrží moč a na toaletu si dojde sama. Frekvence močení i její množství odpovídá dennímu příjmu tekutin.

Použitá měřicí technika - 0

V této oblasti byly nalezeny ošetřovatelské problémy - zácpa.

AKTIVITA – CVIČENÍ

Subjektivně:

„Na sportování jsem už dost stará, ale procházky ráda provozuji, a také k tomu přidávám trochu pohybu na své zahrádce, kde pěstuji převážně zeleninu a také nějaké ty kytičky. Nejraději mám růže, také proto se o ně nejvíce starám a dávám do zahradničení úplně všechno. Občas strávím na zahrádce celé hodiny. A když není počasí na zahrádku, tak se s manželem koukáme na televizi a nebo si čtu knížky.“

Objektivně:

Pacientky fyzický stav odpovídá k jejímu věku a zdravotnímu stavu. Ráda tráví svůj volný čas na své zahrádce.

Použitá měřicí technika - 0

V této oblasti nebyly nalezeny žádné ošetřovatelské problémy.

SPÁNEK A ODPOČINEK

Subjektivně:

„Doma spím celkem dobře, v noci se neprobouzím. V noci se nebudím a nemusím chodit na toaletu. Celkem spím 7-8 hodin denně, po probuzení se cítím odpočatá. Doma s usínáním problémy nemám, usnu do 15 minut po ulehnutí do lůžka. Noční můry neznám,

právě naopak. Spím jako miminko. Když se cítím unavená, vezmu si knížku a lehnu si na kanape i v průběhu dne. Léky na spaní neužívám.

V nemocnici se mi spí špatně, večer nemůžu dlouho usnout a v průběhu noci se často budím. Přes den jsem pak unavená a pospávám.“

Objektivně:

Pacientka si stěžuje na špatné usínání a časté buzení v průběhu noci. Únava a podrážděnost má za následek kruhy pod očima. Doma s usínáním problémy žádné nemá, léky na spaní neužívá.

Použitá měřicí technika - 0

V této oblasti byly nalezeny ošetrovatelské problémy - poruchy spánku.

VNÍMÁNÍ (CITLIVOST) - POZNÁVÁNÍ

Subjektivně:

„Se sluchem a se zrakem problémy sice mám, ale to už k mému věku je normální. Brýle používám hlavně na čtení a ke sledování televize, naslouchadlo nemám. Pravidelně chodím na preventivní prohlídky k očnímu lékaři i praktickému lékaři.

Změny v paměti bohužel mívám. Občas se mi stane, že mi dlouho trvá, než si na něco vzpomenu. Už mi přece není dvacet, tak si to můžu dovolit.

Nepříjemné pocity se občas dostaví, když myslím na budoucnost. Teď je sice moje nemoc v rámci všech možností pod kontrolou, ale jak dlouho to ještě všechno vydržím? Kdykoliv se může stát, že se má nemoc zhorší a já tu nechám svého manžela, děti a vnoučata samotné.“

Objektivně:

Sluch i zrak je přiměřený k věku pacientky, zrak je pravidelně kontrolovaný u očního lékaře. Staropaměť i novopaměť jsou zhoršené, vzhledem k věku pacientky, s ukládáním nových skutečností a s vybavováním má pacientka občasné problémy. Pacientka má strach o rodinu.

Použitá měřicí technika - 0

V této oblasti byly nalezeny ošetrovatelské problémy - strach.

SEBEPOJETÍ - SEBEÚCTA

Subjektivně:

„Musím říct, že se cítím celkem dobře. Rodina mi ve spoustě věcech snaží pomoci. Ale stejně si raději dělám, když mi síly i energie stačí, všechno sama. Dokud můžu, tak se raději spoléhám sama na sebe a dělá mi to radost, že nemusím obtěžovat své dcery či manžela.

Životosprávu se snažím dodržovat. Už kvůli svým vnoučatům. Má nemoc mi pomohla si uvědomit, že člověk by si měl cenit svého zdraví a neničit si ho zbytečně. Snažím se o to, aby mé vnučky nikdy nezačaly kouřit. Jsem jim příkladem, jak to pak nakonec dopadá.“

Objektivně:

Pacientka si velice uvědomuje následky své nerozvážnosti z mládí, které se jí drželo 46 let. Snaží se to alespoň trochu ospravedlnit tím, že je příkladem pro své vnučky, aby nezačínaly kouřit.

Použitá měřicí technika - 0

V této oblasti nebyly nalezeny žádné ošetrovatelské problémy.

ROLE – MEZILIDSKÉ VZTAHY

Subjektivně:

„Žiji se svým manželem v rodinném domě se zahrádkou kousek za Prahou. Manžel je již v důchodu a velmi mi pomáhá jak s domácností, tak i na zahrádce. Chodíme spolu i na procházky a do Prahy mě vozí na chemoterapie. Dcery i vnoučata za námi jezdí poměrně často. Dělá mi to moc velkou radost a manželovi též.“

Objektivně:

Pacientka má vztahy se svou rodinou velice dobré. Dělá jí radost trávit čas jak se svým manželem, tak i s dcerami a vnoučaty. Bydlí v rodinném domě se zahradou.

Použitá měřicí technika - 0

V této oblasti nebyly nalezeny žádné ošetrovatelské problémy.

SEXUALITA – REPRODUKČNÍ SCHOPNOST

Subjektivně:

„Moje sexuální vztahy jsou uspokojivé, žádné změny, potíže ani jiné problémy nepociťuji. Nikdy jsem neužívala hormonální antikoncepci, nemám žádné výrazné problémy. Na gynekologické prohlídky chodím pravidelně 2x ročně, jediné.

První menstruace byla asi ve 14 letech. Během menstruace jsem nemívala problémy. Mám za sebou 2 porody a 1x potrat. Od svých 46ti let jsem po přechodu. Nějaké výrazné změny či problémy jsem neměla. Sama si provádím kontrolu prsou, jen pro jistotu. Člověk v mém věku nikdy neví.“

Objektivně:

Pacientka pravidelně dochází na preventivní prohlídky do gynekologické ambulance. Má za sebou 2 porody a 1 potrat. Antikoncepci v životě neužívala. Gynekologické obtíže nemá. Samovyšetření prsou provádí pravidelně.

Použitá měřicí technika - 0

V této oblasti nebyly nalezeny žádné ošetrovatelské problémy.

STRES (ZÁTĚŽOVÉ SITUACE) - JEJICH ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE

Subjektivně:

„Ve stresových situacích mi nejvíce pomáhá rodina a manžel, o které se mohu vždy opřít a jsou mi vždy k dispozici a ochotni mi pomoci. O problémech doma mluvíme a snažíme se řešit vše společně. Někdy mi pomáhá zahrádka k přemýšlení. Alkoholem ani drogami jsem své problémy nikdy neřešila. Ale při pomýšlení, že jsem hospitalizována zde v nemocnici, se v poslední době cítím dosti úzkostlivá. Neděla mi hospitalizace moc dobře.“

Objektivně:

Pacientka působí rozrušeně, cítí se dosti úzkostlivá. Ve stresových situacích ji velmi pomáhá rodina a manžel, ale momentálně tu nikoho nemá, protože ji rodina přijde navštívit až v odpoledních hodinách.

Použitá měřicí technika - 0

V této oblasti byly nalezeny ošetrovatelské problémy- úzkost.

VÍRA (PŘESVĚDCENÍ) - ŽIVOTNÍ HODNOTY

Subjektivně:

„Jsem nevěřící, do kostela nechodím a ani nemám v plánu někdy začít, pobyt v nemocnici mě nijak neomezuje.“

Objektivně:

Pacientka je nevěřící, kostel nenavštěvuje, pobyt v nemocnici ji nijak neomezuje.

Použitá měřicí technika - 0

V této oblasti nebyly nalezeny žádné ošetrovatelské problémy.

JINÉ

Subjektivně:

„Myslím si, že už nic dalšího Vám neřeknu. Řekla jsem vše, co by Vás tak mohlo zajímat. Velmi dobře se mi s Vámi povídalo. Budu ráda, když se za mnou někdy zastavíte, abych Vám mohla ukázat svou zahrádku. Teď. kdyby jste mě omluvili, půjdu si číst. Nepotřebuji nic.“

Objektivně:

Pacientka má velmi dobrý a pozitivní pocit z rozhovoru. Nic nepotřebuje.

Použitá měřicí technika - 0

V této oblasti nebyly nalezeny žádné ošetrovatelské problémy.

Souhrn nalezených ošetrovatelských problémů

- *porušená a nedostatečná výživa*
- *zácpa*
- *poruchy spánku*
- *strach*
- *úzkost*

Ošetrovatelské diagnózy dle Kapesního průvodce zdravotní sestry

Při sestavení ošetrovatelských diagnóz jsme použili jako pomůcku Kapesní průvodce zdravotní sestry. Diagnózy jsou sestaveny podle priorit pacientky,

Úzkost středně závažná v souvislosti se změnou zdravotního stavu, projevující se obavami, nechutenstvím, vyděšeností a trvalou výraznou bezradností/bez mocí.

Výživa porušená, nedostatečná v souvislosti s neschopností požit či strávit potravu či živiny, projevující se sníženou hmotností a nízkou hodnotou BMI (18).

Zácpa, méně časté či obtížné vyprazdňování stolice v souvislosti se změnou prostředí/podmínek, projevující se celkovou únavou a zvýšenou plností v břišní krajině na poklep.

Strach v souvislosti se změnami zdravotního stavu (remise, relaps, komplikace), způsobu interakce a plněním rolí, projevující se pocity bezmocnosti, zvýšenou koncentrací na vlastní osobu, znepokojením, zvýšeným napětím a ztíženým usínáním.

Porucha spánku v souvislosti se změnou prostředí, obavami a zvýšeným výskytem rušivých elementů, projevující se stížnostmi na potíže s usínáním, kruhy pod očima, neklidem a podrážděností.

Úzkost středně závažná v souvislosti se změnou zdravotního stavu, projevující se obavami, nechutenstvím, vyděšeností a trvalou výraznou bezradností/bezmocí.

Priorita: střední

Cíl:

Krátkodobý:

- Pacientka si uvědomí, jak své pocity slovně popsat, do 48 hod.

Dlouhodobý:

- Pacientka dosáhne uvolněného vzhledu a snížení úzkosti na zvladatelnou míru, do 3 týdnů.

Výsledná kritéria:

- Pacientka si uvědomuje příčinu své úzkosti a chce o ní mluvit, do 48 hodin.
- Pacientka zvládá svou úzkost a umí ji popsat, do 48 hodin.
- Pacientka se naučí zvládat svou úzkost na snesitelnou úroveň, do 48 hod.
- Pacientka má možnost návštěvy psychologa během hospitalizace i po ní, do 3 dnů.

Ošetrovatelské intervence:

- Akceptuj nemocného takový jaký je (všeobecná sestra). (1)
- Všímej si chování pacienta z hlediska hladiny úzkosti (všeobecná sestra). (2)
- Uznej pacientovu úzkost a nepři se s nemocným, že vše bude zase v pořádku (všeobecná sestra). (3)
- Zjistí, jak pacient vnímá ohrožení v dané situaci (všeobecná sestra, zdravotnický asistent). (4)

- Sleduj jeho fyzickou odpověď – palpitace, zrychlený pulz (všeobecná sestra, zdravotnický asistent). (5)
- Nauč pacienta rozpoznat spouštěcí faktory a osvojit si nové metody v překonávání silné a ohromující úzkosti (všeobecná sestra). (6)
- Pomoz pacientovi využít úzkost při řešení situace, pokud je to užitečné (všeobecná sestra, zdravotnický asistent). (7)
- Doporuč pacientovi individuální/skupinovou terapii pro nemocné trpící chronickou úzkostí (všeobecná sestra). (8)

Realizace 1. den (21.05.2012):

- S pacientkou jsem vedla rozhovor, zda-li ji něco trápí, nebo má-li nějaké obtíže v rodině či má jiné důvody, které vedou k její úzkosti. Pacientka měla dost času na rozmyšlení, a proto také vypověděla, že nemá žádné rodinné problémy, ale za to má strach, co bude s její rodinou, když se její nemoc zhorší.
- Pacientce jsem poskytla veškeré možné informace o chodu a zvyklostech našeho oddělení, návštěvních hodinách a dále jsem s ní probrala, jaký druh vyšetření jí čeká a jak bude probíhat.
- Pacientka i nadále mluvila o své úzkosti, a také proč se u ní její úzkost objevila.
- Pacientka byla obeznámena i s možností návštěvy psychologa, ale nechtěla se k tomu moc vyjadřovat.
- Pacientce byla umožněna návštěva její rodiny ve velmi klidném prostředí.
- Na závěr této konzultace pacientce bylo doporučeno, jakým způsobem zvládat svou úzkost a jak jí předcházet.

Realizace 2.- 6. den (22.- 26.05.2012)

- Pacientka byla pobídnuta a i nadále o své úzkosti hovořila a sledovala faktory, které vyvolávají její úzkost.
- S pacientkou byl opakovaně realizován během dne několika minutový rozhovor, který jí napomáhal k tomu, aby stále nemyslela na své onemocnění.
- Za odborného dozoru byla pacientce umožněna procházka na čerstvém vzduchu.
- Pacientce byla nabídnutá návštěva u psychologa, kterou ráda přijala a na další den si zajistila konzultaci.

Vyhodnocení:

Cíl byl splněn částečně, intervence i nadále pokračují (4, 5, 6). Po dobu hospitalizace pacientka bez jakýchkoliv problémů hovořila o své úzkosti. Naučila se jak jí zvládat a předcházet, stále se ale projevují její obavy. Po rozhovoru pacientka přistoupila na konzultaci s odborníkem (psychiatrem), který se zabývá problémy s úzkostí a objednala se na další den.

Výživa porušená, nedostatečná v souvislosti s neschopností požit či strávit potravu či živiny, projevující se sníženou hmotností a nízkou hodnotou BMI (18).

Priorita: střední

Cíl:

Krátkodobý:

- Pacientka umí slovně vyjádřit pochopení příčin, jsou-li známy, a potřebných intervencí, do 48 hodin.

Dlouhodobý:

- Pacientka si osvojí chování a změnu životního stylu, umožňující přibrat na váze a udržet si přiměřenou tělesnou hmotnost, do 24 měsíců (BMI pacientky bude 22).

Výsledná kritéria:

- Pacientka konzumuje stravu s chutí, denně do 2 hodin.
- Pacientka zná potřebné informace o individuálních nutričních potřebách a způsobech, a jak jim dostat, do 24 hodin.
- Pacientka ví, že se má vyhýbat pokrmům s vysokým obsahem vlákniny ve stravě, protože navozují časný pocit sytosti, do 24 hodin.
- Pacientka ví, jak si naplánovat vyváženou a vhodnou stravu, do 48 hodin.
- Pacientka je obeznámena s vyhýbáním se pokrmům, které zvyšují gastrointestinální motilitu (zvýšená tvorba plynů, nevhodná teplota, obsahu kofeinu či mléčného cukru), do 48 hodin.
- Pacientka správně používá techniku pití „nutridrinku“

Ošetřovatelská intervence:

- Posuď, zda pacient/jeho blízcí chápou nutriční potřeby a podej/opatři informace, do 4 hodin (všeobecná sestra, zdravotnický asistent). (1)

- Prodiskutuj stravovací zvyklosti včetně preferovaných jídel, popř. nesnášenlivost/odpor vůči některým potravinám, do 4 hodin (všeobecná sestra). (2)
- Umožni pacientce výběr jídel dle vlastní chuti, do 6 hodin (všeobecná sestra). (3)
- Sleduj pacientky denní příjem potravy, denně (všeobecná sestra, zdravotnický asistent). (4)
- Pravidelně sleduj hmotnost pacientky, 1x týdně, zapisuj do dokumentace (všeobecná sestra). (5)
- Zajisti konzultaci pacientce s dietologem, do 6 hodin (všeobecná sestra). (6)
- Pouč pacientku o dodržování dostatečné hygieně dutiny ústní, denně (všeobecná sestra). (7)
- Zabraň nepříjemných pachům v průběhu podávání jídla a dodržuj zásady stolování, denně (všeobecná sestra, zdravotnický asistent). (8)
- Pouč pacientku o správné technice pití „nutridrinku“, do 24 hodin (všeobecná sestra). (9)
- Pacientka ví, že „nutridrink“ má pít po dobu 60-90 min, do 48 hod. (všeobecná sestra). (10)

Realizace 1. den (21.05.2012):

- Při přijetí jsem pacientku zvážila a její váha byla zapsána do její dokumentace (hmotnost pacientky byla 52 kilogramů).
- S pacientkou jsem prokonzultovala její zvyklosti při stravování a její výživě.
- Nutriční terapeutka byla požádána, aby pacientku a její rodinu informovala o důležitosti správného stravování.
- Pacientka byla poučena nutriční terapeutkou, jaké energetické hodnoty obsahují jednotlivé potraviny.

- Na základě informací, které jsem získala od pacientky, jsem její rodinu poučila, jaké potraviny a domácí jídla popřípadě mohou donést.
- Pacientka s pomocí nutriční terapeutky sestavily dietní výživný plán (energetická vydatná strava, ale za to v menších 5 porcích).
- Pacientka byla informovaná nutriční terapeutkou o předčasném pocitu sytosti, které vyvolává vláknina (pouze menší porce).
- Během podávání jídla jsem předešla nepříjemným zápachům vyvětráním místnosti, kde se pacientka stravuje a zajistila jsem příjemné prostředí.
- Pacientce byl podán „nutridrink“, dle její vlastní chuti (vanilkový).
- Pacientka byla informována o zvýšené hygieně dutiny ústní.
- Pacientka byla poučena o správném stravování „nutridrinku“.

Realizace 2.–6. den (22.-26.05.2012):

- Během dne byla pacientka zvážena a její váha byla zapsána do dokumentace (52,2 kilogramů), také jsem pacientku upozornila, aby se vždy vážila ve stejnou denní dobu, a to 1x za týden.
- Sledovala jsem v průběhu dnů pacientky denní příjem potravy.
- Konzultace s nutriční terapeutkou byla poskytnuta opakovaně (pacientka chtěla ještě bližší informace).
- Příjemné prostředí pro pacientku jsem zajišťovala a nepříjemným zápachům v místnosti, kde se pacientka stravuje, jsem předcházela.
- Pacientce jsem dle jejího výběru podávala „nutridrink“ (čokoládový).

Vyhodnocení:

Cíl byl splněn částečně, i nadále pokračují intervence (5, 6, 7, 8, 9). Pacientka si je plně vědoma, že její stravování a zvyklosti jsou nedostatečné a souhlasila v pokračování dalších intervencí. Zvýšení tělesné hmotnosti jsem nedosáhla, ale ani k jejímu úbytku nedošlo.

Zácpa, méně časté či obtížné vyprazdňování stolice v souvislosti se změnou prostředí/podmínek, projevující se celkovou únavou a zvýšenou plností v břišní krajině na poklep.

Priorita: vysoká

Cíl:

Krátkodobý:

- Pacientka dosáhne obnovení normálního fungování a vyprazdňování střev, do 48 hodin.

Dlouhodobý:

- Pacientka změní své chování a návyky způsobů zaměřené na prevenci recidivy zácpy, do 14 dnů

Výsledná kritéria:

- Pacientka chápe, že by měla dodržovat pravidelný pitný režim, do 2 hodin.
- Pacientka zná změny ve stravování (zařazení či vyloučení některých jídel), do 4 hodin.
- Pacientka ví, jaká jídla jsou vhodná při onemocnění a jsou bohatá na specifické látky, do 4 hodin.
- Pacientka má dostatečný pohyb a chápe, že je velice důležitý, do 6 hodin.
- Pacientka ví, jak postupovat v případě návratu zácpy, do 12 hodin.
- Pacientka zná faktory, které vyvolávají její obtíže, do 12 hodin.

Ošetřovatelské intervence:

- Urči příjem tekutin, zejména z hlediska jejich případného nedostatku, do 12 hodin (všeobecná sestra). (1)

- Posuď míru energie/aktivity a způsob pohybu/cvičení, do 24 hodin (všeobecná sestra, fyzioterapeut). (2)
- Posuď přístupnost záchodu, soukromí a schopnost samostatně pečovat o vlastní osobu, do 24 hodin (všeobecná sestra, zdravotnický asistent). (3)
- Zhodnot' užívání léků, možné interakce a vedlejší účinky (antacida, chemoterapie, železo, rentgenkontrastní látky), do 48 hodin (všeobecná sestra). (4)
- Prober s pacientkou obvyklý stravovací režim a povšimni si stavu dutiny ústní a zubů vzhledem k možnému vlivu na příjem, do 72 hodin (všeobecná sestra). (5)
- Poznamenej faktory, které obvykle mají stimulační účinek i rušivé okolnosti, do 72 hodin (všeobecná sestra). (6)
- Vysvětli význam konzumace ovocných šťáv obsahující dužinu, doporuč pití teplých stimulačních nápojů (káva bez kofeinu, horká voda, čaj), které podporují zvlhčení stolice, do 72 hodin. (všeobecná sestra, nutriční terapeut). (7)
- Prober s pacientkou, obvyklý způsob vyprazdňování a problémy, jimiž je provázeno, do 1 týdne (všeobecná sestra). (8)
- Dle ordinace lékaře podávej změkčovadla stolice, mírná stimulancia nebo prostředky zvětšující objem stolice, do 24 hod. (všeobecná sestra). (9)

Realizace 1. den (21.05.2012):

- Pacientku jsem poučila o účincích léků, které jí napomůžou se vyprázdnit, a dále byla požádána, aby sdělila, zda proběhlo úspěšně vyprázdnění.
- Spolu s pacientkou jsme prokonzultovali rušivé elementy, které nemají pozitivní vliv na defekaci.
- Požádala jsem fyzioterapeutku, aby se s pacientkou domluvily na pravidelném pohybovém režimu.

- Domluvila jsem pacientce rozhovor s nutriční terapeutkou.

Realizace 2.-6. den (22.-26.05.2012):

- Pacientce jsem dle ordinace lékaře podala laxantiva.
- Fyzioterapeutka se s pacientkou domluvila na břišních masážích.
- Zajistila jsem pacientce za dohledu fyzioterapeutky procházku.
- Nutriční terapeutka pacientku poučila o energetických hodnotách jednotlivých potravin.
- Pacientka souhlasila s radikální změnou dietního režimu a zajímala se i o další informace k danému problému.
- Zabezpečila jsem pacientce klidné prostředí a podmínky k vyprázdnění.
- Pacientka předala informace o vyprázdnění.

Vyhodnocení:

Cíl se podařila splnit. Pacientka 3. den své hospitalizace informovala o kvalitním vyprázdnění. Byla velice spokojená, protože nepříjemné, zvětšené břicho již nemá.

Strach v souvislosti se změnami zdravotního stavu (remise, relaps, komplikace), způsobu interakce a plněním rolí, projevující se pocity bezmocnosti, zvýšenou koncentrací na vlastní osobu, znepokojením, zvýšeným napětím a ztíženým usínáním.

Priorita: střední

Cíl:

Krátkodobý:

- Pacientka bude schopna mluvit o svých problémech, do 24 hodin.

Dlouhodobý:

- Pacientka bude zbavena strachu na nejnižší možnou hodnotu, do 14 dnů.

Výsledná kritéria:

- Pacientka si je plně vědoma příčin, které její strach vyvolávají, do 12 hodin.
- Pacientka si uvědomuje, že může navštívit specializovaného pracovníka, který se zabývá strachem, do 24 hodin.
- Pacientka zvládá svůj strach správnými technikami, do 24 hodin.
- Pacientka se naučí relaxaci a podobným technikám, do 48 hodin.
- Pacientka dává najevo přiměřené spektrum citů a zmírněný strach, do 48 hod.

Ošetřovatelské intervence:

- Povídej si s pacientkou a získej si její důvěru, do 48 hodin (všeobecná sestra). (1)
- Zjisti, jak pacientka/její blízcí vnímají, k čemu dochází a jak to ovlivňuje jejich život, do 12 hodin (všeobecná sestra, psycholog). (2)
- Všimni si, nakolik je pacientka soustředěna a kam upírá pozornost, do 3 hodin (všeobecná sestra). (3)

- Naslouchej pacientovi, aktivně naslouchej jeho obavám, do 3 hodin (všeobecná sestra). (4)
- Zařid', aby s pacientkou stále někdo byl, nebo jí byl nablízku, denně (všeobecná sestra). (5)
- Vysvětli pacientce potřebné postupy na takové úrovni, aby byla schopna je pochopit a realizovat, do 12 hodin (všeobecná sestra). (6)
- Pouč pacientku o možnosti využití relaxačních technik, do 2 hodin (všeobecná sestra, fyzioterapeut). (7)
- Nabídní pacientce možnost využití konzultace s psychologem, do 5 hodin (všeobecná sestra). (8)
- Vysvětli, jak strach někdy bývá životu prospěšný, a že má svůj význam, do 24 hodin (všeobecná sestra). (9)

Realizace 1. den (21.05.2012):

- Pacientka byla oslovena a pobídnuta k rozhovoru, aby mi vypověděla o svých obavách, a zda-li jí něco trápí.
- Pacientka vypověděla o svém strachu a nedělá jí žádné problémy si se mnou o něm popovídat.
- Poskytla jsem pacientce dostatek času a pochopení, aby se mohla vypovídat.
- Dovolila jsem pacientce volně vyjádřit city a uznala jsem normálnost strachu, bolesti a zoufalství.
- Pacientku jsem povzbuzovala ke kontaktu s vrstevníky, aby pomohli dočasně zapomenout na její strach.
- Umožnili jsme pacientce kontakt s rodinou a poskytli jsme jim soukromí.

Realizace 2.-6. den (22.-26.05.2012):

- Pacientku jsem informovala o možnosti konzultace s psychologem.

- Požádala jsem fyzioterapeutku, aby se s pacientkou domluvily na dechových a relaxačních cvikách.
- Pacientka souhlasila, že s fyzioterapeutkou budou nacvičovat dechové a relaxační cvičení.
- Denně jsem s pacientkou vedla rozhovor o jejím strachu.
- Zajistila jsem pacientce každodenní kontakt s okolím, a také s její rodinou.
- Pacientka každý den vede rozhovor s psychologem, který jí nabídl svou pomoc.

Vyhodnocení:

Cíl se podařil splnit částečně, intervence pokračují (5, 6, 7, 8). Pacientka jak se mnou, tak i s psychologem otevřeně hovořila o svém strachu. S fyzioterapeutkou pacientka dále pokračuje v dechovém i rehabilitačním cvičení. Po ukončení hospitalizace pacientka souhlasila, že bude i nadále navštěvovat psychologa ze zdejšího oddělení.

Porucha spánku v souvislosti se změnou prostředí, obavami a zvýšeným výskytem rušivých elementů, projevující se stížnostmi na potíže s usínáním, kruhy pod očima, neklidem a podrážděností

Priorita: nízká

Cíl:

Krátkodobý:

- Pacientka konstatuje zlepšení kvality i délky svého spánku do 24 hodin.

Dlouhodobý:

- Pacientka bude mít kvalitní spánek po celou dobu hospitalizace.

Výsledná kritéria:

- Pacientka usíná do 30 minut po uložení do lůžka.
- Pacientka spí nejméně 6 hodin bez probuzení.
- Pacientka po probuzení se cítí odpočatá.
- Pacientka se neprobouzí vícekrát, jak 2x za noc a po probuzení do 15 minut usne.
- Pacientka zná relaxační techniky, které vyvolávají spánek.

Ošetrovatelské intervence:

- Sleduj průměrnou délku spánku pacientky (všeobecná sestra). (1)
- Zjisti rizikové faktory způsobující poruchy spánku (všeobecná sestra). (2)
- Udržuj klidné a tiché prostředí, zavři dveře a omezuj množství rušivých elementů z okolí (všeobecná sestra). (3)
- Neruš zbytečně spánek pacientky (všeobecná sestra). (4)

- Informuj pacientku o rovnováze mezi aktivitou a odpočinkem v průběhu dne (všeobecná sestra popřípadě fyzioterapeut). (5)
- Pouč pacientku o zásadách spánkové hygieny (všeobecná sestra). (6)
- Pokud je to možné nepodávej pacientce tekutiny po 20. hodině (všeobecná sestra). (7)
- Umožni pacientce provádět před spaním činnosti, na které byla zvyklá (všeobecná sestra). (8)

Realizace 1. den (21.05.2012):

- Ráno jsem se pacientky zeptala, jak se jí spalo, jestli se cítí odpočatá a jestli se v průběhu noci budila. Pacientka konstatovala, že se téměř nevyspala.
- Zjistila jsem rizikové faktory způsobující poruchu spánku (výskyt velkého množství rušivých elementů během noci).
- Poučila jsem pacientku, aby nespala přes den.
- Fyzioterapeutka poučila pacientku o zásadách spánkové hygieny.
- Zabezpečila jsem pohodu a možnost relaxace pacientky.
- Zabezpečila jsem pacientce noviny a časopisy, nabídla jsem možnost projít se po parku, který patří k areálu nemocnice, nabídla jsem možnost sledování televize nebo jiné aktivity na které byla zvyklá.
- Předala jsem informace o pacientce sestře v noční službě.
- Sestra v noční službě zajistila klidné a tiché prostředí.
- Sestra v noční službě dala pacientce vypít před spaním teplé mléko s medem.
- Sestra v noční službě před spaním v pokoji vyvětrala.

Realizace 2. den (22.05.2012):

- Při ranní hygieně jsem se zeptala pacientky, jak se jí spalo. Pacientka konstatovala zlepšení, usnula bez problému, ale v noci se probudila 2x a asi do 30 minu po probuzení znovu usnula.
- Spolu s pacientkou jsme probraly rušivé elementy z okolí, které se nepodařily dostatečně odstranit (hluk) a zajistila jsem nápravu (špunty do uší).
- Zajistila jsem pacientce přes den dostatek aktivity.
- Nabádala jsem pacientku, aby nespala přes den, pacientka souhlasila.
- Předala jsem informace o pacientce sestře v noční službě.
- Sestra v noční službě zajistila klidné a tiché prostředí.
- Sestra v noční službě dala pacientce vypít před spaním teplé mléko s medem.
- Sestra v noční službě před spaním v pokoji vyvětrala.

Realizace 3.-5. Den (23.-24.05.2012):

- Pacientka konstatovala zlepšení spánku, v noci se probudila pouze jednou, do 15 minut po probuzení znovu usnula.
- Navrhla jsem pacientce, aby i nadále pokračovala v intervencích, pacientka se usmála a souhlasila.

Vyhodnocení:

Cíl se podařil splnit úplně. Pacientka 2. den hospitalizace konstatovala zlepšení kvality spánku, v noci se probudila 2x, do 30 minut po probuzení opět usnula. 3-5 den hospitalizace byl spánek již kvalitní, vymizely všechny doprovodné projevy poruchy spánku, pacientka byla klidná a spokojená.

6 Zhodnocení ošetrovatelské péče

Pacientka H.R. ve věku 72 let s diagnózou malobuněčný bronchiální karcinom plic po ukončených 6 cyklech chemoterapie, st.p. RTG plic a mediastina, byla přijata k další chemoterapii III.linie 1.cyklu po dobu 21 dní. Pacientka je nyní stabilizovaná, bez teploty, stolice 1x denně, dušnost stále přetrvává. Vitální funkce při přijetí: TK: 119/70 mmHg, P: 85/min, D: 19/min, TT: 37,2 °C, hmotnost 52 kg, výška 170 cm, BMI: 18.

Na základě dat, která byla získána od pacientky, její rodiny a z ošetrovatelské a lékařské dokumentace bylo vypracováno systematické zhodnocení podle koncepčního modelu M. Gordonové „modelu fungujícího zdraví“. Poté byly stanoveny aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy, na základě kterých byla aplikována ošetrovatelskou péčí.

Stanoveny byly 4 aktuální a 1 potenciální ošetrovatelské diagnózy. Jako aktuální diagnózy byly stanoveny **úzkost středně závažná, výživa porušená, zácpa a strach**. Jako diagnózy potenciální byly pak stanoveny **spánek porušený**. Některé z diagnóz se podařilo splnit úplně (**spánek porušený, zácpa**). Některé se podařily splnit částečně (**úzkost středně závažná, výživa porušená, strach**), u těchto diagnóz ošetrovatelské intervence pokračují i po odchodu pacientky do domácího ošetření.

7 Zhodnocení ošetrovatelské péče sestrou

Důležité je dát důraz na skutečnost, že některé z těchto diagnóz jsou na řešení velice zdlouhavé a náročné došlo i k problémům, jejichž cíle nebyly splněny úplně k jistému posunu a zlepšení. U první ošetrovatelské diagnózy, **úzkost středně závažná**. Po dobu hospitalizace pacientka se naučila zvládat a předcházet své úzkosti a otevřeně o ní hovořila. Obavy se ale stále vyskytují a projevují se smutkem v obličeji. Později pacientka přistoupila k tomu, že bude navštěvovat psychologa a objednala se na druhý den po našem rozhovoru.

Při řešení druhé diagnózy, **výživa porušená, nedostatečná**, byl výsledek ten, že pacientka si připustila, jak je důležité stravovat se pravidelně, a že by strava měla být pestrá, aby se její hmotnost přiměřila k její výšce. Se všemi navrženými intervencemi pacientka souhlasila a slíbila, že je bude dodržovat. Po dobu hospitalizace nebylo dosaženo cíle, aby pacientka přibrala na váze z důvodu hospitalizace a jejímu základnímu onemocnění (bronchiální karcinom + chemoterapie). Ale ani k úbytku na váze také nedošlo.

U řešení třetí diagnózy, **strach**, se podařilo, aby pacientka o svém strachu hovořila otevřeně a svůj strach dokázala pojmenovat, dále se naučila správné technice, jak svůj strach do určité míry zvládat a přijala doporučení pro setkání s psychologem.

Čtvrtou diagnózou byla **zácpa**, kde se cíl podařilo splnit a pacientka již netrpí nadměrným nadýmání a podařilo se jí vyprázdnit. Pacientka se naučila správné technice stravování, dodržovala pitný režim, aktivně chodila na procházky a u fyzioterapeutky podstupovala pravidelné masáže břicha, která jí byla doporučena. Pacientka se nyní cítí uvolněně a tyto techniky bude i nadále dodržovat.

U poslední diagnózy, **spánek porušený** se cíl podařilo splnit úplně. U pacientky nedošlo k žádnému narušení zvyklostí či problémům se spánkem. Pacientka po dobu hospitalizace spala pravidelně 8 hodin a v noci neměla problémy s probouzením se. Ráno byla vždy odpočatá a známky po kruzích pod očima nebyly viditelné.

7.1 Zhodnocení ošetrovatelské péče pacientkou a její rodinou

Pacientka v průběhu hospitalizace byla velice spokojená a měla opravdový zájem o všechny nové informace týkající se její nemoci, výživy i pitného režimu. Naučila se novým relaxačním technikám, dechovým cvičením a zásadám spánkové hygieny, které dle jejích slov bude praktikovat i v běžném životě. Dále byla pacientka spokojena s přístupem lékařů, všeobecných sester i dalšího nelékařského zdravotnického personálu. **Rodina pacientky** byla též spokojena s péčí o pacientku a s velkou ochotou nové informace týkající se výživy a pitného režimu přijala.

7.2 Doporučení pro praxi

Ošetrovatelská péče o pacienty trpící karcinomem plic, kteří podstupují chemoterapii by měla být komplexní. A i přes to jsme zjistili, že péče o pacienty mají jisté nedostatky. Na základě tohoto zjištění bychom rádi doporučili několik řešení, jak správně pečovat o pacienty s ošetrovatelskou péčí o nemocné s karcinomem plic, a jak ošetrovatelskou péči ještě zkvalitnit.

Management zdravotnického zařízení (vrchní sestry, staniční sestry):

- Podporovat vzdělávání sester a dalšího nelékařského zdravotního personálu v oblasti specifik léčby a ošetrovatelské péče o pacienta s karcinomem plic
- Iniciovat vznik speciálních edukačních materiálů pro pacienty a jejich nejbližší příbuzné.
- Pravidelně hodnotit kvalitu poskytované péče (například formou dotazníků).

Všeobecné sestry a další nelékařský zdravotnický personál:

- Pozitivně motivovat pacienty do další léčby.
- Podporovat pacienty v dodržování léčby a všech nutných opatření.
- Snažit se udržovat soukromí pacientů
- Vzdělávat se v oblasti ošetrovatelské péči o pacienta s karcinomem plic

- Zkvalitnit komunikaci s pacienty s nádorovým onemocněním a jejich rodiny

Pacienti a jejich rodinní příslušníci:

- Aktivně spolupracovat s lékaři, všeobecnými sestrami a jiným nelékařským zdravotnickým personálem.
- Striktně dodržovat nastavený režim a všechna jejich potřebná doporučení.
- Aktivně vyhledávat všechny nejnovější informace o této nemoci.
- Pravidelně docházet do ambulantního ošetření.

ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči o pacienta s karcinomem plic. Všechna nádorová onemocnění plic zůstávají velice dlouhou dobu klinicky němá. Platí však, že v době, kdy se objeví první klinické příznaky, je pouze 7 % nádorů operabilních. To však znamená, když už se projeví příznaky a diagnostikuje se nádorové onemocnění, jsou již operabilní jen 93 % nádorů. Skutečností a jednou z příčin také je, že pacienti, kteří trpí nádorem plic nepocítují bolest, jelikož plíce nemají senzitivní nervy. Proto si také myslíme, že nejdůležitější součástí u onemocnění karcinomu plic je pro nemocné důležitý ošetrovatelský proces, který převážně vykonávají všeobecné sestry. Veliký důraz je kladen na empatický přístup, profesionalitu, autoregulační mechanismy a na osobní zralost všeobecných sester. Nejen komunikace, ale také způsob, jakým vykonáváme činnosti spojené s ošetřováním hraje velikou roli u nemocného s karcinomem plic.

Cílem bakalářské práce bylo navrhnout individuální plán ošetrovatelské péče o pacienta s karcinomem plic za využití metodologie ošetrovatelského procesu a koncepčního modelu dle M. Gordonové s ohledem na holistickou péči. Cílem také bylo poskytnout kvalitní informace o tomto onemocnění nejen laické veřejnosti, ale i samotným nemocným trpícím karcinomem plic a jejich rodinám, informovat je o možnostech prodloužení klidových období pomocí dietních opatření. Cíl byl splněn, k dosažení tohoto cíle jsme využili následujících možností. Za prvé jsme zpracovali co největší množství teoretického materiálu, snažili jsme se využít zkušeností, které máme s těmito jedinci. A za druhé jsme se zaměřili na sestavení systematického zhodnocení dle koncepčního modelu M. Gordonové, vytyčení aktuálních a potencionálních diagnóz a následně na ošetrovatelskou péči.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. DOEGLES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Druhé, přepracované a rozšířené vydání. Praha : Grada, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
2. DRÁBKOVÁ, J. 1998. *Teoretické podklady-anatomie, fyziologie a patofyziologie*. Pomocný učební text. Brno : IDVPZ, 1998.
3. FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2006. *Ošetrovatelství -teorie*. Martin : Osveta, 2006. ISBN 80-8063-182-4 (1. slov. vyd.), ISBN 80-8063-227-8. (1. čes. vyd.)
4. HORTON, J.; HILL, G. J. a spol. 1977. *Klinická onkologie*. Praha : Avicenum, 1977.
5. KOLEKTIV AUTORŮ. 1966. *Péče o nemocné chronickou obstrukční plicní nemocí v České republice*. Praha : BOEHRINGER INGELHEIM, 1966. ISBN 80-901743-3-7
6. KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetrovaťelstvo I*. Martin : Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
7. MAČÁK, J.; MAČÁKOVÁ, J. 2004. *Patologie*. Praha : Grada, 2004. ISBN 80-247-0785-3.
8. MÁČEK, M.; SMOLÍKOVÁ, L. 1995. *Pohybová léčba u plicních chorob*. Praha : Victoria publishing, 1995. ISBN 80-7187-010-2.
9. MASTILIÁKOVÁ, D. 2002. *Úvod do ošetrovatelství*. Praha : Karolínium. 2002. ISBN 80-246-0429-9.
10. MIKŠOVÁ, Z.; FROŇKOVÁ, M.; HERNOVÁ, R.; ZAJÍČKOVÁ, M. 2006. *Kapitoly z ošetrovateľskej péče I*. Aktualizované a doplněné vydání. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1442-6.
11. NOVOTNÁ, J.; UHROVÁ, J.; JIRÁSKOVÁ, J. 2006. *Klinická propedeutika*. Praha : Fortuna, 2006. ISBN 80-7168-940-8.
12. PAVLÍKOVÁ, S. 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1211-3.

13. RIEDEL, M., 2000. *Choroby plicního oběhu*. Praha : Galén, 2000. ISBN 80-7626-056-8
14. STRÍTESKÝ, J. 2001. *Patologie*. Olomouc : Epava, 2001. ISBN 80-86297-06-3.
15. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJDLÁ, M. 2006. *Interní ošetřovatelství I*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1148-6.
16. ŠAFRÁNKOVÁ, A.; NEJDLÁ, M. 2006. *Interní ošetřovatelství II*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1777-8.
17. TETŘL, M.; KRÁKOROVÁ, G.; PEŠEK, M. a kol. 2004. *Plicní lékařství*. Praha : Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0820-0.
18. VENGLÁŘOVÁ, M.; MAHROVÁ, G. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
19. VOKURKA, M.; HUGO, J. a kol. 2008. *Velký lékařský slovník*. 8. vydání. Praha : Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-166-0.
20. WORKMAN, B. A.; BENNETT, C. L. 2006. *Klíčové dovednosti sester*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1714-X .
21. ZATLOUKAL, P.; PETRUŽELKA, L. 2001. *Karcinom plic*. Praha : Grada, 2001. ISBN 80-7169-819-9.

SEZNAM PŘÍLOH

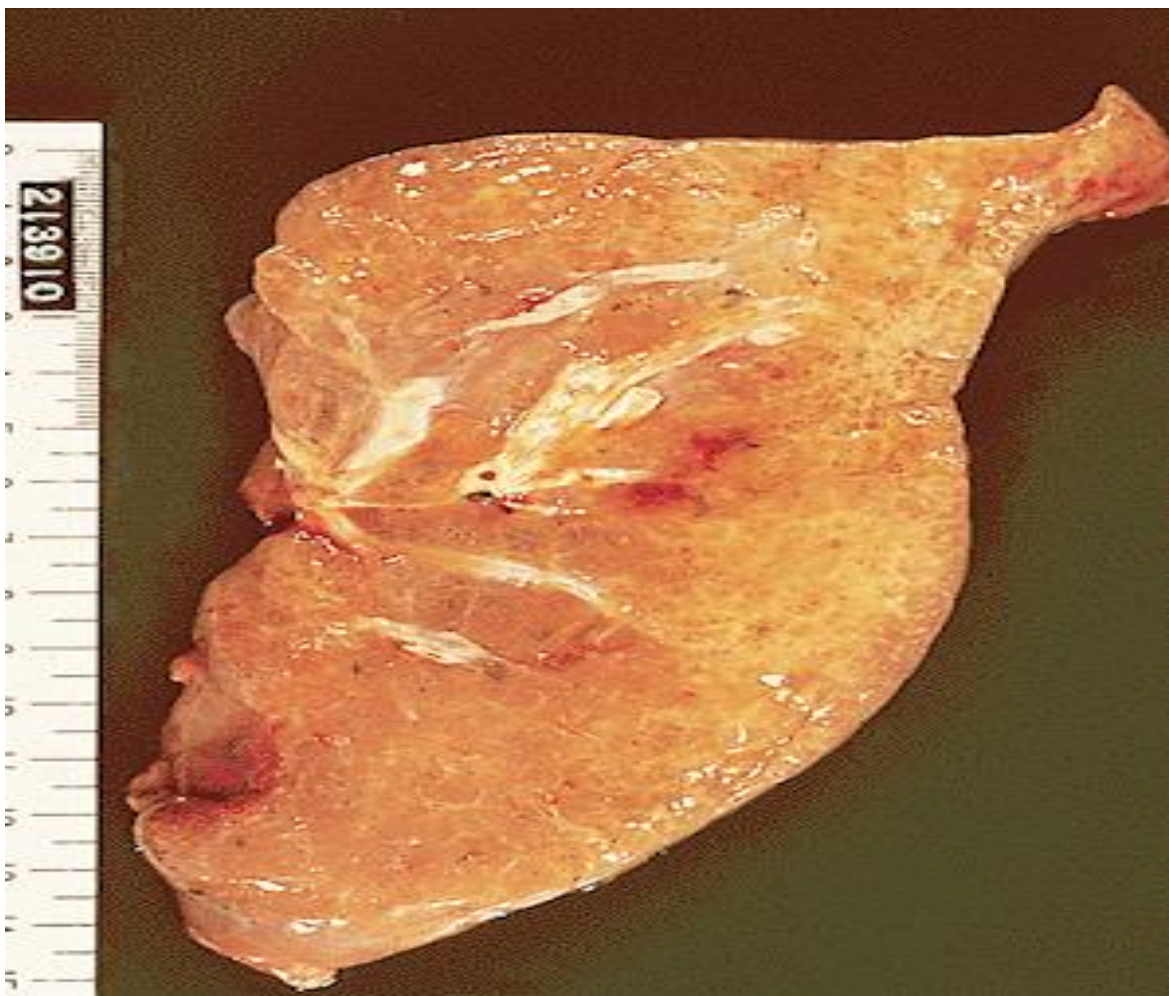
Příloha A – Karcinoid.....	i
Příloha B - Bronchioloalveolární karcinom	ii
Příloha C – Adenokarcinom	iii
Příloha D - Dlaždicobuněčný karcinom	iv
Příloha E - Plicní hemartom	v
Příloha F – Tabulka hodnot BMI a BMI grid cs.svg	vi
Příloha G – Čestné prohlášení	vii

Příloha A - Karcinoid



Zdroj: Archiv MUDr. Ladislava Nováka

Příloha B - Bronchioloalveolární karcinom



Zdroj: Archiv od MUDr. Ladislava Nováka

Příloha C - Adenokarcinom



Zdroj: Archiv od MUDr. Ladislava Nováka

Příloha D - Dlačicobuněčný karcinom



Zdroj: Archiv MUDr. Ladislava Nováka

Příloha E – Plicní hemartom



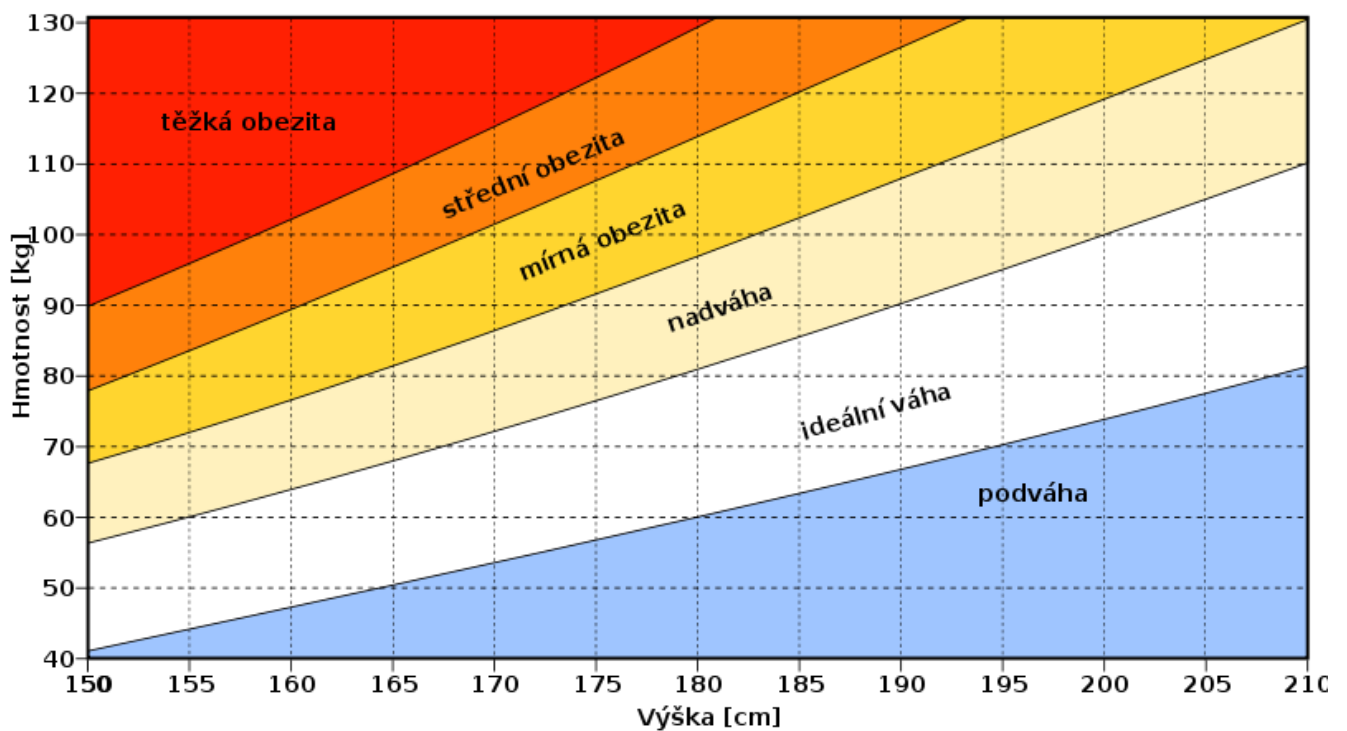
Zdroj: Archiv MUDr. Ladislava Nováka

Příloha F – Tabulka hodnot BMI

Tabulka hodnot BMI	
Podváha	< 18,5
Normální hmotnost	18,5–25,0
Nadváha	25,1–30,0
Obezita	30,1–40,0
Morbidní obezita	> 40

Zdroj: http://www.wikiskripta.eu/index.php/Soubor:BMI_grid_cs.svg

BMI grid cs.svg



Zdroj: http://www.wikiskripta.eu/index.php/Soubor:BMI_grid_cs.svg

Příloha G – Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem informace a podklady potřebné pro sepsání bakalářské práce získala během odborné praxe realizované na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s., Duškova7, Praha 5.

V Praze 22. 8. 2012