

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S
KARCINOMEM HRTANU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

JITKA SEMERÁKOVÁ

Praha 2018

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S
KARCINOMEM HRTANU**

Bakalářská práce

JITKA SEMERÁKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního vzdělání: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Karolina Moravcová

Praha 2018



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

SEMERÁKOVÁ Jitka

3BVS

Schválení tématu bakalářské práce

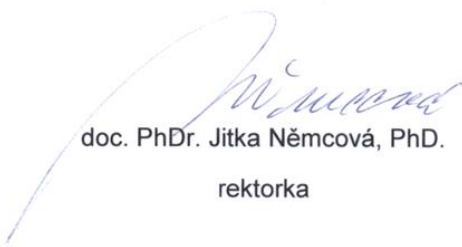
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem hrtanu

Nursing Care for a Patient with Laryngeal Cancer

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Karolína Moravcová

V Praze dne 25. června 2018


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu, a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis:

ABSTRAKT

SEMERÁKOVÁ, Jitka. *Ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem hrtanu*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Karolina Moravcová. Praha. 2018. 41 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem hrtanu. Práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část se zabývá anatomií hrtanu, funkcí hrtanu, etiologií nádorů hrtanu, diagnostikou, léčbou, tracheostomií, hlasovými náhradami, předoperační a pooperační péčí, ošetrovatelskou péčí o pacienta po totální laryngektomii a komunikací. Praktická část je zaměřena na zpracování ošetrovatelského procesu dle modelu Marjory Gordon. Dále jsou zvoleny ošetrovatelské diagnózy, které jsme rozpracovaly podle NANDA I Taxonomie II. 2015- 2017.

Klíčová slova: Karcinom hrtanu. Tracheostomie. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelský proces.

ABSTRACT

SEMERÁKOVÁ, Jitka. *Nursing care of patient with cancer of the Larynx. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.* Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Karolina Moravcová. Prague. 2018. 41 pages.

The topic of this bachelor's thesis is the nursing care of a patient with laryngeal carcinoma. This work is split into two sections. The theoretical part describes the anatomy of the larynx, its function, etiology of tumours, tumor diagnostics, treatment, tracheostomy description, voice replacements, pre- and post-operative care, nursing care in patient after total laryngectomy and communication. The practical part focuses on analysing the nursing care based on Marjory Gordon. Furthermore, we selected related nursing diagnoses which we analysed according to NANDA I taxonomy II. 2015-2017.

Keywords: Cancer of the larynx. Tracheostomy. Nursing care. Nursing process.

OBSAH

Seznam použitých zkratk

Seznam použitých odborných výrazů

Seznam tabulek

Úvod	11
1 Anatomie hrtanu.....	13
1.1 Hrtan (<i>larynx</i>).....	13
1.2 Funkce hrtanu.....	13
2 Nádory hrtanu	15
2.1 Etiologie karcinomů hlavy a krku	15
2.2 Benigní a maligní nádory hrtanu.....	15
2.3 Diagnostika nádorů hrtanu	16
2.4 Endoskopické optické zobrazovací metody v diagnostice nádorů hrtanu.....	17
2.5 Léčba nádoru hrtanu.....	17
2.5.1 Léčba časného karcinomu hrtanu	18
2.5.2 Léčba lokálně pokročilého karcinomu hrtanu	18
2.5.3 Léčba metastazujícího karcinomu hrtanu	19
2.5.4 Konzervativní léčba nádorů hrtanu.....	19
2.5.5 Chirurgická léčba nádoru hrtanu.....	19
3 Tracheostomie	21
3.1 Dělení tracheostomie.....	21
3.2 Indikace k tracheostomii	22
3.3 Komplikace tracheostomie.....	22
3.4 Kontraindikace provedení tracheostomie.....	23
3.5 Tracheostomie a poruchy polykání	23
4 Hlasové náhrady	24
4.1 Elektrolarynx.....	24
4.2 Jícnový hlas.....	24
4.3 Hlasová protéza.....	24
5 Ošetrovatelská péče o pacienta.....	25
5.1 Předoperační péče	25

5.2	Krátkodobá předoperační péče.....	25
5.3	Bezprostřední předoperační příprava	26
5.4	Pooperační péče	26
6	Ošetrovatelská péče o pacienta po totální laryngektomii	27
6.1	Edukace pacienta s tracheostomií	28
6.2	Ošetrovatelská péče o dýchací cesty	28
7	Komunikace s pacientem s tracheostomií	30
8	Ošetrovatelský proces u pacienta po totální laryngektomii.....	31
8.1	Anamnéza.....	32
8.2	Medicínský management po operaci:.....	40
8.3	Situační analýza ke dni 19. 6. 2018.....	41
8.4	Stanovení ošetrovatelských diagnóz	42
8.5	Celkové zhodnocení péče.....	48
	Závěr	50
	Seznam použité literatury	51
	Seznam příloh	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CRP	C-reaktivní protein
CT	počítačová tomografie
EKG	elektrokardiogram
MRI	magnetická rezonance
P	pulz
RTG	rentgen
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota

(autorka, 2018)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Afonie-afonie

Ambuing -prodýchnutí

Bronchoalveolární laváž – bronchoskopické vyšetření průdušek

Bronchoskop – diagnostický přístroj k vyšetření vnitřní části dýchacích cest

Dekanylace – odstranění kanyly z tracheostomie

Eruktace – říhání

Extubace – vynětí endotracheální rourky z průdušnice

Fibrolaryngoskop – přístroj k vyšetření hrtanu

Fonace – tvoření nebo vydávání hlasu

Inspirační stridor – chraptivý zvuk při nádechu

Konkomitantní – souběžná léčba

Laryngoskopie – vyšetření hrtanu

Lokoregionální – týkající se určitého místa nebo oblasti na těle

Modalita – možný způsob

Rekurentní – opakovaný výskyt

Sonografie – ultrazvukové vyšetření

Spinocelulární – nádor vycházející z epitelu

Stroboskopie – vyšetření hrtanu a hlasivkových vazů

Tracheomalacie – změknutí průdušnice

Tyreoidektomie – odstranění štítné žlázy

(Hugo, J., Vokurka, M., 2015)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Posouzení současného stavu dne 18. 6. 2018.....	33
Tabulka 2 Aktivity denního života.....	35
Tabulka 3 Posouzení psychického stavu.....	36
Tabulka 4 Posouzení sociálního stavu	38
Tabulka 5 Medikamentózní léčba	40

ÚVOD

Příznakům karcinomu hrtanu není věnována zpravidla taková pozornost, jako je tomu u jiných typů nádorů. Většina pacientů proto přichází k lékaři, až v pokročilém stádiu onemocnění. V tomto případě je pak nutné řešit nádor radikálně, tedy chirurgickým odstraněním hrtanu. V této chvíli se pro nemocného zásadním způsobem zcela mění jeho dosavadní život. Nejen, že musí podstoupit chemoterapii či radioterapii, ale především po odstranění hrtanu zcela a nenávratně přichází o svůj hlas. Z tohoto hlediska je na pacienta vyvíjen obrovský psychický tlak, aby se dokázal s nastalou situací vyrovnat a postupem času se mohl opět vrátit do běžného života.

Nejvyšší výskyt rakoviny hrtanu se uvádí země v okolí Středozevního moře. V České republice onemocní přibližně každý čtvrtý člověk. V posledních letech je výskyt tohoto nádorového onemocnění neměnný. Nejčastěji tímto nádorem trpí především muži mezi 50 a 60 lety. Výjimkou samozřejmě nejsou ani mladší ročníky. Hlavní příčinou vzniku rakoviny hrtanu je kouření v kombinaci s alkoholem. Mezi další faktory, které se podílejí na vzniku rakoviny, patří: špatná hygiena dutiny ústní, špatný stav chrupu, virové infekce (HPV) a další (Klozar, J., 2008).

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny tyto cíle:

Cíl 1: Popsat problematiku karcinomu laryngu podle odborné literatury z rešeršní literatury.

Cíl 2: Popsat fáze předoperační, perioperační a pooperační péče z pohledu všeobecné sestry.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny tyto cíle:

Cíl 1: Použití ošetrovatelského procesu u 57letého pacienta hospitalizovaného na oddělení otorinolaryngologie k totální laryngektomii.

Cíl 2: Stanovení a rozpracování tří ošetrovatelských diagnóz dle NANDA I Taxonomie II. 2015–2017.

Vstupní literatura:

KOZAR, Jan, 2008. *Nádory hrtanu*. Lékařské listy. ISSN: 0044-1996

Popis rešeršní strategie:

K vyhledání odborných publikací, které jsme použily při tvorbě bakalářské práce s názvem Ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem hrtanu. Jazykové vymezení literatury byly český jazyk, slovenský jazyk a anglický jazyk. Následně jsme si zvolily tato klíčová slova: totální laryngektomie; karcinom hrtanu; léčba karcinomu hrtanu; ošetrovatelská péče o pacienta po totální laryngektomii; tracheostomie; diagnostika karcinomu hrtanu; komunikace s pacientem po totální laryngektomii.

1 ANATOMIE HRTANU

1.1 Hrtan (*larynx*)

Hrtan spojuje laryngopharynx s průdušnicí. Jeho základem je devět chrupavek- tři nepárové a tři párové. „*K nepárovým chrupavkám patří: chrupavka štítná, vystupující střechovitě směrem vpřed, chrupavka prstencová, uložená mezi chrupavkou štítnou a první chrupavkou průdušnice a chrupavka tvořící základ příklopky hrtanové (epiglottis), uzavírající vchod do hrtanu při polykání. Párové jsou: chrupavky hlasivkové, přiložené k zadním horním okrajům prstencové chrupavky a chrupavky rohové a klínové, které podpírají příklopku hrtanovou a rovněž tvoří oporu hlasivkám*“ (Merkunová, A., Orel, M., 2009, s. 117).

Pohyblivé spoje mezi chrupavkami jsou hlasivkové vazy a upínají se k nim hrtanové svaly. Od hlasivkových hrotů chrupavek směrem k chrupavce štítné se nachází dva páry hlasových vazů, které jsou kryté sliznicí. Výše umístěné jsou nepárové hlasové vazy (bílé). Prostor mezi hlasovými vazy se rozšiřuje v hrtanovou komoru.

K hlasivkovým chrupavkám se upínají vnitřní hrtanové svaly, jejichž aktivita ovládá pohyb chrupavek, které mění napětí a postavení hlasivek. Vydechovaný vzduch naráží do napnutých hlasivek a rozechvívá je. Díky této vibraci a střídavému rozvírání a zavírání hlasivkové štěrbiny je hrtan zdrojem zvuku.

1.2 Funkce hrtanu

Funkce hrtanu dělíme na:

- a) Dýchací,
- b) fonační,
- c) Ochranná.

Dýchací funkce: hrtan zajišťuje tok vdechovaného a vydechovaného vzduchu. Při dýchání je hlasivková štěrbina volná a má tvar trojúhelníku. Při vdechu se hlasivková štěrbina rozšiřuje, při výdechu zužuje. Dýchací postavení hlasivek je aktivní děj, který je projevem funkce rozvěrače. Při jednostranném omezení funkce tohoto svalu se projeví zhoršeným dýcháním, např. při námaze. Při oboustranné poruše se

objevuje porucha hlasu (dysfonie, později až afonie), inspirační stridor a pokles saturace kyslíkem. Tyto stavy mnohdy vyžadují urgentní intubaci, eventuálně i tracheostomii.

Fonační funkce: lidský hlas vzniká periodickým chvěním vzdušného sloupce nad hlasivkami.

Ochranná funkce: ochrannou funkci zajišťuje svalovina a slizniční kryt hrtanu. Žlázky ve sliznici, produkující hlen, a pohyb řasinek epitelu mají za úkol odtransportovat drobná cizorodá tělíska směrem do dutiny ústní.

Při polykacím aktu je hrtan uzavřen příklopkou hrtanovou, aby potrava nemohla proniknout do dýchacích cest. Při průniku takového tělesa pod příklopkou se aktivuje intenzivnější stah hrtanových svalů a dojde k vyvolání kašlacího reflexu- tedy obranného reflexu, který má z oblasti hrtanu odstranit příčinu podráždění (Astl, J., 2012).

2 NÁDORY HRTANU

2.1 Etiologie karcinomů hlavy a krku

Maligní nádorová onemocnění hlavy a krku se řadí na šesté místo mezi maligními nádory na celém světě. Velmi aktuální je otázka léčby a následné péče z hlediska rizika znetvoření pacientů z důvodu léčebných výkonů a jejich vlivu na celkovou kvalitu života (Skládalová, M., Škvrňáková, J., Michálek, R., 2013).

Nádory horních dýchacích a polykacích cest vznikají především u alkoholika kuřáka. V etiopatogenezi se dále mohou uplatnit chemické karcinogeny, fyzikální faktory, virové infekce, chronické zánětlivé či mechanické dráždění, celkové oslabení imunity, hormonální vlivy nebo genetické predispozice. Tabák je karcinogenní při kouření, žvýkání i šňupání. Alkohol zasahuje do procesu karcinogeneze více mechanismy. U chronických alkoholiků se často vyskytuje malnutrice a celkové oslabení imunity. U některých karcinomů se mohou uplatnit některé viry, jako např. HPV (herpes papiloma virus), HSV (herpes simplex virus) a EBV (Ebstein- Bárková virus). Další rizikovou skupinou jsou lidé pracující v průmyslu (dřevorubci, keramici, kovovýrobci, havíři). Patří sem též chronické dráždění sliznice defektním chrupem a špatná ústní hygiena. Dále nedostatek některých vitamínů (vitamín B) a stopových prvků (železo). Vliv na progresi karcinomů dýchacích a polykacích cest mají i sexuální hormony. Hormonální nerovnováha s karcinogenním vlivem byla prokázána nejen v důsledku stárnutí, ale i při poruše detoxikace estrogenů při oslabené funkci jater (Neuwirthová, J., Gál, B., Kostřica, R., 2014).

Z aktuálních výzkumů vyplývá, že počty karcinomů u alkoholiků a kuřáků se snižují a navyšují s počty karcinomů způsobených viry HPV. V současné době probíhají výzkumy, proč se tak děje (autorka, 2018).

2.2 Benigní a maligní nádory hrtanu

V oblasti hrtanu se mohou vyskytovat jak benigní (nezhoubné), tak maligní (zhoubné) nádory. Společným příznakem nádorů je vleklý chrapot, který nereaguje na běžnou protizánětlivou léčbu. Obecným pravidlem je, že každý chrapot, který trvá déle

než 3 týdny, má být vyšetřen otorinolaryngologem nebo foniatrem. Existují stavy morfologicky změněné tkáně, které považuje za prekancerózy, jedná se o stavy, které mohou vést k malignímu nádorovému bujení- bělavé hmoty na sliznici hlasivek nebo hrtanu (leukoplakie), hypertrofická nervová tkáň (pachydermie) a další. Uvedené nálezy mohou provázet chronický zánět hrtanu. Pacienty s chronickými morfologickými změnami sliznice hrtanu je nutno trvale sledovat (dispenzarizovat). Máme-li podezření na nádorové onemocnění, je třeba odebrat vzorek tkáně k histologickému vyšetření. Za benigní nádory považujeme i tzv. benigní slizniční léze popsané (hlasivkový uzlík, polyp, cysty, granulomy, vřed). Závažnějším nálezem je rekurentní (recidivující) papilomatóza hrtanu. Nejčastějším zhoubným nádorem hrtanu je karcinom (Vydrová, J., Komínek, P., Chrobok, V., Dubová, J., s. 109, 2017).

Karcinom hrtanu je nejčastější nádorové onemocnění v oblasti hlavy a krku. Nejvíce postihuje muže ve středních letech, avšak každým rokem stoupá i počet nemocných žen. Z dlouhodobé statistiky vyplývá, že v České republice onemocní ročně 300-400 lidí (Vydrová, J., Komínek, P., Chrobok, V., 2017).

2.3 Diagnostika nádorů hrtanu

Dvě třetiny nádorů hlavy a krku jsou diagnostikovány v pokročilém stádiu onemocnění, a to významně zhoršuje léčebné a prognostické výsledky. Důležité je včasné zachycení nádorového onemocnění. I přes značný pokrok chirurgie a onkologické léčby se výsledky příliš nezlepšují (Binková, H., 2014).

Jako diagnostická metoda nádoru hrtanu má základní význam nepřímá, zvětšovací a přímá laryngoskopie, popřípadě fibrolaryngoskopie. K posouzení pohyblivosti hlasivek je vhodná, zejména u malých lézí lokalizovaného karcinomu, stroboskopie, která do určité míry informuje o hloubce proniknutí nádoru do hlasivky.

Zobrazovací metody jako je CT, MRI jsou velmi přínosné, protože upřesní rozsah šíření nádoru. Taktéž zobrazí případné uzlinové metastázy. Informace o postižení jednotlivých struktur a hloubce invaze nám pomohou rozhodnout o vhodné léčebné metodě. V časných stádiích, ale zobrazovací metody rozhodující postup nepřinesou.

Mohou však pomoci při konzervativní léčbě, kdy se plánuje radioterapie. Další přínosnou metodou je sonografie, která je velmi důležitá ke zjištění regionálních metastáz (Klozar, J., 2008).

2.4 Endoskopické optické zobrazovací metody v diagnostice nádorů hrtanu

Nejčastějším maligním karcinomem hrtanu je spinocelulární karcinom vycházející z buněk epitelu sliznice. Jeho růst je metabolicky náročný a je doprovázen růstem nových cév, které jsou karcinomem vytvářeny- nádor si tímto způsobem zajišťuje dostatečný přísun živin pro svůj růst. Léčba karcinomu hrtanu může být chirurgická či onkologická.

Zcela zásadní pro úspěšnou léčbu karcinomu hrtanu je jeho včasný záchyt. Ideálně v takzvaných přednádorových stádiích. Chirurgická a onkologická léčba pokročilých nádorů může vést k výraznému znetvoření postižené osoby. U karcinomu hrtanu vede tato léčba k výrazným funkčním obtížím (poruchy polykání, ztráta hlasové funkce). Rozpoznání a rozlišení přednádorových stavů mohou být velice složité. Z tohoto důvodu, byly do praxe zavedeny různé endoskopické optické zobrazovací metody zpřesňující možnosti diagnostiky.

Důležitou součástí úspěšné terapie je přesné určení rozsahu postižení tak, aby bylo s jistotou dosaženo radikální resekce, pokud je onemocnění indikované k chirurgické léčbě. Další možností, kde se v budoucnu očekává uplatnění endoskopických optických zobrazovacích metod, je takzvaná předhistologická diagnostika. Zejména u časného karcinomu glottis je výhodné provést radikální výkon v jedné době, dříve, než je znám definitivní výsledek histologie. Některými autory je proto používán termín „optická biopsie“ (Lukeš, P., Lukešová, E., Zábrodský, M., Sýba, J., Kratochvíl, V., Kešner, A., Votava, M., Plzák, J., s. 192, 2018).

2.5 Léčba nádoru hrtanu

Základním léčebným cílem je eliminace nádoru při zachování laryngeálních funkcí. Volba léčebného postupu závisí na mnoha faktorech, které zahrnují především

rozsah nádoru, jeho lokalizaci, charakter jeho růstu, výkonnostní stav pacienta, jeho preference a schopnost se podrobit důslednému poléčebnému sledování. Léčebný postup by měl být navržen odborným multidisciplinárním týmem a spoluúčast pacienta v rozhodovacím procesu by měla být samozřejmostí. U časných nádorů laryngu uplatňujeme v léčbě většinou jednu modalitu léčby, u lokálně a lokoregionálně pokročilých nádorů jsou užívány postupy multimodalitní (Pála, M., s. 138, 2016).

Velice důležitým preventivním opatřením vedoucí ke snížení výskytu karcinomu laryngu je vhodné omezení tabáku, alkoholu a plošné očkování dívek i chlapců proti HPV (Klozar, J., 2017).

2.5.1 Léčba časného karcinomu hrtanu

Časný karcinom hrtanu léčíme šetřícím chirurgickým výkonem. Většinou se používá endoskopická metoda nebo samostatná definitivní radioterapie. Některé karcinomy vyžadují provedení otevřeného chirurgického výkonu s částečnou resekci hrtanu. U časných nádorů mají chirurgická léčba a radioterapie srovnatelnou účinnost i srovnatelné funkční důsledky.

2.5.2 Léčba lokálně pokročilého karcinomu hrtanu

U lokálně pokročilých nádorů hrtanu byl v minulosti hojně využívaným terapeutickým postupem chirurgický výkon s cílem odstranit celý, nádorem postižený orgán. Tento zákrok měl vzhledem k důležitým funkcím hrtanu, trvalé následky pro pacienta.

I přes pokročilou konzervativní léčbu má chirurgický výkon závažný dopad na kvalitu života pacienta. U pokročilých nádorů hrtanu je chirurgický výkon u většiny nemocných následovaný radioterapií, případně radiochemoterapií.

V posledních dvaceti letech jsou do léčby pokročilých nádorů laryngů uvedeny postupy, které umožňují u části pacientů potencionálně znetvořující chirurgický zákrok eliminovat.

2.5.3 *Léčba metastazujícího karcinomu hrtanu*

Pacienti s metastazujícím nádorem hrtanu mohou být kandidáty pro paliativní léčbu. Paliativní chemoterapie je určena jako cíl ke zpomalení nádorového šíření a zmenšení příznaků spojených s přítomností nádoru. S ohledem na omezené možnosti, které paliativní chemoterapie umožňuje, by měl být vždy zvažován její přínos oproti jejím nežádoucím dopadům. V rozhodovacím procesu by měl být brán v úvahu výkonnostní a nutriční stav pacienta. Samozřejmě i jeho preference (Pála, M., 2016).

2.5.4 *Konzervativní léčba nádorů hrtanu*

V poslední době je možno ve světě pozorovat určitý odklon od radikální chirurgické léčby ve prospěch modalit zachovávajících hrtan. Bohužel je tento vývoj provázen zhoršováním přežití. Záchovný protokol představuje alternativu k radikální chirurgické léčbě. Princip spočívá v úvodním podání chemoterapie, která má za úkol selektovat nádory vhodné pro primární radioterapii. Vychází se z předpokladu, že chemosenzitivní nádor bude i radiosenzitivní. Chemoterapie zde tedy nemá za primární cíl zlepšení výsledků léčby, ale je použita vlastně jako diagnostikum. Zlepšení přežití zařazením chemoterapie do protokolu nebylo zjištěno.

Nejúspěšnějším postupem v rámci konzervativních léčebných metod je současné podání chemoterapie a záření. Zdá se, že konkomitantní chemoradioterapie přináší lepší výsledky v lokoregionální kontrole a v zachování hrtanu než klasické schéma záchovných protokolů nebo samostatná radioterapie (Klozar, J., s. 24, 2008).

2.5.5 *Chirurgická léčba nádoru hrtanu*

Klasickým chirurgickým přístupem k léčbě karcinomu laryngu je totální laryngektomie, která byla poprvé vykonána před 130 lety. Jde o kompletní odstranění hrtanu. Dýchací cesty jsou ukončeny definitivní tracheostomií. Polykací cesty jsou po totální laryngektomii intaktní. Dýchání tracheostomatem není pro dolní dýchací cesty ideální, protože vzduch je nefiltrovaný, neohřátý a nezvlhčený. Ve většině případů se však sliznice dolních dýchacích cest na stav adaptuje. Trvalá tracheostomie přináší i obtíže a omezení společenská a životní, například při koupání. Největším handicapem laryngektomovaného je však ztráta hlasu (Klozar, J., s. 24, 2008).

Chirurgická léčba se neustále vyvíjí a stále větší množství pokročilých karcinomů je primárně léčen radioterapií nebo chemoradioterapií. Při chirurgické léčbě

je kladen důraz na zachování funkce hrtanu, aniž by se zkrátila délka přežití. Čím je nádorové onemocnění pokročilejší, tím jeho účinnost klesá. Chirurgická léčba umožňuje radikální odstranění primárního nádoru a současně ošetření okolního lymfatického systému.

Karcinom hrtanu spadá k prognosticky nejpříznivějším karcinomům hlavy a krku. Je to dáno především skutečností, že tento druh méně často metastazuje. Nemocní jsou velmi dobře přizpůsobiví na novou situaci a mohou tak dýchat polykat i mluvit (Smilek, P., 2014).

3 TRACHEOSTOMIE

Tracheostomie je jedním z nejstarších operačních zákroků. Prováděna byla již 3500 let před naším letopočtem v Egyptě. V roce 1909 popsal Jackson dnes užívanou techniku chirurgické tracheostomie. V roce 1985 popsal Ciaglia alternativu chirurgické tracheostomie, kterou je punkční dilatační tracheostomie. Na konci minulého století došlo ke snížení počtu provedených chirurgických tracheostomií oproti nárůstu punkčních dilatačních tracheostomií.

Jedná se chirurgický výkon, u něhož je vytvořen otvor do průdušnice. Tracheostomie je stav, kdy je průdušnice připojena k povrchu těla uměle vytvořeným otvorem. Tracheostomie se provádí klasickou chirurgickou technikou nebo pomocí speciálního setu, tzv. punkční dilatační tracheotomií. Obě metody jsou považovány jako rovnocenné. Tracheostomii dělíme na dočasnou, trvalou či urgentní (Schwarz, P., Matoušek, P., Sůva, P., 2010).

Dlouhodobá tracheostomie mění kvalitu života pacienta v oblasti tělesné, psychosociální a ekonomické. Péče o tracheostomii a tracheostomatickou kanylu je kromě jiného ovlivňována kompenzačními pomůckami včetně nejnovějších postupů při ošetřování (Škvřňáková, J., Slanínáková, M., s. , 2010).

Tracheostomická kanyla výrazně omezuje pacienty ve fyzické oblasti, v pracovní rovině a současně je velkou psychickou i sociální zátěží. Z ekonomického hlediska je pro pacienta a jeho rodinu toto onemocnění velmi finančně zatěžující. Většina pacientů však nevyužívá další možné sociální dávky (Škvřňáková, J., Pellant, A., Michálek, R., 2011).

3.1 Dělení tracheostomie

a) **Dočasná tracheostomie** – provádí se u pacientů, je-li možné v dalším průběhu pacienta dekanylovat a tracheostoma uzavřít spontánně nebo chirurgicky. Nejčastěji se provádí u pacientů, kteří potřebují být bezprostředně po operaci horních cest dýchacích podporováni umělou plicní ventilací a po nějaké době mohou pacienti dýchat spontánně.

b) **Trvalá tracheostomie**- provádí se u pacientů s maligními nádory hrtanu, u kterých je indikována totální laryngektomie nebo u pacientů s rozsáhlými laryngopharyngeálními nádory určenými k paliativní péči.

c) **Urgentní tracheostomie**- provádí se u náhlých stavů jako je úplná obstrukce hrtanu, kdy není možné provést tracheální intubaci anesteziologickou intubační rourkou nebo tubusem respiračního bronchoskopu.

3.2 Indikace k tracheostomii

Indikace k tracheostomii jsou v současné době tvořeny dvěma hlavními skupinami. Indikace otorinolaryngologické, také označované jako klasické, a indikace anesteziologické, jinak známé jako rozšířené.

1. *Klasické indikace tvoří obvykle pacienti s obstrukcí horních dýchacích cest způsobenou tumory, těžkými traumaty, oboustrannou parézou hlasivek, např. po totální tyreoidektomii nebo jako preventivní tracheostomie při rozsáhlých ORL či stomatochirurgických výkonech.*

2. *Anesteziologické (rozšířené) indikace představují dnes větší část prováděných tracheostomií. Nejčastějším důvodem k provedení operace je nutnost dlouhodobé ventilační podpory bez reálného předpokladu časné extubace (do 5- 7 dní). Déletrvající intubace je zatížena větším rizikem komplikací (stenóza průdušnice). Další indikační skupinu tvoří pacienti, kteří potřebují zajištění dýchacích cest bez nutnosti ventilační podpory. Tracheostomie zde umožňuje zmenšení mrtvého prostoru, snížení odporu dýchacích cest a snadnější toaletu dolních dýchacích cest.*

Převážná většina tracheostomií je v současné době (na rozdíl od minulosti) prováděna z indikací rozšířených (anesteziologických). Příčina poklesu klasických indikací je zejména důsledkem zdokonalení medikamentózní léčby zánětlivých onemocnění hrtanu (Schwarz, P., Matoušek, P., Sůva, P., s.30 a 31, 2010).

3.3 Komplikace tracheostomie

Perioperační komplikace- krvácení, poranění trachey, poranění jícnu, poranění cév, pneumothorax, pneumomediastinum, emfyzém, raná infekce, paréza zvrátého nervu

Pooperační komplikace- paratracheální umístění kanyly, nemožnost zavedení kanyly, aspirace, stenóza průdušnice, stenóza tracheostomického kanálu, tracheomalacie, tracheoezofageální píštěle (Černý, M., Matoušek, P., Černý, V., 2015)

3.4 Kontraindikace provedení tracheostomie

- špatná anatomická stavba
- špatně viditelná oblast místa chirurgického výkonu (chrupavka štítná, prstencová)
- imobilní krční páteř (m. Bechtěrev)
- infekce v místě operačního pole
- nezajištěné dýchací cesty
- významná koagulopatie
- stav po jiných operačních výkonech v oblasti krku
- obezita

3.5 Tracheostomie a poruchy polykání

Hrtan se kromě řeči také podílí na polykacím procesu. Při jeho poškození či úplného odstranění vzniká často porucha polykání. Pacienti, jimž byla provedena tracheostomie z důvodu odstranění nádoru, mají poruchu polykání dočasnou.

Po zhojení stomie či zvyknutí si na tracheostomickou kanylu, začnou znovu polykat bez problémů. V pooperačním období je u pacientů zajištěn příjem stravy a tekutin parenterálně a do nasogastrické sondy.

Kolem desátého dne od operace, začíná pacient polykat fyziologický roztok. Jedenáctý den polykají čaj a od dvanáctého dne polykají kašovitou stravu. Samozřejmě, že velmi záleží na stavu pacienta, na bolestivosti při polykání a na případných komplikacích.

Při polykání se rentgenovým snímkem zjišťuje funkčnost polykacího aktu. Jako prevence poruch polykání je důležité dobré zachování funkce kořene jazyka.

Jestliže u pacienta přetrvávají obtíže s polykáním či dokonce aspirace tekutin, je vhodné si polykací akt ověřit endoskopicky (Škvrňáková, J., Pellant, A., Mandysová, P.).

4 HLASOVÉ NÁHRADY

4.1 Elektrolarynx

Jedná se o elektromechanickou metodu náhrady hlasu. Pomocí generátoru zvuku zvaného elektrolaryng, který si pacient přikládá ke spodině úst a po zaučení je schopen artikulovat. Nevýhodou je vysoká cena a neosobní elektronický hlas.

4.2 Jícnový hlas

Jícnový hlas vzniká naplněním jícnu vzduchem a postupným uvolňováním vzduchu eruktací. Tím pacient tvoří jednotlivé hlásky v dutině ústní obvyklým způsobem. Výhodou je, že není potřeba podpůrných pomůcek. Nevýhodou je, že se takto mluvit naučí jen malé procento nemocných.

4.3 Hlasová protéza

Do uměle vytvořené píštěle se vloží jednocestný ventilek – hlasová protéza. Při tvorbě hlasu se využívá proud vzduchu, který proudí při uzavření tracheostomatu. Hlas takto vzniklý je dostatečně silný a kvalitní a je nejvíce podobný vlastnímu hlasu pacienta. Při správné tvorbě hlasu je velmi důležitá správná rehabilitace, chuť pacienta spolupracovat a správně zvolený typ hlasové protézy. S touto pomůckou se naučí mluvit největší procento pacientů.

5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA

5.1 Předoperační péče

V předoperační péči je provedeno komplexní vyšetření pacienta. Když je pacient pozván k plánované operaci, zajde si ke svému praktickému lékaři. Ten provede u pacienta následující úkony: odebere mu krev na krevní obraz, na srážlivost krve, na krevní minerály, glukózu, jaterní enzymy, CRP. Dále je pacientovi odebrána moč na sediment, provedeno EKG a RTG srdce a plic. Toto základní vyšetření může být doplněno o speciální vyšetření jako např. u diabetiků, kardiaků atd. Všechna tato vyšetření nesmí být starší než 14 dní. Pokud bychom při příjmu pacienta k hospitalizaci zjistili opak, je nutné provést kontrolní krevní odběry, RTG srdce a plic, nové EKG. Nejdůležitější je sak samozřejmě závěrečná věta kde by mělo být uvedeno, že je pacient schopen operace v celkové anestezii.

Správně provedené předoperační vyšetření nám i lékařům může pomoci předcházet případným komplikacím.

5.2 Krátkodobá předoperační péče

Tato příprava se zpravidla odehrává 24 hodin před samotnou operací. Pacient přichází do nemocnice, kde se nejprve ohlásí v kartotéce a odtamtud je odeslán na oddělení. Na oddělení si jej převezme všeobecná sestra, která uloží pacienta na pokoj.

Předem má připravenou příjmovou ošetřovatelskou dokumentaci, kterou následně vyplní s pacientem. Při vyplňování dokumentace pacientovi změní fyziologické funkce (TK, P, TT). Na ruku připne pacientovi identifikační náramek, dá mu k přečtení informovaný souhlas s hospitalizací a informovaný souhlas s anestezii. Další souhlasy dostane pacient lékař, se kterým všechny souhlasy podepíše.

Všeobecná sestra seznámí pacienta s domácím řádem oddělení a s právy a povinnostmi pacientů. Pokud je třeba, odebere všeobecná sestra pacientovi krev do krevní banky, kde budou připraveny krevní konzervy k operaci.

Během dne navštíví pacienta ošetřující lékař, anesteziolog a operatér. Všeobecná sestra provede přípravu pacienta. Poučí pacienta o dostatečném příjmu tekutin, o

stravování a o nutnosti od půlnoci lačnit. Dále provede přípravu operačního pole, tzn. u mužů dohlédne na správné oholení vousů.

Večer je pacientovi podána tableta na klidné spaní v rámci premedikace a aplikuje mu injekci s Fraxiparine dle ordinace lékaře.

5.3 Bezprostřední předoperační příprava

Bezprostřední předoperační příprava zpravidla začíná ráno, v den výkonu. Ráno všeobecná sestra změří pacientovi fyziologické funkce (TK, P, TT) a pošle pacienta, aby provedl celkovou hygienu. Po hygieně si pacient navlékne na dolní končetiny kompresní punčochy sundá si veškeré cennosti, vyjme si zubní náhradu a oblékne si nemocniční oděv. Pacient si též spolkně ranní medikaci a tabletu v rámci premedikace. Vše zapíše malým douškem tekutiny.

Všeobecná sestra zapíše do dokumentace a na pokyn z operačního sálu, převezme pacienta k operačnímu výkonu, kde ho předá sálové sestře.

5.4 Pooperační péče

Po operaci je pacient předán všeobecné sestře z jednotky intenzivní péče, která si převezme pacienta a dokumentaci od anesteziologa. Před odchodem ze sálu, napojí pacienta na monitor, kde sleduje saturaci a tepovou frekvenci. Na pokyn anesteziologa může mít s sebou kyslíkovou lahev. Na oddělení je pacient napojen na monitor, podána infúze ze sálu, připraven přístroj k odsávání z tracheostomie a přiloženo k ruce pacienta signalizační zařízení. Všeobecná sestra zkontroluje krytí operační rány, zkontroluje funkčnost redonova drenu, funkčnost permanentního močového katetru a funkčnost permanentního žilního katetru. Zeptá se pacienta, jak se cítí (intenzita bolesti, dýchání, pocit nauzei) a zároveň ho poučí, aby nic sám nepil. Pacient má po operaci zavedenou nasogastrickou sondu, do které bude po několik dalších dní vyživován.

Všechny poznatky či změny ve stavu pacienta řádně zapíše do ošetrovatelské dokumentace a informuje lékaře, který pacienta navštíví. Všeobecná sestra sleduje celkový stav pacienta, sleduje fyziologické funkce každých 10 minut po dobu 2 hodin a podává ordinace dle lékaře.

6 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA PO TOTÁLNÍ LARYNGEKTOMII

V současné době představuje laryngektomie efektivní způsob léčby nádorového onemocnění hrtanu. Tento zákrok znamená částečné nebo úplné odstranění hrtanu končící vytvořením tracheostomie. Jelikož se tento zákrok vyznačuje kosmetickým defektem a klade vysoké nároky na psychiku pacienta. Je proto důležité, aby všeobecná sestra přistupovala k pacientovi jako k biopsychosociální osobě.

Edukace je podstatnou součástí pooperační péče o pacienta po totální laryngektomii, aby se co nejdříve přizpůsobil změněné životní situaci a tím se předešlo případným komplikacím. Cílem je navrácení pacienta do plnohodnotného života.

Edukace je hlavně zaměřena na péči o tracheostomickou kanylu a její okolí a samozřejmě na péči o horní cesty dýchací. Kůže v okolí tracheostomie je nadměrně drážděna zvýšenou sekrecí z dýchacích cest. V tomto případě je nesmírně důležitá péče o kůži (udržování suché a čisté kůže, pravidelná výměna krytí).

Po operaci má pacient obvykle zavedenou nasogastrickou sondu, do které je vyživován. Opět je zde nesmírně důležitá péče o kůži v okolí dutiny nosní. Dále je nutné pacienta naučit krmení do nasogastrické sondy a sledování příjmu tekutin a stravy v pravidelných časových intervalech.

A nakonec je důležité zabezpečení komunikace pacienta s okolím. Hledáme proto alternativní metody komunikace (Kolaříková, Z., 2012).

Každý pacient vnímá a prožívá kvalitu svého života zcela jinak. V největší míře je toto vnímání závislé na rodinných vztazích a na sociální situaci pacienta. Jsou pacienti, kteří se s nádorovým onemocněním hrtanu nedokážou vyrovnat. V každodenních činnostech tak většinou potřebují pomoc druhé osoby. Největším problémem je pro pacienta komunikace.

U takto nemocného jedince je velmi důležitá psychologická a někdy i spirituální pomoc. Také by nemocným velmi pomohla větší informovanost o onemocnění širší veřejnosti. Empatie okolí a zmírnění sociální izolace, tak pomůže nemocným lépe se začlenit do normálního života a zvýšit kvalitu jeho života (Boroňová, J., 2014).

6.1 Edukace pacienta s tracheostomií

Pacient s tracheostomií by měl znát své onemocnění, omezení související s tracheostomií, rizikové faktory, možné komplikace a měl by zvládat manipulaci s pomůckami pro správné ošetřování tracheostomie. Je nutné vysvětlit výhody zvládnutí nových dovedností, a pokud zjistíme u pacienta případný strach, snažíme se najít co nejdříve příčinu. Pacienta motivujeme a do procesu edukace se snažíme zapojit i rodinné příslušníky (Ozogonyová, M., Kubicová, L., Tereková, V., 2012).

6.2 Ošetrovatelská péče o dýchací cesty

Při odsávání z dýchacích cest u tracheostomovaného pacienta se pohybujeme ve vysoce reflexogenní zóně. Drážděním v této zóně vyvoláme u pacienta obranné reflexy, jako je kašel, dávení a kýčání. Jedná se o výkon, který vyžaduje citlivý přístup, zručnost a opatrnost.

Pomůcky potřebné k odsávání pacienta:

- 1.) odsávací přístroj- musí být neustále připraven a funkční
- 2.) odsávací cévky- různé průměry, barevně odlišené
- 3.) nádoba s vodou- k pročištění ucpané cévky
- 4.) zvlhčující gel- Mesocain gel
- 5.) emitní miska jednorázová, buničitá vata- k odplivnutí, otření úst
- 6.) ochranné pomůcky- rukavice, ústenka, plášť - po každém odsátí provedeme hygienu rukou a jejich dezinfekci
- 7.) tracheostomická kanyla- po každém odsávání z tracheostomie vždy vyměníme kanyl

Dělení odsávání:

- a) **akutní** – při aspiraci, vyžaduje okamžité odstranění cizího tělesa z dýchacích cest
- b) **toaleta dutiny ústní, nosohltanu** – u pacientů, kteří nedokážou polknout nebo vykašlat hleny nahromaděné v ústech
- c) **toaleta dolních cest dýchacích** – nutná pravidelná toaleta dolních cest dýchacích

U pacienta rovněž podporujeme expektoraci. Před samotným odsáváním můžeme provést míčkování, poklepovou masáž, bronchoalveolární laváž nebo ambuing. Důležitá je komunikace s pacientem a psychická podpora. Všechny provedené úkony se zapíše do dokumentace (Minaříková, P, 2009).

7 KOMUNIKACE S PACIENTEM S TRACHEOSTOMIÍ

Řeč je pro lidi velmi důležitý způsob komunikace. Tento dorozumívací prostředek je natolik typický, že většina ji považuje za samozřejmou a později se s případnou ztrátou nedokáží vyrovnat.

Na všeobecné sestře je, aby porozuměla neverbální komunikaci pacienta. Narušení verbální komunikace může být dočasné i trvalé. Pacient, který se nemůže verbálně dorozumět, potřebuje najít jiný způsob komunikace. U takto postižených pacientů často dochází k narušení sociálních vazeb a vyřazení z běžného života. Častým důvodem není pacientovo okolí, ale především jeho zábrany (Bostlová, M., Jarošová, J., Lencová, M., 2011).

Při komunikaci s tracheostomovaným pacientem je nutné si uvědomit, že se jedná o dialog, který je ze strany všeobecné sestry verbální komunikací a ze strany pacienta neverbální komunikací.

Na všeobecnou sestru je tak kladen velký nárok, aby od pacienta dokázala získat veškeré potřebné informace. Je důležité, aby si všímala neverbálních projevů pacienta a při komunikaci si vždy zpětně ověřila od pacienta, že mu správně porozuměla. Při komunikaci může pacient používat papír a tužku, komunikační karty nebo mazací tabulku s fixem (Čermáková, V., 2008).

8 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO TOTÁLNÍ LARYNGEKTOMII

V praktické části bakalářské práce byl zpracován ošetrovatelský proces u pacienta po totální laryngektomii. Komplexní vypracování ošetrovatelského procesu proběhlo na lůžkovém oddělení Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ve Fakultní nemocnici v Motole.

K vypracování ošetrovatelského procesu byla použita Obecná ošetrovatelská dokumentace. Na základě stanovení ošetrovatelských problémů, které byly nalezeny, byly stanoveny aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy dle NANDA I Taxonomie II. 2015–2017. Tyto ošetrovatelské diagnózy byly seřazeny dle priority a následně byly tři z nich rozpracovány. V závěru bakalářské práce jsme zhodnotily plán ošetrovatelské péče. K vypracování bylo použito pozorování, rozhovor s pacientem, lékařská a ošetrovatelská dokumentace.

Pacient ochotně spolupracoval a projevil souhlas se zpracováním svých osobních údajů pro účely této bakalářské práce.

Dle zákona č.101/2000 Sb o ochraně osobních údajů, jsou následující identifikační údaje a anamnéza smyšlená.

Identifikační údaje pacienta:

Jméno a příjmení: X. Y.

Pohlaví: Muž

Datum narození: X. X.

Věk: 57

Adresa bydliště a telefon: XXXX

Číslo pojišťovny: XXXXX

Adresa příbuzných: XXXXX

Zaměstnání: Stavební dělník

Rodné číslo: XXXXX

Státní příslušnost: Česká

Vzdělání: Vyučen

Typ přijetí: Plánovaný

Stav: Ženatý

Ošetřující lékař: MUDr. X.Y.

Datum přijetí: 18. 6. 2018

Dorozumívací jazyk: Český

Oddělení: ORL – chirurgie hlavy a krku

– onkologie, lůžková část

Souhlas s hospitalizací, s operačním výkonem a anestezií podepsal pacient v den příjmu.

Důvod přijetí udávaný pacientem: Nádor v krku.
Medicínská diagnóza hlavní: Totální laryngektomie
Medicínské diagnózy vedlejší: Zhoubný novotvar pyriformního sinu,
Novotvar NNCH- předstojná žláza- prostata
Rekonvalescence po operačním výkonu

Vitální funkce při přijetí:

TK: 136/ 81	Výška: 170 cm
P: 77'	Hmotnost: 85 kg
D: 12'	BMI: 29, 4
TT: 36,5 °C	Pohyblivost: chodí
Stav vědomí: lucidní	Krevní skupina: XX

Informační zdroje: Rozhovor s pacientem, příjmová zpráva pacienta, dekurz pacienta, ošetrovatelská dokumentace pacienta.

8.1 Anamnéza

Rodinná anamnéza:

Matka (77 let), *diabetes mellitus* 2. typu na inzulínu; otec (80 let), ischemická choroba srdeční; manželka zdravá. Dva bratři, zdraví. Děti má 4. Syn (33 let) zdravý; syn (31 let) zdravý; syn (29 let) zdravý; dcera (28 let) zdravá.

Osobní anamnéza:

Pacient prodělal běžná dětská onemocnění. V lednu 2015 byl pacientovi diagnostikován nezhoubný novotvar prostaty, který mu byl v témže roce odstraněn. Na konci roku 2017 byl pacientovi diagnostikován zhoubný novotvar hrtanu. V lednu 2018 pacient podstoupil radioterapii s negativním efektem.

Očkování: pacient je očkován dle očkovacího kalendáře.

Alergologická anamnéza: pacient alergie neudává.

Farmakologická anamnéza: chronickou medikaci neužívá.

Abúzy: alkohol pije příležitostně (pivo), kouření, drogy a jiné návykové látky neguje, dvakrát denně pije rozpustnou kávu s mlékem.

Urologická anamnéza (u mužů)

Překonané urologické onemocnění: Operace prostaty 2015

Poslední návštěva u urologa: Březen 2018

Samovyšetření varlat: Ano, provádí pravidelně

Sociální anamnéza: pacient je ženatý, s manželkou žijí v rodinném domě a mají spolu čtyři děti. Vztahy v rodině jsou velmi dobré. Mezi pacientovy záliby patří zahradničení a rád tráví volný čas u moře.

Pracovní anamnéza: pacient pracuje jako stavební dělník a je vyučen. Nyní je kvůli nemoci v pracovní neschopnosti. Vztahy na pracovišti a ekonomické podmínky jsou dobré.

Spirituální anamnéza: pacient je věřící (pravoslavná víra).

Zdroj: autorka, 2018

Tabulka 1 Posouzení současného stavu dne 18. 6. 2018

Systém	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Hlava a krk	„Hlava a krk mě nebolí“	Hlava normocefalická, na poklep nebolestivá. Oči- spojivky růžové, bez zánětu, brýle nenosí, oči ve středním postavení, pohyblivé, skléry bílé, zorničky izokorické. Nos- zavedena nasogastrická sonda, jinak bez deformit, bez výpotku. Uši- bez výtoků, naslouchací přístroj neužívá Kůže- bez ragád, alergických projevů, rty vlhké, prokrvené Chrup- sanován, přítomny zubní korunky. Jazyk- plazí středem, bez povlaku, vlhký, růžový.

		Krk- souměrný, štítná žláza nezvětšená, naplnění krčních žil v normě, šíje bez opozice.
Hrudník a dýchací systém	„Cítím lehký diskomfort při dýchání, jinak mě nic nebolí.“	Hrudník- symetrický, bez deformit. Prsa bez patologických změn. Dýchání je čisté, sklípkovité, bez vedlejších fenoménů. Počet dechů 16/ minutu. Kůže na hrudníku je bez jizev.
Srdeční a cévní systém	„Cítím se dobře, s vysokým tlakem se neléčím. Bolesti nemám.“	Srdce- akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené, krevní tlak 125/82 torrů. Pulz- dobře hmatný, pravidelný, 74/minutu. Dolní končetiny- bez otoků, bez známek varixů a zánětlivých změn.
Břícho a GIT	„Břícho mě nebolí, stolici mám pravidelnou, průjmy po stravě nemám.“	Břícho- měkké, prohmatané, na dotek nebolestivé, bez známek NPB. Úbytek na váze není patrný. Játra a slezina nejsou zvětšeny. Střevní peristaltika je zachovaná, stolice je pravidelná, bez známek průjmů. V podbřišku je patrná jizva po operaci prostaty. Odchod plynů je normální.
Močový a pohlavní systém	„S močením problém nemám. Jsem po operaci prostaty v roce 2015.“	Genitál mužský, močí spontánně. Prostata je nezvětšená.
Kosterní a svalový systém	„Nemám problémy s kostmi ani svaly. Občas mě bolí záda z dlouhého ležení na lůžku.“	Poloha aktivní. Hrubá i jemná motorika zachována. Pohyblivost bez omezení. Páteř bez patologických změn. Klouby bez patologie, bolestivost kloubů nepřítomná. Kostra bez deformit.
Nervový systém a smysly	„Používám brýle na čtení. Jiné problémy nemám.“	Při vědomí, orientován místem, časem, osobou a prostředím. Tiky nepřítomné. Čich i sluch bez patologie. Je dalekozraký, používá brýle na čtení. Staropaměť i novopaměť bez problémů. Smyslová citlivost v normě. Reflexy výbavné.
Endokrinní systém	„Žádné obtíže nemám.“	Endokrinní systém bez patologií.
Imunologický	„Alergie na nic nemám.“	Lymfatické uzliny nezvětšené. Infekty

system		horních a dolních cest dýchacích jsou minimální. Alergie neguje. TT 36,6 °C.
Kůže a její adnexa	„Mám malou jizvu v podbřišku po operaci prostaty“	Kůže normální, kožní turgor v normě, bez erytému. Otoky nepřítomné. V podbřišku je patrná malá jizva, která je zhojená. Nehty čisté, upravené. Vlasy krátké, čisté. Ochlupení přiměřené mužskému pohlaví.

Zdroj: lékařská dokumentace, 2018

Tabulka 2 Aktivity denního života

		Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Stravování:	doma	„Doma jsem neměl problémy se stravováním. Žádné dietní omezení jsem neměl.“	Pacient doma nedodržel žádná speciální dietní opatření.
	v nemocnici	„V nemocnici po operaci mám zavedenou hadičku do žaludku. Nesmím nic jíst.“	Po operaci je pacientovi zavedena nasogastrická sonda a jeho výživu tvoří Fresubin.
Příjemtekutin:	doma	„Doma jsem denně vypil 1,5- 2l.“	Pacient měl doma přiměřený příjem tekutin.
	v nemocnici	„V nemocnici vypiji 2l tekutin a vše si zapisuji.“	V nemocnici pacient přijímá tekutin přes nasogastrickou sondu. Příjem tekutin je sledován během 24 hodin. Vše si zapisuje.
Vylučování moče:	doma	„Doma jsem neměl problém s močením.“	Doma neměl pacient problém s močením.
	v nemocnici	„Po operaci jsem měl zavedenou hadičku na močení“	V nemocnici je pacientovi po operaci zaveden permanentní močový katetr na nezbytně nutnou dobu. Poté močí spontánně bez problémů.
Vylučování stolice:	doma	„Doma jsem neměl problém se stolicí, vyprazdňoval jsem se pravidelně“	Pacient neměl doma problém se stolicí. Vyprazdňoval se pravidelně.

	v nemocnici	„V nemocnici nemám problém se stolicí, vyprazdňuji se pravidelně.“	V nemocnici pacient zatím nemá problém se stolicí. Vyprazdňuje se pravidelně.
Spánka a bdění:	doma	„Doma jsem problém se spánkem neměl.“	Doma neměl pacient se spánkem problém.
	v nemocnici	„V nemocnici v noci špatně spím. Nedostatek spánku dospívám přes den. V noci mě budí bolest krku.“	V nemocnici pacient hůře spí. Nedostatek spánku si vynahrazuje přes den.
Aktivita a odpočinek:	doma	„Doma odpočívám aktivně na zahradě nebo rád jezdím k moři.“	Doma pacient odpočíval aktivně, staral se o zahradu nebo jezdil rád k moři.
	v nemocnici	„V nemocnici chodím na procházky po areálu nemocnice, rád čtu knihy nebo spím.“	V nemocnici tráví pacient čas procházkami po areálu nemocnice, četbou knih nebo spánkem.
Hygiena:	doma	„Doma jsme hygienu bez problémů“	Doma neměl pacient problém s hygienou.
	v nemocnici	„V nemocnici nemám problém s hygienou.“	V nemocnici nemá pacient též problém s hygienou. Vše zvládá sám.
Soběstačnost:	doma	„Doma jsem vše zvládal sám.“	Pacient doma vše zvládal sám.
	v nemocnici	„V nemocnici také zvládám vše sám.“	V nemocnici nemá pacient problém se soběstačností.

Zdroj: lékařská dokumentace, 2018

Tabulka 3 Posouzení psychického stavu

	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Vědomí:	„Jsem při vědomí.“	Pacient je při vědomí, lucidní.
Orientace:	„Vím, jak se jmenuji, kolikátého je, jaký je den a kde se nacházím.“	Pacient je orientován místem, časem, osobou i prostředím.
Nálada:	„Mám dobrou náladu.“	Pacient má pozitivní náladu.

Paměť: staropaměť	„Vybavuji si události z minulosti.“	Pacient si vybavuje události ze své minulosti.
novopaměť	„Myslím, že nemám problém s pamětí.“	Pacientova novopaměť je přiměřená jeho věku.
Myšlení:	„Myslím, že nemám problém s myšlením.“	Myšlení je bez patologických změn.
Temperament:	„Jsem spíše otevřený. Jsem rád ve společnosti druhých a rád si povídám.“	Temperament pacienta odpovídá extrovertnímu chování.
Sebehodnocení:	„Myslím, že se hodnotím spíš pozitivně. Nemám o sobě špatné myšlení.“	Pacient se hodnotí kladně, bez přehánění nebo podceňování se.
Vnímání zdraví:	„Vím, jak bych se měl o sebe a své zdraví starat.“	Pacient vnímá své zdraví pozitivně. Je si vědom, jak by se měl o své zdraví starat.
Vnímání zdravotního stavu:	„Snažím se dodržovat veškerá doporučení lékařů a sester.“	Pacient vnímá svůj zdravotní stav pozitivně. Dodržuje veškerá doporučení lékaře a všeobecných sester.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění:	„Nejprve jsem byl naštvaný, že se to stalo mně. Ale díky své víře v Boha jsem se s tím smířil.“	Z počátku reagoval na onemocnění negativně, ale díky své víře se s onemocněním smířil.
Reakce na hospitalizaci:	„Beru to jako nutnost k vyléčení.“	Pacient na hospitalizaci reagoval žádoucím způsobem.
Adaptace na onemocnění:	„	Pacient se dobře adaptoval na své onemocnění.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres):	„Občas mám strach z nemoci, z tracheostomie a z bolesti.“	Pacient pocítuje občasné projevy strachu z onemocnění, z tracheostomie a bolesti. Chápe důvody vzniku bolesti, je poučen o pravidelném odsávání z tracheostomie a výměně tracheostomické kanyly.

Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie):	„Mám dobrou zkušenost s minulou hospitalizací.“	Pacient má pozitivní zkušenosti s předchozí hospitalizací.
---	---	--

Zdroj: lékařská dokumentace, 2018

Tabulka 4 Posouzení sociálního stavu

		Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Komunikace:	verbální	„Nemám problém s komunikací. Rád si povídám.“	Pacient komunikuje přiměřeně svému věku, pohlaví, národnosti, vzdělání, víře. Nejsou přítomny patologické změny.
	neverbální	„Myslím, že neverbální komunikaci zvládám dobře.“	Pacient se neverbálně vyjadřuje přiměřeně svému věku, pohlaví, vzdělání, národnosti a víře. Nejsou přítomny žádné patologické změny.
Informovanost:	o onemocnění	„Mám dostatek informací o své nemoci, o operaci i léčbě.“	Pacient je komplexně informován o svém zdraví, operačním výkonu, pooperačním režimu, léčbě a co bude následovat po propuštění z hospitalizace.
	o diagnostických metodách	„Vím, co mě čeká za vyšetření a jak budou probíhat.“	Pacient byl lékařem informován o diagnostických metodách, které jsou nezbytné k jeho úspěšné léčbě.
	o specifikách ošetrovatelské péče	„Vím, jak se o mě sestry budou starat a jaké úkony bude nutné provádět.“	Pacient byl informován všeobecnou sestrou po postupech specifické ošetrovatelské péče. Pacient ochotně spolupracuje.
	o léčbě a dietě	„Vím, jak a čím se budu krmit po operaci do hadičky,	Pacient byl poučen o své léčbě i dietním opatření.

		kterou budu mít zavedenou do žaludku. Lékař mě informoval jak bude moje léčba probíhat.	
	o délce hospitalizace	„Lékař mi sdělil, že pokud bude vše v pořádku, budu v nemocnici přibližně dva týdny.“	Lékař informoval pacienta o přibližné délce hospitalizace.
Sociální role:	Primární role (související s věkem a pohlavím):	„Z pohledu věku a pohlaví nejsem nijak omezený.“	Pacient není nijak významně ovlivněn z pohledu věku a pohlaví.
	sekundární role (související s rodinou a společenskými funkcemi):	„Moje rodina ví, co vše mě čeká a velmi mě povzbuzuje. Víím, že jsem teď na neschopence a ještě nějakou dobu na ní budu. Ale už se těším do práce na kolegy a přátele.“	Pacient a jeho rodina jsou seznámeni s operačním výkonem, pooperační léčbou. Těž vědí, jak se změní pacientův vzhled v důsledku přítomnosti tracheostomie i jaká z toho plynou omezení a opatření. Rodina pacienta pozitivně podporuje. Pacient je nyní v pracovní neschopnosti a uvědomuje si, že ještě nějakou dobu bude. Přesto se velice těší do práce, na své kolegy a přátele.
	terciální role (související s volným časem a zálibami):	„Myslím, že mě nemoc nezabrání v práci na zahradě, ve čtení knih a cestování k moři.“	Pacient nebude nemocí ovlivněn v trávení svého volného času na zahradě, ve čtení knih a cestování k moři.

Zdroj: lékařská dokumentace, 2018

8.2 Medicínský management po operaci:

Ordinovaná vyšetření: odběr krve na biochemické vyšetření, krevní obraz, kontrola saturace, kontrola TK, P

Výsledky: biochemie: Na 144 mmol/l, K 3,9 mmol/l, Cl 104 mmol/l, krevní obraz: hemoglobin 138 g/l, hematokrit 0,40, saturace: 94%, TK 130/78, P 74'

Konzervativní léčba:

Dieta + výživa: před výkonem nic *per os*, bez diety, do nasogastrické sondy Fresubin 2000 ml/24 hodin

Pohybový režim: chodící

Tabulka 5 Medikamentózní léčba

Název léku	Síla	Způsob podání	Dávkování	Léková skupina
Ambrosan	30 mg	<i>Per os</i>	1- 1- 1	expektoranc
Enterol	250 mg	<i>Per os</i>	1- 1- 1	antidiarhoikum
Helicid	20 mg	<i>Per os</i>	1- 0- 1	antiulcerózum
Neurol	0,25 mg	<i>Per os</i>	1- 1- 1	psycholeptikum
Axetine	1,5 g	Intravenózně	6- 14- 22 hodin	antibiotikum
AlgifenNeo	500 mg/ml + 5 mg/ml	<i>Per os</i>	30 gtt.- 30 gtt.- 30 gtt, max. 90 kapek	spazmoanalgetikum
Analgin	5ml/ 1amp.	Intravenózně	pp. max. 2 ampule	spazmoanalgetikum
Degan	10 mg	Intravenózně	pp. po 8 hodinách	prokinetikum
Dipidolor	15 mg	Intramusculárně	pp. po 6 hodinách	opioidní analgetikum
Paracetamol	1000mg	Intravenózně	pp. max. 3 g	Analgetikum, antipyretikum

Zdroj: lékařská dokumentace, 2018

Chirurgická léčba: Operace laryngu – totální laryngektomie, tracheostomie.

8.3 Situační analýza ke dni 19. 6. 2018

Sedmapadesátiletý pacient, ženatý, orientován místem, časem a osobou byl přijat dne 18. 6. 2018 v 9:15 hodin na lůžkové oddělení ORL k plánovanému operačnímu výkonu totální laryngektomii. Při příjmu byly pacientovi změřeny fyziologické funkce: TK 136/ 81, P 77/ min., D 12/ min., TT 36,5 °C. Dále bylo zkontrolováno předoperační vyšetření od praktického lékaře, které si pacient přinesl s sebou. Pacient byl seznámen s oddělením, jeho chodem, domácím řádem, s právy pacientů a byl zaveden na pokoj. Po kontrolní identifikaci byl pacientovi upevněn na pravou horní končetinu identifikační náramek. Následně byl pacient vyšetřen lékařem, podepsal informovaný souhlas s hospitalizací, informovaný souhlas s provedením totální laryngektomie. Též byl lékařem poučen o průběhu hospitalizace, samotném výkonu a pooperační léčbě. Odpoledne byly pacientovi předány kompresní punčochy, oholeno operační pole a navštívil jej anesteziolog, se kterým se domluvili na typu anestézie a premedikaci.

Dne 19. 6. 2018 proběhla totální laryngektomie s tracheostomií. Výkon proběhl bez komplikací a pacient byl z operačního sálu převezen na jednotku intenzivní péče ORL. Operační rána suchá, bez známek krvácení. **Tracheostomie** průchodná, pacient dýchá volně. Oběhově stabilní, TK 130/ 78, P 74', D 14', saturace kyslíku 94 %. Pacient udává **bolest** číslo 4 na numerické škále bolesti. Pacient má ze sálu zaveden **permanentní močový katetr**, který odvádí čirou moč, **redonův drén** odvádějící přiměřené množství krve, **periferní žilní katetr**, který je průchozí a bez známek infekce a nasogastrickou sondu. Dvě hodiny od příjezdu ze sálu jsou pacientovi podány tekutiny do nasogastrické sondy. Pacient tekutiny snáší dobře. Také je pravidelně odsáván z tracheostomie. Pacient projevil zájem naučit se podávat si tekutiny do nasogastrické sondy sám. Během hospitalizace má **problém se spánkem** z důvodu změny prostředí a ze **strachu** z dušení. Pacient má **problémy s verbální komunikací**, proto jsou mu nabídnuty dorozumívací kartičky a tabulka na psaní.

8.4 Stanovení ošetřovatelských diagnóz

Celkem jsme stanovily 8 ošetřovatelských diagnóz, z nichž 5 je aktuálních a 3 potenciálních. Diagnózy byly sestaveny dle NANDA I Taxonomie II. 2015- 2017.

1. Akutní bolest 00132
2. Riziko udušení 00036
3. Zhoršená verbální komunikace 00051
4. Riziko infekce 00004
5. Narušená integrita kůže 00046
6. Strach 00148
7. Nespavost 00095
8. Porucha polykání 00103

Plán ošetřovatelské péče jsme vypracovali u čtyř aktuálních ošetřovatelských diagnóz, které byly pro pacienta stěžejní: Akutní bolest 00132, Riziko udušení 00036 a Zhoršená verbální komunikace 00051, Nespavost 00095.

AKUTNÍ BOLEST 00132

Doména: 12. Komfort

Třída: 1. Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně či popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem.

Určující znaky: Výraz bolesti v obličeji (grimasa), vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti (pacient udává bolest číslo 4 na numerické škále bolesti).

Související faktory: Fyzikální původci (operace).

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Pacient po podání analgetik má zmírněnou bolest z hodnoty 4 na 2 do 1 hodiny.

Cíl dlouhodobý: Pacient udává intenzitu bolesti 1–2 do 1 týdne.

Očekávané výsledky:

- a) Pacient udává zmírnění intenzity bolesti ze 4 na 2 do 1 hodiny.
- b) Pacient zná metody ke zmírnění bolesti do 1 hodiny.
- c) Pacient zná důvody vzniku bolesti do 1 hodiny.
- d) Pacient včas informuje o vzniku bolesti ošetřující personál do 30 minut.

Ošetrovatelské intervence:

1. Proved' důkladné posouzení bolesti (lokalizace, charakter, trvání, četost, intenzitu), všeobecná sestra, při každé návštěvě pokoje.
2. Zhodnot' společně s pacientem na numerické škále bolesti 0–10 jeho bolest, všeobecná sestra, při každé návštěvě pokoje.
3. Podávej pacientovi analgetika dle ordinace lékaře, všeobecná sestra.
4. Nauč pacienta relaxačním technikám pro zmírnění bolesti, všeobecná sestra, do 1 dne.
5. Edukuj pacienta, aby včas nahlásil začátek bolesti, všeobecná sestra.
6. Eliminuj podněty zvyšující jeho bolest (hluk, zima, horko), všeobecná sestra, při každé návštěvě pokoje
7. Sleduj fyziologické funkce, všeobecná sestra, při zjištění bolesti.

Realizace (Operační den 19. 6. 2018)

Pacient udává bolest v oblasti krku po příjezdu z operačního sálu. Na numerické škále hodnotí bolest číslem 4. Po konzultaci s lékařem mu jsou podána analgetika dle dekurzu. Za hodinu po podání analgetik bylo provedeno měření fyziologických funkcí a pacient udává zmírnění bolesti na hodnotu číslo 1. Naměřené hodnoty, intenzita bolesti a podání analgetik byly řádně zapsány do ošetrovatelské dokumentace. Pacientovi jsou analgetika podávána podle potřeby a dle dekurzu a je informován, jaká analgetika mu jsou podávána.

Realizace (7. pooperační den 26. 6. 2018)

U pacienta je pravidelně kontrolována bolest, kterou pacient hodnotí číslem 1 na numerické škále. Pacient již analgetika nevyžaduje a v případě mírného vzestupu využívá relaxační a nefarmakologické techniky ke zmírnění bolesti.

Hodnocení (7. pooperační den 26. 6. 2018)

Cíl krátkodobý byl splněn. Pacient sám včas hlásil začátek bolesti, je schopen bolest lokalizovat a chápe důvody jejího vzniku. Pacient spolupracoval při hodnocení intenzity bolesti. Hodinu od podání analgetik hodnotil bolest číslem 1 na numerické škále bolesti. Cíl dlouhodobý byl splněn, avšak bolest zatím zcela nevyzímela.

RIZIKO UDUŠENÍ 00036

Doména: 11. Bezpečnost/ ochrana

Třída: 2. Tělesné poškození

Definice: Náchylnost k nedostatku vzduchu pro dýchání, což může vést k ohrožení zdraví.

Rizikové faktory: Onemocnění obličeje nebo krku.

Priorita: Vysoká

Cíl krátkodobý: Pacient má snížené riziko udušení do 30 minut.

Cíl dlouhodobý: Pacient je bez rizika udušení do 1 dne.

Očekávané výsledky:

- a) Pacient je bez rizika udušení do 1 dne.
- b) Pacient je odsáván z tracheostomie pravidelně nebo podle potřeby, denně.
- c) Pacientovi je měněna tracheostomická kanyla, dvakrát denně nebo podle potřeby.
- d) Pacient má zvlhčený vzduch na pokoji,
- e) Pacientovi jsou pravidelně podávány mukolytika, třikrát denně dle ordinace lékaře.

Ošetrovatelské intervence:

1. Pravidelně nebo podle potřeby vyměňuj pacientovi tracheostomickou kanylu, všeobecná sestra, denně.
2. Pravidelně nebo podle potřeby odsávej pacienta z tracheostomie, všeobecná sestra, denně.
3. Zvlhčuj vzduch na pokoji pacienta, všeobecná sestra, denně.
4. Podávej pacientovi mukolytika dle ordinace lékaře, všeobecná sestra.
5. Sleduj saturaci pacienta, všeobecná sestra, několikrát denně.

Realizace (Operační den 19. 6. 2018)

Po přivezení ze sálu, pociťuje pacient zhoršené dýchání. Všeobecná sestra neprodleně pacienta odsaje z tracheostomie a informuje lékaře. Dle ordinace lékaře všeobecná sestra připraví pro pacienta zvlhčovač vzduchu a mikronebulizaci. Po půl hodině je pacient zkontrolován a udává zlepšení dýchání. Pacient je edukován o důležitosti včasného nahlášení zhoršeného dýchání a o důležitosti výměny tracheostomické kanyly.

Realizace (7. pooperační den 26. 6. 2018)

Pacient udává, že již nepociťuje zhoršené dýchání. Pacient je schopen včas nahlásit potřebu odsávání a výměnu tracheostomické kanyly. Podle potřeby využívá zvlhčovač vzduchu.

Hodnocení (7. pooperační den 26. 6. 2018)

Cíl krátkodobý byl splněn. Pacient chápe důležitost odsávání z tracheostomie jako součást péče o dýchací cesty. Dále je seznámen s výměnou tracheostomické kanyly a používáním zvlhčovače vzduchu. Cíl dlouhodobý byl splněn částečně. Pacient má stále riziko udušení.

ZHORŠENÁ VERBÁLNÍ KOMUNIKACE 00051

Doména: 5. Percepce/kognice

Třída: 5. Komunikace

Definice: snížená, zpožděná či neexistující schopnost přijímat, zpracovat, vysílat nebo využívat systém symbolů.

Určující znaky: potíže s tvorbou slov (např. afonie), potíže s mluvením, neschopnost mluvit.

Související faktory: orofaryngeální defekt, fyzická bariéra (např. tracheostomie), léčba.

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Pacient zvládá komunikaci pomocí pomůcek do 2 hodin.

Cíl dlouhodobý: Pacient komunikuje s ošetřovatelským personálem bez problémů do 1 dne.

Očekávané výsledky:

- a) Pacient správně používá pomůcky ke komunikaci (tabulka, kartičky) do 2 hodin.
- b) Pacient má dostatek času na sdělení svých přání, potřeb a dotazů do 1 dne.

Ošetřovatelské intervence:

1. Edukuj pacienta o používání pomůcek ke komunikaci, všeobecná sestra, do 2 hodin.
2. Dopřej pacientovi dostatek času na vyjádření se, všeobecná sestra, lékař, pomocný ošetřovatelský personál, kdykoliv během dne.
3. Podporuj pacienta v komunikaci, při každé návštěvě pokoje.
4. Edukuj rodinné příslušníky pacienta, jak spolu mají komunikovat, všeobecná sestra, při návštěvě rodiny.

Realizace (Operační den 19. 6. 2018)

Pacient měl problém s verbální komunikací z důvodu odstranění hrtanu a vytvoření tracheostomie. Všeobecná sestra poskytla pacientovi komunikační kartičky a tabulku na psaní. Vysvětlila pacientovi jak má komunikační kartičky používat.

Realizace (7. pooperační den 26. 6. 2018)

U pacienta došlo ke zlepšení komunikace s ošetřovatelským personálem. Pacient se tak cítí jistější ve sdělování svých potřeb a přání.

Hodnocení (7. pooperační den 26. 6. 2018)

Cíl krátkodobý byl splněn. Pacient nemá problém s vyjádřením svých potřeb a přání. Cíl dlouhodobý byl splněn. Pacient se cítí jistější v komunikaci s ošetrovatelským personálem a rodinou.

NESPAVOST 00095

Doména: 4. Aktivita/odpočinek

Třída: 1. Spánek/odpočinek

Definice: Narušení množství a kvality spánku poškozující fungování.

Určující znaky: Změny ve vzorci spánku, zhoršený zdravotní stav, zhoršená kvalita života, potíže s usínáním, potíže se spaním

Související faktory: úzkost, deprese, strach, environmentální faktory (např. okolní hluk, okolní teplota/vlhkost, neznámé prostředí), častá zdřímnutí, farmaka

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Pacient spí klidně celou noc.

Cíl dlouhodobý: Pacient nemá problém se spánkem po celou dobu hospitalizace.

Očekávané výsledky:

- a) Pacient přes den nespí, má dostatek pohybu do 1 hodiny
- b) Pacient nemá potíže s usínáním do 1 dne
- c) Pacienta ve spánku neruší vnější vlivy do 1 dne
- d) Pacient nemá obavy do 2 hodin

Ošetrovatelské intervence:

1. Posud' příčinu nespavosti, všeobecná sestra, denně
2. Posud' kvalitu spánku, všeobecná sestra, denně
3. Eliminuj rušivé elementy v okolí, všeobecná sestra, pomocný zdravotnický personál, každý večer
4. Uprav lůžko pacienta a vyvětrej pokoj, všeobecná sestra, pomocný ošetrovatelský personál, každý večer
5. Edukuj pacienta, aby se přes den vyvaroval spánku, všeobecná sestra, po operaci nebo podle potřeby

6. Zmírní pacientovy obavy z onemocnění, všeobecná sestra, lékař, podle potřeby
7. Nabízej pacientovi léky na spaní dle ordinace lékaře, všeobecná sestra, každý večer
8. Zaměstnej pacienta během dne, všeobecná sestra, denně

Realizace (operační den 19. 6. 2018)

Pacient po operaci nemůže usnout a během noci se často probouzí. Přes den často usíná a nemá dostatek energie, cítí se unavený. Všeobecná sestra před spaním pacientovi upraví lůžko, vyvětrá pokoj a eliminuje hluk z okolí. Po konzultaci s lékařem je pacientovi naordinována a podána 1 tableta Oxazepam 10mg jednorázově. Všeobecná sestra vše zapíše do ošetrovatelské dokumentace.

Realizace (7. Pooperační den 26. 6. 2018)

Pacient nemá problémy s usínáním a ani během noci se neprobouzí. Přes den se snaží být aktivní, chodí ven na procházku, luští si křížovky, čte si knihu. Pacient nevyžaduje tabletu na spaní.

Hodnocení (7. Pooperační den 26. 6. 2018)

Cíl krátkodobý byl splněn. Pacient spí klidně celou noc. Cíl dlouhodobý byl splněn. Pacient nemá problém se spánkem po celou dobu hospitalizace.

8.5 Celkové zhodnocení péče

57letý pacient byl přijat 18. 6. 2018 k plánovanému odstranění hrtanu pro zhoubný novotvar. Celkové zhodnocení komplexní ošetrovatelské péče hodnotíme pozitivně. Po celou dobu hospitalizace pacient ochotně spolupracoval s ošetrujícím personálem a dodržoval všechna doporučení od lékaře a všeobecných sester. Pacient po operaci dodržoval klid na lůžku i dietní a léčebná opatření. Ošetrovatelská péče u pacienta po totální laryngektomii byla provedena dle obecné ošetrovatelské dokumentace a dle NANDA I Taxonomie II. 2015- 2017. Během hospitalizace jsme stanovily 8 ošetrovatelských diagnóz a tyto diagnózy jsme seřadily podle priorit. Ošetrovatelské problémy byly nalezeny v oblasti výživy, aktivity a odpočinku, percepce a kognice, bezpečnosti a ochrany, zvládání a tolerance zátěže a především v komfortu.

Zvolily jsme si tři aktuální diagnózy, u kterých jsme si stanovily krátkodobé a dlouhodobé cíle, očekávané výsledky a ošetrovatelské intervence. Realizace komplexní ošetrovatelské péče probíhala podle stanovených ošetrovatelských intervencí v rozsahu jednoho týdne. První týden ošetrovatelské péče probíhal na jednotce intenzivní péče, kde byl pacient edukován o péči o dýchací cesty a tracheostomickou kanylu a o správném podávání stravy a tekutin do nasogastrické sondy. Poté byl pacient přeložen na standardní lůžkové oddělení.

Doporučení pro praxi

Je velmi důležité, aby pacienti věděli, že po totální laryngektomii mohou vést normální a plnohodnotný život. Jen je nutné dodržovat některá režimová opatření. Díky zkušenostem s ošetřováním pacientů po totální laryngektomii bylo sestaveno doporučení pro praxi pro všeobecné sestry a pro pacienty.

Doporučení pro všeobecné sestry:

1. k pacientovi přistupujte jako bio-psycho-sociální bytosti,
2. podporujte pacienta v komunikaci,
3. vysvětlíte pacientovi nutnost včas informovat o vzniku bolesti,
4. naučte pacienta výměně tracheostomické kanyly,
5. naučte pacienta, jak se správně krmit do nasogastrické sondy,
6. vysvětlíte pacientovi důležitost odsávání z tracheostomie a péči o dýchací cesty,
7. snažte se u pacienta snížit strach z operačního výkonu,
8. pravidelně a přesně doplňujte ošetrovatelskou dokumentaci,
9. aktivně zapojte pacienta do ošetrovatelského procesu.

Doporučení pro pacienty:

1. dodržujte doporučení zdravotnického personálu,
2. včas informujte všeobecnou sestru o začátku bolesti,
3. dodržujte klidový režim, a co nejvíce odpočívejte,
4. naučte se za pomoci všeobecné sestry vyměňovat tracheostomickou kanylu a pečovat o ni,
5. naučte se za pomoci všeobecné sestry krmit do nasogastrické sondy,
6. snažte se přes den nespát.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla zaměřena na pacienta s karcinomem laryngu a následným provedením totální laryngektomie s tracheostomií. Počty pacientů s karcinomem laryngu se za posledních 20 let nemění. Léčba nemocných se podstatně zlepšila, především v pooperačním období. Další velkou a důležitou změnou oproti minulosti je implantování hlasové protézy, která umožňuje většině nemocných znovu mluvit a tak pomoci k návratu k normálnímu způsobu života.

V úvodu bakalářské práce jsme si stanovily dva cíle pro teoretickou část, kde jsme popsaly medicínskou problematiku pomocí odborné literatury a fáze předoperační, perioperační a pooperační péče. Těmto odborným tématům se věnuje teoretická část bakalářské práce. Stanovené cíle byly splněny.

V druhé, praktické části jsme se zaměřily na podrobné sestavení ošetrovatelského procesu aplikovaného na konkrétního pacienta. Ošetrovatelský proces byl sestaven pomocí modelu Marjory Gordon. Stanovily jsme celkem 8 ošetrovatelských diagnóz a tři prioritní diagnózy jsme rozpracovaly. U těchto diagnóz byl navržen a následně realizován plán ošetrovatelské péče. Celá praktická část se odvíjí od informací, které jsme získaly rozhovorem s pacientem. Stanovené cíle byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ASTL, Jaromír, 2012. *Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku: pro bakaláře, obor ošetrovatelství*. Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2053-4.

BINKOVÁ, Hana, 2014. *Příznaky a diagnostika nádorů hlavy a krku*. Lékařské listy. 2014, 2014(2), 4- 7.

BOROŇOVÁ, Jana, 2014. *Kvalita života pacientov po totálnej laryngektómii pre karcinóm hrtanu*. In: Cesta k modernímu ošetrovatelství. 2014, 16, s. 123- 130.

BOSTLOVÁ, Monika, Jana JAROŠOVÁ a Marta LENCOVÁ, 2011. *Péče o pacienta po totální laryngektomii*. *Sestra*. 2010, 20(11), 74-75. ISSN 1210-0404.

ČERMÁKOVÁ, Věra, 2008. *Tracheostomovaný klient- komunikace*. *Sestra*. Tematický sešit 216- Péče o stomiky. 2008, 18(2), 50. ISSN 1210-0404.

ČERNÝ, Michal, Petr MATOUŠEK a Vladimír ČERNÝ, 2015. *Tracheotomie a koniotomie*(online).

Dostupné z: http://www.otorinolaryngologie.cz/dokumenty/PPP_Tracheotomie.pdf

HUGO Jan, VOKURKA Martin a kol., *Velký lékařský slovník*, 2015, Maxdorf, 10. vydání, ISBN: 978-80-7345-456-2.

KOLAŘÍKOVÁ, Zdena, 2012. *Edukace pacienta po laryngektomii*. *Sestra*. 2012, 22(6), 33. ISSN 1210-0404.

KLOZAR, Jan, 2008. *Nádory hrtanu*. Lékařské listy. 2008, 2008(5), 23- 25. ISSN 0044- 1996.

KLOZAR, Jan, 2017. *Rakovina hlavy a krku: Šestý nejčastější typ nádorového onemocnění* (online). Dostupné z: <https://www.mojezdravi.cz/zdravy-zivotni-styl/rakovina-hlavy-a-krku-sesty-nejcastejsi-typ-nadoroveho-onemocneni-2441.html>

LUKEŠ, Petr a kol., 2017. Endoskopické optické zobrazovací metody v diagnostice nádorů hrtanu. *Časopis lékařů českých*. 2017, 156 (4), 192- 196. ISSN 0008- 7335.

MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL, 2008. Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1521-6.

MINAŘÍKOVÁ, Petra, 2009. Péče o průchodnost dýchacích cest dospělého pacienta. *Sestra. Tematický sešit 235- Geriatrie*. 2009, 19(1), 51-53. ISSN 1210-0404.

NANDA International, 2015. Ošetrovatelské diagnózy. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

NEUWIRTHOVÁ, Jana, Břetislav GÁL a Roman KOSTŘICA, 2014. Etiologie karcinomů hlavy a krku. *Lékařské listy*. 2014, 2014(2), s. 2-4.

ONDERKA, Michal, 2017. Tracheostomie (online). Dostupné z: https://www.uvn.cz/images/stories/2017-anestezie-pdf/13_onderka_tracheostomie.pdf

OZOGANYOVÁ, Magda, Ludmila KUBICOVÁ a Viera TEREKOVÁ, 2012. Edukační proces u pacienta s tracheostomií. *Sestra. Tematický sešit 344- Stomie*. 2012, 22(6), 46-47. ISSN 1210-0404.

PÁLA, Miloslav, 2016. Léčba karcinomu. *Onkologie*. 2016, 10 (3), 138- 141. ISSN 1802- 4475.

SCHWARZ, Pavel, Petr MATOUŠEK a Petr SŮVA, 2010. Tracheostomie- indikace a technika provedení. *Lékařské listy*. 2010, 2010(15), 30-34.

SKLÁDALOVÁ, Marie, Jana ŠKVRŇÁKOVÁ a Roman MICHÁLEK, 2013. Potíže v komunikaci a vybrané psychické oblasti (napětí, obavy, podráždění, deprimace) u nemocných s nádorovým onemocněním hrtanu a slinných žláz. *Profese on-line* (online). 2013, 6(2), 30-35 (cit. 2018-06-21). DOI: 10. 5507/pol.2013.017. ISSN 1803-4330.

SMILEK, Pavel, 2014. Chirurgická léčba karcinomů hlavy a krku. *Lékařské listy*. 2014, 2014(2), 8- 10.

ŠKVRŇÁKOVÁ, Jana, Arnošt PELLANT a Petra MANDYSOVÁ, 2009. Ovlivňuje tracheostomie polykání?. In: *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve a v porodnej asistencii*. 2009, s. 722- 729. ISBN 978-80-8886-661-9.

ŠKVRŇÁKOVÁ, Jana, Arnošt PELLANT a Roman MICHÁLEK, 2011. Trvalá tracheostomie ovlivňuje pacienta v psychické, sociální a ekonomické oblasti. In: *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve*. 2011, s. 353-365. ISBN 978-80-8954-400-4.

ŠKVRŇÁKOVÁ, Jana a Miroslava SLANINÁKOVÁ, 2010. Kompenzační pomůcky pro nemocné s dlouhodobou tracheostomií. *Sestra*. 2010, 20(11), 76-77. ISSN 1210-0404.

VYDROVÁ, Jitka, Pavel KOMÍNEK, Viktor CHROBOK a Jana DUBOVÁ, 2017. Benigní a maligní nádory hrtanu. *Hlasová terapie*. 2017, s. 108-112. ISBN 978-80-7311-169-4

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A Optický laryngoskop	LII
Příloha B Plastová tracheální kanyla, velikost č. 8.....	LII
Příloha C Kovová tracheostomická kanyla, velikost č.11	LII
Příloha D Kovová tracheostomická kanyla, střed kanyly, kovový zavaděč	LII
Příloha E Příklad k odsávání	LII
Příloha F Připravená kovová tracheostomická kanyla k použití.....	LII
Příloha G Kartáček na čištění kovové kanyly	LII
Příloha H Přípravek k ošetření kůže v okolí tracheostomie.....	LII
Příloha I Kartáček na čištění hlasové protézy	LII
Příloha J Cívka k dostávání pacienta z tracheostomie	LII
Příloha K Základní balíček pomůcek pro tracheostomovaného pacienta, na domácí použití	LII
Příloha L Tracheostoma u hospitalizovaného pacienta.....	LII
Příloha M Pacient se zavedenou kovovou tracheostomickou kanylou	LII
Příloha N Komunikační kartičky	LII
Příloha O Mazací tabulka s fixem.....	LII
Příloha P Numerická škála bolesti	LII
Příloha Q Čestné prohlášení	LII

Příloha A Optický laryngoskop



Zdroj: autorka, 2018

Příloha B Plastová tracheální kanyla, velikost č. 8



Zdroj: autorka, 2018

Příloha C Kovová tracheostomická kanyla, velikost č.11



Zdroj: autorka, 2018

Příloha D Kovová tracheostomická kanyla, střed kanyly, kovový zavaděč



Zdroj: autorka, 2018

Příloha E Příklad k odsávání



Zdroj: autorka, 2018

Příloha F Připravená kovová tracheostomická kanyla k použití



Zdroj: autorka, 2018

Příloha G Kartáček na čištění kovové kanyly



Zdroj: autorka, 2018

Příloha H Přípravek k ošetření kůže v okolí tracheostomie



Zdroj: autorka, 2018

Příloha I Kartáček na čištění hlasové protézy



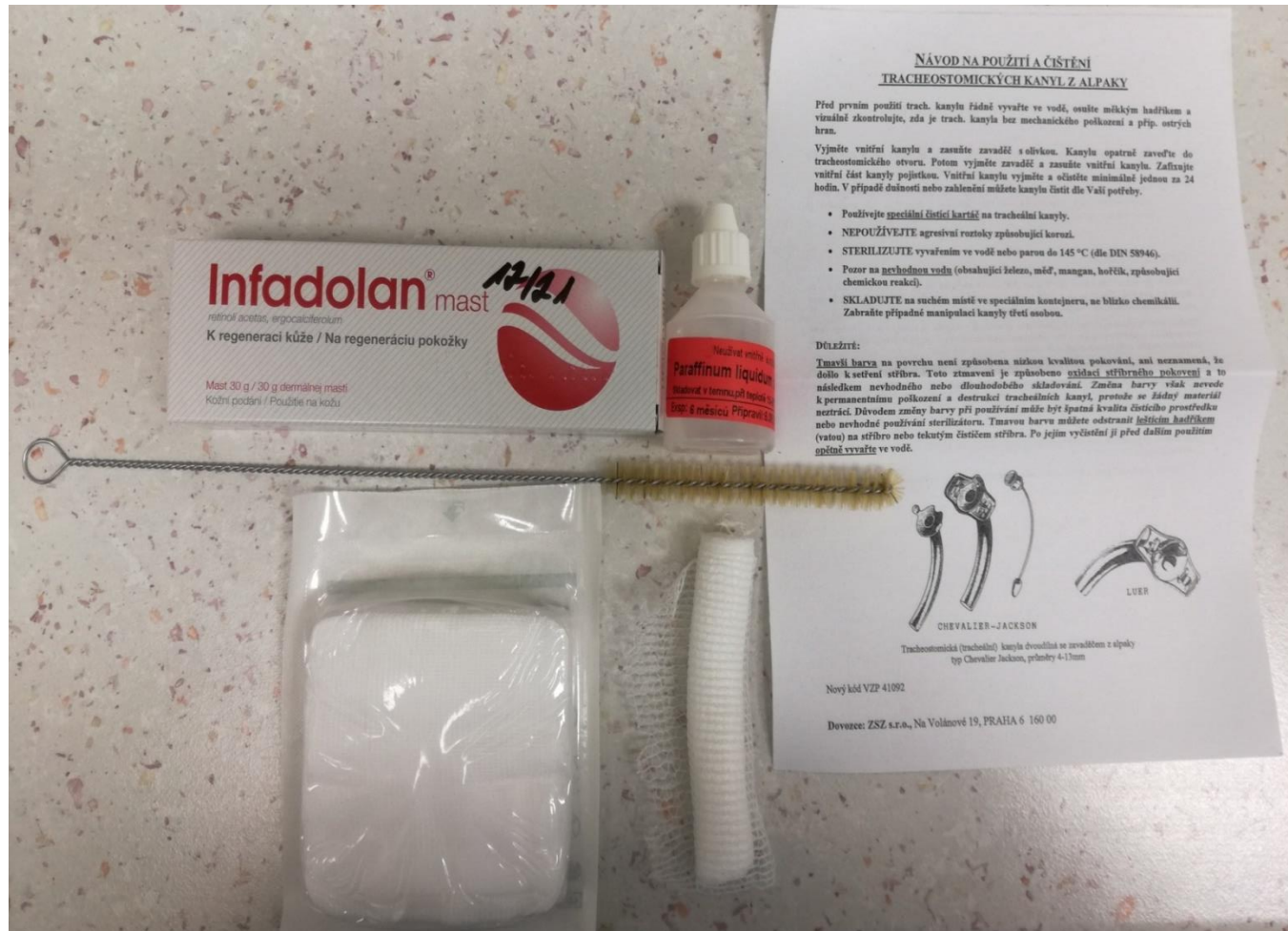
Zdroj: autorka, 2018

Příloha J Cívka k dostávání pacienta z tracheostomie



Zdroj: autorka, 2018

Příloha K Základní balíček pomůcek pro tracheostomovaného pacienta, na domácí použití



Příloha LTracheostoma u hospitalizovaného pacienta



Zdroj: autorka, 2018

Příloha M Pacient se zavedenou kovovou tracheostomickou kanylou



Zdroj: autorka, 2018

Příloha N Komunikační kartičky



Zdroj: <https://www.autismus-a-my.cz/laminovane-vyukove-pomucky/komunikacni-karticky-piktogramy--velka-sada-570-ks/>

Příloha O Mazací tabulka s fixem



Zdroj: https://www.inetprint.cz/popisovaci-a-mazaci-tabule-woodiest-s-fixem-cerna---rp_c76888366

Příloha P Numerická škála bolesti



Zdroj: https://technet.idnes.cz/bolest-meditace-opioidy-sebeupaleni-trauma-fky-/veda.aspx?c=A180313_104412_veda_hege

Příloha Q Čestné prohlášení

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem „Ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem hrtanu“ v rámci studia/praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

.....

Jitka Semeráková