

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM MOZKU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

RADKA PAVIČOVÁ

Praha 2014

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM MOZKU**

Bakalářská práce

RADKA PAVIČOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Hana Belejová, PhD.

Praha 2014



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

Pavičová Radka
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 15. 10. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s nádorovým onemocněním mozku

Nursing Process for Patients with Brain Tumour

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Hana Belejová, PhD.

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 30. 10. 2013


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze 31. 5. 2014

.....

ABSTRAKT

PAVIČOVÁ, Radka: *Ošetrovatelský proces u pacienta s nádorovým onemocněním mozku*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s, stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Hana Belejová, PhD. Praha. 2014. 64 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces o pacienta s nádorovým onemocněním mozku.

Teoretická část obsahuje historii, charakterizuje samotné onemocnění, příčiny vzniku nemoci, klinické projevy, vyšetřovací metody vedoucí k diagnóze, léčbu, prognózu pacientů s tímto onemocněním a specifika ošetrovatelské péče.

Důležitou částí je část praktická. V této části je popsána ošetrovatelská péče metodou ošetrovatelského procesu u vybraného pacienta. Informace jsem získala z lékařské a sesterské dokumentace, rozhovorem s rodinou od pacientky a od kolegyně, které o pacientku také pečovaly. Dále práce obsahuje medicínský management, situační analýzu a seznam sesterských diagnóz seřazen podle priorit, které vedou ke zkvalitnění a uspokojení individuálních potřeb pacientky.

Klíčová slova: Nádor mozku. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelský proces. Pacient.

ABSTRACT

PAVIČOVÁ Radka: NURSING PROCESS FOR PATIENTS WITH A BRAIN TUMOR. The College of Nursing , o.p.s., qualification degree : Bachelor's degree. Supervisor: PhD. Hana Belejová , PhD. Prague 2014. Pages 64.

The main aim of the thesis is the nursing process of a patient with a brain tumor.

The theoretical part includes its history, characterizes the disease itself , the causes of the disease , clinical manifestations , examination methods leading to diagnosis, treatment, prognosis of patients with this disease and the specifics of the nursing care .

The important part is the practical part. This section describes the nursing care using the nursing process in selected patients . I gained the information from medical and nursing documentation , interviews with the families of the patient and from colleagues who also took care of patients. The work also includes medical management, situational analysis and a list of affiliated prioritizing diagnoses that lead to a higher quality and meet the individual needs of the patient.

Keywords : Brain tumor. Nursing care. Nursing process. Patient.

PŘEDMLUVA

Nádorová onemocnění patří mezi nejčastěji se vyskytující onemocnění vůbec. V České republice onemocní některým z mnoha druhů nádorového onemocnění každý třetí občan. Tato diagnóza postihuje jedince v každém věku, od útlého dětství až po vysoké stáří. V každém z nás vzbuzuje strach, ale při včasné diagnostice, správné léčbě a podpoře zdravotnického personálu i rodiny, je možno tomuto onemocnění dobře čelit.

Tato práce vznikla ve snaze vytvořit podrobnou analýzu ošetrovatelské problematiky u pacientky s diagnózou nádorového onemocnění mozku. Cílem práce je poskytnout utříděný přehled v ošetrovatelské péči u této nemoci, kdy sestra musí ke každému nemocnému přistupovat individuálně. Snahou této práce bylo získat nové informace a prohloubit si vlastní znalosti, které se týkají této problematiky.

Výběr tématu k bakalářské práci byl ovlivněn mým působením na neurologickém oddělení, kde se s nemocnými s touto diagnózou setkávám a mám možnost o ně pečovat.

Práce je určena studentům ošetrovatelství a stejně v ní mohou najít podnětné rady sestry z praxe, které pracují na neurologickém oddělení. Práce je taktéž určena pacientům a jejich příbuzným, kteří se o tuto problematiku zajímají.

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí bakalářské práce PhDr. Haně Belejové, PhD. za cenné rady při psaní této práce a své rodině za podporu a trpělivost.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	13
1 HISTORIE.....	15
2 NÁDORY MOZKU.....	16
2.1 KLASIFIKACE NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ	17
2.2 EPIDEMIOLOGIE	19
2.3 ETIOLOGIE	19
2.4 KLINICKÉ PŘÍZNAKY	20
2.5 DIAGNOSTIKA	21
2.6 OBECNÁ LÉČEBNÁ STRATEGIE.....	24
2.6.1 Chirurgická léčba.....	24
2.6.2 Radioterapie.....	27
2.6.2.1 Zevní radioterapie.....	27
2.6.2.2 Stereotaktická radiochirurgie	28
2.6.2.3 Vnitřní ozařování (brachyradioterapie)	28
2.6.3 Chemoterapie.....	28
2.7 OBECNÁ PÉČE O ONKOLOGICKY NEMOCNÉ	30
2.8 PROGNÓZA.....	34
3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM MOZKU	35
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM MOZKU	39
4.1 PRVNÍ FÁZE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU – POSOUZENÍ.....	41
4.2 DRUHÁ FÁZE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU – DIAGNOSTIKA.....	51
4.3 TŘETÍ, ČTVRTÝ A PÁTÝ KROK OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU – INTERVENCE, REALIZACE A HODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ	52

5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	63
ZÁVĚR	65
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	66
SEZNAM PŘÍLOH	68

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CNS	centrální nervový systém
CT	počítačová tomografie
EEG	elektroencefalografie
MR	magnetická resonance
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
PMK	permanentní močový katétr
TNM klasifikace	tumor, nodus (regionální uzliny), vzdálené metastázy
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Apatie – netečenost a lhostejnost, naprostá pasivita

Asepsy – soubor opatření zabraňující vniknutí choroboplodných mikroorganismů do organismu

Benigní - nezhoubný

Cytoredukce – snížení buněčné hmoty nádoru

Diferenciace - rozlišení

Edukace – výchova a vyučování

Empatie – schopnost vcítit se do pocitů, jednání druhé osoby

Extirpace – chirurgické odstranění

Histopatologie – mikroskopické vyšetření tkáně

Hydrocefalus – zmnožení mozkomíšního moku

Infiltrativní růst – pronikající růst

Kachexie – patologické zhubnutí a silná celková sešlost

Kolaterální - vedlejší

Maligní - zhoubný

Metastáze – druhotné ložisko nádorových buněk

Perorální – podáváno ústy

Prognóza - předpověď

Regenerace – proces opravy poškození tkání

Resekce – operativní odstranění části orgánu

Sedace – uklidnění, utišení

Trepanace – vytvoření otvoru do kosti lebni

Tumor - nádor

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Obecné principy léčby primárních nádorů CNS.....	17
Tabulka 2 TNM klasifikace maligních CNS	18
Tabulka 3 Identifikační údaje pacientky.....	41
Tabulka 4 Vitální funkce při příjmu	42
Tabulka 5 Léková anamnéza	44
Tabulka 6 Posouzení současného stavu ze dne 18. 3. 2014 2. den hospitalizace	46
Tabulka 7 Aktivity denního života	47
Tabulka 8 Sesterská diagnóza I	52
Tabulka 9 Sesterská diagnóza II	53
Tabulka 10 Sesterská diagnóza III.....	54
Tabulka 11 Sesterská diagnóza IV.....	55
Tabulka 12 Sesterská diagnóza V	56
Tabulka 13 Sesterská diagnóza VI.....	57
Tabulka 14 Sesterská diagnóza VII	58
Tabulka 15 Sesterská diagnóza VIII.....	59
Tabulka 16 Sesterská diagnóza IX.....	60
Tabulka 17 Sesterská diagnóza X.....	61

ÚVOD

Nádory nepatří mezi nová onemocnění, jako příčina úmrtí byly přítomny již před miliony lety. Je to onemocnění, které si nevybírání. Postihuje jedince už od dětství, až po vyšší věk. Diagnóza zhoubného nádoru sebou nese velký dopad na psychiku nemocného, ale taktéž i na jeho rodinu. Je podstatné, aby všeobecná sestra ke každému nemocnému přistupovala individuálně, a aby aktivně do péče zapojovala i rodinu.

Důvod zvolení tématu bakalářské práce byl ten, že s touto diagnózou se často setkáváme na neurologických odděleních a je potřeba ke každému nemocnému přistupovat individuálně, s empatií a trpělivostí.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je zmíněna historie, dále definováno a charakterizováno onemocnění a klasifikace nádorových onemocnění. Dále teoretická část práce obsahuje epidemiologii, příčiny vzniku onemocnění, klinické projevy onemocnění. Možnosti diagnostiky, je popsána obecná léčebná strategie, obecná péče o onkologicky nemocné a prognóza pacientů s tímto onemocněním. Na konci teoretické části se nachází specifika ošetrovatelské péče u nádorového onemocnění mozku.

V praktické části je vypracován ošetrovatelský proces. Informace pro posouzení stavu pacientky jsou získány ze zdravotnické dokumentace, lékařské i sesterské překládové zprávy, fyzikálním pozorováním sestrou, rozhovorem s rodinou a kolegyněmi na oddělení, kde byla pacientka hospitalizována. Pro zdravotní stav pacientky nebyl sběr informací přímo od ní možný.

Bakalářská práce může vzbudit dojem smutku. I pro nepříznivou prognózu pacientky, o které je převážně tato práce napsána, jí byla poskytnuta veškerá potřebná péče, kterou její stav vyžadoval. Bylo k ní přistupováno s úctou, empatií a porozuměním. I přes nepříznivou prognózu jí byly uspokojovány všechny základní potřeby se zapojením rodiny do této péče.

Cílem této práce bylo vytvořit podrobnou analýzu a interpretovat ošetrovatelské problémy u pacientky s nádorovým onemocněním mozku.

S touto diagnózou se můžeme setkat na neurologických pracovištích, a proto je podstatné znát, jak k těmto onemocněním dochází, jaké jsou jeho příznaky, diagnostika a možnosti léčby. Měli bychom mít na paměti, že k těmto lidem je zapotřebí přistupovat s určitým porozuměním, empatií a trpělivostí. Pokud jsou tyto kritéria splňována, pak je od toho odvíjena i kvalitní péče o nemocné.

1 HISTORIE

Nádory nepatří mezi nová onemocnění. Jako příčina úmrtí živočichů byla přítomna již před miliony let.

Původ názvu onemocnění pochází pravděpodobně z řečtiny nebo latiny ze slov označující raka nebo kraba (rak = karcinos nebo cancer, krab = onkos). Řecký lékař Hippokrates (430–370 př. n. l.) užíval termín „karkinóma“ a římský lékař Galén (130–200 n. l.) zavedl termín cancer nebo také onkos.

(<http://www.vesmir.cz/clanek/rakovina>).

Historie prováděných operací mozku

V Evropě, Africe, Jižní Americe a Asii byly uskutečněny nálezy trepanovaných lebek. Trepanace lebky byly prováděny 5 až 10 000 let před Kristem a nejčastější důvod pro provedení trepanace byly pravděpodobně rituální příčiny, ale nelze vyloučit snahu o operační řešení.

O prvních pokusech neurochirurgické terapie nádoru mozku lze hovořit až ve druhé polovině 19. století. Byly to riskantní operace z důvodů nedokonalé anestézie a především nedokonalé diagnostiky. Neznalost asepse komplikovala různé chirurgické výkony a to zánětlivými procesy.

V roce 1835 v Sieně v Itálii provedl profesor Pecchioli odstranění meningeomu. Operace byla dlouhá a bolestivá, ale meningeom se podařilo úspěšně odstranit. V roce 1879 ve Skotsku odstranil Macewen meningeom v oblasti čelního laloku a v roce 1884 resekoval Francisco Durante meningeom čichové rýhy v Římě. Prvním Američanem, který úspěšně operoval meningeom byl W. W. Keen a tuto operaci vykonal v roce 1887. Jeho nemocný poté žil ještě více než 30 let. Měsíc před Keenem operoval v New Yorku meningeom R. F. Weir, ale osud jeho nemocného se nepodařilo zjistit. (KALA, 1998).

2 NÁDORY MOZKU

Uvnitř lebky může dojít k tvorbě mnoha různých typů nádorů, podle místa vzniku je dělíme na intracerebrální (nitromozkové) a extracerebrální.

Extracerebrální nádor vzniká v jiné tkáni uvnitř lebky, nachází se vně mozkové tkáni. Na mozek může tlačit a tím působit potíže, např. meningeom, což je nádor vyrůstající v mozkových plenách.

Intracerebrální nádor je takový, který vzniká v mozkové tkáni. Statisticky se vyskytuje častěji než extracerebrální.

Vzniká bujením mozkové tkáně, a to buď jako primární mozkový nádor nebo jako metastáza nádoru jiné části těla (např. plicního nádoru). Nejčastěji se vyskytujícím primárním nádorem je gliom. Nejčastější druh gliomu je astrocytom, dále to pak může být oligodendrogliom a poměrně vzácný je ependyom. (ŠLAMPA, 2003).

Gliom

Míra zhoubnosti gliomu je vyjadřována ve stupních rizika, nejčastěji na málo rizikové a vysoce rizikové nádory. Málo rizikový tumor (low-grade gliom) roste pomalu, je považován za „málo zhoubný“ nádor, ale na rozdíl od ostatních nezhoubných nádorů jinde v těle není tento gliom ostře ohraničen. Nádorové buňky prorůstají do zdravé tkáně mozkové a celý nádor je pak těžko odstranitelný, po určité době může dojít i k recidivě (znovu objevení) a nezhoubný nádor se může změnit ve zhoubný. Tato transformace trvá 5–10 let. Medián přežití tohoto onemocnění je 5–10 let.

Vysoce rizikový gliom (high-grade gliom) také není ostře ohraničen, prorůstá zdravou mozkovou tkání, je velmi zhoubný a jeho bujení je velice rychlé. Tyto gliomy také vytvářejí výrazný kolaterální edém. Úplné odstranění nádoru není většinou možné.

Gliom na rozdíl od ostatních zhoubných nádorů kdekoli v těle nikdy nemetastazuje. (ŠLAMPA, 2003), (ŠLAMPA a kol., 2013).

2.1 Klasifikace nádorových onemocnění

Histopatologická klasifikace mozkových nádorů

Označení nádorů mozku za benigní a maligní má jiný význam, než u jiné lokalizace. Projevy benignity či malignity se považují rychlost proliferace, míra diferenciacie a s tím i související sklon k časné recidivě i tendence k infiltrativnímu růstu.

Histopatologická WHO klasifikace tumorů CNS uvádí čtyři stádia. Toto dělení do čtyř kategorií se shoduje s histologickým gradingem: G 1 – dobře diferencovaný, G 2 – mírně dediferencovaný, G 3 – špatně diferencovaný a G 4 – nediferencovaný.

Tabulka 1 Obecné principy léčby primárních nádorů CNS

WHO stupně malignity	Terapie
I	Operace s cílem totálního odstranění ložiska, jen výjimečně radioterapie, žádná chemoterapie
II	Operace s totálním nebo subtotálním odstraněním ložiska. Ozáření může následovat ihned po operaci, nebo odloženě až při progresi tumoru. Chemoterapie má malou účinnost, je možno ji zvážit po vyčerpání možností operačního a radioterapeutického řešení
III a IV	Primárně multimodální léčba obsahující operaci, pooperační radioterapii a v některých případech i adjuvantní chemoterapii

Z. Adam et al., 2002, s. 17

Mozkové nádory se mimo CNS nešíří, takže TNM klasifikace definuje pouze velikost tumoru.

Tabulka 2 TNM klasifikace maligních CNS

T1	Supratentoriálně – nádor ≤ 5 cm, ohraničen na jednu stranu mozku Infratentoriálně – nádor ≤ 3 cm, ohraničen na jednu stranu mozku
T2	Supratentoriálně – nádor > 5 cm, ohraničen na jednu stranu mozku Infratentoriálně – nádor > 3 cm, ohraničen na jednu stranu
T3	Nádor infiltruje komorový systém
T4	Supratentoriálně – nádor překračuje střední čáru mozku, infiltruje kontralaterální hemisféru nebo se propaguje infratentoriálně Infratentoriálně – nádor překračuje střední linii, infiltruje kontralaterálně

Z. Adam et al., 2002, s. 17

„Klasifikovat nádor CNS je složitý a nekončící proces, protože žádná definitivní klasifikace tumorů neexistuje – konstatují P. Kleihues a W. K. Cavenee, editoři dosud poslední klasifikace nádorů nervového systému WHO 2000.“ (KOZLER et al., 2007, s. 5).

Klasifikace mozkových nádorů podle Světové zdravotnické organizace WHO, která dělí mozkové nádory do devíti skupin:

1. Nádory vlastní nervové tkáně (gliomy a nádory vycházející z neuronů).
2. Nádory mozkových nervů a jejich obalů (např. neurinom sluchového nervu).
3. Nádory mozkových obalů (meningeomy).
4. Nádory vycházející z krevních elementů (např. lymfom).
5. Nádory vycházející z germinálních (zárodečných) buněk.
6. Cysty a cystám podobné nádory.
7. Nádory hypofýzy.
8. Lokální prorůstání okolních mozkových nádorů.
9. Metastatické nádory.

Každá zmíněná skupina obsahuje velké množství podskupin, takže klasifikace mozkových nádorů je komplikovaná a navíc se stále vyvíjí s objevováním nových typů mozkových nádorů nebo novými změnami klasifikačního zařazení. (DBALÝ, 2002).

2.2 Epidemiologie

Primární nádory CNS tvoří asi 2 % všech malignit. V ČR bylo v roce 2008 hlášeno 776 nových diagnóz, což znamená incidenci 7,4/100 000 obyvatel při mortalitě 6/100 000 obyvatel. Nejčastěji vyskytující jsou gliomy (astrocytomy a glioblastomy).

Z hlediska věkového rozdělení je zajímavé, že nádory mozku dětského věku jsou častější než u věkové skupiny 15–25 let. Poté s narůstajícím věkem výskyt nádorů stoupá a dosahuje svého maxima ve věku kolem 60 let.

Muži bývají primárním nádorem mozku postiženi přibližně $1,5 \times$ častěji než ženy, avšak u některých typů nádorů je poměr opačný, např. u tzv. meningeomů. (VORLÍČEK, 2012).

2.3 Etiologie

Příčina vzniku nádorů mozku není zcela objasněna. Na vzniku se podílí genetické faktory a faktory zevního prostředí. Zevní vlivy na vzniku nádorových onemocnění představují v jejich etiologii nejvýznamnější skupinu faktorů. Dle příslušných epidemiologických údajů je odhadováno, že způsobují vznik 75 % všech nádorových onemocnění. Mezi zevní vlivy patří mnoho faktorů, např. kouření, alkohol, nesprávná životospráva, nedostatek pohybu, infekce, ionizující a UV záření nebo chemické látky.

U některých typů nádorů byly identifikovány genetické faktory, a to přítomnost genu, který podporuje růst nádoru - tzv. nádorový onkogen, nebo naopak ztráta genu, který růst nádoru tlumí - tzv. nádorový supresorový gen.

Existují také některá vrozená onemocnění, u nichž je zvýšený výskyt tumorů mozku, např. neurofibromatóza nebo tuberózní skleróza. U neurofibromatózy, známé také jako Recklinghausenova nemoc, kdy se jedná o nahromadění benigních nádorových onemocnění mozkových nervů, mozkových obalů a vlastní mozkové tkáně u téhož nemocného. (ADAM et al., 2003).

2.4 Klinické příznaky

Potíže provázející nádor mozku závisí na jeho lokalizaci. Příznaky můžeme rozdělit do tří hlavních skupin:

- Snížení schopností a dovedností.
- Epileptické záchvaty.
- Obtíže vycházející ze zvýšeného nitrolebního tlaku.

Snížení schopností a dovedností

Jestliže nádor tlačí na okolní tkáň, pak tento tlak může negativně ovlivňovat činnost příslušné tkáně mozku. V důsledku toho dochází k výpadkům různých schopností. Ve většině případů je to oslabení hybnosti končetin, nejčastěji jedné poloviny těla (hemiparéza), a to u 70 % případů. Nádor mozku je zpravidla lokalizován v jedné hemisféře, a protože funkce hybnosti končetin je řízena z druhostranné hemisféry (pravostranné končetiny jsou řízeny zleva a naopak), vyvolává přítomnost nádoru právě tento charakteristický příznak.

Při lokalizaci nádoru v dominantní hemisféře mozku – u většiny lidí to je levá hemisféra, překvapivě i u leváků – může navíc dojít k poruše řečových funkcí (dysfázie). Pacient si nemůže vybavit některá slova, některá slova vyslovuje špatně nebo špatně rozumí mluvené řeči ostatních.

V přední části mozku se především objevují změny v chování. Někteří pacienti reagují méně spontánně a především pomaleji, jsou apatičtí, a stávají se více pasivními. Jiní jsou naopak neklidní, velmi živí, reagují podrážděně a chaoticky. U jiné skupiny

nemocných dochází k nepochopitelným změnám nálad, postižení si to často ani neuvědomují. To sebou nese důsledky v partnerských vztazích a vztazích k blízkému okolí.

Nádory v zadní části mozku způsobují problémy se čtením, poruchy zraku a sluchu. Nádor mozku může způsobit i zhoršení paměti.

Epilepsie

Dalším průvodním jevem, který se vyskytuje u nádoru mozku je epileptický záchvat a to zhruba u 30 % postižených. Záchvat vznikne poškozením nebo podrážděním mozkové tkáně, a dojde k určitému druhu krátkého spojení uvnitř mozkové tkáně. Epileptický záchvat někdy bývá prvním projevem mozkového nádoru. Epileptické záchvaty mohou být různého druhu, někdy se takový záchvat omezuje na záškuby ruky nebo krátkodobou „nepřítomností“. Nebo se také může projevit náhlým pádem a ztrátou vědomí, po kterém následují prudké záškuby rukou a nohou. Je pro to nutné, aby každé nové záchvatovité onemocnění bylo řádně vyšetřeno.

Zvýšený nitrolební tlak

Třetí skupinou potíží, které nádor může vyvolat, jsou problémy vzniklé ze zvýšeného nitrolebního tlaku, u 50 % postižených. Může být provázeno řadou obtíží. Pacient může trpět přetrvávajícími bolestmi hlavy (cefalea), které bývají doprovázeny nevolností a zvracením. Při prudkém zvýšení tlaku může dojít ke stavu otupělosti, ve výjimečných případech, kdy mohou být utlačovány oční nervy, pacienti vidí dvojitě nebo rozmazaně. Pomalý nárůst nitrolebního tlaku způsobuje například problémy s pamětí, koncentrací a myšlením. (ŠLAMPA, 2003), (ŠLAMPA a kol., 2013).

2.5 Diagnostika

Základem pro stanovení diagnózy je pečlivě odebrána anamnéza, standardní fyzikální vyšetření a vyšetření neurologem. Neurolog se při prvním vyšetření zeptá

pacienta na jeho obtíže a pak provede tzv. neurologické vyšetření. Při podezření, že potíže souvisejí s mozkovým nádorem, se vždy provádí výpočetní tomografie (CT) a vyšetření magnetickou rezonancí (MR). V některých případech se provádí i vyšetření elektroencefalické (EEG).

Neurologické vyšetření

Během tohoto fyzikálního vyšetření lékař zjišťuje, zda pacient dobře chodí, zda má dostatečnou sílu v horních a dolních končetinách, jestli má problémy s řečí a udržení rovnováhy. Neurologické vyšetření může naznačit přítomnost mozkového nádoru a jeho lokalizaci.

Výpočetní tomografie – CT

Počítačový tomograf je přístroj, který postupně zobrazuje tkáň. Vytváří podrobné snímky orgánů a tkání. Jde současně o užití rentgenového záření a počítače. Přístroj má „tunel“, do kterého je pacient ležící na pohyblivém stole zasunován, snímkování se provádí při posunu pacienta. Snímky poskytnou jasný obraz o místě, velikosti a prorůstání možného mozkového nádoru. Pro zvýraznění některých částí mozku se pacientovi aplikuje intravenózně kontrastní látka.

Magnetická rezonance – MR

Při vyšetření magnetickou rezonancí se používají magnetická pole a pomocí nich může lékař zobrazit „příčné řezy“ tělem pacienta. Při vyšetření pacienti leží, a u některých z nich může toto vyšetření vyvolat pocity úzkosti. Navíc přístroj MR je hlučný.

Elektroencefalograf – EEG

EEG je záznam elektrických mozkových aktivit. Při poruše funkce, především pokud pacient trpí epileptickými záchvaty, se na EEG záznamu objeví odchylky. Během

tohoto vyšetření se pacientovi na kůži hlavy umístí kovové elektrody. Přes kůži hlavy je elektrodami měřeno napětí vzniklé přenosem podráždění mezi částmi mozku, tak se získá obraz o fungování mozku. Mozkové aktivity jsou zobrazeny v křivkách.

Na základě těchto vyšetření mohou lékaři dojít k závěru, že se jedná o nádorové onemocnění mozku. Pro definitivní diagnózu je třeba vyšetření mozkové tkáně, biopsie. Odběr mozkové tkáně může být proveden dvěma způsoby a to kraniotomií nebo stereotaktickou biopsií. Volba metody je závislá na lokalizaci nádoru.

Stereotaktická biopsie

Při stereotaktické biopsii neurochirurg odebere vzorek nádorové tkáně pro mikroskopické vyšetření. Před vyšetřením je část hlavy oholena a provádí se v lokální nebo celkové anestézii. Tkáň je odebrána z místa, které bylo předem přesně určeno pomocí speciálního měřicího zařízení. Na hlavu pacienta je připevněna rámová konstrukce opatřená měřicí stupnicí. S touto konstrukcí jsou nejprve pořízeny rentgenové CT snímky, na nichž se zobrazí i kovová konstrukce včetně měřítka a lékař tak může přesně určit místo vpichu jehly pro biopsii. Následně je do lebky vytvořena dírka, přes kterou je do postižené tkáně zavedena dutá jehla a odebrán vzorek.

Kraniotomie

Při kraniotomii se provádí otevření lebky. Zákrok je prováděn v celkové anestézii a před operací je část hlavy vyholena. Neurochirurg do lebky vyřízne „okénko“ a tímto otvorem se pak provádí další operace. Někdy je odebrán pouze vzorek tkáně pro mikroskopické vyšetření, ale ve většině případů se odstraní co největší množství nádorové tkáně. Zákrok se tedy neprovádí jen pro odebrání vzorku, ale jedná se už o léčebný výkon. Po ukončení operace je vyříznutá kost z lebky vrácena zpět. (ŠLAMPA, 2003), (ŠLAMPA a kol., 2013).

2.6 Obecná léčebná strategie

Při potvrzení přítomnosti nádoru mozku musí odborní lékaři rozhodnout o optimálním způsobu léčby. Rozhodnutí lékařů je závislé na typu tumoru a jeho lokalizaci. Důležitou roli hraje i věk pacienta a jeho celkový zdravotní stav. Operace není možná, pokud se nádor nachází blízko důležitých životních funkcí. Diagnostika a léčba musí být stanovena multidisciplinárním týmem, který se většinou tvoří neurochirurg, radiační onkolog, klinický onkolog, diagnostik a neurolog. (ŠLAMPA, 2003).

2.6.1 Chirurgická léčba

Základním léčebným postupem u terapie nádoru mozku je chirurgická léčba. O chirurgické odstranitelnosti nádoru nebo o radikalitě exstirpace rozhoduje také i ohrazení nádoru proti mozkové tkáni. CT vyšetření ani zobrazení magnetickou rezonancí většinou nedává před operací dostatečnou informaci o ohrazení tumoru a charakteru jeho šíření. (ŠLAMPA a kol., 2013).

Chirurgická léčba může mít několik cílů. Na prvním místě je snaha o maximálně bezpečnou radikální resekci tumoru, dále získání histologického vzorku tkáně, dosažení snížení nitrolebního tlaku, zlepšení účinnosti následujících léčebných metod a redukce tumorózní tkáně. (ADAM et al., 2003).

Současným standardem léčby je maximálně bezpečná resekce s následnou chemoradioterapií a pokračující adjuvantní chemoterapií.

Zásadní předěly v neurochirurgické operační technice v minulých letech se zasloužily o zavedení mnoha přístrojů, např. mikroskop, koagulační přístroj, ultrazvukový aspirátor, využívá se endoskopie, neuronavigace a peroperační neurofyziologická monitorace (brain mapping).

Operační techniky

- **Stereobiopsie** je indikována u nádorů, které jsou uloženy v hlubokých strukturách mozku nebo ve funkčně důležitých oblastech mozku. Hlavním cílem této techniky je získání dostatečného množství materiálu potřebného k neuropatologické diagnostice.
- **Neuroendoskopie** bývá indikována u nádorů uložených v komorovém systému. Tato technika umožňuje odběr bioptického materiálu nebo jeho cytoredukce. Výhodou je i možnost současně řešit např. obstrukční hydrocefalus.
- **Operační mikroskop** je nezbytný pro mikrochirurgii. Mikrochirurgie je samostatná operační technika, která využívá současně kombinaci mikrochirurgických nástrojů, mikroskopu a specifické mikrochirurgické operační techniky. Použití vysokého zvětšení, silného zdroje světla a stereoskopie umožňuje chirurgovi operovat na lézích centrálního nervového systému v téměř bezkrevném operačním poli a traumaticky.
- **Ultrazvukový aspirátor (CUSA)** umožňuje postupné a šetrné odstraňování tumorózní tkáně a jejím postupným drcením a odsáváním bez poškození okolní nervové tkáně.
- **Bezrámová stereotaktická navigace** je systém umožňující zaznamenávání polohy pracovního nástroje v operačním poli a její promítnutí na obrazovce. S pomocí stereotaktické navigace může být zvolena optimální trajektorie k nádoru, mohou být snáze identifikovatelné jeho hranice a kraniotomie může být menší.
- **Intraoperační magnetická rezonance** umožňuje provádět MR scany během operačního výkonu a přímo na operačním sále. Chirurgický výkon se přerušuje, provede se MR vyšetření a neurochirurg má možnost posoudit aktuální situaci.

- **Peroperační ultrasonografie**, kdy jejím hlavním přínosem je lepší orientace a vizualizace nádoru, lokalizace komorového systému a hlavních center struktur. Ultrazvuk se používá v rámci asistované mikrochirurgie.

- **Peroperační neurofyziologické monitorovací techniky** (brain mapping) – slouží k minimalizaci neurologického deficitu vzniklého v důsledku operačního výkonu. Cílem této monitorace je včas zachytit funkční změny v mozku, míše a periferních nervech. Peroperační monitoring je také využitelný k lokalizaci anatomických struktur, zejména mototických, oblasti řeči v mozku a k lokalizaci hlavových nervů. Nejčastěji monitorované evokované potenciály jsou somatosenzorické evokované potenciály (SSEP), motorické evokované potenciály (MEP) a nativní elektromyografický záznam (EMG). Samostatnou metodou v monitoringu je awake kraniotomie.
 - a) *Somatosenzorické evokované potenciály (SSEP)* „jsou záznamy elektrických odpovědí mozkové kůry a jader šedé hmoty v mozkovém kmeni na podráždění senzitivních nervů. Technicky se provádějí elektrickou stimulací nervus medianus na předloktí pomocí povrchových elektrod. Signály se snímají ze skalpu nad senzorickou korovou oblastí (parietální lalok mozku)“. (ŠLAMPA, 2013, s. 44).

 - b) *Motorické evokované potenciály (MEP)* „jsou záznamy elektrických odpovědí ze svalů na elektrickou stimulaci korových oblastí mozku, eventuelně nervových drah v mozku. Provádějí se stimulací motorických kortikálních nebo subkortikálních oblastí (frontální lalok mozku) buď přímo na povrchu mozku, nebo transkraniálně (skrz kůži i kosti lebky). Snímají se EMG odpovědi ze svalů končetin nebo obličeje“. (ŠLAMPA, 2013, s. 45).

 - c) Awake kraniotomie je historicky nejstarší neurochirurgický operační přístup, protože už ve starověku se prováděly trepanace, které pacienti podstupovali v primitivní sedaci, v podstatě při vědomí. V moderní neurochirurgii má tento způsob operování podstatné místo a jeho význam se dnes zvyšuje. Je to dáno tím, že je snaha o minimální poškození všech funkcí mozku, a nejlépe

je možné integritu těchto funkcí monitorovat při plném vědomí pacienta. Při operacích v řečové oblasti je tato technika nenahraditelná. (ŠLAMPA, 2003).

2.6.2 Radioterapie

Přínos radioterapie pro prodloužení života pacientů je nesporný a proto pravidelně následuje po operaci. Využívá se dávka 50–60 Gy za 5 až 6 týdnů. K radioterapii se používá kobaltový zářič (gama záření) nebo lineární urychlovač. (ADAM et al., 2002).

Radioterapie (ozařování) může být využito jako doplňkové léčby po operaci nebo jako hlavní léčebná metoda. Ozáření poškozuje nádorové buňky, které se obnovují velice obtížně, takže výsledkem léčby je buď úplné, nebo částečné odstranění tumoru. Ozáření však také poškozuje sousední zdravé buňky, ty se však v průběhu léčby regenerují rychleji. Významně zlepšuje terapeutické výsledky a délku přežití u některých diagnóz.

2.6.2.1 Zevní radioterapie

Záření vychází z přístroje a z vnějšku proniká tumorem, někdy může být ozařované pole po několika provedených ozářeních zmenšeno. Důvodem je zmenšení rizika poškození zdravé mozkové tkáně.

Ozařování musí být vždy přesně zaměřeno a během procedury pacient nesmí hýbat hlavou. Jelikož je to velmi obtížné, dostává pacient na hlavu umělohmotnou masku. Když pacient leží na ozařovacím stole, laborant mu tuto masku přiloží na hlavu a připevní ji ke stolu. Na masce je přesně označeno místo, které má být ozařováno.

Celková dávka záření je pro každého pacienta stanovena individuálně lékařem – radioterapeutem. Ten při jejím určování musí brát v úvahu typ nádoru, jeho lokalizaci a celkový stav nemocného. Celková dávka je rozdělena do mnoha dílčích ozařování – frakcí, aby byla zdravé tkáni dána co největší možnost regenerace.

Doba ozařování se pohybuje v rozmezí mezi třemi až šesti týdny. Během této doby dochází pacient pětkrát za týden na radioterapeutické oddělení. V některých případech jsou aplikovány kratší ozařovací série, a doba jedné denní frakce trvá asi 3–6 minut. (ŠLAMPA a PETERA et al., 2007).

2.6.2.2 Stereotaktická radiochirurgie

V posledních letech se tato metoda využívá pro léčbu malých nádorů, které jsou chirurgicky obtížně dosažitelné. Pomocí speciálního zaměřovacího a fixačního zařízení může být do malé a přesně zaměřené oblasti vyslána vysoká dávka záření. Při tomto postupu se minimálně poškozuje okolní zdravá tkáň.

2.6.2.3 Vnitřní ozařování (brachyradioterapie)

Při této metodě je radioaktivní materiál umístěn uvnitř lebky v nádoru. Tato metoda umožňuje léčbu těžce přístupných nádorů. Pacient má hlavu fixovanou stereotaktickým rámem, podobně jako u stereotaktické radioterapie. Celková dávka je rozdělena o 3 až 4 dní s aplikací 2 × denně. Během zákroku se podávají pacientovi antibiotika a antiepileptika, které napomáhají předcházet rizikům tohoto zákroku. V České republice je tento způsob ozařování využíván jen omezeně, a to pouze v některých nemocnicích. (ŠLAMPA, 2003), (ŠLAMPA a PETERA et al., 2007).

2.6.3 Chemoterapie

Chemoterapie je zvažována u pacientů s typem mozkového nádoru, u kterého se předpokládá citlivost k cytostatikům. Chemoterapie se dále může aplikovat u recidivujících nádorů mozku, tj. u opakovaného růstu tumoru. (ŠLAMPA, 2003).

Chemoterapie může být podávána za hospitalizace v nemocnici, ale i ambulantně. Avšak při prvním podání chemoterapie je doporučována krátkodobá hospitalizace, aby mohly být sledovány nežádoucí účinky léčby a v případě potřeby léčby upravit. (VORLÍČEK et al., 2013).

Cytostatika jsou podávána ve formě tablet nebo jsou aplikována intravenózně. Výsledky chemoterapie jsou závislé kromě jiného na typu nádoru a na celkové tělesné kondici pacienta, jelikož každý nemocný na tuto léčbu reaguje jinak. (ŠLAMPA, 2003).

Chemoterapie je podávána v cyklech, které zahrnují třítydenní pauzu, během které má organismus možnost se zotavit a vytvářet v orgánech i tkáních zdravé buňky.

Účinek chemoterapie je závislý na druhu nádoru a na jeho rozšíření v organismu. Od chemoterapie se očekává vyléčení nemocného a zničení nádoru, zabránění rozšíření nádoru, zpomalení růstu nádoru a zmírnění obtíží způsobených nádorem. (VORLÍČEK et al., 2013).

Nežádoucí účinky chemoterapie

Nádorové buňky se rychle dělí a rostou, chemoterapie tedy musí ničit tyto rychle rostoucí buňky. Cytostatika však nedokážou rozeznat nádorové buňky a buňky zdravé. Důsledkem toho jsou nežádoucí účinky chemoterapie. Mezi nejčastěji postihnuté buňky patří krvinky v kostní dřeni, buňky ve sliznicích trávicího traktu, v reprodukčních orgánech a vlasových váčcích. Proto mezi nejčastější příznaky chemoterapie patří nevolnost a zvracení, vypadávání vlasů, únava a psychická odezva na tuto léčbu.

Mezi další nežádoucí účinky patří pokles krvetvorby. Pacienti se cítí být slabí, nevykonní, nesoustředění a unavení. Mívají pocity závratí, zimy a dušnosti, utlumen sexuální zájem i aktivitu.

Pacienti bývají náchylnější na různé infekce, což je způsobeno cytostatikami, které působí na kostní dřeň a tím dochází ke snížení počtu leukocytů, které mají za úkol s infekcemi bojovat. Infekce se může projevit kdekoli v těle například v ústech, kůži, plicích, konečníku i močových cestách.

Nežádoucí účinky chemoterapie se u každého nemocného liší. Záleží na druhu podávaných cytostatik, stavu nemocného a dalších okolnostech. Přítomnost či nepřítomnost těchto nežádoucích účinků neodpovídá o účinnosti či neúčinnosti léčby.

Lékaři i sestry by měli pacienty informovat o těchto možných nežádoucích účincích a společně proti nim bojovat. (VORLÍČEK et al., 2013).

2.7 Obecná péče o onkologicky nemocné

Pacient, který prodělal operaci a ozařování, nebo pouze ozařování, zůstává po celý život i nadále pod kontrolou odborného lékaře. Provádí se kontrolní MR nebo CT vyšetření, EEG vyšetření, kontrolní odběry krve u pacientů, kteří pravidelně užívají antiepileptika.

Objeví-li se příznaky nového nárůstu tumoru, může odborný lékař znovu předepsat léky k potlačení obtíží spojených s tvorbou edému. V některých případech může lékař dojít k závěru, že je třeba provést novou operaci, opakované ozařování stejného místa většinou nemá smysl.

Paliativní péče v onkologii

Vymezení pojmu paliativní péče vychází z definice Světové zdravotnické organizace. „Paliativní péče je aktivní komplexní péče o pacienty, jejichž onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu. Zásadní důležitost má léčba bolesti a ostatních tělesných symptomů, stejně jako mírnění psychických, sociálních a duchovních problémů. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života pro pacienty a jejich rodiny“. (ADAM et al., 2003, s. 545).

Paliativní péče usiluje o co nejlepší kvalitu života pacientů a jejich blízkých v průběhu onkologického onemocnění. Jako podpůrná léčba je zaměřena na mírnění obtíží vyvolaných přímo nádorem (např. bolest), protinádorovou léčbou (např. zvracení, infekční komplikace), a mírnění rodinných problémů, strachu ze smrti a úzkosti.

Komunikace v paliativní péči

Základním předpokladem dobré paliativní péče je otevřená a empatická komunikace zdravotníků s nemocným a jeho blízkými. Ve společnosti postupně převládá přesvědčení, že by pacient měl být citlivě a otevřeně informován o svém onemocnění, tedy o diagnóze a pravděpodobné prognóze. Rozsah a způsob sdělení je třeba přizpůsobit pacientovu celkovému psychickému stavu. Důležité jsou informace

o možnostech protinádorové léčby. Nemocný by měl znát, jaká je reálná pravděpodobnost klinicky významného účinku léčby a rovněž jaké je riziko léčby a její nežádoucí účinky. Při sdělování cílů léčby je potřeba respektovat pacientovy hodnoty, přání a preference. Výsledné rozhodnutí o léčbě by mělo být společným rozhodnutím lékaře a pacienta.

V průběhu onkologického onemocnění a zvláště v terminálním stádiu klade pacient často hluboké existenční otázky, např. smysl života nebo obavy ze smrti. Zdravotničtí pracovníci by měli být na tyto otázky připraveni, neodmítat a nezlehčovat je.

Jestliže se v rozhovoru na toto téma necítí být kompetentní, měli by to přiznat a nemocnému dle jeho přání zprostředkovat např. psychologa nebo člena jeho rodiny. (ADAM et al., 2003).

Nutriční podpora onkologicky nemocných

Nádorové onemocnění je často provázeno porušeným stavem výživy, malnutricí. U onkologického onemocnění se tato malnutrice nazývá nádorová malnutrice, která se podstatně neliší od kachexie chronických nenádorových onemocnění.

Tito nemocní častěji trpí psychickou depresí, výraznou slabostí a na sníženém příjmu stravy se u nich podílejí změny ve vnímání chuti jídla (dysgeusie) a pocit časného nasycení při poruše evakuace žaludku (žaludeční dysfunkce).

Známky malnutrice u nemocných s nádorem jsou přítomny již při zjištění diagnózy. Porucha výživy obvykle narůstá s pokračujícím růstem tumoru. Přítomnost poruchy výživy u onkologicky nemocného negativně ovlivňuje prognózu nemoci.

Tito nemocní většinou hůře snášejí protinádorovou léčbu a její výsledek bývá často horší než u nemocných v dobrém stavu výživy. Nádorová malnutrice představuje silný negativní prognostický faktor, který může mít silnější vazbu k očekávanému přežívání nemocného než histologický typ nádoru nebo stádium nemoci. Čím větší je ztráta hmotnosti a čím závažnější je malnutrice, tím je také vyšší riziko komplikací v léčbě. Tyto komplikace narušují terapeutický plán a tím zhorší celkový výsledek léčby nemoci.

Potřeba nutriční podpory by měla být založena na vyšetření nutričního stavu, jehož účelem je identifikovat nemocné s malnutricí, stanovit stupeň její závažnosti a určit nemocné, u nichž je vhodná nutriční intervence a další sledování jejího efektu. Vysoce rizikovní pacienti by měli být v průběhu nutriční podpory sledováni v intervalech 2–4 týdnů.

Nemocní, kteří byli označeni jako malnutriční, ale také nemocní s rizikem vzniku malnutrice by měli být co nejdříve vyšetřeni dietologem, pomocí systematické dietní rady. Jejich hlavním cílem je snaha o zvýšení dietního příjmu.

Dietní rada vychází z rozpoznání nutričních problémů, které omezují příjem stravy, jako jsou například nechutenství, polykací potíže, zvracení nebo také nekontrolovatelná bolest.

Pacienti, u nichž se nedaří udržet perorální příjem a tělesnou hmotnost ani pomocí opakované dietní rady, může jim být naordinována farmaceutická enterální výživa. Tato výživa je ordinována formou popíjení po malých dávkách (sipping).

Nemocní, u kterých se perorální výživa nedaří zlepšit nebo udržet nutriční stav, mohou být indikováni k enterální nebo parenterální výživě. Účinnost dietní intervence je vyšší, jestliže jde o systematickou péči s častými kontrolami stavu výživy. (ADAM et al., 2003).

Psychologické a psychiatrické problémy onkologicky nemocných a ošetřujícího personálu, péče o terminálně nemocné

Psychologií onkologicky nemocných se zabývají kliničtí psychologové, kteří by měli být přítomni na každém větším onkologickém pracovišti. Péče o psychiku nemocných a jejich příbuzných je také úkolem všech lékařů a sester, kteří s nimi přijdou do styku. Poměrně dost času stráví komunikací s nemocnými sestry, které by měly být poučeny o základních problémech těchto pacientů a měly by umět správně reagovat.

Stav jedince se závažným utrpením se často navenek projeví stavem bez emocí. Jestliže se tato tolerance prolomí, je možné na této osobě pozorovat projevy úzkosti nebo jiné emoce. Příčiny utrpení onkologicky nemocných jsou únava, tělesné příznaky,

psychologické problémy, sociální obtíže a duchovní problémy. Tyto příčiny se vzájemně ovlivňují.

Základní psychopatologické syndromy u nemocných jsou úzkost, deprese, agitovanost, agrese, delirium a psychóza.

Rozhovor lékaře s pacientem a sdělení špatné zprávy

Špatné zprávy jsou libovolné zprávy, které negativně změni pohled člověka na svou budoucnost a omezí jeho další životní možnosti. Obvykle se týkají nepříznivé diagnózy. Lékařskou povinností je i sdělení špatné zprávy. Pokud lékař nemá řádný výcvik, mohou ho nepříjemné pocity vést k nežádoucím reakcím vůči pacientům.

Emoční problémy zdravotníků ve styku s onkologickým nemocným

Syndrom vyhoření, jde o emoční únavu, která se projevuje dlouhodobým subdepresivním laděním a podrážděností. Zdravotní pracovník se obtížně soustřeďuje, mívá pocity zatrpklosti, dojem, že se nic nedaří, nic nemá cenu atd. Může vést k nedostatku zájmu o pacienty, v extrémních případech k alkoholismu, toxikomaniím a sebevražedným pokusům. K psychickým příznakům syndromu vyhoření patří neschopnost nadchnout se, vcítit se a prožít odpovědnost, být pracovně použitelný, lhostejnost a nechuť k práci, negativní postoj vůči sobě, práci, instituci, životu a společnosti.

Somatické příznaky zahrnují poruchy spánku, únavu, pocity vysílení, nechuť k jídlu atd. Prevence spočívá především ve zdravém životním stylu. Jeho dodržování spočívá v umění najít si čas k odpočinku, přiměřené provozování tělesných aktivit, dbát na vlastní potřeby výživy a adekvátního spánku. (ADAM et al., 2003).

2.8 Prognóza

Prognóza u pacientů s tumorem mozku se velice liší. Především záleží na stupni zhoubnosti nádoru, na věku pacienta a jeho celkové tělesné kondici. Také léčebné možnosti mají určitý vliv.

Pacienti s málo rizikovým gliomem mohou žít několik let bez recidivy nemoci. Ve dvou třetinách případů se jedná o vysoce rizikový gliom. Perspektiva těchto pacientů je velmi omezená. Léčba u některých z nich nesměruje k úplnému vyléčení, ale ke zpomalení růstu nádoru a někdy k potlačení jeho velikosti.

Není možné předvídat, do jaké míry se bude moci pacient po prodělané léčbě tumoru mozku, vrátit ke svým předchozím aktivitám, je to velice individuální. I v případech, že vše probíhá dobře, mnozí pacienti zjišťují, že musejí své dřívější aktivity omezit. Někteří se musí zcela vzdát určitých činností, protože je už tak dobře nezvládají, nebo postrádají potřebnou jistotu. Jako příklad by se dalo uvést řízení auta.

Snížená mozková činnost často způsobuje poruchy v citové oblasti nebo v myšlenkových schopnostech. Často vznikají nedorozumění, která zvyšují napětí mezi pacientem a jeho okolím. Velice důležitý je úzký kontakt s odborným lékařem a s blízkými nemocného.

Onemocnění mozkovým nádorem představuje pro pacienta i pro jeho okolí těžké životní období plné nejistoty, starostí a zármutku. Mnoho pacientů žije mezi strachem a nadějí, kladou si otázky, jak dále s touto chorobou žít. Není vždy jednoduché o těchto problémech hovořit, ale je řada terapeutických odborníků, kteří se zaměřují na psychologickou pomoc. (ŠLAMPA, 2003).

3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM MOZKU

Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelství je samostatný vědní obor zaměřující se na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických, sociálních i spirituálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Ošetrovatelství je zaměřeno především na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Ošetrovatelství se významně podílí na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci. Ošetrovatelský personál pomáhá jednotlivci, rodinám a skupinám, aby byli schopni uspokojovat fyziologické, psychosociální i duchovní potřeby. Ošetrovatelství utváří a vykonává funkce podporující a udržující zdraví a napomáhá prevenci zdraví. Do ošetrovatelství také patří plánování a poskytování péče v období nemoci a rehabilitace.

V praxi je ošetrovatelství vnímáno jako ošetrovatelská péče vykonávající se v určitém čase. Ošetrovatelská péče je orientována na osobu a v určitém prostředí. (PLEVOVÁ a kol., 2011).

Soběstačnost a pohybová aktivita

Sestra zhodnotí úroveň soběstačnosti v rámci ošetrovatelské anamnézy, a to již při příjmu nemocného do zdravotnického zařízení. Potřebné informace získává z rozhovoru s nemocným či jeho rodinou a také soběstačnost nemocného hodnotí pozorováním. Nejvíce užívaným testem je Barthelův test všedních činností. V Barthelově testu se hodnotí činnosti, jako je najedení a napití, oblékání, koupání, osobní hygiena, kontinence moči a stolice, použití WC, přesun lůžko – židle, chůze po rovině a chůze do schodů. Celkové skóre je 100 bodů, což značí, že nemocný je plně soběstačný. V rozmezí mezi 65–95 body je nemocný lehce závislý na pomoci druhé osoby, 45–60 bodů značí závislost středního stupně a 0–40 bodů poukazuje na vysokou závislost nemocného, kdy sestra přebírá a vykonává činnosti za nemocného.

Pokud je to možné, udržuje se nemocný v určité pohybové aktivitě. Na základě žádosti lékaře dochází k nemocnému fyzioterapeut, který s nemocným vykonává důležitá cvičení udržující pacienta v kondici. Aktivními, pasivními cviky na lůžku, mobilizací nemocného a polohováním se předchází imobilizačnímu syndromu. Je důležité nemocného aktivizovat a cvičit s ním v rámci jeho možností a schopností, brát ohled na jeho omezení i zdravotní stav. (TRACHTOVÁ a kol., 2006).

Hygiena a oblékání

Péče o hygienu vlastního těla patří mezi základní lidské potřeby. Hygienická péče přispívá k podpoře a ochraně zdraví a navazuje spokojenost člověka.

Všeobecná sestra pomocí Barthelova testu a vlastním pozorováním zjistí a určí úroveň soběstačnosti nemocného. Nemocný, který je soběstačný nevyžaduje od ošetřujícího personálu pomoc. Sestra jen zajistí potřebné pomůcky jako je ložní prádlo. Částečně soběstačný nemocný, který není schopen provádět hygienické činnosti, provádí úkony v souvislosti s hygienou pouze v rámci svých fyzických možností a ošetřující personál mu pomáhá. Potřebné pomůcky k toaletě sestra připraví k dosahu nemocného, pomůže mu s osprchováním či přepravou do koupelny. Sestra aktivně nemocnému poskytuje potřebnou pomoc a sleduje, kdy ji nemocný bude vyžadovat.

Činnosti spojené s hygienou imobilního pacienta, vykonává sestra/ošetřující personál. Sestra zajišťuje kompletní hygienickou péči, a to jak ranní a večerní mytí, celkovou koupel, tak i péči o dutinu ústní, chrup, oči, nehty, vlasy, uši. Sestra pracuje v ochranných pomůckách, připraví si pomůcky a dodržuje soukromí nemocného. Toaletu vždy začíná omytím obličeje, krku, hrudníku, zad a končí u nohou a poté genitálu. Prováděné úkony vždy zaznamenává do dokumentace. (MIKŠOVÁ a kol., 2006).

Výživa

Významnou součástí v péči o výživu nemocného je jeho celkový zdravotní stav a soběstačnost. Všeobecná sestra míru soběstačnosti stanoví na základě Barthelova testu. Jestliže je pacient plně soběstačný, sestra dohlíží na to, aby nemocnému byla

podána strava dle jeho diety. Nemocnému, který není soběstačný, a není schopen se sám najíst, nabízí mu sestra pomoc a asistuje mu při stravování.

Není-li nemocný schopen přijímat stavu per os, může být strava podávána ve formě různých směsí, a to buď enterální cestou, nebo podáváním roztoků cestou parenterální. (TRACHTOVÁ a kol., 2006).

Vyprazdňování moči a stolice

Ošetrovatelské intervence se liší podle soběstačnosti nemocného. V ošetrovatelské péči má sestra u nemocného podporovat pravidelnou defekaci a umět nemocnému poradit v prevenci zácpy, např. doporučit cvičení, dostatečně nemocného hydratovat a aplikovat léky dle ordinace lékaře. Pokud tyto činnosti nepomáhají, podá nemocnému čípky či klyzma. Trpí-li nemocný průjmem, zhodnotí sestra stav nemocného, předchází vzniku dehydratace, provádí prevenci opruzenin a dekubitů u imobilních pacientů, dbá na dostatečnou hygienu a podává medikaci dle ordinace lékaře.

Při rozhovoru s nemocným sestra zjišťuje, zda pacient nemá problémy s močením, jako je například inkontinence a zjišťuje, o jaký druh inkontinence se jedná. Sestra u nemocného zajišťuje nezbytnou hygienickou péči, dbá na dostatek jednorázových absorpčních pomůcek, kontroluje příjem a výdej tekutin, zajišťuje prevenci opruzenin. Inkontinence může být indikací k zavedení permanentního močového katétru (dále PMK). PMK se zavádí za přísně aseptických podmínek. U žen katétr zavádí sestra, u mužů lékař a sestra asistuje. Před zavedením PMK sestra nemocného řádně edukuje. Sestra sleduje bilanci tekutin, zajišťuje řádnou hygienu genitálií, sleduje a zaznamenává barvu, zápach, příměsí a množství moče. (TRACHTOVÁ a kol., 2006).

Péče o psychiky nemocného

Reakce jednotlivých nemocných na jejich onkologickou diagnózu jsou různé. Elizabeth Kübler-Rossová popsala jednotlivé fáze procesu umírání a rozdělila ho na pět fází. První fáze se nazývá šok. V této fázi se pacient dozví o svém onemocnění, nechce

tomu uvěřit, popírá skutečnost a ocitá se v izolaci. Druhou fází je agrese. Nemocný se vzbouří proti tomu, co se děje.

Tato fáze je velmi těžká pro rodinu nemocného a ošetřující personál, ale ti si především musí uvědomit, že tento pacientův hněv není mířen proti nim. 3 fází je smlouvání. Nemocný se vyrovnává s realitou své smrti, ale pokouší se získat čas smlouváním. 4 fáze je deprese. Během této fáze se nemocný začíná uvědomovat jistotu blížící se smrti. Může být proto uzavřený, zamlklý, odmítat návštěvy a většinu času trávit v pláči. Nedoporučuje se nemocného v této fázi rozveselovat, jde o důležité období smutku, které musí proběhnout. Poslední fází je smíření. Nemocný se začíná vyrovnávat se svou smrtí, dochází k psychickému uvolnění a pacient je schopen na léčbě spolupracovat.

Zdravotnický personál by měl usilovat o každodenní psychickou pohodu pacienta, pomocí empatických rozhovorů a fyzického kontaktu. Rozhovory a přítomnost ošetřujícího personálu přináší nemocnému úlevu, že není v této chvíli sám. Komplexní sociální péče je v kompetenci sociálního pracovníka, který pomáhá nemocnému i jeho rodině řešit praktické sociální problémy vzniklé v souvislosti s tímto onemocněním. (PLEVOVÁ a kol., 2011).

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM MOZKU

Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je uspořádaná, logická metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Cílem je vyhodnotit zdravotní stav pacienta, reálné a potenciační problémy péče o zdraví, určit plány pro splnění vytyčených cílů, poskytnout specifické ošetřovatelské intervence a zhodnotit jejich účinnost.

Ošetřovatelský proces je cyklický a každá jeho složka na sebe navzájem navazuje v logickém pořadí a někdy může být v činnosti více složek najednou.

Ošetřovatelský proces má pět kroků, které se překrývají. Každý jeho krok je třeba neustále přizpůsobovat změněné situaci, jelikož zdraví člověka není neměnné, ale neustále se dynamicky mění. Všechny kroky se navzájem ovlivňují a úzce spolu souvisí.

Ošetřovatelský proces má individuální přístup ke každému pacientovi, a nejen že zaručuje individuální ošetřovatelský plán pro řešení každého problému, ale také individuální realizaci a hodnocení.

Ošetřovatelský proces je interpersonální, protože na zajištění kvalitní ošetřovatelské péče spolupracuje zdravotnický tým s pacientem.

Umožňuje tvůrčí přístup sestry i pacienta při vyhledávání řešení jeho potřeb a problémů.

Vyzdvihuje zpětnou vazbu vedoucí k opakovanému posouzení plánu ošetřovatelských intervencí.

Je obecně použitelný a využívá se ve všech typech zdravotnických zařízení a u pacientů kterékoli věkové kategorie.

Ošetrovatelský proces má 5 fází:

1. **Posuzování** – zahrnuje sběr, ověřování, třídění a záznam údajů o zdravotním stavu nemocného. Jedná se o tělesné, emocionální, vývojové, společenské, kulturní, intelektové informace, které je možno čerpat z různých zdrojů.

2. **Diagnostika** – na základě získaných informací sestra pojmenovává problém nemocného a zaznamenává důvody vzniku a jeho projevy. Tyto diagnózy jsou rozděleny na aktuální a potencionální.

3. **Plánování** – sestra na základě již zjištěného problému stanoví očekávaný výsledek a ošetrovatelské intervence pro zmenšení problémů pacienta. Důležitá je spolupráce sestry s pacientem.

4. **Realizace** – v této fázi sestra vykovává naplánované ošetrovatelské intervence za účelem pomoci pacientovi k dosáhnutí vytýčených cílů.

5. **Hodnocení** – v této fázi sestra ověřuje, zda došlo k očekávanému výsledku. Je-li očekávaný výsledek splněn, sestra ukončuje ošetrovatelské činnosti. Pokud k očekávanému výsledku nedošlo, musí sestra ošetrovatelský plán a intervence přehodnotit.

(PLEVOVÁ a kolektiv, 2011), (SYSEL et al., 2011).

4.1 První fáze ošetrovatelského procesu – posouzení

V praktické části je zpracována ošetrovatelská péče o pacientku s nádorovým onemocněním mozku. Podle podstaty ošetrovatelského procesu byly sestaveny ošetrovatelské diagnózy. Veškeré informace potřebné k sestavení ošetrovatelského procesu byly získány převážně ze zdravotnické dokumentace, jelikož aktuální zdravotní stav pacientky nedovolil více. Dále pak rozhovorem s rodinou a kolegyněmi, které o pacientku také pečovaly. A nakonec fyzikálním pozorováním sestrou.

Paní S. H., důchodkyně, ve věku 65 let, pocházející z Krmelína. Do nemocnice ve Frýdku-Místku byla přeložena z Městské nemocnice Ostrava-Fifejdy, kde byl diagnostikován tumor mozku. Byla provedena subtotální extirpace nádoru a histologické vyšetření. Byla stanovena diagnóza glioblastom multiform – G4 dle WHO. Zdravotní stav pacientky byl komplikován epileptickými paroxysmy a nadprodukcí likvoru převážně v místě operační rány. Byla provedena revize. Prognóza pro pacientku nepříznivá.

Do Frýdku-Místku byla pacientka přeložena z důvodu spádového zařízení. Rodina pacientky hospicovou péči odmítá. Na našem oddělení byla zahájena péče o pacientku v terminálním stádiu života.

Tabulka 3 Identifikační údaje pacientky

Jméno a příjmení: S. H.	Pohlaví: ženské
Datum narození: 22. 4. 1948	Věk: 65 let
Bydliště: Krmelín	
Jméno příbuzného: R. H. syn	
Rodné číslo: 485422/XXX	Číslo pojišťovny: 111
Vzdělání: vysokoškolské	Zaměstnání: důchodce
Stav: vdova	Státní příslušnost: ČR
Datum příjmu: 16. 3. 2014	Typ přijetí: plánovaný
Oddělení: Neurologie	Ošetřující lékař: MUDr. Oberreiter

Medicínská diagnóza hlavní:

Multiformní glioblastom – G4

Medicínské diagnózy vedlejší:

Stp. Totální endoprotéze kolen bilaterálně

Stp. Cholecystektomii

Stp. Hysterektomii

Stp. Opakovaný syndrom karpálních tunelů bilaterálně

Pálení žáhy

Tabulka 4 Vitální funkce při příjmu

P: 65	Hmotnost: nelze
TK: 130/80	BMI: nelze
TT: 36,6°C	Stav vědomí: GCS 5
D: 18	Pohyblivost: imobilní
Výška: nelze	SpO2: 89%

Nynější onemocnění

Dne **27. 1. 2014** pacientka přeložena z neurologie MNOF na NCH odd. původně na neurologii k došetření organického psychosyndromu, 2 roky šumění v uších, zhoršení cefaley od podzimu 2013, poslední týden zmatená. Doplněno CT mozku s nálezem TU ložiska F vpravo s přesahem doleva, zahájena antiedematózní terapie. Dle MR – těsně vedle sebe ležící tumorózní ložiska F vpravo s prorůstáním přes střední čáru doleva a do kalózního tělesa a v oblasti genu kalózního tělesa nalevo od střední čáry s prorůstáním do levého F rohu a mozkové tkáně F vlevo budou v.s. odpovídat primárnímu mozkovému TU typu multiformního glioblastomu. V jejich okolí je výrazný vazogenní edém, zejména vpravo. Indikována operace, přeložena na NCH odd.

Dne **3. 2. 2014** provedena exstirpace TU – subtotální, výkon bez komplikací, po operaci na JIP, ponechána na UPV/OTI, GCS 3 – 5, na algickou reakci náznak reakce na LHK, prognóza nepříznivá. **4. 2. 2014** kontrolní CT mozku bez zakrvácení, započat weaning, následně extubována, hybnost všemi KK, odpovídá adekvátně, zpomalené PMT. Po operačním výkonu zlepšena, sama jí. Dne **6. 2. 2014** kontrolní MR, kde drobné reziduum v oblasti septum pelucidum a při med. straně F rohu levé postranní komory. Histologicky potvrzen multiformní glioblastom – G 4 dle WHO. Stabilizována, přeložena na standardní oddělení, zpět na JIP **7. 2. 2014** pro epi parox typu GM, pro nadprodukcii likvoru zavedena zevní lumbální drenáž – odvádí čirý, silně xantichromní likvor, opakovaně dochází k plnění podkoží operační rány likvorem, opakovaně revize a plastika dury mater artefic. štěpem – **12. 2. 2014**, ten insuficientní, proto autolog štěp z fascia lata – **24. 2. 2014**. CT mozku bez aktiv. hydrocefalu. Drobné reziduum TU v oblasti corpus callosum je inoperabilní.

Klinicky přetrvává inhib. psychosyndrom na podkladě progresu základního onkologického onemocnění s pokračující infiltrací kalosního tělesa a středočár. struktur.

Informační zdroje:

- lékařská a sesterská překladová zpráva,
- rozhovor s rodinou pacientky,
- rozhovor s kolegyněmi,
- fyzikálním pozorováním sestrou.

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Bezvýznamná

Děti: 2 syny, zdraví.

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění:

- stp. totální endoprotéza kolen bilaterálně,
- stp. cholecystektomii,
- stp. hysterektomii,
- stp. opakovaně syndrom karpálních tunelů bilaterálně.

Léková anamnéza

Tabulka 5 Léková anamnéza

Dle propouštěcí zprávy

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Indikace
Dalacin	tbl.	600 mg	1 – 1 – 1 /á 8h./	antibiotikum
Nizoral	tbl.		1 – 0 – 1 /á 12h./	antibiotikum
Vasocardin	tbl.	50 mg	½ - 0 – 0	antihypertenzivum
Depakine Chrono	tbl.	500 mg	1 - 0 – 0	antiepileptikum
Helicid	tbl.	20 mg	1 – 0 - 0	antiulcerotikum
Sortis	tbl.	20 mg	0 – 0 – 1	statin
Novalgin	tbl.	500 mg	1 – 0 – 1	analgetikum
Pirabene	tbl.	800 mg	2 – 1 – 0	nootropikum
Protifar	sol.		4× 2 lžíce	
Fraxiparine	s.c.	0,4 ml	1 – 0 – 0	antikoagulancium

Alergologická anamnéza

Jód.

ABÚZY

Rozhovorem s rodinou:

Alkohol: alkohol příležitostně

Kouření: nekuřák

Káva: 2× denně

Urologická anamnéza

Bez vztahu k momentálnímu zdravotnímu vztahu.

Psychologická anamnéza

Není možné zjistit.

Sociální anamnéza:

Stav: vdova.

Bytové podmínky: žije sama, v bytě.

Vztahy, role, a interakce v rodině: má 2 syny, pravidelně ji navštěvují.

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: vysokoškolské.

Pracovní zařazení: důchodce, dříve pracovala v kanceláři.

Tabulka 6 Posouzení současného stavu ze dne 18. 3. 2014 3. den hospitalizace

Subjektivní údaje není možné zhodnotit

SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
HLAVA A KRK		Hlava: normocefalická, bez deformit, s jizvou v oblasti frontální krajiny, ponechány 3 stehy, rána klidná, bez zarudnutí či otoku. Oči: zornice izokorické, bulby středem, nefixuje, nesleduje. Nos: zavedena NGS 2 den. Dutina ústní: foetor ex ore. Krk: šije zatuhlá, zavedený centrální katétr přes věnu juguláris sinister.
HRUDNÍK A DÝCHACÍ SYSTÉM		Hrudník symetrická, akce srdeční pravidelná, ozvy špatně slyšitelné, SpO2 89% bez O2, aplikace oxygenoterapie.
SRDCOVĚ CÉVNÍ SYSTÉM		Akce srdeční pravidelná, frekvence 65/min., TK 130/80 torrů, HKK a DKK oteklé, zaveden CŽK do véna juguláris sinister 13.3.2014
BŘICHO A GASTROINTESTINÁLNÍ TRAKT		Břicho palpačně měkké, bez hmatné rezistence, defekace pravidelná, peristaltika přítomna.
MOČOVĚ POHLAVNÍ SYSTÉM		Genitál ženský, zaveden permanentní katétr – průchodný, moč žlutá, bez patologických příměsí.
KOSTROVĚ SVALOVÝ SYSTÉM		Poloha pasivní, páteř bez patologických změn, kosterní aparát bez deformit, stp. TEP kolen

		bilaterálně, konstituce hyperstenická.
NERVOVĚ SMYSLOVÝ SYSTÉM		Pacientka s kvantitativní poruchou vědomí, somnolentní, na výzvu otevře spíše podvědomě oči, na algický podnět pouze grimasy v obličeji, GCS 4.
ENDOKRINNÍ SYSTÉM		Speciálně nevyšetřováno.
IMUNOLOGICKÝ SYSTÉM		Lymfatické uzliny nezvětšeny, afebrilní, TT 36,6 °C.
KŮŽE A JEJÍ ADNEXA		Kůže bledá, bez ikteru, drobné hematomy na břicho, turgor v normě, operační rána na hlavě, porušená celistvost v místě zavedení invazivních vstupů.

Tabulka 7 Aktivity denního života

	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJETIVNÍ ÚDAJE
STRAVOVÁNÍ A TEKUTINY		Dieta 0S, Výživa Fresubin 300ml + 300 ml čaje á 3 hodiny do nasogastrické sondy.
VYLUČOVÁNÍ MOČI A STOLICE		Zaveden permanentní močový katétr. Defekace pravidelná. Inkontinence moči o stolice.
SPÁNEK A BDĚNÍ		GCS 4.

HYGIENA		Hygienickou péči zajišťuje ošetřující personál. Celková koupel na lůžku ráno i večer, péče o dutinu ústní, oči, nos i uši. Výměna osobního i ložního prádla.
SAMOSTATNOST		Pacient je plně závislý.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:

Ordinované vyšetření:

Odběry krve: krevní obraz, biochemické vyšetření, CRP, jaterní testy, renální parametry.

Onkologické konzilium.

Výsledky:

Hematokrit 0,338, Hemoglobin 118, Leukocyty 10,2, Erytrocyty 3,71, Trombocyty 139, Glukóza 7,34, Na 139, K 4,06, Cl 104, Ca 2,11, Urea 8,10, Kreatinin 20, Bilirubin celkový 7,3, GGT 0,53, ALT 0,75, AST 0,50, Cholesterol 3,69, Triglyceridy 1,40, Osmolalita 304, CRP 155,4.

Konzervativní léčba:

Dieta: 0 tekutá

Pohybový režim: pacient imobilní, polohování

RHB: pasivní

Výživa: enterální

Medikamentózní léčba:

- **Per os:**

Antibiotika tbl. – dávka a čas podle ordinace lékaře / Dalacin, Mycomax /,

Antihypertenzivum / Apo-Metoprolol /

Antiepileptikum / Depakine Chrono /

Antiulcerotikum / Helicid /

Statiny / Larus /

Analgetikum / Novalgin /

Nootropikum / Piracetam /

Minerál / Kalium Chloratum /

- **Intravenózní:**

Izotonický krystaloidní roztok / Plasmalyte /

Antibiotika /Ciphin/

- **Subkutánní:**

Parenterální antikoagulancium podle ordinace lékaře / Fraxiparin /

- **Oxygenoterapie:**

O₂ terapie kontinuálně, 3l/min.

Chirurgická léčba: 0

SITUAČNÍ ANALÝZA:

65 letá pacientka přeložena z MNOF, kde byl zjištěn multiformní glioblastom. Extirpace tumoru proběhla 3. 2. 2014. Prognóza pacientky nepříznivá.

Pacientka s kvantitativní poruchou vědomí, somnolentní, na výzvu otevře oči spíše podvědomě, na algické podněty reaguje grimasy v obličeji, GCS 4.

Operační rána na hlavě ve frontální oblasti, ponechány 3 stehy, rána klidná, bez sekrece, ošetřena. Krmena a hydratována přes nasogastrickou sondu zavedenou v levé nosní dírce, výživu toleruje. Má zaveden centrální venózní katétr do véna jugularis sinister, okolí místa vpichu klidné, bez patologií. Zaveden permanentní močový katétr, který odvádí čistou moč. Dýchá spontánně, SpO₂ 89%, aplikace oxygenoterapie přes kyslíkovou masku.

Monitorovány vitální funkce (krevní tlak, pulz, saturace kyslíkem a tělesná teplota). Krevní tlak 130/80, pulz 65, TT 36,6°C. Vedena bilance tekutin, která je optimální. Podávána medikace dle ordinace lékaře, bez nežádoucích účinků.

Zajišťována ošetrovatelská péče na lůžku ošetřujícím personálem. Ranní i večerní hygiena na lůžku, péče o oči, dutinu ústní, uši i nos. Péče o osobní i ložní prádlo. Pravidelně polohována, prevence vzniku dekubitů, kontrola predilekčních míst.

Rodina si nepřeje pacientku překládat do hospicové péče. Doporučena spolupráce s rodinou, která pravidelně dochází na návštěvu. Rodina si nepřipouští nepříznivou prognózu pacientky.

4.2 Druhá fáze ošetrovatelského procesu – diagnostika

Aktuální sesterské diagnózy

1. Nedostatečné dýchání z důvodu základního onemocnění projevující se nízkou saturací.
2. Porucha komunikace z důvodu bezvědomí, projevující se neschopností vyjádřit své myšlenky a požadavky.
3. Inkontinence moči funkční vzhledem na alteraci vědomí a možnost sledování diurézy projevující se zavedeným permanentním katétrem.
4. Kožní integrita porušená vzhledem k operační ráně a zavedených invazivních vstupů projevující se porušeným kožním krytem.
5. Změna příjmu potravy vzhledem na základní onemocnění projevující se nutností zavedení nasogastrické sondy.
6. Péče o sebe sama nedostatečná vzhledem na základní onemocnění projevující se neschopností vykonávat sebepečovatelské činnosti.

Potenciální sesterské diagnózy

1. Riziko vzniku imobilizačního syndromu vzhledem na aktuální zdravotní stav pacienta.
2. Riziko vzniku infekce vzhledem na invazivní a neinvazivní vstupy.
3. Riziko vzniku dekubitů vzhledem k imobilizaci pacienta.
4. Riziko vzniku krvácivých projevů z důvodu antikoagulační terapie.

4.3 Třetí, čtvrtý a pátý krok ošetrovatelského procesu – intervence, realizace a hodnocení ošetrovatelských diagnóz

Tabulka 8 Sesterská diagnóza I

Sesterská diagnóza: Nedostatečné dýchání z důvodu základního onemocnění projevující se nízkou saturací pod 89%.
Cíl: Udržet saturaci kyslíkem nad 90%. Priorita: Vysoká.
Výsledné kritéria: Saturace kyslíku u pacientky neklesne pod 90% - po dobu hospitalizace. U pacientky se neobjeví cyanóza a další známky hypoxie - po dobu hospitalizace. U pacientky vymizí používání pomocných dýchacích svalů - do 12 hodin.
Plán intervencí: Aplikuj oxygenoterapii dle ordinace lékaře – sestra u lůžka. Pravidelně kontroluj saturaci kyslíku a vše dokumentuj – sestra u lůžka. Sleduj a zaznamenávej dechovou frekvenci v určených intervalech a ostatní vitální funkce – sestra u lůžka. Všímej si prokrvení akrálních částí těla – lékař + sestra + ošetrovatel. Podle možností uprav polohu pacientky (Fowlerova) – sestra + ošetrovatel. Prováděj hygienu dutiny ústní podle potřeby – sestra + ošetrovatel. Zajisti tiché a pokojné prostředí – sestra + ošetrovatel.
Realizace: U pacientky byla ráno i večer provedena péče o dutinu ústní. Pravidelně jsem kontrolovala saturaci kyslíkem, dech, tlak krve, puls a tělesnou teplotu. Veškeré hodnoty jsem pravidelně zaznamenávala do dokumentace. Aplikovala jsem oxygenoterapii přes kyslíkovou masku. Všíkala jsem si prokrvení akrálních částí těla. Pacientka byla pravidelně polohována do zvýšené polohy.
Hodnocení za 24 hodin: Saturaci kyslíkem se podařilo udržet nad 90%. Do 12 hodin vymizelo používání pomocných dýchacích svalů. V naplánovaných intervencích je potřeba dále pokračovat.

Cíl byl splněn, saturaci kyslíku se podařilo udržet nad 90%. V naplánovaných intervencích je potřeba nadále pokračovat.

Tabulka 9 Sesterská diagnóza II

Sesterská diagnóza: Porucha komunikace z důvodu bezvědomí, projevující se neschopností vyjádřit své myšlenky a požadavky.
Cíl: U pacientky bude zajišťována kompletní ošetrovatelská péče a nedojde k alteraci fyziologických funkcí. Priorita: Střední.
Výsledné kritéria: U pacientky nedojde k alteraci fyziologických funkcí – po dobu hospitalizace. Pacientka bude mít zajištěny všechny základní potřeby – po dobu hospitalizace. S pacientkou bude udržována komunikace ze strany personálu – po dobu hospitalizace.
Plán intervencí: S pacientkou komunikuj, informuj o všech výkonech – lékař + sestra + ošetrovatel. Všímej si neverbálních projevů pacientky – lékař + sestra + ošetrovatel. Aplikuj prvky bazální stimulace – sestra. Pravidelně monitoruj fyziologické funkce pacientky – setra. Komunikuj s rodinou a zapojuj rodinu do péče – lékař + sestra + ošetrovatel.
Realizace: Před každým úkonem jsem s pacientkou navázala kontakt, vždy vysvětlila, co se bude u ní provádět. Při každém úkonu jsem si všímala neverbálních projevů. Pravidelně jsem kontrolovala fyziologické funkce. Rodinu jsem zapojovala do péče, rodinu jsem poučila, aby s pacientkou komunikovali. Zajistila jsem rehabilitační sestru, která u pacientky aplikovala prvky bazální stimulace.
Hodnocení za 24 hodin: Pacientce byla zajišťována kompletní ošetrovatelská péče, byl udržován kontakt a fyziologické funkce byly udržovány v normě.

Cíl splněn částečně, v naplánovaných intervencích je potřeba nadále pokračovat.

Tabulka 10 Sesterská diagnóza III

Sesterská diagnóza: Inkontinence moči funkční vzhledem na poruchu vědomí a možnost sledování diurézy projevující se zavedeným permanentním katétrem.
Cíl: Pacientka bude bez známek močové infekce. Priorita: Střední.
Výsledné kritéria: Pacientka je bez známek močové infekce – po dobu hospitalizace. Zavedený permanentní katétr bude průchodný – po dobu zavedení. Bude vedena bilance tekutin – po dobu hospitalizace.
Plán intervencí: Dodržuj zásady aseptického přístupu při manipulaci – sestra u lůžka. Dbej o dostatečnou a zvýšenou hygienu genitálií – sestra + ošetřovatel. Kontroluj průchodnost močového katétru každé 2 hodiny – sestra + ošetřovatel. Kontroluj vzhled moči a příměsi moče – sestra + ošetřovatel. Zajisti pravidelnou výměnu sběrného sáčku a vše dokumentuj – sestra u lůžka. Sleduj příjem tekutin a výdej moče za 24 hodin – sestra u lůžka. Dbej, aby nedošlo k zalomení močového katétru – sestra + ošetřovatel. Sleduj známky infekce – sestra u lůžka.
Realizace: U pacientky byla provedena hygiena genitálií. Při každé manipulaci s katétrem bylo přistupováno asepticky. Pravidelně kontroluji průchodnost močového katétru, a provedu výměnu sběrného sáčku. Sleduji příjem tekutin a výdej moči za 24 hodin a vše zapisuji do dokumentace. Sleduji vzhled moči, a zda nejsou přítomny příměsi.
Hodnocení za 24 hodin: Bilance tekutin u pacientky v normě. Bez příznaků infekce a příměsí v moči.

Cíl byl splněn. V naplánovaných intervencích je potřeba nadále pokračovat.

Tabulka 11 Sesterská diagnóza IV

<p>Sesterská diagnóza:</p> <p>Kožní integrita porušená vzhledem k operační ráně a zavedených invazivních vstupů projevující se porušeným kožním krytem.</p>
<p>Cíl:</p> <p>Operační rána i invazivní vstupy budou bez známek infekce a operační rána se bude hojit per primam.</p> <p>Priorita: Střední.</p>
<p>Výsledné kritéria:</p> <p>Pacientka nejeví známky infekce – po dobu hospitalizace.</p> <p>Operační rána pacientky se hojí per primam – po dobu hospitalizace.</p> <p>Invazivní vstupy jsou funkční a bez známek infekce – po dobu hospitalizace.</p>
<p>Plán intervencí:</p> <p>Dodržuj důsledně aseptické zásady při ošetřování operační rány – sestra u lůžka.</p> <p>Monitoruj proces hojení ran, známky infekce a informuj lékaře o stavu rány – sestra u lůžka.</p> <p>Aktivně vyhledávej místní a celkové příznaky infekce – sestra u lůžka.</p> <p>Pravidelně kontroluj místa zavedených invazivních vstupů – sestra u lůžka.</p>
<p>Realizace:</p> <p>Byl proveden převaz operační rány. Byly dodrženy aseptické podmínky při převazu rány. Lékaře jsem informovala o stavu hojení operační rány a vše řádně zaznamenala do dokumentace. Pravidelně jsem kontrolovala místa zavedených invazivních vstupů a jejich funkčnost, vše dokumentovala.</p>
<p>Hodnocení za 24 hodin:</p> <p>Operační rána se hojí per primam. Pacientka je bez známek infekce.</p>

Cíl byl splněn, operační rána se hojí per primam a invazivní vstupy jsou bez známek infekce.

Tabulka 12 Sesterská diagnóza V

Sesterská diagnóza: Změna příjmu potravy vzhledem na základní onemocnění projevující se nutností zavedení nasogastrické sondy.
Cíl: Pacientka bude mít dostatečný příjem živin a nedojde k váhovému úbytku. Priorita: Střední.
Výsledné kritéria: U pacientky nedojde k váhovému úbytku – po dobu hospitalizace. Příjem stravy a tekutin bude dostatečný – po dobu hospitalizace. Nasogastrická sonda bude průchodná a pravidelně polohována – po dobu zavedení.
Plán intervencí: Zhodnoť nutriční riziko u pacientky – sestra. Zaveď nutriční záznam – sestra. Informuj nutričního terapeuta – sestra. Podávej enterální výživu dle doporučení nutričního terapeuta – sestra + ošetřovatel. Sleduj toleranci podávané výživy – sestra + ošetřovatel. Sleduj bilanci tekutin, kožní turgor, vše dokumentuj – sestra. Sleduj funkčnost nasogastrické sondy – sestra + ošetřovatel. Nasogastrickou sondu pravidelně polohuj – sestra + ošetřovatel.
Realizace: Při příjmu bylo u pacientky zhodnoceno nutriční riziko. Nutriční terapeut byl informován. Enterální výživa byla podávána v pravidelných intervalech dle doporučení nutričního terapeuta. Pacientka podávanou stravu toleruje. Sleduji příjem tekutin a výdej moči za 24 hodin. Sledovala jsem funkčnost sondy, polohovala jsem ji a kontrolovala správnou fixaci.
Hodnocení za 24 hodin: U pacientky nedošlo k váhovému úbytku. Stav hydratace v normě.

Cíl byl splněn, v naplánovaných intervencích je potřeba nadále pokračovat.

Tabulka 13 Sesterská diagnóza VI

<p>Sesterská diagnóza:</p> <p>Péče o sebe sama nedostatečná vzhledem na základní onemocnění projevující se neschopností vykonávat sebepečovatelské činnosti.</p>
<p>Cíl: Pacientka bude mít uspokojeny všechny základní potřeby.</p> <p>Priorita: Střední.</p>
<p>Výsledné kritéria:</p> <p>Pacientka má uspokojeny všechny základní potřeby - po dobu hospitalizace.</p> <p>Bude zajištěna bezpečnost pacientky – po dobu hospitalizace.</p> <p>Stav výživy a hydratace pacientky bude v normě – po dobu hospitalizace.</p> <p>Pacientce bude zajištěna rehabilitační péče – po dobu hospitalizace.</p>
<p>Plán intervencí:</p> <p>Zjistí stupeň soběstačnosti pacientky – sestra u lůžka.</p> <p>Pečuj o osobní hygienu a vyprazdňování, zajisti soukromí – sestra + ošetřovatel.</p> <p>Při poskytování ošetřovatelské péče zachovej intimitu pacientky – sestra + ošetřovatel.</p> <p>Zajisti dostatečnou výživu a hydrataci – sestra + ošetřovatel.</p> <p>Zajisti pomocná vybavení lůžka – sestra + ošetřovatel.</p> <p>Zajisti bezpečnost pacientky – sestra + ošetřovatel.</p> <p>Zapoj rodinu do péče o pacientku – sestra.</p> <p>Zajisti rehabilitaci – lékař + sestra.</p>
<p>Realizace:</p> <p>Při příjmu byl sestrou vyhodnocen Bartelův test běžných denních činností a hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové.</p> <p>Byla provedena ranní hygiena na lůžku, omytí celého těla, péče o dutinu ústní, oči, uši, nos. Výměna osobního i ložního prádla. Při poskytování ošetřovatelské péče jsem zachovávala intimitu pacientky.</p> <p>Podána výživa do nasogastické sondy, 250ml Fresubin + 250ml čaje.</p> <p>Zajištěny obě postranice postele v pozici.</p>

Hodnocení za 24 hodin:

Pacientce byla zajištěna kompletní ošetřovatelská péče se zajištěním všech základních potřeb.

**Cíl byl splněn, pacientce byla zajišťována kompletní ošetrovatelská péče.
V naplánovaných intervencích je potřeba nadále pokračovat.**

Tabulka 14 Sesterská diagnóza VII

<p>Sesterská diagnóza:</p> <p>Riziko vzniku imobilizačního syndromu vzhledem na aktuální zdravotní stav pacientky.</p>
<p>Cíl: U pacientky se nevyskytne imobilizační syndrom.</p> <p>Priorita: Střední.</p>
<p>Výsledné kritéria:</p> <p>Pacientka nebude mít komplikace z imobility v průběhu nutnosti vynucené polohy po dobu hospitalizace.</p> <p>U pacientky se nevyskytnou komplikace z imobility po dobu hospitalizace.</p> <p>Pacientka nejeví známky dehydratace – po dobu hospitalizace.</p>
<p>Plán intervencí:</p> <p>Pravidelně polohuj po 2 hodinách a kontroluj predilekční místa – sestra + ošetrovatel.</p> <p>Ošetřuj pokožku dle potřeby, umytá místa dobře osuš, namáhané oblasti jemně masíruj a aplikuj prostředek povzbuzující pokrvení – sestra + ošetrovatel.</p> <p>Používej pomůcky ke zmírnění tlaku – sestra + ošetrovatel.</p> <p>Sleduj výživu a hydrataci pacientky – sestra u lůžka.</p> <p>Dběj na dodržování správné polohy těla pacientky, pozor na těsný a škrťící oděv – sestra + ošetrovatel.</p> <p>Sleduj frekvenci vyprazdňování a vše dokumentuj – sestra.</p> <p>Kontroluj bilanci tekutin, sleduj diurézu a charakter moči – sestra.</p>
<p>Realizace:</p> <p>U pacientky byla ráno i večer provedena toaleta na lůžku. Při toaletě byla provedena kontrola predilekčních míst, namáhané části těla promasírovány tělovým mlékem.</p> <p>Každé dvě hodiny byla polohována s využitím antidekubitních pomůcek. Podána výživa a tekutiny do nasogastické sondy. Kontrola kožního turgoru. Pravidelně jsem kontrolovala bilanci tekutin a vše dokumentovala.</p>
<p>Hodnocení za 24 hodin:</p> <p>Celkový stav pacientky nezměněn.</p>

Cíl byl splněn částečně, v naplánovaných intervencích je potřeba nadále pokračovat.

Tabulka 15 Sesterská diagnóza VIII

Sesterská diagnóza: Riziko vzniku dekubitů vzhledem k imobilizaci pacientky.
Cíl: U pacientky nedojde ke vzniku dekubitů. Priorita: Střední.
Výsledné kritéria: U pacientky nedojde ke vzniku dekubitů – po dobu hospitalizace. Pacientka bude dostatečně hydratována – po dobu hospitalizace. Pacientka bude udržována v suchu a čistotě – po dobu hospitalizace.
Plán intervencí: Zajisti antidekubitní matraci a pomůcky – sestra + ošetřovatel. Pravidelně kontroluj predilekční místa – sestra + ošetřovatel. Pravidelně polohuj po 2 hodinách – sestra + ošetřovatel. Sleduj výživu a hydrataci u pacientky – sestra u lůžka. Dbej na čistotu osobního i ložního prádla pacientky – sestra + ošetřovatel. Dbej na dodržování správné polohy těla pacientky – sestra + ošetřovatel. Ošetřuj pokožky dle potřeby, dbej na důkladnou hygienu – sestra + ošetřovatel.
Realizace: Pacientka je uložena na antidekubitní matraci. Pravidelně polohována s využitím antidekubitních pomůcek. Při hygieně řádně omyta, osušena, kůže promazána. Provedena kontrola predilekčních míst. Sledována výživa, hydratace a celkový stav pacientky. Provedena výměna osobního i ložního prádla dle potřeby. Vše jsem řádně dokumentovala.
Hodnocení za 24 hodin: U pacientky nedošlo ke vzniku dekubitů. Byla ji zajišťována dostatečná hydratace a byla udržována v čistotě.

Cíl byl splněn, v naplánovaných intervencích je potřeba nadále pokračovat.

Tabulka 16 Sesterská diagnóza IX

Sesterská diagnóza: Riziko vzniku infekce vzhledem na invazivní a neinvazivní vstupy.
Cíl: U pacientky se nevyskytnou místní a celkové příznaky infekce. Priorita: Střední.
Výsledné kritéria: U pacientky se nevyskytnou místní příznaky infekce do 24 hodin. U pacientky se nevyskytnou celkové příznaky infekce do 24 hodin. Invazivní vstupy jsou funkční po dobu jejich zavedení.
Plán intervencí: Všímej si rizikových faktorů výskytu infekce, dokumentuj – sestra u lůžka. Dodržuj sterilní techniku manipulace při invazivních postupech – sestra + lékař. Ošetřuj invazivní vstupy podle standardu oddělení – sestra u lůžka. Minimalizuj rozpojování systémů – sestra u lůžka. Pravidelně kontroluj místa vstupu a okolí, vše dokumentuj – sestra u lůžka. Aktivně vyhledávej celkové příznaky infekce – sestra u lůžka.
Realizace: Pravidelně jsem kontrolovala místa invazivních vstupů. Aktivně jsem vyhledávala známky infekce jak celkové, tak místní. Při manipulaci s invazivními vstupy jsem přistupovala za aseptických podmínek a používala jednorázové pomůcky. Dbala jsem na minimální rozpojování invazivních vstupů. Pravidelně jsem kontrolovala funkčnost invazivních vstupů a vše dokumentovala.
Hodnocení za 24 hodin: U pacientky se ne vyskytly žádné známky infekce.

Cíl byl splněn, u pacientky se nevyskytly žádné známky infekce. V naplánovaných intervencích je potřeba nadále pokračovat.

Tabulka 17 Sesterská diagnóza X

Sesterská diagnóza: Riziko vzniku krvácivých projevů z důvodu antikoagulační terapie.
Cíl: U pacientky nedojde ke krvácivým projevům. Priorita: Střední.
Výsledné kritéria: U pacientky nedojde ke krvácivým projevům – po dobu hospitalizace. Pacientce bude aplikována medikace dle ordinace – po dobu hospitalizace.
Plán intervencí: Aplikuj medikaci dle ordinace lékaře – sestra u lůžka. Prováděj odběry krve dle ordinace lékaře – sestra u lůžka. Kontroluj laboratorní výsledky krve – lékař + sestra. Sleduj místa možného vzniku krvácivých projevů – lékař + sestra + ošetřovatel. Při vzniku krvácivých projevů informuj lékaře, plň ordinace lékaře a vše dokumentuj – sestra u lůžka.
Realizace: Provedla jsem kontrolní odběry krve dle ordinace lékaře. Pacientce jsem aplikovala medikaci dle ordinace lékaře. Pravidelně jsem kontrolovala místa vpichu, a místa možného vzniku krvácivých projevů. Vše jsem dokumentovala do zdravotnické dokumentace.
Hodnocení za 24 hodin: U pacientky se nevyskytly krvácivé projevy.

Cíl byl splněn, u pacientky nedošlo ke krvácivým projevům.

Celkové hodnocení stavu pacientky

Během hospitalizace se stav pacientky nelepšil. Stav vědomí klinicky sopor až kóma.

20. 3. 2014 odstranění stehu ve frontální oblasti na hlavě. 28. 3. 2014 nastala dehiscence rány na 5mm, bez známek zánětu či otoku. Po chirurgickém vyšetření doporučeno ránu ponechat ke granulaci.

29. 3. 2014 provedeno CT mozku, kde zjištěno hromadění gliové tekutiny v dutině lebeční a po konzultaci s NCH MNOF není možno chirurgického řešení pro nepříznivou prognózu.

25. 3. 2014 ji byl zaveden PEG. Dva dny po zavedení PEGu nastaly komplikace – obtékání kolem PEGu. Volán lékař z chirurgie, a na jeho doporučení byly pacientce podávány menší dávky výživy i čaje. Vzhledem k terminálnímu stádiu bez indikace k revizi PEGu.

2. 4. 2014 byl pacientce zaveden nový CŽK do véna jularis dx.

Pacientce byla zajišťována kompletní ošetrovatelská péče v terminálním stádiu života. Dne 6. 4. 2014 pacientka umírá.

5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Všeobecná sestra, která pracuje s pacienty s onkologickou diagnózou, se musí hlavně o tuto problematiku zajímat. Měla by se stát odborníkem ve svém oboru. Musí být empatická a umět si získat pacientovu důvěru, aby se jí mohl svěřit se svými obavami a strachem.

Doporučení pro nelékařský zdravotnický personál:

- Zachovat klid v situacích, kdy si na vás bude pacient odreagovávat své negativní emoce.
- Udělejte si čas a naslouchejte svým pacientům.
- Aktivně se ptejte, co pro ně můžete udělat.
- Komunikujte i dotekem.
- Chvalte pacienty i za každý jejich menší úspěch.
- Pravidelně pacienty podporujte.
- Snažte se být ve správnou chvíli na správném místě.
- Usmívejte se.
- Pacienta respektujte jako rovnocenného člověka.
- Nikdy pacientům neberte naději a plány do budoucna, i když nejsou reálné.
- Neutíkejte od umírajících, snažte se co nejvíce zlepšit kvalitu jejich umírání.
- Aktivně zapojujte rodinu.

Doporučení pro pacienty:

- Staňte se aktivním partnerem v medicínském rozhodování, buďte partnerem pro lékaře, získejte dostatek informací.
- Poznejte pravdu o své nemoci a vyhlídek do budoucna, získávejte informace od ostatních pacientů se stejnou chorobou.
- Hledejte důvěru ve svém lékaři.
- Najděte odborné pracoviště.

- Léčit potřebuje tělo, ale i duše – vyhledejte odbornou pomoc.
- Důležitý je o váš přístup k nemoci.

Doporučení pro lékaře při sdělování diagnózy:

- Informace o diagnóze a možnostech léčby sdělujte opakovaně – z prvního sdělení nepříznivé zprávy si pacienti většinou pamatují málo.
- Informace nejprve podávejte nemocnému, pak i jeho rodině.
- Respektujte pacientovo přání komu informace o jeho stavu podávat či ne.
- S terapeutickými postupy pacienta vždy dopředu informujte.
- Odpovídejte na otázky, věnujte pacientům potřebný čas.
- Svým přístupem u nemocného vzbuzujte realistické naděje a očekávání.

ZÁVĚR

Péče o pacienty s nádorovým onemocněním mozku je kromě běžné ošetrovatelské péče velmi náročná z hlediska psychiky, neboť toho onemocnění nemá vždy dobrý konec. Celkově jsou onkologické onemocnění závažné a představují znepokojující celosvětový problém. Nemoc, která si nevybírá. Může se vyskytnout už v dětství až po útlé stáří. I přes jakoukoli prognózu je zapotřebí zachovat profesionalitu, poskytnout nemocným individuální péči, kterou jejich stav vyžaduje a do této péče aktivně zapojovat i rodinu.

Teoretická část obsahuje historii, charakterizuje onemocnění, klasifikaci nádorových onemocnění, příčiny vzniku, klinické projevy. Popisuje diagnostiku, obecnou léčebnou strategii, obecnou péči o onkologicky nemocné, prognózu a nakonec specifika ošetrovatelské péče o pacienta s nádorovým onemocněním mozku.

Praktická část obsahuje ošetrovatelskou péči u zvoleného pacienta s touto diagnózou. Informace pro zhodnocení stavu pacientky byly získány ze zdravotnické dokumentace, rozhovorem s rodinou pacientky a nakonec i rozhovorem s kolegyněmi, se kterými na daném oddělení pracuji. Pro celkový zdravotní stav pacientky nebyl rozhovor s ní reálný.

V praktické části byly sestaveny sesterské diagnózy, seřazeny podle priorit a řádně interpretovány. Vše vedlo ke zkvalitnění a uspokojení individuálních potřeb pacientky.

Práce je určena studentům ošetrovatelství a stejně v ní mohou najít podnětné rady sestry z praxe, které pracují na neurologickém oddělení. Práce je taktéž určena pacientům a jejich příbuzným, kteří se o tuto problematiku zajímají.

Cíl práce bylo vytvořit podrobnou analýzu ošetrovatelské problematiky u pacientky s nádorovým onemocněním mozku. Cíl práce byl splněn.

Přestože je tato bakalářská práce se smutným koncem, neboť pacientka nemoci podlehla. V posledních chvílích jejího života ji byla poskytnuta kvalitní ošetrovatelská péče a zajištěno důstojné umírání.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ADAM, Z., VORLÍČEK, J. a J. KOPTÍKOVÁ. *Obecná onkologie a podpůrná léčba*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0677-6.
- ADAM, Z., VORLÍČEK, J., VANÍČEK, J. et al. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-7169-792-3.
- BEK, V. *Onkolog vzpomíná: česká onkologie 1945-2003*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-286-2.
- DBALÝ, V. *Mozkové nádory: Základní informace pro pacienty a jejich příbuzné*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-274-5.
- DRAGÚŇOVÁ, M. *Příjem a péče o pacienta nádorovým onemocněním mozku*. Sestra. 2009, roč. 19, č. 9, s. 68 – 69. ISSN 1210-0404.
- KALA, M. *Trendy soudobé neurologie a neurochirurgie, sv. 2, Maligní nádory mozku dospělého věku*. 1. vyd. Praha: Galén, 1998. ISBN 80-85824-84-1.
- KLENER, P. *Principy systémové protinádorové léčby*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4171-0.
- KOZLER, P. et al. *Intrakraniální nádory*. 1. vyd. Praha: Galén, Karolinum, 2007. ISBN 978-80-7262-452-2 (Galén) ISBN 978-80-246-1323-9 (Karolinum).
- MIKŠOVÁ, Z., FRONKOVÁ, M. et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1442-6.
- O'CONNOR, M. a S. ARANDA. 2005. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Z angl. orig. přel. Jana Heřmanová. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1285-4.
- PLEVOVÁ, I. et al. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.
- SYSEL, D., BELEJOVÁ, H. a O. MASÁR. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. 1. vyd. Brno: Tribun EU, 2011. ISBN 978-80-263-0001-4.
- ŠLAMPA, P. *Co potřebujete vědět o nádorech mozku*. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2003. ISBN 80-86793-00-1.
- ŠLAMPA, P., PETERA, J. et al. *Radiační onkologie*. 1. vyd. Praha: Galén, Karolinum, 2007. ISBN 978-80-7262-469-0 (Galén) ISBN 978-80-246-1443-4 (Karolinum).

ŠLAPMA, P. A KOLEKTIV. *Gliomy: Současná diagnostika a léčba*. Praha: Maxdorf, 2013. ISBN 978-80-7345-321-3.

TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-324-4.

VORLÍČEK, J. et al. *Chemoterapie a vy: Rady pro nemocné léčené chemoterapií*. 5. vyd. Praha: Medical Tribune, 2013. ISBN 978-80-87135-51-8.

VORLÍČEK, J. *Onkologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-603-6.

INTERNETOVÉ ZDROJE

LOUCKÁ, P. Rakovina [online]. 2004 [cit. 2014 – 02 - 08]. Dostupné z <http://www.vesmir-cz/clanek/rakovina>

LAKOMÝ, R. O nádorech mozku a míchy [online]. 2006 [cit. 2014 – 02 - 12]. Dostupné z <http://www.linkos.cz/nadory-mozku-a-cns-c70-72/o-nadorech-mozku-a-michy>

Přehled vyšetřovacích metod. Dostupné z www:

<http://www.mou.cz/prehled-vysetrovacich-metod/t4315>

Zhoubný nádor mozku. Dostupné z www:

<http://www.ceskatelevize.cz/porady/10175805663-medicina-pro-21-stoleti/209572231040004-zhoubny-nador-mozku/>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A Rešerše	I
Příloha B Stereotaktická biopsie	II
Příloha C Snímek glioblastomu před operací a po operaci	III



Moravskoslezská vědecká knihovna v Ostravě, příspěvková organizace

Moravskoslezská vědecká knihovna v Ostravě

Prokešovo nám. 9

728 00 Ostrava

tel.: +420 596 118 881

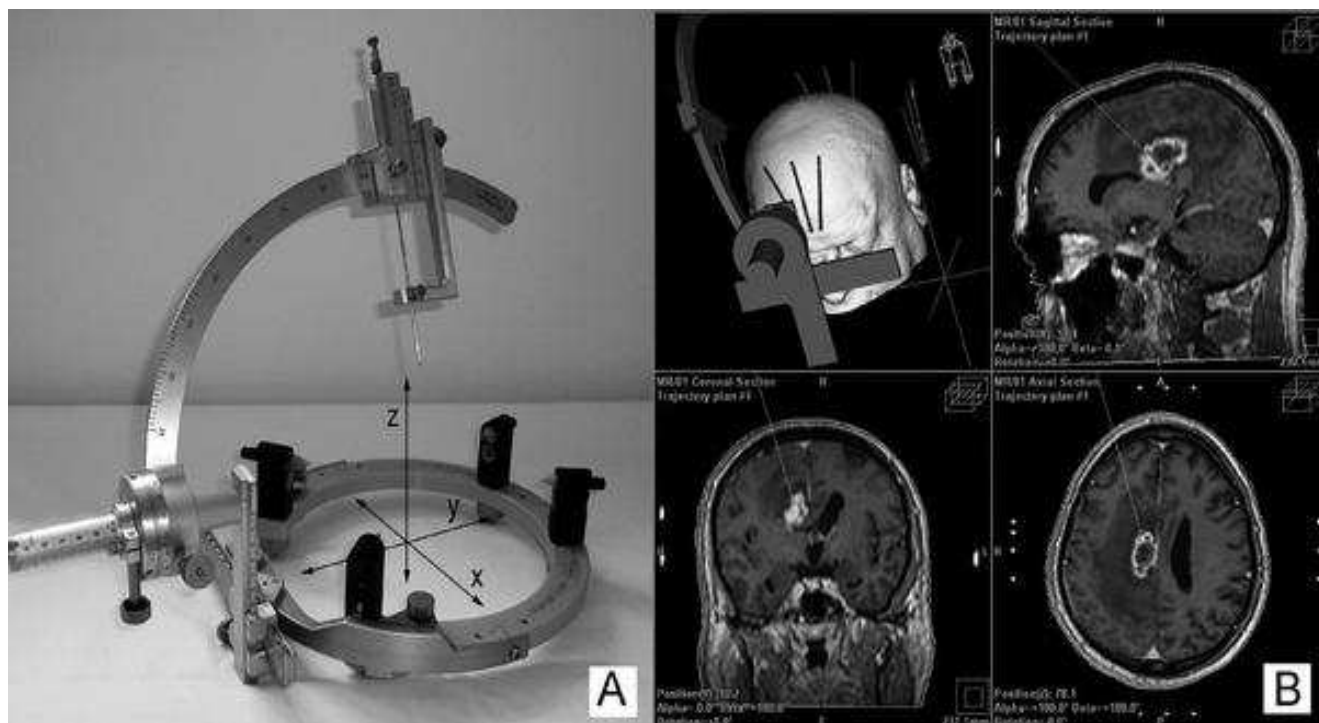
fax.: +420 596 138 322

email: msvk@svkos.cz

www.svkos.cz

Číslo rešerše:	III - 7122
Název rešerše:	Ošetrovatelský proces u pacienta s nádorovým onemocněním mozku
Jazykové omezení:	čeština, slovenština, angličtina
Časové omezení:	2003 - 2013

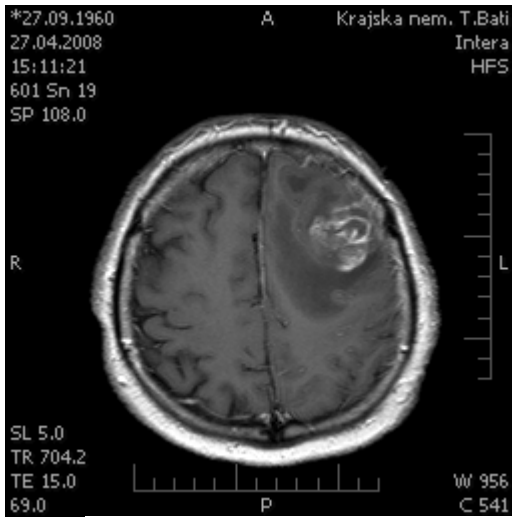
Příloha B Stereotaktická biopsie



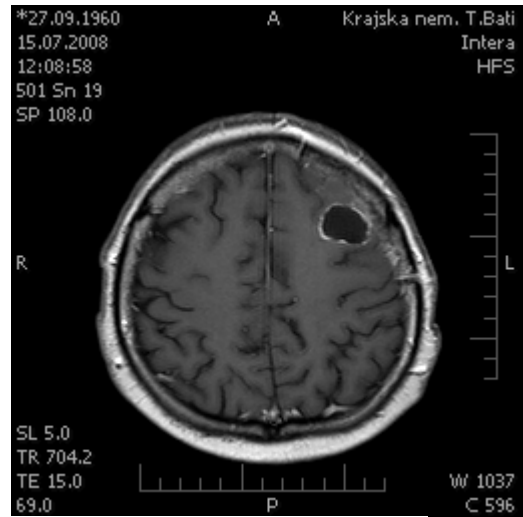
Obrázek 1 Stereotaktická biopsie

ZDROJ: dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/uloha-stereotakticke-biopsie-v-diagnostice-mozkovych-metastaz-460129>

Příloha C Snímek glioblastomu před operací a po operaci



Obrázek 2 Před operací



Obrázek 3 Po operaci

ZDROJ: dostupné z <http://www.kntb.cz/nabidka-diagnos>