

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA PO OPERACI
KARCINOMU DOLNÍ ČELISTI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LENKA PODHAISKÁ

Praha 2013

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA PO OPERACI
KARCINOMU DOLNÍ ČELISTI**

Bakalářská práce

LENKA PODHAISKÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD., MPH., RS

Praha 2013



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Podhaiská Lenka
3. B VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 29. 3. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče o pacienta po operaci karcinomu dolní čelisti

Nursing Care of Patient after Surgery for Mandible Cancer

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Anna Mazalánová, PhD.

V Praze dne: 3. 9. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

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 25. 3. 2013

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji doc. PhDr. Anně Mazalánové, PhD., MPH., RS za odborné pedagogické vedení a podporu, kterou mi poskytla při vypracování mé bakalářské práce.

Děkuji MUDr. Petrovi Jirákovvi, lékaři ORL oddělení Nemocnice Na Homolce, za pomoc a cenné rady při tvorbě mé bakalářské práce.

ABSTRAKT

PODHAISKÁ, Lenka. *Ošetrovatelská péče o pacienta po operaci karcinomu dolní čelisti*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc). Vedoucí práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD., MPH., RS. Praha 2013. 65 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče a edukace u pacientky po operaci karcinomu dolní čelisti s následnou částečnou resekci dolní čelisti a voperováním náhrady. Pacientka je vnímána jako holistická bytost a jsou zachovány všechny její potřeby. Teoretická část se mimo jiné věnuje patofyziologii, příznakům, diagnostice a léčbě onemocnění. Uvádí úkoly sestry v pooperačním období. Praktická část se zabývá vlastním ošetrovatelským procesem dle Marjory Gordon a jejím rozpracováním všech dvanácti funkčních vzorců zdraví. Cíleným vyhledáváním pacientčinych problémů byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy a vytvořen plán ošetrovatelské péče. Závěr práce se věnuje edukaci pacientky v oblasti komplikací, v péči o nasogastrickou sondu a rehabilitaci temporomandibulárního kloubu. Cílem je předejít komplikacím a připravit pacientku na návrat do domácího prostředí.

Klíčová slova

Dolní čelist. Edukace. Karcinom. Péče. Resekce

ABSTRACT

PODHAISKÁ, Lenka. *Nursing Care of Patients after Surgery of Mandibular Cancer*. Nursing College. Degree: Bachelor (Bc.). Tutor: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD., MPH., RS. Prague 2013. 65 pages.

The main topic of this bachelor thesis is nursing care and patient education after surgery for mandibular cancer with a follow-up partial mandible resection and replacement implantation. The patient is perceived as holistic being with all her needs attended to. The theoretical part is devoted to pathophysiology, signs and symptoms, diagnostics and treatment. Nurses' tasks in patient care in the post-operative period are listed. The practical part of the thesis covers the actual process of providing care based on the principles formulated by Marjory Gordon who has elaborated the process into twelve functional health patterns. Based on targeted search for the patient's problems nursing diagnoses have been established and a nursing plan proposed. The concluding section of the thesis is devoted to patient education as regards possible complications, nasal-gastric probe care and temporal-mandibular joint rehabilitation. It is our aim to avoid complications and prepare the patient for the transition to her home environment.

Key words

Mandible, Education, Carcinoma, Care, Resection

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST.....	15
1 Etiologie a symptomatologie karcinomu dolní čelisti.....	15
1.1. Patofyziologie onemocnění.....	15
1.1 Typy maligních nádorů dolní čelisti.....	16
1.2 Příčiny a příznaky karcinomu dolní čelisti.....	17
1.2.1 Příčiny karcinomu dolní čelisti.....	17
1.2.2 Příznaky karcinomu dolní čelisti.....	17
2 Diagnostika, léčba, prevence a prognóza onemocnění.....	18
2.1 Diagnostika karcinomu dolní čelisti.....	18
2.2 Léčba karcinomu dolní čelisti.....	19
2.2.1 Chirurgická léčba – provedení operace.....	20
2.2.2 Indikace k operaci karcinomu dolní čelisti.....	21
2.2.3 Druhy operací karcinomu dolní čelisti.....	21
2.2.4 Typy protetických náhrad dolní čelisti.....	21
2.3 Prevence a prognóza karcinomu dolní čelisti.....	22
2.3.1 Prevence karcinomu dolní čelisti.....	22
2.3.2 Prognóza karcinomu dolní čelisti.....	23
3 Péče o pacienta před a po operaci, pooperační komplikace.....	24
3.1 Předoperační příprava pacienta.....	24
3.1.1 Celková příprava před operací.....	24

3.1.2	Bezprostřední příprava před operací.....	25
3.2	Pooperační péče a pooperační komplikace.....	26
3.2.1	Bezprostřední pooperační péče.....	26
3.2.2	Celková pooperační péče.....	26
3.2.2.1	Periferní žilní katétr.....	27
3.2.2.2	Permanentní močový katétr.....	28
3.2.2.3	Nasogastrická sonda.....	28
3.2.2.4	Redonův drén.....	29
3.2.3	Pooperační komplikace.....	29
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	31
4	Posouzení stavu pacientky.....	31
4.1	Identifikační údaje a anamnéza pacientky.....	31
4.1.1	Identifikační údaje.....	32
4.1.2	Anamnéza.....	32
4.2	Fyzikální vyšetření provedená sestrou při hospitalizaci.....	33
4.2.1	Celkový stav pacientky.....	34
4.2.2	Vyšetření hlavy.....	34
4.2.3	Vyšetření krku.....	34
4.2.4	Vyšetření hrudníku a břicha.....	34
4.2.5	Vyšetření končetin, páteře a lymfatických uzlin....	35
5	Ošetrovatelský proces.....	36
5.1	Ošetrovatelská anamnéza podle modelu Marjory Gordon.....	36
5.1.1	Vnímání zdraví.....	36

5.1.2	Výživa a metabolismus.....	37
5.1.3	Vylučování.....	38
5.1.4	Aktivita a cvičení.....	38
5.1.5	Spánek a odpočinek.....	38
5.1.6	Vnímání a poznání.....	39
5.1.7	Sebepojetí.....	40
5.1.8	Role a mezilidské vztahy.....	40
5.1.9	Sexualita.....	40
5.1.10	Stresové a zátěžové situace.....	40
5.1.11	Životní hodnoty.....	41
5.1.12	Jiné.....	41
5.2	Den pacientky v nemocnici.....	41
5.2.1	Situační analýza.....	43
5.2.2	Ošetrovatelské diagnózy u pacientky.....	43
5.2.3	Plán ošetrovatelské péče u pacientky.....	44
5.2.4	Zhodnocení ošetrovatelské péče.....	55
6	Edukace pacientky.....	56
6.1	Informace a základní pomůcky k edukaci.....	56
6.2	Postup edukace a zhodnocení.....	57
6.2.1	1. edukační den.....	57
6.2.2	2. edukační den.....	57
6.2.3	Zhodnocení edukace.....	58
7	Doporučení pro praxi.....	59

ZÁVĚR.....	61
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	63
INTERNETOVÉ ZDROJE.....	64
ZDROJE Z ODBORNÝCH ČASOPISŮ.....	65
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

amp.	ampule
ARO.....	anesteziologicko-resuscitační oddělení
ATB.....	antibiotika
BMI.....	Body Mass Index
CT.....	computerová, počítačová tomografie
cps.	kapsle
DF.....	dechová frekvence
DNA.....	deoxyribonukleová kyselina
d. p.	dle potřeby
EKG.....	elektrokardiografie
FF.....	fyziologické funkce
FR.....	fyziologický roztok
i.v.	intravenózní tj. nitrožilní
LDK.....	levá dolní končetina
MR.....	magnetická rezonance
NGS.....	nasogastrická sonda
NNH.....	Nemocnice Na Homolce
OPG.....	ortopantomogram tj. panoramatický rentgenový snímek
ORL.....	otorynolaringologie
P.....	pulz
PDK.....	pravá dolní končetina
PET.....	pozitivní emisní tomografie

PMK..... permanentní močový katétr

RHB..... rehabilitace

RTG..... rentgenologické vyšetření

SpO2..... satureovaný kyslík

tbl. tableta

TEP TMK..... totální endoprotéza temporomandibulárního kloubu

TMK..... temporomandibulární kloub

TK..... krevní tlak

TT..... tělesná teplota

ÚVOD

Pro bakalářskou práci byla vybrána pacientka s diagnózou karcinom dolní čelisti. Zvolení tématu bylo ovlivněno naší dlouholetou praxí na ORL ambulanci, kde je i specializovaná poradna zaměřená na obtíže s temporomandibulárním kloubem. Hlavní léčba spočívá v radikální resekci nádoru a to včetně části či celé dolní čelisti. Tento rozsáhlý výkon má výrazný vliv na funkci, estetiku a psychiku pacienta. Díky neustálému pokroku v otorinolaryngologii, stomatochirurgii a ortopedii, je možné tuto ztrátu řešit totální kloubní náhradou a dát tak pacientovi určitou naději vrátit se do běžného života. Tento fakt byl pro nás hlavní motivací, věnovat se právě tomuto tématu.

Počet nádorových onemocnění má v posledních letech stoupající tendenci. V současné době se v České republice, hned po kardiovaskulárních onemocněních, jedná o druhé nejčastější onemocnění a to z hlediska výskytu, ale i úmrtnosti. Každoročně se objevuje asi 60 000 nových případů. Orofaciální malignita je zastoupena 3-5 %. Nádorové onemocnění dolní čelisti nepatří mezi nejčastější maligní onemocnění tohoto oboru.

Tato práce má za úkol nahlédnout do chirurgického řešení problému. Věnuje se ale především ošetrovatelské péči z pohledu sestry. Cílem je ukázat přehledný a ucelený postup péče o pacienta.

Bakalářská práce má dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. První je věnována patofyziologii, příčinám a příznakům onemocnění. Druhá část se zabývá léčbou, prevencí a prognózou. Třetí kapitola je zaměřena na předoperační, pooperační péči a hrozící komplikace. Praktická část tvoří tematický celek zaměřený na posouzení stavu pacientky, ošetrovatelský proces a edukaci. Podle získaných informací od nemocné, rodinných příslušníků, ostatních členů ošetrovatelského týmu a ze zdravotnické dokumentace jsme stanovily ošetrovatelské diagnózy a to s pomocí Kapesního průvodce sestry a podle NANDA taxonomie I. Vypracovali jsme plán ošetrovatelské péče, realizaci a hodnocení. V závěru práce se zabýváme edukační činností. Zaměřili jsme se na informace o možných komplikacích, na péči o nasogastrickou sondu a rehabilitaci temporomandibulárního kloubu. V průběhu celého ošetrovatelského procesu hrála velkou roli informovanost, spolupráce a psychický stav pacientky.

Vypracovaná práce bude sloužit jako informační zdroj studentům oboru všeobecná sestra, ošetrovatelství a všem zdravotnickým pracovníkům. Poskytne ucelený přehled ošetrovatelské péče a přispěje k zlepšení její kvality.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ETIOLOGIE A SYMPTOMATOLOGIE KARCINOMU DOLNÍ ČELISTI

Dolní čelist a spánková kost vytváří temporomandibulární kloub (TMK). Tento kloub má své specifické vlastnosti. Mechanismus vzniku karcinomu dolní čelisti je různorodý. Zhoubné novotvary dolní čelisti lze rozdělit do několika skupin.

1.1 Patofyziologie onemocnění

Dolní čelist tj. mandibula je jediná pohyblivá kost lebky (Příloha A – Obrázek 1). Je nepárová. Má podkovovitý tvar a patří mezi nejsilnější a nejmohutnější obličejové kosti. Skládá se z těla a dvou ramen, na jejichž koncích jsou pravá a levá kloubní hlavice. Kloubní jamky jsou součástí spánkové kosti. Kloub, který vytváří, se nazývá temporomandibulární. Tělo dolní čelisti vybíhá v alveolární a bradový výběžek. Ramena jsou zakončena koronoideálním a kondylárním výběžkem. Součástí těla je otvor nazývaný se foramen mentale. Jedná se o vyústění čelistního kanálu, kterým vystupují nervy a cévy, tedy žíla, tepna a dolní větev nervu trigeminu.

Pro TMK je charakteristický bilaterální pohyb, což znamená, že pohyb jednoho kloubu je spojen vždy s pohybem druhostranným. Fyziologický pohyb kloubu se skládá ze dvou druhů pohybu a to rotačního a translačního (tj. posuvného). Mezi další charakteristiky patří přítomnost mobilního disku a limitovaný anatomický prostor v okolí rizikové struktury (MACHOŇ aj., b2008).

Karcinom dolní čelisti vzniká primární nebo sekundární cestou. V primárním případě se jedná o nádor dolní čelisti, který je již od začátku zhoubný nebo následně zmalignizovaný novotvar. Pro sekundární výskyt jsou charakteristické metastázy, které v této oblasti ale nejsou časté. Může je způsobit např. karcinom štítné žlázy či Grawitzův tumor, tedy adenokarcinom ledvin. Dalším mechanismem vzniku je prorůstání novotvaru z okolních tkání např. spodiny dutiny ústní.

Mazánek (2010) uvádí, že vznik zhoubného novotvaru se odehrává na molekulární a submolekulární úrovni. Přeměna normální buňky na buňku nádorovou se děje v důsledku změněné genetické informace buněčnou mutací. Následná transformace probíhá následujícími mechanismy: nejčastěji následkem působení zevních faktorů na deoxyribonukleovou kyselinu (DNA), dále přenášením z generace na generaci v geminálních buňkách a spontánní tvorbou při replikaci DNA v průběhu buněčného cyklu.

1.2 Typy maligních nádorů dolní čelisti

Nejčastěji se vyskytujícími zhoubnými nádory dolní čelisti jsou spinocelulární karcinom, osteosarkom a Evingův sarkom.

Spinocelulární karcinom je maligní nádor, který se dle Gojišové (2004) velmi často nachází na spodině dutiny ústní, tvářové sliznici, dásni nebo sliznici bezzubého alveolárního výběžku dolní a horní čelisti.

Osteosarkom je vysoce maligní nádor. Vzniká velmi často u mladých lidí. Může vzniknout v kterékoliv kosti. Nejčastěji se však jedná o femur, tibií a humerus. Lze rozlišit několik typů osteosarkomu a to fibroplastický, chondroplastický, osteoplastický a teleangiektatický.

Evingův sarkom je vysoce maligní nádor kostní dřene. Má charakter kulatobuněčného sarkomu z malých tmavých buněk. Typické pro tento tumor jsou cytogenetické translokace a vysoký obsah glykogenu v cytoplazmě.

Původ zhoubných nádorů dolní čelisti může souviset se zubním vývojem. Mazánek aj. (2002) uvádí rozdělení odontogenních novotvarů, tedy nádorů vzniklých v souvislosti se zubním vývojem. Dle něj lze tyto nádory rozdělit do tří základních skupin: na epitelové, ektomezenchymové a smíšené. Epitelové jsou odontogenní karcinomy, ektomezenchymové odontogenní sarkomy a smíšené odontogenní karcinosarkomy.

Odontogenní karcinomy dolní čelisti se mohou vyskytovat ve formě epidermoidního karcinomu, který vzniká z reziduí odontogenního epitelu nebo ve formě zmalignizovaných novotvarů jako jsou ameloblastom či odontogenní cysty.

Mikroskopická struktura mívá několik variant: folikulární, akantotickou, granulocelulární či bazocelulární. Odontogenní karcinosarkom je vzácný, avšak vysoce maligní nádor. Obsahuje struktury ameloblastického fibrosarkomu a epitelové komponenty, které připomínají maligní ameloblastom.

1.3 Příčiny a příznaky karcinomu dolní čelisti

Na vzniku karcinomu dolní čelisti se může podílet několik aspektů. Etiologie je často spojena s rizikovými faktory. Průběh onemocnění se zpravidla projevuje typickými příznaky.

1.3.1 Příčiny karcinomu dolní čelisti

Příčiny karcinomu dolní čelisti lze rozdělit na vnitřní a vnější. Mezi vnitřní patří genetická dispozice, neléčené zubní abscesy a špatná hygiena dutiny ústní. Mezi vnější se řadí kancerogenní látky. Nejvýznamnější karcinogeny jsou obsaženy v tabáku. Mezi vysoce rizikové činnosti tedy patří kouření a žvýkání tabáku. Dalšími kancerogenními látkami, které se podílejí na vzniku maligního novotvaru dolní čelisti, jsou koncentrované alkoholické nápoje.

1.3.2 Příznaky karcinomu dolní čelisti

Typickými klinickými příznaky tohoto onemocnění jsou: bolest, omezený pohyb čelisti, poruchy citlivosti, otok, uvolnění zubů, zvětšené lymfatické uzliny a úbytek na váze. Bolest je stálá. Pacient ji však vnímá více v noci. Intenzita se zvyšuje v souvislosti s růstem tumoru a pohybem čelisti. Může vyzařovat do krku, zubů či obličeje. Oblast, ve které se nádor vyskytuje, bývá citlivá na dotek. V souvislosti s místem uložení novotvaru se objevuje otok uvnitř úst, v oblasti obličeje nebo krku. Porucha inervace se projevuje ztrátou citlivosti, pocity brnění či mravenčení podél čelisti. Tyto obtíže se vyskytují především v klidu a při spánku. V souvislosti s bolestí a poruchou hybnosti dochází ke snížení příjmu potravy.

2 DIAGNOSTIKA, LÉČBA, PREVENCE A PROGNÓZA ONEMOCNĚNÍ

Petruželka (2003, s. 39) uvádí: „Ke stanovení diagnózy je nezbytné provést řadu vyšetření. Závěr by měl být učiněn z hlediska typu nádoru (typik), z hlediska jeho vyzrání (fading) a z hlediska jeho rozsahu (paging).“ Následovně je naplánován nejvhodnější postup terapie.

2.1 Diagnostika karcinomu dolní čelisti

Na prvopočátku stanovení diagnózy je rozhovor lékaře s nemocným a pečlivé odebrání anamnézy. Tato fáze probíhá při prvním setkání v ambulanci. Předmětem je nynější, rodinná, osobní, alergická, sociální, farmakologická, případně gynekologická anamnéza a abúzus.

Základní diagnostickými metodami jsou fyzikální vyšetření a diagnostická excize. Excize se provádí za účelem určení přesné histologické klasifikace a biologické povahy nádoru. Jedná se o nejvýznamnější část diagnostického procesu. Má své zákonitosti, postupy, indikace a kontraindikace. Měl by ji provádět zkušený chirurg, který je obeznámen se stavem pacienta a zná patofyziologické mechanismy vzniku a průběhu nádorového onemocnění. Odběr se provádí na malém operačním sálu.

Nedílnou součástí diagnostiky je řada zobrazovacích metod, které lze rozdělit na rentgenové a nerentgenové. Do rentgenových vyšetření se řadí rentgen (RTG) a počítačová tomografie (CT). Speciálními RTG vyšetřeními, která se v tomto případě využívají, jsou ortopantomogram (OPG) a boční snímky lebky. Ortopantomogram je RTG vyšetření znázorňující dentici, obě čelisti a čelistní klouby, část nosní dutiny a část maxilární dutiny. Do nerentgenových metod patří sonografie, magnetická rezonance (MR) a pozitivní emisní tomografie (PET). Počítačová tomografie přináší v detekovaných vrstvách (nejčastěji v oblasti axiální, koronární a sagitální) velmi dobrý přehled o patologii kostních struktur a částečně i měkkých tkání. Metoda spojující vyšetření CT a PET se nazývá PET CT. Tato metoda podává

informace jak o anatomické stavbě (CT), tak o metabolické aktivitě tkání (PET). Všechny jmenované metody přinášejí informace o zkoumaném novotvaru. Umožňují různé pohledy na vyšetřovanou oblast. Dovolují zjistit přesný rozsah a uložení tumoru. Je jimi možné zjistit i přítomnost možných metastáz.

Biochemické a hematologické laboratorní metody poskytují informaci o přítomnosti a specifikaci tumorových markerů, antigenů, enzymů, protilátek, o hodnotách krevního obrazu, krvácivosti, sráživosti, biochemických výsledcích, krevních vyšetření aj. Tumorové markery dle Slezákové aj. (2010) stanovují hladinu antigenů. Tyto antigeny se tvoří v maligně změněných buňkách.

2.2 Léčba karcinomu dolní čelisti

Léčbu karcinomu dolní čelisti lze rozdělit do dvou základních skupin: na kurativní a paliativní. Kurativní léčbou bývá často chirurgické odstranění nádoru s následnou kombinací chemoterapie a radioterapie. Paliativní léčba je zaměřena na mnoho cílů. Základním cílem je zkvalitnění života nemocného.

Chirurgická léčba je dominantní léčbou tohoto onemocnění, spočívá v odstranění nádoru. Tato forma terapie je použitelná pouze v případě, že je novotvar ohraničený. Při operačním zákroku je provedena široká excize zasažené tkáně. Součástí výkonu je i odstranění lymfatických krčních uzlin, tedy bloková disekce. Slabinou této metody je možná lokální recidiva. Může jít o následnou implantaci buněk nebo o nedostatečnou resekci. Proto je důležitým požadavkem onkologické léčby radikální resekce nádoru s mikroskopicky čistými okraji. Rekonstrukční chirurgie v současné době nabízí naději v podobě náhrady TMK.

Součástí paliativní protinádorové léčby je podpůrná terapie. Cílem podpůrné léčby je zlepšení kvality života nemocného. Je zaměřena na přidružené choroby, na léčbu komplikací základního onemocnění, na komplikace onkologické léčby a terapii projevů základního onemocnění. Mezi tyto projevy patří např. bolest a podvýživa. Pacientovi bývá zavedena nasogastrická sonda (NGS). Výživa je tedy tekutá, v pravidelných intervalech. Pohybový režim souvisí s celkovým stavem nemocného. Obecné omezení platí pouze v oblasti TMK. Na tuto partii je zaměřena speciální rehabilitace (RHB).

Nezbytnou součástí paliativní terapie je emotivní podpora nemocného, spirituální pomoc a sociální zázemí. Zhoubný nádor dolní čelisti a jeho radikální léčba má obrovský dopad na vzhled a funkčnost pacienta. Nemocný má po zákroku dočasně zavedenou NGS. Dochází na speciální RHB oblasti TMK. Situace, ve které se ocitá, má výrazný dopad na jeho běžný život.

2.2.1 Chirurgická léčba – provedení operace

Chirurgická léčba zahrnuje excizi novotvaru a voperování totální endoprotézy temporomandibulárního kloubu (TEP TMK), tedy pokud to umožňují výsledky předchozích vyšetření a zdravotní stav pacienta.

Pacient je na operačním sále zaintubován nosem a uveden do celkové anestezie.

Lékař u nemocného provádí resekci dané části mandibuly včetně tumoru, provedení TEP TMK a blokovou krční disekci vpravo či vlevo, dle konkrétního nálezu pacienta. Voperování náhrady dolní čelisti je spojena s odběrem štěpu z fibuly pravé dolní končetiny (PDK) nebo levé dolní končetiny (LDK) na cévní stopce. Součástí operace je tedy i odběr části fibuly z dané dolní končetiny s cévní stopkou. Zákrok končí suturou rány v anatomických vrstvách oblastí dolní čelisti, krku a dolní končetiny. Operovaná pole jsou překryta sterilním krytím a zafixována.

Voperování TEP TMK se provádí současně dvěma operačními přístupy a to nitroušně a pod hranou dolní čelisti (Příloha A - Obrázek 2), což umožňuje přehlednutí větve dolní čelisti, lícní oblouk, jamku a hlavici TMK. Po odstranění kloubní hlavice je upravena kloubní jamka zabroušením do roviny. Je-li přítomen kloubní disk či jeho část, je odstraněn. Dále je fixována nová kloubní jamka a kloubní hlavice. Předpokladem úspěchu operace je správné postavení nové hlavice a jamky a také mezičelistní fixace (Příloha A - Obrázek 3), která je na závěr operace odstraněna.

Po operaci je z důvodu utlumeného dýchacího centra nutná hospitalizace na anesteziologicko-resuscitačním oddělení (ARO) a následná plicní ventilace. Pacientovi jsou neustále monitorovány všechny fyziologické funkce, kontrolovány a sledovány operační rány a celkový stav.

Na operačním sále je rovněž zavedena výživová NGS, z operační rány v místě krční disekce je vyveden Redonův drén.

Operace je časově, technicky a finančně náročná.

2.2.2 Indikace k operaci karcinomu dolní čelisti

Operace karcinomu dolní čelisti je indikována na základě klinických příznaků a vyšetření. Jak již bylo zmíněno, nejdůležitějším je histologické vyšetření. Operabilnost tumoru závisí na jeho typu, velikosti, stádiu a vztahu k okolní tkáni.

2.2.3 Druhy operací karcinomu dolní čelisti

Při operaci se využívá několik operačních technik a postupů. Tyto závisí na lokalizaci, rozsahu nádoru a přítomnosti metastáz. Mezi tyto postupy se řadí chirurgické odstranění tumoru včetně části či celé dolní čelisti, bloková disekce krčních lymfatických uzlin a eventuelní parciální odstranění jazyka.

Pokud je součástí operace i voperování TEP TMK, řadí se sem i techniky související s náhradou čelistního kloubu. Machoň aj. (a2008) uvádí, že rekonstrukce čelistního kloubu je možná dvěma způsoby a to využitím autologní nebo alloplastické náhrady. Autologní postup využívá kostní štěp s cévní stopkou. Štěp může být odebrán z kosti lýtkové, žebra, kyčle či lopatky. Výhodou je bioinertní povaha materiálu, tedy plná akceptace tkáněmi a minimální finanční zátěž. Nevýhodou je nutnost přídatné operace, hrozící komplikace v podobě dalšího rozvoje degenerativních změn a nízká úspěšnost u opakovaných operací kloubu. Aloplastické náhrady jsou výhodné v jednom operačním zákroku a dále se nešířícími degenerativními změnami. Další výhodou je, že předchozí operace nemají na funkci protézy vliv. Nevýhodou je finanční náročnost.

2.2.4 Typy protetických náhrad dolní čelisti

Pojem protetická náhrada dolní čelisti je prakticky vždy spjata s endoprotézou TMK. Totální endoprotézy čelistního kloubu lze rozdělit na individuálně vyrobené

a na tovární. Dle Machoně aj. (b2008) je kloubní hlavice (Příloha A - Obrázek 4) zhotovena z chromkobaltové slitiny a jamka z vysoce polymerizovaného polyethylenového materiálu.

Tovární tj. unifikované endoprotézy jsou vyráběny v několika velikostech. V nynější době jsou k dostání od firmy Biomet Microfixation a TMJ Concepts. Výhodou těchto náhrad oproti individuálně zhotoveným protézám je nižší cena. Nevýhodou je nepřesnost.

Individuální endoprotézy jsou náhrady zhotovené přesně na míru. Jednotlivé části jsou tvarovány podle individuálního tvaru tkání. Provádí se modelace podle CT pacienta. Nejprve se zhotovuje plastový model lebky a náhrady. Teprve po pečlivém vyzkoušení a úpravách se nechávají vyrobít individuální komplety kloubní náhrady. Tyto náhrady jsou zhotoveny z biokompatibilních materiálů. V České republice tyto protézy vyrábí firma Medin.

Použití totální kloubní náhrady má úspěšnost okolo 90 %. Dochází ke zlepšení pohybu i ke snížení bolesti. Totální kloubní náhrada je tedy efektivní metoda, která jednoznačně zlepšuje kvalitu života nemocného.

2.3 Prevence a prognóza karcinomu dolní čelisti

Karcinom dolní čelisti nepatří mezi nejčastější onemocnění. Plošné preventivní prohlídky se neprovádí. Prevence tedy spočívá ve vyvarování se rizikových faktorů. Prognóza onemocnění je závislá na mnoha aspektech.

2.3.1 Prevence karcinomu dolní čelisti

Prevence vzniku nádorů dolní čelisti spočívá ve vyvarování se rizikových faktorů, které se mohou podílet na vzniku novotvaru. To znamená zdržení se kouření a to jak aktivního tak pasivního, žvýkání tabáku a nadměrného požívání koncentrovaných alkoholických nápojů. Součástí prevence jsou pravidelné kontroly u stomatologa a zlepšení orální a dentální hygieny dutiny ústní. V případě zduření

lymfatických uzlin, bolestí, otoku či jiné abnormality v oblasti dolní čelisti a dutiny ústní je vhodná návštěva lékaře.

2.3.2 Prognóza karcinomu dolní čelisti

Rozhodující pro prognózu onemocnění je včasné poznání nádoru. Velký význam má včasná diagnostika prekanceróz a raných forem maligních nádorů. Při stanovení prognózy se dle Mazánka (2010) hodnotí objem tumoru, klinické stádium choroby, přítomnost uzlinových případně vzdálených vícečetných metastáz, anatomická lokalizace, histologický charakter tumoru, včasnost zahájení léčby, abúzus a věk nemocného.

Spinocelulární karcinom, osteosarkom a Evingův sarkom jsou vysoce maligní nádory. Prognóza úspěšnosti léčby mimo jiné tedy závisí na včasnosti diagnostiky, lokalitě a velikosti nádoru.

3 PÉČE O PACIENTA PŘED A PO OPERACI, POOPERAČNÍ KOMPLIKACE

Operační výkon představuje pro pacienta velkou psychickou a fyzickou zátěž. Proto je příprava před operací velmi důležitá. Sestra by měla být osobou, na kterou se může nemocný kdykoliv obrátit a to jak v předoperačním období, tak v období rekonvalescence. Operace pro pacienta přináší řadu změn. Je tedy nutné, aby pooperační péče byla komplexní, to znamená zaměřená na uspokojení všech potřeb pacienta.

3.1 Předoperační příprava pacienta

Předoperační přípravu lze rozdělit na celkovou a bezprostřední. Příprava je zahájena již před přijetím pacienta na oddělení. „Cílem předoperační přípravy je vytvořit nemocnému optimální podmínky ke zvládnutí operační zátěže a k dobrému nekomplikovanému hojení s následnou rekonvalescencí (ZEMAN aj., 2011, s. 126).“

3.1.1 Celková příprava před operací

Příprava nemocného je zahájena již před přijetím na otorinolaryngologické (ORL) oddělení. První fáze předoperačního vyšetření probíhá ambulantně. Pacient navštíví svého praktického lékaře, který pacienta komplexně vyšetří. Odebere od něj anamnézu a provede kompletní biochemické, hematologické a koagulační vyšetření. V rámci předoperačního vyšetření je pacientovi provedena i elektrokardiografie (EKG). Výsledky by neměly být starší čtrnácti dnů.

Pacient je přijat na ORL lůžkové oddělení již den před výkonem. V tento den se podrobuje předoperačnímu anesteziologickému vyšetření. Nemocnému je vysvětlen způsob plánované anestezie. Je zajištěna příprava pro bezpečnou anestezii. Je proveden odběr krve na vyšetření krevní skupiny a objednány zpravidla dvě jednotky erymasy, případně mražené plazmy. Krevní náhrada je zajištěna z důvodu hrozící ztráty v průběhu operace.

Otorynolaringologickým lékařem jsou pacienti na oddělení ordinována intravenózní (i. v.) antibiotika (ATB) a subkutánní antikoagulancia. Lékař nemocnému opakovaně vysvětlí a popíše celý průběh výkonu. Dále mu vysvětlí pooperační režim prvních dnů a předpokládaný vývoj v následujících dnech. „Seznámení s operací, její povahou, riziky a pravděpodobným výsledkem musí být nemocným nebo jeho zákonným zástupcem před operací podepsáno jako tzv. informovaný souhlas (ZEMAN aj., 2011, s. 127).“

Důležitou úlohou sestry je psychická podpora pacienta. Měla by získat pacientovu důvěru. Nemocný by měl mít pocit, že se na ní může kdykoliv obrátit. Dalším jejím úkolem, je seznámit pacienta s pokojem, na který bude po výkonu přijat. Plní dle dokumentace ordinace lékaře, zajistí periferní žilní katétr. Večer před výkonem nemocnému oholí plánovaná operační místa. Zajistí, aby byl pacient dokonale připraven. Večer před spaním podá premedikaci. Premedikaci ordinuje anesteziolog. Funkce premedikace je uklidnění, zajištění spánku a ovlivnění funkce vegetativního nervového systému. Premedikace je rozdělena do dvou fází. Druhá fáze obnáší medikamenty, které se podávají 30 – 60 minut před výkonem. Pacient je poučen o příjmu tekutin a potravy. To znamená od půlnoci nic nejíst, nepít, ale i nekouřit.

3.1.2 Bezprostřední příprava před operací

Bezprostřední předoperační příprava se vztahuje na časový úsek těsně před operací tj. 2 hodiny před výkonem. Ráno v den výkonu, tedy 30 – 60 minut před operací, podá sestra pacientovi dle ordinace premedikaci, která obsahuje parasimpatolytika nebo opiáty. Provede bandáž dané dolní končetiny, kde nebude odebrán při operačním výkonu štěp. Bandáž je prevencí vzniku žilní trombózy. Součástí předoperační přípravy je i zavedení permanentního močového katétru (PMK). Tento úkon provádí sestra ráno před operací. Dále aplikuje dle ordinace léky, případně infuze, změří a pečlivě zaznamená fyziologické funkce. Zajistí, aby byl pacient oblečen do příslušného operačního prádla. Sestra vše zaznamená do dokumentace a v daný čas odváží pacienta na operační sál, kde jej předá sálové sestře.

„Před podáním celkové anestezie je třeba zkontrolovat pacientovu totožnost

a vždy formulář, obsahující informovaný souhlas s anestezií. Pacient nemá mít šperky, snímatelnou zubní náhradu či jiné odstranitelné pomůcky. Dále má být odličen a mít odlakované nehty (MÁLEK aj., 2009, s. 34).“

Součástí bezprostřední předoperační přípravy je kontrola dokumentace, operačního pole a nákres před výkonem v oblasti TMK (Příloha A - Obrázek 5).

3.2 Pooperační péče a pooperační komplikace

Pooperační péči lze rozdělit na bezprostřední a celkovou. Každá má svá specifika. Pooperační komplikace mohou vzniknout v souvislosti s operačním výkonem nebo pooperační péčí.

3.2.1 Bezprostřední pooperační péče

Pacientovi je podáním léků během operace utlumeno dechové centrum. Je uměle ventilován. Z těchto důvodů je první den hospitalizován na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Dle stavu pacienta a rozsahu operace se může jednat o více dnů.

Bezprostředně po operaci je pacient napojen na plicní ventilaci, na monitor a jsou mu sledovány všechny fyziologické funkce (FF), tedy pulz (P), dechová frekvence (DF), saturovaný kyslík v krvi (SpO₂), krevní tlak (TK) a tělesná teplota (TT). Ke sledovaným parametrům patří barva a turgor kůže, stav vědomí. Přímo na sále je po výkonu pacientovi zavedena NGS.

Operovaného předává lékař a anesteziolog lékaři a sestře z ARO.

3.2.2 Celková pooperační péče

Stav nemocného vyžaduje zvýšené sledování, zajištění a monitorování vitálních funkcí a speciální pooperační léčbu. Proto je pacient v prvních dnech hospitalizován na ARO. Je monitorován a napojen na umělou plicní ventilaci. Má zavedený PMK, NGS a Redonův drén. Má zajištěn intravenózní vstup. Úkolem sestry je měřit

a zapisovat fyziologické funkce, sledovat celkový stav pacienta, provádět pravidelné převazy operačních ran, péče o Redonův drén, periferní žilní katétr, NGS a PMK. Důležitou součástí pooperační péče je psychická podpora nemocného. Sestra by pro něj měla být oporou. Sestra se také zaměřuje na sledování operačních míst, to znamená na krvácení, patologickou sekreci či otok. Další pozornost věnuje množství a kvalitě spánku. Odpočinek a spánek má na úspěšném hojení ran a duševním stavu nemocného značný podíl.

3.2.2.1 Periferní žilní katétr

Periferní žilní katétr se zavádí za účelem dlouhodobé předpokládané i. v. terapie. Předmětem i. v. aplikace bývá infuzní roztok, transfuze, parenterální výživa, medikamenty a kontrastní látka. V tomto případě se jedná především o zajištění nitrožilního vstupu z důvodů možné rychlé aplikace i. v. léků, ATB, infuze, případně transfuze. Nejčastější místa vpichu jsou: hřbet ruky, předloktí, okolí jamky loketní, případně vnitřní kotník či nárt nohy. V urgentních stavech se dává přednost žílám na horních končetinách a krku. Lze zvolit otevřený či uzavřený katétr. Velikost průměru je označena barevně. U dospělého pacienta se nejčastěji používá růžová, modrá či zelená.

Pomůcky pro zavedení i. v. kanyly: i. v. kanyla, injekční stříkačka, spojovací hadička, Fyziologický roztok (FR), dezinfekce, jednorázové rukavice, škrtidlo, buničinové čtverečky, sterilní krytí, náplast k fixaci kanyly, jednorázová podložka, infuzní roztok nebo heparinová zátka.

Sestra zavádí pacientovi kanylu již den před výkonem. Kanylu řádně označí datem. Pravidelně sleduje místo vpichu a jeho okolí. Po 2-3 dnech provádí výměnu kanyly. Vše pečlivě zaznamenává do dokumentace.

Mezi nejčastější komplikace patří hematom, otok způsobený paravenózní aplikací roztoku, nekróza v tomto místě a flebitida či tromboflebitida. Při zavádění může dojít k arteriální punkci. Nebezpečná je rovněž vzduchová embolie.

3.2.2.2 *Permanentní močový katétr*

Permanentní močový katétr, též nazývaný Folleyův, je silikonová cévka zavedená do močového měchýře za účelem odvodu moči. Vyrábí se v několika velikostech, průměr je určen číslem. Permanentní močový katétr obsahuje balónek, který slouží k fixaci v močovém měchýři. Balónek se plní FR. Cévka je napojena na sběrný sáček, který umožňuje posouzení vzhledu a množství moči. Permanentní močový katétr může být zaveden z mnoha důvodů. V tomto případě je to náročná a dlouhá operace, po které bude pacient přeložen na ARO.

Katétr je zaveden na ORL oddělení v den operace. U žen zavedení provádí sestra, u mužů lékař. Pacient je informován o postupu. Je dodržován aseptický postup.

Při péči o pacienta se zavedeným permanentním katétrem sestra kontroluje vzhled a množství moči. Zaměřuje se na prevenci hrozících komplikací. Pravidelně mění sběrný sáček. Dle stavu pacienta zajišťuje či pomáhá při hygieně v urogenitální oblasti. Sleduje celkový stav pacienta. Změny, které se týkají funkčnosti odtoku moči, hlásí lékaři. Mezi nejčastější komplikace, které se mohou vyskytovat, patří urosepse, traumatické poškození močového měchýře, nemožnost zavedení katétru z důvodů anatomické anomálie a vytažení močového katétru.

Permanentní močový katétr bývá odstraněn zpravidla do 48 hodin po výkonu. Tedy po té, co je pacient schopen spontánního močení.

3.2.2.3 *Nasogastrická sonda*

Příjem potravy patří k základním lidským potřebám. Příjem by měl být pravidelný a kvalitní. Přispívá k hojení operačních ran a zlepšení celkového stavu nemocného. Zdravotní stav, ve kterém se pacient po operaci ocitá, mu nedovoluje přijímat potravu ústy. Z tohoto důvodu je nemocnému zavedena NGS a to během operace na sále.

Nasogastrická sonda je tenká ohebná silikonová cévka. Zavádí se nosem přes nosohltan, hltan a jícnem do žaludku. Po zavedení je nutná pevná fixace sondy (Příloha A - Obrázek 6). Nemocnému je touto cestou podávána tekutá výživa. Při zavádění se

může vyskytnout komplikace v podobě zavedení sondy do plic. Po zavedení může dojít k povytažení sondy, proto je nutná pečlivá fixace.

Úkolem sestry je dbát na pacientovu hygienu v okolí sondy. Provádí pravidelné kontroly této oblasti. Sleduje, zda se v místě nevytváří otok či změna zbarvení kůže. „Gastrická výživa se podává v bolusech 50 - 250 ml v průběhu dne s noční pauzou (FERKO aj., 2011, s. 130).“ Pacient je tedy vyživován zpravidla každé 3 hodiny. Pokud lékař neurčí jiné intervaly, sestra pacientovi aplikuje NGS výživu v 6, 9, 12, 15, 18, 21 a 24 hodin. Od půlnoci do 6. hodiny ranní je noční pauza. Aplikace se provádí Janettovou stříkačkou. Nejčastěji se používá Nutridrink, Nutrison, Cubitan či Fresubin. Na závěr sestra NGS propláchně 50 – 100 ml převařené vlažné vody. Množství se řídí pacientovou tolerancí dávky. Sestra vše zaznamenává do dokumentace.

3.2.2.4 Redonův drén

Drén umožňuje odvedení výměšku z rány. Zajišťuje odtok sekretu, a tudíž podporuje hojení tkáně. Redonův drén (Příloha A - Obrázek 7) umožňuje drenáž podtlakovou. „Jedná se o uzavřený systém drenáže. V kalibrované nádobce, která je součástí uzavřeného systému, je stálý odsávací podtlak (HŮSKOVÁ aj., 2009, s. 15).“ Jeho součástí je polyethylenová několikrát perforovaná trubička, která v daném místě odsává tekutinu. Typ drenáže, který se používá, je jednorázový. Výhodou sběrné nádoby je možnost vizuálního posouzení a změření množství.

Drén zavádí a fixuje několika stehy operující lékař přímo na sále.

Úkolem sestry je kontrolovat okolí zavedeného drénu. Všimá si případného prosakování v této oblasti. Měří množství odváděné tekutiny. Zapisuje jej do bilance tekutin. Pravidelně, minimálně 1x denně mění sběrnou nádobu. Kontroluje, zda má drén dostatečný sací efekt, zda li není sveden do obvazu. Asistuje u převazu rány. Dbá na to, aby byl drén dostatečně a sterilně vypodložen.

3.2.3 Pooperační komplikace

Pooperační období je náročné. Úkolem pooperační péče je pomoci pacientovi

zotavit se z anestezie, udržovat jeho tělesnou teplotu, zmírňovat pooperační bolest a nepohodu. V neposlední řadě je jejím úkolem také předcházet pooperačním komplikacím. Sledování a intenzivní péči po operaci zajišťuje sestra.

Pooperační komplikace jsou události, které narušují běžný pooperační průběh. Vznikají v souvislosti s anestezií a operací. Mezi nejčastější komplikace, které mohou nastat během výkonu nebo v pooperačním období jsou poranění anatomických struktur. Nejrizikovější partií je lícni nerv. Další komplikací může být špatná adaptace náhrady, která je spojena s nemožností pohybu nového kloubu nebo s jeho luxací tedy vykloubením. Další závažné komplikace představuje zánět či uvolnění jednotlivých částí protézy.

Sestra se zaměřuje na pooperační místa. Všímá si barvy pokožky, sekrece, otoků či prosáknutí, celkového stavu a chování pacienta. Velkou pozornost věnuje bolesti, kterou pacient vnímá. Zaměřuje se na její charakter a intenzitu. Využívá vizuální analogové škály.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 POSOUZENÍ STAVU PACIENTA

Zde uvádíme základní informace o námi vybrané pacientce. Uvádíme identifikační údaje, anamnézu a lékařský závěr. V lékařském závěru byla na základě stanovené diagnózy doporučena resekce rezidua mandibuly s tumorem vlevo, TEP TMK vlevo včetně štěpu z fibuly PDK a bloková krční disekce vlevo.

Pacientka byla přijata 15. 8. 2011 na ORL oddělení. Výkon byl naplánován na 16. 8. 2011. Pacientka byla operována na velkém ORL operačním sále. Po operačním výkonu byla přeložena na ARO. Čtvrtý pooperační den byla přeložena zpět na ORL oddělení.

Hospitalizace na ORL oddělení: 15. 8. – 16. 8. 2011, 20. 8. – 31. 8. 2011

Operace: 16. 8. 2011

Hospitalizace na ARO: 16. 8. – 20. 8. 2011

Plán naší ošetrovatelské péče během naší přítomnosti na oddělení od 20. 8. do 24. 8. 2011.

4.1 Identifikační údaje a anamnéza pacientky

Zde jsou popsány základní údaje o pacientce a kompletní anamnéza. Anamnéza je rozdělena na rodinnou, osobní, gynekologickou, farmakologickou, alergickou, sociální a abúzus. Údaje byly získány z lékařské dokumentace a cíleným rozhovorem s pacientkou.

4.1.1 Identifikační údaje

Pacientce I. B. je 53 let. Její vzdělání je vysokoškolské. Povoláním je lékařka na gynekologii. Je ve stálém pracovním poměru. Je vdaná a má dvě dospělé dcery.

Pacientka I. B. udává v posledních 2 měsících zhoršující se bolest v oblasti dolní čelisti vlevo. Intenzita bolesti se zvyšuje v noci a při pohybu TMK. Váhový úbytek za 4 týdny 7 kg. Pacientka již v minulosti podstoupila 3 operace dolní čelisti ve Všeobecné Fakultní Nemocnici. Poslední operace proběhla 20. 2. 2010. Histologické vyšetření prokázalo opakovaně spinocelulární karcinom. Při poslední operaci byly histologickým vyšetřením zjištěny pozitivní okraje excize. Pacientka byla 8. 6. 2011 vyšetřena na ORL ambulanci Nemocnice Na Homolce (NNH) se závěrem: podezření na recidivu tumoru v oblasti rezidua mandibuly vlevo. Nádor byl verifikován 15. 6. 2011 punkční technikou na malém operačním sále ORL. Závěr histologického vyšetření potvrdil recidivu spinocelulárního karcinomu. Pacientka byla komplexně vyšetřena. Přítomnost metastáz nebyla prokázána. Z tohoto důvodu byla doporučena resekce rezidua mandibuly vlevo. Pacientce byla v této souvislosti nabídnuta z estetických a funkčních důvodů rekonstrukční operace mandibuly. Nemocná podstoupila řadu vyšetření a byla jí zhotovena individuální kloubní náhrada. Pacientka byla přijata k plánované operaci 15. 8. 2011. Výkon – resekce rezidua mandibuly s tumorem vlevo, TEP TMK vlevo včetně štěpu z fibuly PDK a bloková krční disekce vlevo je plánován na 16. 8. 2011. Pacientka je nyní hospitalizována 6. den, 4. den pooperační.

4.1.2 Anamnéza

Rodinná anamnéza: otec zemřel v sedmdesáti letech na infarkt myokardu, matka zemřela v šedesáti-čtyřech letech na infarkt myokardu, měla diabetes mellitus II. typu, sestra dosud zdráva, pacientka má dvě dospělé dcery – obě jsou zdravé

Osobní anamnéza: očkování dle očkovacího kalendáře, bez většího úrazu, operace: 3x operace dolní čelisti pro karcinom 2/2007, 5/2008, 8/2010, apendektomie 2000, od roku 2006 se léčí s depresivním syndromem, hypofunkce štítné žlázy, transfuze nikdy neaplikována

Gynekologická anamnéza: 2x porod, abort 0

Farmakologická anamnéza: Euthyrox 100 ug tablety (tbl.) 1-0-0 (léky štítné žlázy), Citalec 20 mg tbl. 1-0-0 (antidepresivum), Xanax 0,5 mg tbl. d. p. až 6x denně (anxiolytikum, antidepresivum), Stilnox 10 mg tbl. d. p. (hypnotikum), NuvaRing – hormonální antikoncepce v pochvě

Alergická anamnéza: Biseptol – exantém

Sociální anamnéza: lékařka na gynekologii, vdaná, 2 dcery – 25 a 28 let, žije s manželem

Abúzy: nekuřačka, káva 1x denně, alkohol příležitostně

4.2 Fyzikální vyšetření provedená sestrou

Fyzikální vyšetření jsme provedli 20. 8. 2011, tedy v den přeložení pacientky z ARO. O vyšetření jsme pacientku pečlivě informovali. Po té jsme jí změřeny fyziologické funkce a následovně přistoupili k celkovému vyšetření včetně vyšetření hlavy, krku, hrudníku, břicha, končetin, páteře a lymfatických uzlin.

DF: 16/min. – v normě (eupnoe)

P: 82/min. pravidelný – v normě (normokardie)

TK: 125/65 mm Hg – v normě (normotenze)

SpO₂: 96% – v normě

TT: 36,1 °C – v normě (normotermie)

Výška: 157 cm

Hmotnost: 58 kg

BMI (Body Mass Index): 23,5 – v normě

4.2.1 Celkový stav pacientky

Pacientka je při vědomí, bez kvalitativních a kvantitativních změn. Je orientovaná časem, místem i osobou. Řeč narušená ve smyslu zhoršené artikulace. Hlas je bez patologického nálezu. Dýchání eupnoické, bez stridoru. Stav výživy je narušený, váhový úbytek za poslední 4 týdny 7 kg, BMI 23,5 - v normě, výživa prostřednictvím NGS. Rozvoj svalstva eupnoický. Poloha aktivní. Postoj a chůze přirozená, bez větších obtíží. Kůže bledá, bez ikteru a eflorescencí, kožní turgor v normě. Kožní adnex a ochlupení bez odchylek.

4.2.2 Vyšetření hlavy

Lebka normo-cefalická, pokleповě nebolestivá. Intervace nervus facialis správná, držení hlavy přirozené. Vlasy husté, barvené. Uši a nos bez patologického výtoku. Pacientka má zavedenou NGS. Dutina ústní je nevyšetřitelná z důvodu pooperačního stavu. Stav po TEP TMK vlevo se štěpem z fibuly. Operační místo klidné, bez známek zánětu, bez sekrece, sutury klidné, nebolestivé. Barva kožního štěpu tmavá, na okrajích se jeví jistě vitální. Oční víčka bez patologického nálezu, symetrická. Oční bulvy ve středním postavení, jsou volně pohyblivé, spojivky růžové, skléry bílé, zornice izokorické, fotoreakce správná. Rty růžové, bez cyanózy.

4.2.3 Vyšetření krku

Krční páteř dobře pohyblivá, šíje volná. Karotidy tepou symetricky, pulzace oboustranně nezvětšená. Nad karotidami není šelest. Náplň krčních žil nezvýšená. Vpravo uzliny nezvětšené, stav po blokové krční disekci. Okolí operační rány klidné, bez známek infekce a zánětu, nebolestivé. Z operační rány vyveden 1 Redonův drén. Štítná žláza hmatná.

4.2.4 Vyšetření hrudníku a břicha

Hrudník symetrický, astenický, prsa bez hmatných rezistencí. Poklep plný, jasný, dolní hranice plic v normální výši, pohyblivost dolních hranic plic normální.

Dýchání čisté, sklípkové, eupnoické – DF 16/min. Bronchofonie a fremitus pectoralis oboustranně stejné, vedlejší dechové šelesty nepřítomny. Srdce poklepově nezvětšeno, srdeční akce pravidelná, klidná, v normě, P-82/min., ozvy zvučné, ohraničené, bez šelestů.

Břicho pod niveau, dýchá v celém rozsahu. Stěna pevná, v pravém podbříšku drobná jizva po apendektomii. Není prokazatelný ascites. Břicho palpačně nebolestivé, měkké, volně prohmatné, bez hmatné rezistence. Poklep diferencovaně bubínkový, peristaltika přiměřená. Játra poklepově nezvětšena, nepřesahují pravý oblouk žeber. Pulzace 0, hepatojugulární reflex 0, Murphy 0. Slezina poklepově nezvětšena, při palpaci nenaráží. Ledviny binaurálně nehmatné, tapotement 0. Nad tepnami nejsou šelesty. Zevní genitál bez abnormit.

4.2.5 Vyšetření končetin, páteře a lymfatických uzlin

Anatomická konfigurace končetin normální. Postavení kloubů v normě, pohyblivost v kloubech není omezena. Aktivní hybnost končetin zachována v plném rozsahu. Horní i dolní končetiny bez třesu, bez trofických změn. Dolní končetiny bez varixů. Pulzace hmatná, bez šelestů. Končetiny bez otoků. Na dorzální části PDK operační rána – stav po odebrání části fibuly s cévní stopkou. Okolí operační rány klidné, bez známek infekce a zánětu, nebolestivé. Sutura klidná. Zakřivení páteře fyziologické, rozsah pohybů fyziologický. Lymfatické uzliny nezvětšené, nehmatné.

5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Tato kapitola je věnována ošetřovatelské anamnéze dle Marjory Gordon. Je zde podrobně popsán den hospitalizace pacientky v nemocnici a zpracován ošetřovatelský proces.

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

Koncepční model klade důraz na tři oblasti ošetřovatelství a to na praxi, vzdělání a výzkum. „Koncepční model je abstraktní náčrt vztahů mezi koncepcemi. Ošetřovatelské modely zahrnují jen ty koncepce, které autor modelu pokládá za nutné, a které přispívají k jeho pochopení (ARCHALOUSOVÁ, 2003, s. 9).“

5.1 Ošetřovatelská anamnéza podle modelu Marjory Gordon

V této kapitole je analyzováno všech 12 funkčních vzorců zdraví dle Marjory Gordon. K hodnocení jsme získávali informace pozorováním, fyzikálním vyšetřením a především rozhovorem. Tento typ dokumentace byl zvolen, protože představuje systémový přístup a myšlení při realizaci jednotlivých fází ošetřovatelského procesu.

Marjory Gordon vnímá člověka jako holistickou bytost. Zdraví je dle Marjory Gordon vyjádřeno rovnováhou bio-psycho-sociální interakce. Určila 12 hlavních vzorců zdraví, které lze zhodnotit jako funkční či dysfunkční. Podle těchto vzorců se z ošetřovatelského hlediska hodnotí stav pacienta.

5.1.1 Vnímání zdraví

Svůj zdravotní stav vnímá jako narušený. Již v minulosti absolvovala 3 obdobné

operace. Z operace má strach. Současně v ní vidí i naději. Aktuální obtíže spojené s dolní čelistí se objevily před 2 měsíci. Pacientka se ihned dostavila na vyšetření. Léčí se pro depresivní syndrom a hypofunkci štítné žlázy. Prodělala běžná dětská onemocnění. Hospitalizovaná byla již opakovaně. Alergie neguje. Je nekuřačka. Denně vypije 1 kávu. Alkohol pije pouze příležitostně. Má potřebné informace. Lékařská a ošetrovatelská doporučení dodržuje důsledně. Pro udržení zdraví rekreačně sportuje a chodí na procházky.

Použitá měřící technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

5.1.2 Výživa a metabolismus

Doma měla pacientka téměř každý den teplou stravu. Vzhledem k operacím, které již podstoupila, jedla měkkou, kašovitou stravu. Nechutenstvím netrpí. V posledních dvou měsících pociťovala bolest v oblasti levého TMK. V souvislosti s bolestí udává snížený příjem stravy. Za 4 týdny zhubnula 7 kg. Při výšce 157 cm váží 58 kg, BMI je v normě 23,5.

Nyní má během hospitalizace zavedenou NGS, kterou vnímá jako problém a diskonfort. Pacientka však ví, že je to dočasné řešení. Po zhojení by měla být NGS odstraněna. Nyní je vyživována po 3 hodinách NGS - přípravky Fresubin, Cubitan a Nutridrink. Může popíjet alespoň malé množství vody a čaje. Ze začátku byla krmena pouze přes NGS, z důvodů nemožnosti otevřít úst po operaci. Pacientka chápe důvod tohoto řešení. Denní příjem výživy a tekutin je zaznamenáván pacientkou i sestrou do dokumentace. Příjem stravy i tekutin je v normě. Turgor i stav vlasů dobrý. Pocit suchosti v ústech neudává.

Použitá měřící technika: Body Mass Index - 23,5 (v normě)

Ošetrovatelský problém: váhový úbytek, nemožnost přijímat potravu ústy, výživa pomocí NGS

5.1.3 Vylučování

Pacientka měla vzhledem k délce výkonu zavedený PMK, který jí byl odstraněn 2. pooperační den. Vylučování moči je nyní spontánní, bez obtíží. Je zaznamenávána bilance tekutin. Pacientka sbírá moč do sběrného džbánu. Množství je měřeno 1x denně sestrou na závěr dne. Stran vylučování stolice také bez komplikací. Ani doma v tomto směru neměla nikdy větší obtíže. Je spokojená s čistotou a soukromím na sociálním zařízení. Toto je součástí pokoje a je k dispozici pouze pacientce.

Použitá měřící technika: záznam bilance tekutin - sběr moči do sběrného džbánu

Ošetrovatelský problém: 0

5.1.4 Aktivita a cvičení

Pacientka sportuje rekreačně. Ráda jezdí na kole, chodí na výlety, v zimě jezdí na běžkách. Dříve sportovala více. V posledních letech po opakovaných operacích dolní čelisti sportuje podstatně méně, a to spíše v domácím prostředí.

Nyní je pacientka po operaci. V oblasti hygieny, vylučování a pohybu je zcela soběstačná. Držení těla má vzpřímené, koordinace dobrá. Volný čas v nemocnici si krátí četbou, sledováním televize a luštěním křížovek.

Použitá měřící technika: hodnocení úrovně soběstačnosti dle Gordonové – pacientka je nezávislá

Ošetrovatelský problém: 0

5.1.5 Spánek a odpočinek

Pacientka se léčí pro depresivní syndrom. Mívá stavy úzkosti. Již doma měla občas problémy se spánkem. Obtíže ve smyslu špatného usínání a častého probouzení v průběhu noci. Příležitostně užívá Stilnox 10 mg 1 tbl. před spánkem.

Nyní se po operaci problémy se spánkem prohloubily. První tři dny po operačním výkonu si stěžovala na noční bolest. Bolest pacientku probouzela ze spánku,

proto požádala o léky na zmírnění bolesti. Doma usínala zpravidla kolem 23. hodiny. V nemocnici usínala první tři dny kolem 22. hodiny, nyní kolem 23. hodiny. Ráno se probouzí stejně jako v domácím prostředí kolem 5:30 hodin. První 3 dny se během noci často budila a ráno se cítila unavená. Nyní se tyto obtíže částečně zlepšily.

Je velmi ráda, že může mít na svém pokoji televizi, kterou jí donesl manžel. Pobyť v nemocnici si krátí četbou knihy, novin a luštěním křížovek.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: špatné usínání a časté probouzení v průběhu noci

5.1.6 Vnímání a poznání

Pacientka musela podstoupit již 4. operaci dolní čelisti. Tento zákrok byl dosud nejradikálnější. Z důvodu recidivy onemocnění musela být pacientce odstraněna celá zbývající část levé dolní čelisti, tedy reziduum mandibuly vlevo. Tento zákrok je rozsáhlý a má zásadní dopad na vzhled. Řešením takto závažné situace byla operace kloubní náhrady se štěpem z fibuly. Součástí výkonu byla i bloková krční disekce vlevo. Pacientka se léčí pro depresivní syndrom. Operace se velmi obávala. Zároveň však doufala, že se operace zdaří a umožní jí návrat do běžného života.

Celou situaci se snaží vnímat optimisticky. Sluchové i zrakové vnímání bez obtíží. Řeč je vzhledem k operačnímu výkonu a bolesti narušená – zhoršená artikulace. Vědomí jasná, je plně orientována, paměť neporušená, bolest střední intenzity.

Použitá měřicí technika: hodnocení vědomí a bolesti dle Gordonové (střední intenzita), zkrácený mentální bodovací test dle Gaida (9 bodů z 9 – pacientka je zcela orientována)

Ošetrovatelský problém: narušená řeč – zhoršená artikulace, bolest střední intenzity

5.1.7 Sebepojetí

Pacientka se velmi těžce vyrovnávala s recidivou onemocnění a doporučenou radikální operací. Novou naději do života jí přinesla operace čelistní náhrady. Pacientka měla obrovský strach z života, který jí čekal. Nyní je ráda, že mohla podstoupit rekonstrukční operaci a má tedy šanci na návrat do běžného života. Sama o sobě říká, že je spíše introvert. Snaží se být optimistická, důvěřuje si. Ráda by se co nejdříve vrátila do práce. Velmi se těší domů.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

5.1.8 Role a mezilidské vztahy

Bydlí s manželem v rodinném domě. S manželem má stále hezký vztah, je pro ni velkou oporou. Má dvě dospělé dcery, které s ní již nesdílí stejnou domácnost. Pravidelně se navštěvují. S oběma dcerami má velmi dobrý vztah. Pravidelně jí navštěvuje celá rodina a nejbližší přátelé.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

5.1.9 Sexualita

Pacientka v tomto ohledu neměla nikdy žádné problémy.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

5.1.10 Stresové a zátěžové situace

Se stresovými a zátěžovými situacemi se pacientka vyrovnává obtížně. Pravidelně navštěvuje psychoterapeuta, který jí ve zvládnutí těchto situací velmi pomáhá. Podporou je pro ni i rodina.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: obtížné zvládnání stresových a zátěžových situací

5.1.11 Životní hodnoty

Pro pacientku má největší význam její rodina a přátele. Těší se z jejich zdraví a životní spokojenosti. Pracuje jako lékařka na gynekologii. Práce jí baví a naplňuje. Je katolické víry. Následující hodnoty určila v tomto pořadí (od nejvýznamnějšího): rodina, zdraví, víra, práce, peníze, záliby, cestování

Použitá měřicí technika: žebříček hodnot dle Gordonové

Ošetrovatelský problém: 0

5.1.12 Jiné

U pacientky vyjádřeno bez poznámek.

5.2 Den pacientky v nemocnici

Pacientka byla při příchodu na oddělení seznámena s režimem a denním řádem oddělení. Denním řádem se řídí a dodržuje jej.

Úterý 21. 8. 2011:

Pacientka se budí okolo 05:30 h. Po té následuje hygiena v koupelně na pokoji. Hygienu zvládá sama, bez problémů. Okolo 06:00 h přichází na pokoj sestra, která pacientce vymění sběrnou lahev Redonova drénu, všímá si množství a charakteru exudátu. Popis i množství zaznamená do dokumentace. Dále pacientce změří FF, tedy TT, TK, P, DF, PpO₂ a podá dle dokumentace ranní medikaci: Ambrobene tbl. 1-1-1 (expektorancium, mukolitikum), Helicid 10 mg kapsle (cps.), 1-1-0 (antiulceróza), Euthyrox 100 ug tbl. 1-0-0 (léky štítné žlázy), Citalec 20 mg tbl. 1-0-0 (antidepresivum). Tyto léky aplikuje přes NGS. Následovně pacientce aplikuje i. v. léky: Augmentin 1,2 g (antibiotikum) a Novalgin 50 mg (analgetikum). Zeptá se,

jak pacientka v noci spala a zda nyní něco potřebuje. Vše zaznamenává do dokumentace.

V 9:00 následuje snídaně. Pacientka je krmena do NGS sestrou dle rozpisu. Pacientka toleruje dávku 300 ml Fresubinu (vysokokalorická kompletní výživa s vlákninou) a 100 ml převařené vlažné vody. Pacientka je tímto množstvím vyživována každé 3 hodiny: v 09:00, 12:00, 15:00, 18:00, 21:00 a 24:00 h. Dále následuje noční pauza do 06:00 h ráno. Během dne je pacientce dovoleno popíjet vodu či čaj ústy. Sestra vše zaznamenává do dokumentace.

Kolem 10:00 h následuje lékařská vizita. Pacientka je pozvána na vyšetřovnu. Zde se lékař zeptá na změny v pacientčině stavu, zda jí trápí bolesti, zda toleruje výživu do NGS a zda se jí daří pít tekutiny ústy. Lékař provede převazy operačních ran, sestra asistuje. Sestra vše zaznamenává do dokumentace.

Ve 12:00 h probíhá krmení pacientky a aplikace poledních léků: Ambrobene tbl. a Helicid cps. do NGS a Novalgin 50 mg i. v. Sestra se pacientky zeptá, zda jí vyhovuje dávka aplikovaných analgetik, zda netrpí bolestí. Vše zaznamenává do dokumentace.

V odpoledních hodinách následuje návštěva manžela pacientky a v 15:00 plánované krmení do NGS. V 16:00 h aplikuje sestra antibiotikum Augmentin 1,2 g i. v. Po odchodu návštěvy si pacientka pouští televizi a luští křížovky. Takto si pacientka vyplňuje volný čas až do 18:00 h, kdy sestra opět pacientce změří fyziologické funkce, nakrmí jí do NGS dle rozpisu, aplikuje léky do NGS - Ambrobene tbl., Helicid cps. a zeptá se pacientky na její potřeby. Pacientka si na nic neztěžuje. Bolesti neudává. Cítí se dobře. Pouze žádá na noc tabletu na spánek. Sestra o tomto informuje ošetřujícího lékaře a ten ordinuje 1 tbl. Stilnoxu na spaní.

V průběhu dne sestra pravidelně kontroluje Redonův drén, který je zaveden po blokové krční disekci vlevo. Věnuje pozornost oblasti dolní čelisti, zbarvení pokožky, otoku, sekreci. Veškeré změny hlásí lékaři. Při aplikaci výživy NGS si všímá zavedení a fixace sondy. Při aplikaci i. v. léků věnuje pozornost místu zavedení periferního žilního katétru.

Kolem 20:00 h pacientka vykonává večerní hygienu a následovně ulehá do postele. Během večera je pacientka nakrmena ve 21:00 a 24:00 h. V noci je aplikován noční sestrou ve 24:00 h. Augmentin 1,2 g i. v. a 1 tbl. Stilnoxu do NGS. Poté pacientka

bez problémů usíná. Sestra ve 24:00 h. změří množství moče ve sběrném džbánu a vše zapíše.

5.2.1 Situační analýza

Po rozhovoru s pacientkou a pečlivé analýze situace, ve které se nachází, byly stanoveny ošetrovatelské problémy. Tyto obtíže byly způsobeny operačním výkonem, který nemocná podstoupila. Projevují se nově vzniklou bolestí a narušenou kůží a podkožím v oblasti dolní čelisti, krku a PDK. V souvislosti s bolestí došlo k narušení řeči ve smyslu zhoršení artikulace. Byl zjištěn váhový úbytek, pacientka zhubla za poslední 4 týdny 7 kg. V souvislosti s operačním výkonem v oblasti dolní čelisti je nemožný příjem potravy ústy, a proto je pacientka vyživována pomocí NGS. Dalším problémem jsou obtíže se spánkem projevující se špatným usínáním a častým buzením v průběhu noci. Pacientka podstoupila velmi náročnou operaci v oblasti dolní čelisti, krku a PDK, má zaveden periferní žilní katétr, Redonův drén a NGS. Hrozí jí tedy i nebezpečí vzniku infekce cestou těchto invazivních medicínských postupů.

5.2.2 Ošetrovatelské diagnózy u pacientky

V této kapitole jsou uvedeny ošetrovatelské diagnózy u pacientky po resekci rezidua mandibuly s tumorem vlevo, TEP TMK vlevo včetně štěpu z fibuly PDK a blokové krční disekci vlevo. Diagnózy byly stanoveny dle NANDA taxonomie I – uváděné v Kapesním průvodci zdravotní sestry. Jsou rozděleny na akutní a potencionální.

Akutní ošetrovatelské diagnózy:

- Bolest akutní související s traumatem – s operací v oblasti dolní čelisti, krku a pravé dolní končetiny, projevující se změnou chování, zhoršenou artikulací, mimikou a vegetativními reakcemi

- Kožní integrita porušená v souvislosti s traumatem – s operací v oblasti dolní čelisti, krku a pravé dolní končetiny, projevující se bolestí, porušením epidermis, dermis a narušením tělesných struktur

- Výživa porušená, nedostatečná související s neschopností požit potravy v důsledku biologických faktorů, projevující se pacientkou hlášeným nedostatečným příjmem potravy a úbytkem váhy

- Spánek porušený související s úzkostí, depresí a akutní bolestí, projevující se častým probouzením během noci, pocitem nevyspání a ranní únavou

Potencionální ošetřovatelská anamnéza:

- Infekce, riziko vzniku v souvislosti s invazivními medicínskými postupy.

5.2.3 Plán ošetřovatelské péče u pacientky

V této kapitole jsou podrobně rozpracovány všechny akutní a potencionální diagnózy. Jsou uvedeny priority, krátkodobé a dlouhodobé cíle, výsledná kritéria, intervence, provedení a hodnocení. Péče byla prováděna v průběhu pěti dnů od 20. 8. do 24. 8. 2011.

Bolest akutní

související s traumatem – s operací v oblasti dolní čelisti, krku a pravé dolní končetiny, projevující se změnou chování, zhoršenou artikulací, mimikou a vegetativními reakcemi

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka zná a využívá relaxační techniky a metody zmírňující bolest – po dobu hospitalizace

Cíl krátkodobý: Zmírnění / zvládnutí bolesti - do 45 minut

Výsledná kritéria:

Pacientce jsou aplikovány léky tišící bolest - do 15 minut

Pacientka udává zmírnění bolesti – do 30 minut

Pacientce je předvedena úlevová poloha – do 20 minut

Pacientka je zcela bez bolesti - do 1 hodiny

Pacientce jsou ukázány relaxační techniky a rozptýlení – do 2 dnů

Pacientce jsou vysvětleny metody, jak zmírnit bolest – do 2 dnů

Intervence:

Zhodnot' stupeň pacientčiny bolesti pomocí vizuální analogové škály bolesti – konkrétně škály výrazů obličeje (Příloha A - Obrázek 8) – při příjmu, dále minimálně 3x denně, dle potřeby častěji – sestra

Zjistí lokalizaci bolesti, její charakter, vyzařování a změny v průběhu dne – minimálně 3x denně, dle potřeby častěji – sestra

Zhodnot' vliv bolesti na pacientčin spánek, příjem potravy a duševní či tělesnou aktivitu – 1x denně – sestra

Aplikuj analgetika přesně dle stanovených časových intervalů – v časových intervalech dle dokumentace – sestra

Sleduj účinek analgetik – po aplikaci analgetik - sestra

Vyzvi pacientku k vyjádření svých pocitů souvisejících s bolestí – minimálně 3x denně, dle potřeby častěji – sestra

Monitoruj fyziologické funkce pacientky – 3x denně – sestra

Monitoruj neverbální projevy pacientky – denně – sestra

Sleduj postoj pacientky k bolesti – denně – sestra

Nauč pacientku, využít v souvislosti s bolestí relaxační techniky rozptýlení
– 1x denně – sestra

Nauč pacientku, jak zmírnit bolest – 1x denně – sestra

Realizace dne 20. 8. 2012:

V 9:00 h byla pacientka vyzvána, aby nám ukázala a popsala intenzitu a charakter bolesti. Použili jsme vizuální analogovou škálu bolesti – konkrétně škálu výrazů obličeje. Zároveň byly pacientce změřeny FF.

V 9:10 h bylo vše zapsáno do dokumentace, zároveň byl informován lékař, který pacientce ordinoval lék na zmírnění bolesti.

V 9:15 h byla aplikována dle ordinace lékaře 1 amp. Novalginu i. v. Po té jsme sledovali pacientčinu reakci a stav. Zároveň jsme pacientce pomohli nalézt úlevovou polohu.

V 10:15 h byla pacientka opět vyzvána ke zhodnocení bolesti pomocí vizuální analogové škály. Po té jsme vše zapsali do dokumentace.

V 10:45 h byla pacientka edukována o nutnosti dodržování léčebného režimu a analgoterapii.

Ve 12:00, 15:00 a 19:00 h byla opakovaně měřena intenzita a charakter bolesti pomocí vizuální analogové škály.

Ve 14:00 h byly pacientce změřeny FF a zároveň byla seznámena s relaxačními technikami a metodami zmírňujícími intenzitu bolesti.

Ve 14:15 h bylo vše zapsáno do dokumentace.

Hodnocení 24. 8. 2011:

Bolest, kterou pacientka vnímala, byla zmírněna na stupeň č. 1 ze stupnice č. 3. Pacientka ovládá relaxační techniky a metody zmírňující bolest. Fyziologické funkce jsou v normě. Subjektivně se pacientka cítí lépe, udává nižší intenzitu bolesti.

Efekt částečný. Cíl byl splněn částečně. Sestra musí v intervencích i nadále pokračovat.

V plánovaných intervencích jsme pokračovali i v dalších dnech hospitalizace pacientky, aby došlo k vymizení bolesti, případně nedošlo ke zhoršení bolesti na vyšší stupeň.

Kožní integrita porušená

v souvislosti s traumatem – s operací v oblasti dolní čelisti, krku a pravé dolní končetiny, projevující se bolestí, porušením epidermis, dermis a narušením tělesných struktur

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: Včasné zhojení kožních lézí bez komplikací – během hospitalizace

Cíl krátkodobý: Slovní vyjádření pocitů zvýšené sebeúcty a schopnosti zvládnout situaci – do 3 dnů

Výsledná kritéria:

Pacientka o sobě hovoří s úctou, zvládá dobře nynější situaci – do 2 dnů

Pacientka má neporušenou, dostatečně prokrvenou, hydratovanou kůži, hojící se per primam – do 14 dnů

Pacientka si osvojila návyky, chování a techniky spojené s preventivním účinkem na porušení kůže - do 2 dnů

U pacientky během hospitalizace nedošlo k novému porušení kožní integrity

Intervence:

Posuď rozsah ran, tvar, velikost, texturu a eventuelní patologické změny v okolí operačních ran (dolní čelist, krk, PDK) a vše pečlivě zaznamenej do dokumentace – při příjmu – sestra

Kontroluj a převazuj operační rány dle ordinace lékaře – denně – sestra

Měň sběrnou nádobu Redonova drénu, vše pečlivě zapisuj – denně – sestra

Sleduj hrozící komplikace – denně – sestra

Sleduj případné známky zánětu – denně – sestra

Kontroluj FF a výsledky laboratoře – výsledky 1x denně – sestra, FF 3x denně – sestra

Zachovej zásady asepse při ošetřování – denně – sestra

Zajisti dostatečnou výživu a hydrataci pacientky – denně – sestra

Prováděj častou výměnu osobního a ložního prádla – 1x denně v případě potřeby častěji – sestra

Pomáhej pacientce překonávat její pocity méněcennosti – denně – sestra

Realizace dne 20. 8. 2011:

V 8:00 h jsme vizuálně zhodnotili okolí operačních ran, změřili a zhodnotili vzhled obsahu Redonova drénu a vše zapsali.

V 8:15 h jsme asistovali lékaři při převazu operačních ran na krku, oblasti dolní čelisti a PDK.

V 8:40 h bylo vše zapsáno do dokumentace – při převazu byly dodržovány sterilní podmínky.

V 9:15 h byly prohlédnuty všechny výsledky laboratoře – CRP, jaterní testy a výsledky krevního obrazu nebyly zcela v normě, informovali jsme ošetřujícího lékaře.

V 9:30 h jsme pacientku upozornili na dodržování hygieny, minimalizaci kontaktu v prašném či špinavém prostředí, ujistili jsme jí o velmi dobrém hojení ran.

V průběhu celého dne jsme se snažili pacientku při každé vhodné příležitosti podpořit slovní pochvalou.

V průběhu dne jsme se zaměřili na sledování pooperačních míst a celkového stavu pacientky.

Fyziologické funkce jsme měřili 3x denně.

Hodnocení 24. 8. 2011:

Operační rány u pacientky nejsou ještě zcela zhojeny. Hojí se však dobře, bez komplikací, nevykazuje známky zánětu ani jiné patologické změny. Efekt částečný. Sestra musí v navržených intervencích nadále pokračovat.

V plánovaných opatřeních jsme pokračovali i další dny pacientčiny hospitalizace, aby se jí rány zcela a bez problémů zhojily.

Výživa porušená, nedostatečná

související s neschopností požití potravy v důsledku biologických faktorů, projevující se pacientkou hlášeným nedostatečným příjmem potravy a úbytkem váhy

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Dosáhnout požadovaného přírůstku na váze – do 14 dnů

Cíl krátkodobý: Osvojit si chování a změnu životního stylu, umožňující přibrat na váze a udržet přiměřenou tělesnou hmotnost – do 3 dnů

Výsledná kritéria:

Pacientka si osvojila změnu životního stylu – do 2 dnů

Pacientka chápe důvod výživy prostřednictvím NGS – do 24 hodin

Pacientka přibírá na váze – do 10 dnů

Intervence:

Seznam se s laboratorními výsledky – 1x denně – sestra

Sestav individuální nutriční plán, tedy plán výživy NGS – 1x denně – sestra

Sleduj, zda pacientka dobře snáší aplikované množství výživy do NGS – denně
– sestra

Sleduj a pečuj o okolí zavedení NGS – 2x denně – sestra

Edukuj pacientku stran výživy NGS v domácím prostředí – 1x denně – sestra

Měř váhu pacientky – 1x denně – sestra

Informuj pacientku o zápisu bilance tekutin – při příjmu, 1x denně – sestra

Realizace dne 21. 8. 2011:

V 8:00 h jsme zkontrolovali okolí zavedení NGS a zvážili pacientku.

V 8:10 h bylo vše zaznamenáno do dokumentace.

V 8:30 h jsme informovali pacientku o individuálním nutričním plánu, který jsme sestavili. Jednalo se o pravidelné 3 hodinové intervaly výživy přes NGS a možné popíjení vody či čaje. Dále jsme jí požádali o zapisování příjmu tekutin ústy.

V 9:00 h jsme pacientku nakrmili přes NGS 300 ml Fresubinu (vysokokalorická kompletní výživa s vlákninou) a následně jsme sondu propláchli 100 ml převařené vlažné vody. Při aplikaci jsme si všímali tolerance dávky.

V 9:05 h jsme vznesli dotaz, zda se pacientka cítí dobře, zda jí vyhovuje množství dávky.

V 9:10 h jsme vše zapsali do dokumentace.

V 9:15 h jsme prohlédli všechny výsledky laboratoře – CRP, jaterní testy a výsledky krevního obrazu nebyly zcela v normě, informovali jsme ošetřujícího lékaře.

V 10:00 h jsme edukovali pacientku o výživě přes NGS a o péči o NGS.

Ve 12:00 a 15:00 h jsme aplikovali další bolus výživy přes NGS a vše zaznamenali do dokumentace.

Hodnocení 24. 8. 2011:

Cíl byl splněn částečně. Pacientka snáší výživu přes NGS dobře, bez větších komplikací. Dané množství v pravidelných intervalech jí vyhovuje. Pacientka chápe důvod této alternativní výživy. Váhou stabilní. Efekt částečný. Sestra musí v navržených intervencích nadále pokračovat.

V plánovaných opatřeních jsme pokračovali i další dny pacientčiny hospitalizace, aby se docílilo zvýšení váhy a orientace pacientky v péči a aplikaci výživy přes NGS.

Spánek porušený

související s úzkostí, depresí a akutní bolestí, projevující se častým probouzením během noci, pocitem nevyspání a ranní únavou

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Zlepšení pocitu celkové pohody a odpočatosti – do 10 dnů

Cíl krátkodobý: Slovně vyjádřit pochopení poruchy spánku – do 3 dnů

Zlepšení spánku a odpočinku – do 3 dnů

Výsledná kritéria:

Pacientka dokáže slovně vyjádřit pochopení poruchy spánku – do 2 dnů

Pacientka má pocit zlepšení spánku a odpočinku – do 2 dnů

Pacientka se cítí celkově lépe a více odpočínutá – do 7 dnů

Intervence:

Posud' příčiny a přispívající faktory k poruše spánku – při příjmu – sestra

Seznam se s psychologickým posudkem pacientky – při příjmu – sestra

Sleduj způsob spánku a dysfunkci – denně – sestra

Pomož pacientce dosáhnout optimálního spánku – denně – sestra

Zjistí zvyky a rituály pacientky před spaním – při příjmu – sestra

Zjistí cíleným dotazem: kolikrát se pacientka během noci vzbudila – ráno po probuzení – sestra

Pouč pacientku, aby přes den nespávala – 1x týdně – sestra

Vyvětrej pokoj před spaním – každý večer – sanitář

Realizace dne 21. 8. 2011:

V 8:00 h jsme se pacientky cíleně zeptali na kvalitu spánku a počet probuzení během spánku. Pacientka nám sdělila, že usnula dobře, ale v průběhu noci se 2x vzbudila. Žádá silnější lék na spaní.

V 8:15 byl proveden záznam do dokumentace a byl informován lékař.

V 8:30 h jsme se seznámili s psychologickým posudkem pacientky.

V 8:40 h jsme pacientku informovali o změně medikace na spaní a cíleným rozhovorem zjistili zvyky a rituály, které je pacientka v domácím prostředí zvyklá dodržovat.

V 9:00 h jsme pacientku edukovali v oblasti spánkové hygieny, zmínili jsme i nepospávání během dne a čistě vyvětraný pokoj před spaním.

V 10:00 h jsme pacientku informovali i o medikaci – Stilnox, který měla dle ordinace předepsaný.

Hodnocení 24.8.2011:

Cíl byl splněn částečně. Pacientka dobře usíná, ale v průběhu noci se budí. Je schopná slovně vyjádřit svou poruchu spánku. Celkově se cítí lépe. Efekt částečný. Sestra musí v navržených intervencích nadále pokračovat.

V plánovaných opatřeních jsme pokračovali i další dny pacientčiny hospitalizace, aby se docílilo zlepšení kvality pacientčina spánku.

Infekce, riziko vzniku

v souvislosti s invazivními medicínskými postupy

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Usilovat o časně zhojení ran – do 14 dnů

Cíl krátkodobý: Pochopení individuálních příčin rizikových faktorů – do 3 dnů

Intervence:

Informuj pacienta o důležitosti dodržování základních hygienických podmínek – denně – sestra

Sleduj fyziologické funkce a laboratorní nálezy – nálezy 1x denně, FF 3x denně
– sestra

Informuj pacienta o důležitosti přiměřeného příjmu tekutin, racionální výživy
a vitamínů – 1x denně – sestra

Dodržuj aseptický postup – denně všichni členové ošetrovatelského týmu

Sleduj vstupní místo i. v. vpichu – denně – sestra

Zajisti adekvátní péči o kůži, operační rány a vstup NGS, Redonova drénu
a permanentního žilního katétru – denně – sestra

Aplikuj ATB dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek – intervaly dle ordinace
lékaře – sestra

Chraň pacienta před nosokomiální infekcí – denně – sestra

Dodržuj postup při ošetřování jednotlivých pacientů (umývání rukou, sterilní
pomůcky atd.) – denně – všichni členové ošetrovatelského týmu

Realizace dne 20. 08.2011:

V 8:15 h jsme asistovali lékaři u převazu operačních ran – na krku, dolní čelisti
a PDK.

V 8:45 h jsme u pacientky zkontrolovali a sterilně fixovali, místo aplikace
periferního žilního katétru.

V 9:00 h jsme u pacientky změřili TT, TK, P a SpO₂, zkontrolovali laboratorní
výsledky a zapsali do dokumentace.

V 9:30 h jsme pacientku informovali o veškerých zásadách k předcházení vzniku
infekce v nemocničním i domácím prostředí.

V 10:00 h jsme pacientce vysvětlili nutnost dodržovat přiměřený příjem kvalitní
stavy a dostatku tekutin, nejen v nemocnici, ale především domácím prostředí.

V 10:30 h jsme pacientce prohlédli celkový stav kůže na těle, promazali záda
a čistě převlékli postel.

Ve 12:00 h jsme pacientce aplikovali ATB i. v. Augmentin 1,2 g a sledovali případnou vedlejší reakci.

Fyziologické funkce jsme měřili 3x denně.

Po celou dobu ošetřování pacientky jsme dodržovali přísné aseptické podmínky a to i v kontaktu s ostatními pacienty.

Hodnocení 24. 8. 2011:

Pacientka nejeví známky infekce či zánětu. Zná a chápe příčiny vzniku infekčního onemocnění a dokáže jim aktivně předcházet. Efekt úplný. Cíl byl splněn.

V plánovaných opatřeních jsme pokračovali i další dny hospitalizace pacientky, abychom zajistili minimalizaci rizika infekce.

5.2.4 Zhodnocení ošetrovatelské péče

O pacientku jsme pečovali v době od 20.8. do 24.8.2012. Pacientka byla propuštěná do domácí péče 31. 8. 2012, tedy týden poté.

Vlivem lékařské terapie a ošetrovatelské péče došlo k celkovému zlepšení stavu pacientky. Hospitalizaci snášela dobře, byla vstřícná a spolupracovala jak ve vybraných intervencích, tak v edukaci. Pacientka je seznámena se svým onemocněním. Zná komplexní léčbu, tedy farmakoterapii, RHB TMK a dodržování správné výživy. Má teoretické znalosti a praktické dovednosti stran základních rehabilitačních cviků a výživy NGS. Během hospitalizace se nám podařilo navázat s pacientkou důvěryhodný vztah. Některé problémy se během naší ošetrovatelské péče nepodařilo zcela odstranit. Je tedy potřeba v intervencích nadále pokračovat. Pacientka vzhledem ke svému onemocnění a náročnosti prodělané operace potřebuje pevné zázemí, podporu a porozumění rodiny. Pacientka hodnotí ošetrovatelskou péči pozitivně.

6 EDUKACE PACIENTKY

Edukace má v ošetrovatelském procesu nezastupitelnou úlohu. Pacientka si při propuštění z ORL oddělení odnáší všechny znalosti a zručnosti, které se právě zde naučila. Tyto znalosti a zručnosti si osvojila díky správné edukaci. Základem vhodné edukace je správnost, odborné provedení edukátorem a odstranění počátečního strachu spojeného s obavou pacientky.

6.1 Informace a základní pomůcky k edukaci

Edukace nemocné je zahájena již v předoperačním období a nadále pokračuje během hospitalizace. Předmětem edukace je výživa NGS a péče o ní. Součástí edukace je i seznámení pacienty s hrozícími komplikacemi, které jsou spojeny s operačním výkonem. V neposlední řadě je pacientka informována o opatřeních, které je nutno dodržovat a o pravidelné RHB. Rehabilitace TMK je v pooperačním období nezbytnou součástí léčby a také důležitým předpokladem pro zdárný výsledek celého výkonu. Pacientka bude po propuštění pravidelně navštěvovat speciální RHB TMK. Zároveň bude v domácím prostředí provádět základní cviky, které jí budou v rámci edukace vysvětleny a názorně ukázány.

Edukace pacientky bude probíhat formou názorné ukázky, verbálními instrukcemi a pomocí. Bude prováděna na pokoji, kde je dostatek soukromí a klidu. Pomůcky budeme mít připravené přímo na pokoji.

Cílem edukace je informovanost pacientky, praktické zvládnání výživy s použitím NGS a osvojení si základních RHB cviků. Informovanost se týká NGS, komplikací, které by se v souvislosti s výkonem mohly vyskytnout, významu RHB TMK a režimových opatření spojených s výkonem.

Základními pomůckami jsou NGS, Janetová stříkačka, strava určená k výživě NGS, to znamená 300 ml Fresubinu a 100 ml převařené vlažné vody na propláchnutí. Dalšími pomůckami je náplast, mulové čtverce a Borová voda.

6.2 Postup edukace

Edukace byla po domluvě s pacientkou rozdělena do 2 dnů. Pacientka si tak dobře osvojila naučené praktické dovednosti a teoretické znalosti. Vše si postupně opakovaně vyzkoušela, mohla se na cokoliv zeptat. Dotazy jí byly zodpovězeny.

Pacientce jsme vysvětlili jakým způsobem se má strava NGS aplikovat, jak často a v jakých dávkách. Dále jsme jí informovali o stravě, která se k tomuto účelu používá. Pacientka si stravu včetně následujícího proplachu aplikovala 2x denně. Aplikace vždy proběhla pod naším dohledem a vedením. Pacientku jsme vždy seznámili s pomůckami, kompletní edukací a ona souhlasila s jejím začátkem. Dále byly pacientce v rámci edukace popsány hrozící komplikace v souvislosti s výkonem a přínos RHB TMK včetně výuky základních RHB cviků.

6.2.1 1. edukační den

Edukaci jsme zahájili 23. 8. 2012. Během tohoto dne jsme společně s lékařem seznámili pacientku s připravenými pomůckami. Aplikace byla prováděna lékařem, nemocná vše pozorně sledovala. Po aplikaci byla sonda propláchnuta 100 ml vody. Dále bylo pacientce ukázáno, jak udržovat čistotu v místě zavedení.

Během edukace byl nemocné lékařem vysvětlen význam NGS a předpokládaná doba, po kterou bude mít sondu zavedenou. Dále byl zdůrazněn význam RHB TMK. Vysvětleny a názorně ukázány základní cviky, které má pacientka provádět.

Zhruba po 30 - ti minutové edukaci společně s lékařem zodpovídáme pacientce veškeré dotazy.

Celá edukace byla opakována po 3 hodinách, ovšem již bez přítomnosti lékaře.

6.2.2 2. edukační den

Druhý edukační den tedy 24. 8. 2012, probíhá edukace obdobně. Edukaci

provádíme tentokrát bez přítomnosti lékaře. Pacientka si stravu aplikuje sama přes NGS. Součástí edukace je nácvik základních cviků TMK. Vše probíhá pod naším vedením.

Zhruba po 30 - ti minutové edukaci zodpovídáme pacientce veškeré dotazy.

Celou edukaci opakujeme po 3 hodinách.

6.2.3 Zhodnocení edukace

Cíl edukace byl splněn. Pacientka zná způsob aplikace stravy prostřednictvím NGS. Osvojila si i praktické provedení. Zná komplikace, které se mohou objevit v souvislosti s TEP TMK. Zná důvody následné RHB TMK a umí základní cviky. Ví o režimových opatřeních, které jsou spojeny s TEP TMK.

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V této kapitole jsou shrnuta doporučení pro praxi. Jsou rozdělena do tří oddílů. První oddíl se zabývá doporučením pro pacientku, druhý doporučením pro rodinu a třetí pro ošetřující personál.

Doporučení pro pacientku:

- nepodléhat předčasně obtížím;
- pečovat o své duševní zdraví, tzn. naučit se odpočívat a relaxovat;
- rozvíjet svou tělesnou kondici, tzn. předcházet nachlazení, sportovat, chodit na procházky;
- dodržovat správnou životosprávu;
- dodržovat správné zásady týkající se výživy prostřednictvím NGS, tzn. dodržovat správné dávky, intervaly a vhodnou stravu;
- pravidelně se věnovat RHB cvikům a to jak v domácím prostředí, tak i na rehabilitačním pracovišti;
- docházet na pravidelné kontroly na ORL ambulanci;
- docházet na pravidelné kontroly na stomatologii;
- v případě obtíží v oblasti dutiny ústní a dolní čelisti se objednat na vyšetření na ORL ambulanci;
- vyvarovat se rizikovým faktorům, tzn. aktivního i pasivního kouření a pití koncentrovaných alkoholických nápojů.

Doporučení pro rodinu:

- mít zájem o společné aktivity, tzn. společně chodit na výlety, na procházky;

- pozitivně motivovat a chválit;
- být pro nemocnou pevnou psychickou oporou;
- zorganizovat pravidelné návštěvy přátel a příbuzných;
- pomáhat nemocné s výživou prostřednictvím NGS;
- doprovázet nemocnou na kontrolní vyšetření u lékaře.

Doporučení pro ošetřující personál:

- mít citlivý a ohleduplný přístup;
- získat si důvěru pacientky;
- povzbuzovat pacientku při každé vhodné příležitosti;
- dodržovat ošetřovatelské postupy;
- dodržovat aseptický postup a předcházet hrozícím komplikacím.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo ukázat přehledný a ucelený postup péče o pacienta po operaci karcinomu dolní čelisti. Hlavní téma práce nám pomohlo hlouběji proniknout do ošetrovatelské péče. Práce nám také umožnila nahlédnout do problematiky tohoto onemocnění. Ukázala nám možnosti terapie, které jsou v nynější době k dispozici. Cíl byl tedy splněn.

Kvalita ošetrovatelské péče o takto nemocného pacienta se zvyšuje díky potřebným poznatkům a uceleným informacím ošetřujícího personálu. Sestra by se těmito poznatky a informacemi měla řídit a měla by je mít stále na paměti. Celkový pooperační stav nemocného je ovlivněn přístupem jeho okolí, rodiny, přátel a ošetřujícího personálu. Lidé, kteří o nemocného pečují, jsou první, se kterými se pacient po operaci setkává. Je tedy velmi důležité, abychom nezapomínali na vlídnost, empatii a psychickou podporu nemocného.

V souvislosti s vypracováním této práce jsme si uvědomili, jak těžké životní období tito nemocní prožívají. Pocity, které cítí, jsou jistě spjaty se strachem o život, o existenci jako takovou. Karcinom dolní čelisti a jeho radikální chirurgická léčba je neomylně spjata s estetickým dopadem na vzhled nemocného. Velmi nás potěšilo, že i takto obtížná situace může mít řešení a to v podobě rekonstrukční operace. Zákrok je spojen s následnou rekonvalescencí, dočasnou výživou prostřednictvím NGS a v neposlední řadě RHB TMK. Nezbytným předpokladem pro příznivou prognózu jsou pravidelné kontroly na ORL ambulanci a dodržování jistých zásad, které mohou vznik recidivy ovlivnit.

Edukace má pro pacienta nezastupitelnou úlohu. Tato skutečnost se potvrdila během pooperačního období, kdy jsme pacientku edukovali stran výživy NGS, pooperačních komplikací a RHB TMK. Edukace a nácvik dovedností mají pro pacienta po propuštění do domácí péče velký význam. Edukace je bohužel často opomíjena. Je důležité nezapomínat na ní a pacientovi se citlivě a trpělivě věnovat. Komplikace, které se po výkonu mohou vyskytnout, můžou být způsobené i ošetřujícím personálem. Je tedy nutné, mít stále na paměti dodržování správných postupů a bezchybné ošetrovatelské péče.

Myslíme si, že cíl naší práce byl splněn. Vhodným zakončením by mohl být tento citát:

„Pro člověka, který se nevzdává, neexistují hranice.“

(Pavel Mrtva)

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ČSN ISO 609: 2010 = Pravidla pro bibliografické odkazy a citace informačních zdrojů.

1. ARCHALOUSOVÁ, Alexandra, 2003. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Praha: Nucleus HK. ISBN 80-86225-33-X
2. BOROŇOVÁ, Jana, 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Plzeň: Maurea. ISBN 978-80-902876-4-8.
3. DOENGES, E. Marilyn aj., 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Druhé přeprac. a rozšíř. vyd. Grada. ISBN 80-247-0242-8.
4. ELIŠKOVÁ, Miloslava a Ondřej NAŇKA, 2006. *Přehled anatomie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1216-X.
5. FERKO, Alexander aj., 2011. *Chirurgie v kostce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0230-8.
6. GOJIŠOVÁ, Eva aj., 2004. *Stomatologie*. Dotisk. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-865-4.
7. HŮSKOVÁ, Jitka a Petra KAŠNÁ, 2009. *Ošetrovatelství – ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2855-1.
8. KELNAROVÁ, Jarmila aj., 2009. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty – 2. ročník 1. díl*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3105-6.
9. MACHOŇ, Vladimír aj., a2008. *Léčba onemocnění čelistního kloubu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2394-5.
10. NĚMCOVÁ, Jitka a Iona MAURITZOVÁ, 2011. *Manuál k úpravě písemných prací*. Plzeň: Maurea. ISBN 978-80-902876-8-6.
11. NĚMCOVÁ, J. aj., 2012. *Příklady praktických aplikací témat z předmětů výzkum v ošetrovatelství, výzkum v porodní asistenci a seminář k bakalářské práci*. Plzeň: Maurea. ISBN 978-80-904955-5-5.
12. NOVÁKOVÁ, Iva, 2011. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech – Dermatologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3422-4.
13. PETRUŽELKA, Luboš a Bohuslav KONOPÁSEK, 2003. *Klinická onkologie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0395-0.

14. PLEVOVÁ, Ilona aj., 2011. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80247-3557-3.
15. SLEZÁKOVÁ, Lenka aj., 2010. *Ošetřovatelství v chirurgii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3129-2.
16. STAŇKOVÁ, Marta, 2001. *České ošetřovatelství 6 Hodnotící a měřící techniky v ošetřovatelské praxi*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-323-6.
17. TRACHTOVÁ, Eva aj., 2008. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2. vyd. neměn. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-324-4.
18. VOKURKA, Martin a Jan HUGO aj., 2004. *Velký lékařský slovník*. 4. aktualiz. vyd. Praha: Jesenius - Maxdorf. ISBN 80-7345-037-2.
19. 2007. *Výkladový ošetřovatelský slovník*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2240-5.
20. ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA aj., 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3770-6.

INTERNETOVÉ ZDROJE

1. Biomet Microfixation [online]. [cit. 15.2.2013].
Dostupné z: <http://www.lorenzsurgical.com/>
2. Dieta KEN [online]. [cit. 3.3.2013].
Dostupné z: <http://www.dietaken.cz/cz/dieta-ken/>
3. MÁLEK, J., A. DVOŘÁK aj., 2009. *Základy anesteziologie*. 3. *Lékařská fakulta Univerzity Karlovy* [online]. Projekt č. 1072/2009, [cit. 13.2.2013].
Dostupné z: <http://www.lf3.cuni.cz/cs/index.html>
4. MAZÁNEK, Jiří, 2010. *Onkologická problematika ve stomatologii*. Zdravotnické noviny Příloha: *Lékařské listy* [online]. **10**(22), [cit. 12.2.2013]. ISSN 0044-1996. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/archiv/priloha-lekarske-listy/?id=3718>
5. Medica [online]. [cit. 3.3.2013]. Dostupné z: <http://www.medica-brno.com/>
6. Medin [online]. [cit. 15.2.2013]. Dostupné z: <http://www.medin.cz/>

7. Telemedicina [online]. [cit. 3.3.2013].
Dostupné z: <http://www.telemedicina.med.muni.cz/>

ZDROJE Z ODBORNÝCH ČASOPISŮ

1. MAZÁNEK, Jiří a Ctibor POVÝŠIL. 2002. Odontogenní nádory. *Zdravotnické noviny Příloha: Lékařské listy*. **51**(32), 31-33. ISSN 1214-7664.
2. MACHOŇ, V., PASKA, J., HIRJAK, D. b2008. Totální náhrada čelistního kloubu. *LKS*. **18**(10), 282-285. ISSN 120-3381.

PŘÍLOHY

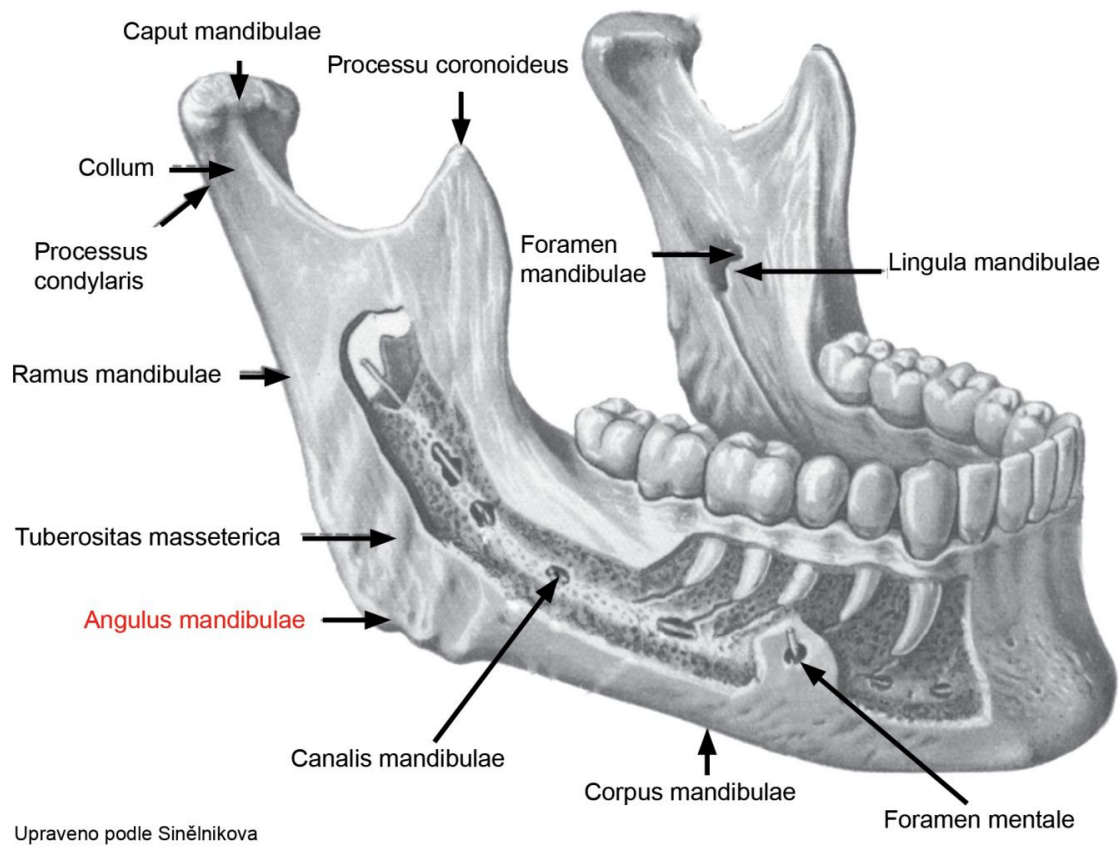
Příloha A:

Obrázek 1 – Názorné schéma dolní čelisti.....	I
Obrázek 2 – Finále operace TEP TMK.....	II
Obrázek 3 – Operační fixátor horní a dolní čelisti.....	II
Obrázek 4 – Kloubní hlavice – tovární.....	III
Obrázek 5 – Nákres před výkonem.....	III
Obrázek 6 – Nasogastrická sonda.....	IV
Obrázek 7 – Redonův drén.....	IV
Obrázek 8 – Vizuální analogová škála bolesti.....	V

Příloha B:

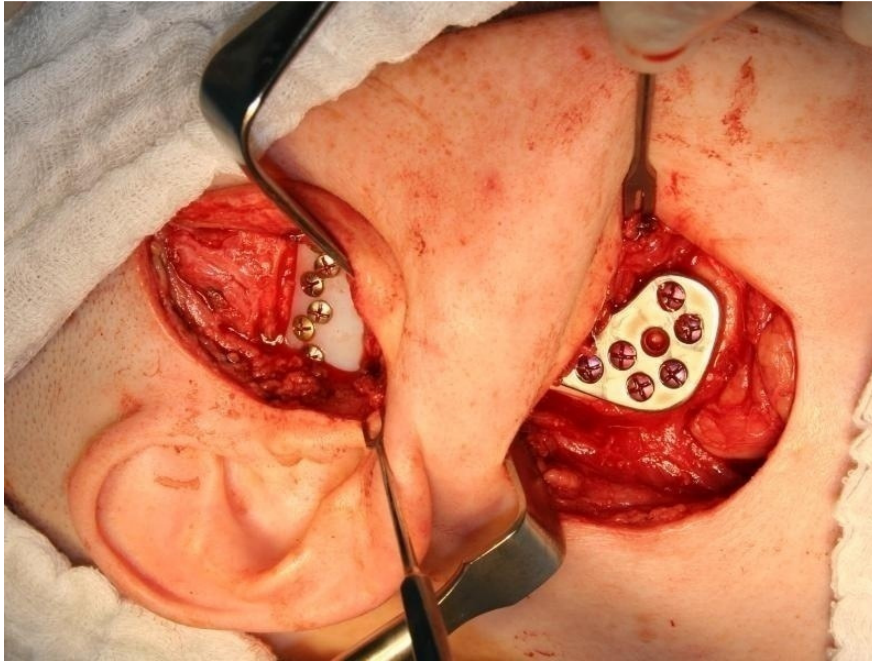
Čestné prohlášení.....	VI
------------------------	----

Příloha A:



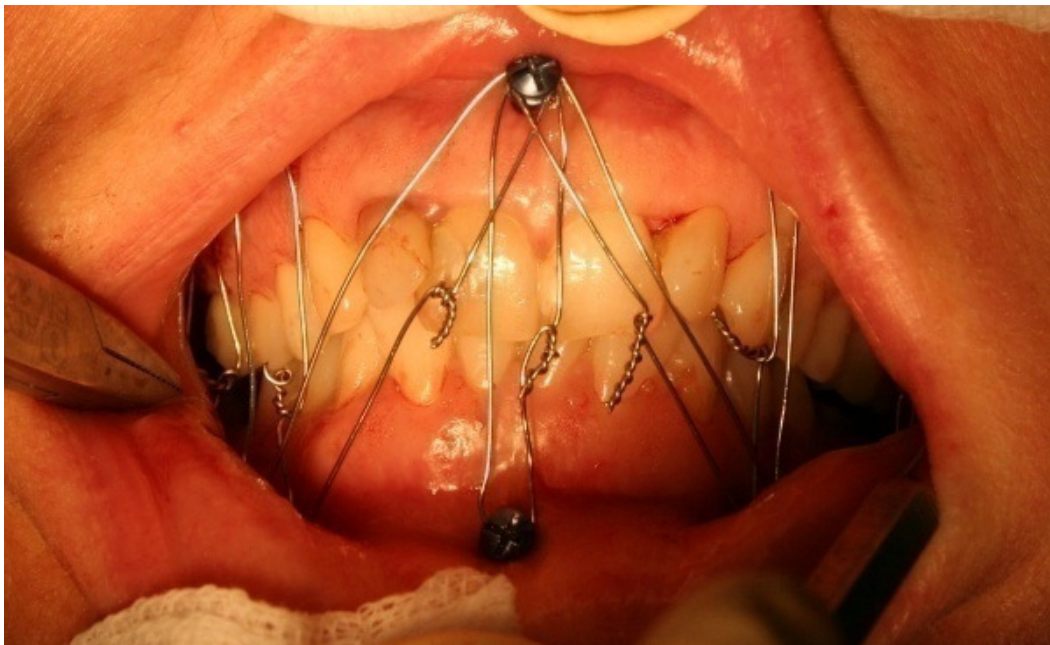
Zdroj: <<http://www.telemedicina.med.muni.cz/>>

Obrázek 1 - Názorné schéma dolní čelisti



Zdroj: MUDr. Jirák - ORL oddělení NNH

Obrázek 2 - Finále operace TEP TMK



Zdroj: MUDr. Jirák - ORL oddělení NNH

Obrázek 3 - Operační fixátor horní a dolní čelisti



Zdroj: MUDr. Jirák - ORL oddělení NNH

Obrázek 4 - Kloubní hlavice - tovární



Zdroj: MUDr. Jirák - ORL oddělení NNH

Obrázek 5 - Nákres před výkonem



Zdroj: <<http://www.dietaken.cz/cz/dieta-ken/>>

Obrázek 6 - Nasogastrická sonda



Zdroj: <<http://www.medica-brno.com/>>

Obrázek 7 - Redonův drén



Zdroj: STAŇKOVÁ, Marta, 2001. *České ošetrovatelství 6 Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. s. 20

Obrázek 8 - Vizuální analogová škála bolesti

Příloha B:

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem získala údaje pro zpracování praktické části bakalářské práce s názvem Ošetrovatelská péče o pacienta po operaci karcinomu dolní čelisti v průběhu odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s. Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 25. 3. 2013

Lenka Podhaiská