

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2015**

**Denisa Cyprisová, DiS.**



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

**Denisa Cyprisová, DiS.**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEMOCNÉ S NÁDOREM  
V OBLASTI KRKU**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Čadová

PLZEŇ 2015

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2015.

.....

vlastnoruční podpis

## Poděkování

Děkuji Mgr. Lucii Čadové za odborné vedení bakalářské práce, za poskytování cenných rad a připomínek. Dále děkuji pracovníkům FN-Plzeň ORAK-B a vrchní sestře Mgr. Simoně Šípové za poskytování odborných rad. V neposlední řadě také velice děkuji úžasným pacientům, kteří byli tak ochotní a spolupracovali se mnou na mém kvalitativním výzkumu. Děkuji všem za další cenné zkušenosti! Vážím si toho. Děkuji také svým nejbližším, kteří mi byli oporou!

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Denisa Cyprisová, DiS.

Katedra: Ošetrovatelství

Název práce: Ošetrovatelská péče o nemocné s nádorem v oblasti krku

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Čadová

Počet stran – číslované: 86

Počet stran – nečíslované: 24

Počet příloh: 11

Počet titulů použité literatury: 27

Klíčová slova: Anatomie – onkologie – nádory v oblasti krku - výživa – PEG - ošetrovatelská péče - paliativní péče - ošetrovatelský model - kazuistika.

### **Souhrn:**

Tato bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči o nemocné s nádorem v oblasti krku. Zabývá se především problematikou ošetrovatelských diagnóz a péči o nemocné s nádorovým onemocněním v oblasti krku.

Teoretická část práce obsahuje anatomii krku, obecnou onkologii, nádory v oblasti krku, jejich diagnostiku, příznaky a terapii, ošetrovatelskou péči o onkologicky nemocné s nádorem v oblasti krku a výživu.

Praktická část bakalářské práce zahrnuje kazuistiku dvou pacientů, kteří museli podstoupit výkon perkutánní gastrostomie. Ošetrovatelský model byl zvolen pro dva pacienty podle Nancy Roperové. Hlavním úkolem práce bylo rozpracování ošetrovatelských diagnóz, které se vztahovaly na ošetrovatelskou péči o nemocné s nádorem v oblasti krku. Edukační plány byly směřovány na ošetření rány po výkonu PEG a na samotnou aplikaci výživy do PEGu.

## **Annotation**

Surname and name: Denisa Cyprisová, DiS.

Department: Nursing

Title of thesis: Nursing care of patients with the tumor in the neck area

Consultant: Mgr. Lucie Čadová

Number of pages – numbered: 86

Number of pages – unnumbered: 24

Number of appendices: 11

Number of literature items used: 27

Keywords: Anatomy - oncology - tumors in the neck area – nutrition – PEG - nursing care - palliative care - nursing model – case report

### Summary:

This bachelor thesis is focus on the nursing care of patients with the tumor in the neck area. She is concentrated mainly on the issue of nursing diagnoses and care of patients with cancer in the neck area.

The theoretical part of thesis contains the anatomy of the neck, general oncology, tumors in the neck area, their diagnosis, symptoms, and therapy, nursing care for oncology patients with the tumor in the neck and nutrition.

The practical part of thesis includes a case report of two patients who had to tested to the performance of percutaneous gastrostomie. The nursing model had been chosen for both patients according to Nancy Roperové. The main task of the thesis was the development of nursing diagnoses that apply to the nursing care of patients with the tumor in the neck area. Educational plans was headed on the care of the wound after the performance of the PEG and on the application of nutrition to PEGu.



# OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST .....	9
1 ANATOMIE KRKU .....	9
1.1 Trávicí soustava .....	9
1.1.1 Dutina ústní .....	9
1.1.2 Hltan .....	10
1.1.3 Jícen.....	10
1.2 Dýchací soustava .....	11
1.2.1 Hrtan .....	11
1.3 Humorální soustava .....	11
1.3.1 Štítná žláza.....	11
2 OBECNÁ ONKOLOGIE .....	13
2.1 Typy nádorů.....	13
2.1.1 Benigní nádory .....	13
2.1.2 Maligní nádory .....	13
2.2 Klinická klasifikace nádorů .....	14
2.3 Etiopatogeneze nádorů.....	15
2.4 Léčebné metody.....	15
2.4.1 Radioterapie.....	15
2.4.2 Chemoterapie.....	16
3 NÁDORY V OBLASTI KRKU .....	17
3.1 Epidemiologie .....	17
3.2 Etiologické faktory .....	17
3.3 Diagnostika .....	17
3.4 Příznaky .....	18
3.5 Obecná léčebná strategie nádorů krku .....	18
4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ONKOLOGICKÉ PACIENTY S NÁDOREM V OBLASTI KRKU .....	20
4.1 Maslowova teorie potřeb .....	20
4.2 Ošetřovatelský proces dle modelu N.Roperové.....	20
4.3 Sdělení onkologické diagnózy .....	21
Zde je několik rad vztahující se k empatii:.....	22
4.4 Druhy ošetřování onkologických pacientů .....	22
4.5 Psychologický přístup onkologicky nemocným .....	23
4.6 Ošetřovatelský proces – monitoring onkologického pacienta .....	23
4.7 Paliativní péče.....	23

4.7.1	Příznaky blížící se smrti .....	24
4.7.2	Praktická doporučení pro sestry .....	24
4.8	Nejčastější ošetrovatelské problémy .....	24
5	VÝŽIVA V ONKOLOGII PŘI NÁDOROVÉM ONEMOCNĚNÍ V OBLASTI KRKU 25	
5.1	Enterální výživa .....	25
5.2	Indikace a kontraindikace enterální výživy .....	26
5.3	Rozdělení tekutých výživ .....	26
5.4	Způsoby podání enterální výživy .....	26
5.5	Příprava před výkonem zavedení PEG .....	27
5.6	Péče o pacienta s PEG .....	27
	PRAKTICKÁ ČÁST .....	29
6	FORMULACE PROBLÉMU .....	29
7	CÍL .....	30
7.1	Dílčí cíle .....	30
8	VZOREK RESPONDENTŮ .....	30
9	ORGANIZACE VÝZKUMU .....	30
10	KAZUISTIKA Č. 1 .....	31
10.1	Sběr informací o pacientovi – anamnéza .....	33
10.2	Lékařské vyšetření .....	34
10.3	Fyzikální vyšetření .....	35
10.4	Základní screeningové vyšetření sestrou .....	35
10.5	Průběh hospitalizace .....	36
10.6	Podrobná nutriční anamnéza .....	41
10.7	Akceptace nemoci – otázky pro pacienta .....	43
10.8	Ošetrovatelský proces dle Nancy Roperové .....	45
10.9	Ošetrovatelský plán .....	49
11	KAZUISTIKA Č. 2 .....	59
11.1	Sběr informací o pacientovi – anamnéza .....	59
11.2	Lékařské vyšetření .....	60
11.3	Fyzikální vyšetření .....	61
11.4	Základní screeningové vyšetření sestrou .....	62
11.5	Průběh hospitalizace .....	63
11.6	Podrobná nutriční anamnéza .....	67
11.7	Akceptace nemoci – otázky pro pacienta .....	69
11.8	Ošetrovatelský proces dle Nancy Roperové .....	71
11.9	Ošetrovatelský plán .....	76

12 EDUKACE PACIENTA O PŘEVAZU PEG.....	80
12.1    Edukační plán – Převaz PEGu .....	81
13 EDUKACE PACIENTA O PODÁVÁNÍ STRAVY DO PEG .....	82
13.1    Edukační plán – Aplikace stravy do PEG .....	85
DISKUZE.....	86
ZÁVĚR.....	93
LITERATURA A PRAMENY	
SEZNAM ZKRATEK	
SEZNAM PŘÍLOH	

## ÚVOD

Pro mou bakalářskou práci jsem si vybrala téma: Ošetrovatelská péče o nemocné s nádorem v oblasti krku. Tímto lidskou populací nepříliš oblíbeným tématem, ale bohužel častým, se zabývám už dlouhý čas. Jedním z největších současných zdravotních problémů jsou právě nádorová onemocnění. Patří mezi druhou nejčastější příčinou úmrtí a také mezi nejvýznamnější příčiny pracovní neschopnosti a invalidity vůbec. V České republice onemocní zhoubným nádorem odhadem každý čtvrtý občan a každý pátý občan na toto onemocnění umírá. Proto bych také velmi ráda přiblížila široké veřejnosti hlavní důležitá fakta o nemoci a o ošetrovatelské péči vztahující se k ní. Onkologičtí pacienti netrpí pouze fyzicky, ale mají i velké psychické a sociální problémy.

Ošetrovatelská péče o onkologicky nemocné pacienty s nádorem v oblasti krku je velmi náročná a vyžaduje mnohostrannou spolupráci, zejména ze strany rodiny a přátel.

Velmi ráda bych i zdůraznila význam výživy. O tom, jaký vliv má výživa na zdraví člověka, dnes není pochyb. Proto skladba stravy v období nemoci je o to více důležitá. Kachexie patří mezi nejčastější projevy nádorového onemocnění. Při nádorovém onemocnění se spotřeba energie zvyšuje. Příčinou nedostatečného přísunu živin může být kromě samotného nádorového onemocnění i následná léčba- chirurgická léčba, chemoterapie a radioterapie. Proto vyvážená, plnohodnotná, vhodně technologicky upravená a energeticky dostatečná strava se správným poměrem základních živin, je skutečně nezbytnou podmínkou normálního průběhu léčby, neboť výrazně přispívá ke zlepšení celkového zdravotního stavu onkologicky nemocného pacienta.

O nádorovém onemocnění v oblasti krku se zmiňuji uceleně v teoretické části.

V praktické části jsem se soustředila na samotné kazuistiky dvou pacientů s tímto závažným onemocněním, kde se zabývám především zajištěním jejich bio-psycho-sociálních potřeb.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 ANATOMIE KRKU

### 1.1 Trávicí soustava

#### 1.1.1 Dutina ústní

Mezi hlavní funkce dutiny ústní patří rozmělnění, rozžvýkání, zvlhčování a posouvání přijatého sousta do dalších oddílů trávicí soustavy. Dutina ústní (lat. *cavitas oris*) je pokryta sliznicí, která směrem vpřed vybíhá ve rty a po stranách tvoří tváře. Uvnitř dutiny ústní se nachází v horní části tvrdé patro, které postupně přechází v měkké patro a ve spodní části je uložen jazyk.

Jazyk neustále tlačí sousto mezi zuby a po rozmělnění posouvá vytvořené sousto do dalších oddílů trávicí trubice, do hltanu. K dutině ústní je připojen jazyk uzdičkou (lat. *frenulum linguae*). Při jejích vadách, např. pro její nedostatečnou délku, může být omezen pohyb jazyka, kdy se toto navenek projeví huhňáním. Tento problém se řeší chirurgicky nastřížením zkrácené uzdičky. Povrch jazyka obklopuje celá řada papil, ve kterých jsou uloženy všem známé chuťové pohárky. (1, str. 640-642)

Pro rozmělnění sousta jsou velmi důležité slinné žlázy (lat. *glandulae salivariae*), které vytvářejí potřebné sliny obsahující sloučeniny vody, enzymů, iontů a hlenu. Sliny nezvlhčují pouze sousto, ale celá ústa, rozpouští potravu a tím nám umožňují to, že cítíme její chuť. Sliny obsahují enzymy štěpící škroby, dále baktericidní enzymy a další enzymy působící na škodlivé bakterie v dutině ústní. Tváře, rty, patro a jazyk jsou místem vývodu malých slinných žláz. Velké slinné žlázy jsou párové, mezi ně ředíme: **příušní žlázu** (lat. *glandula parotis*), **podčelistní žlázu** (lat. *glandula submandibularis*) a **podjazykovou žlázu** (lat. *sublingualis*). Pod každým uchem se nachází příušní žláza, jejíž vývod ústí do dutiny ústní od druhé horní stoličky. Podél vnitřního těla dolní čelisti se nachází podčelistní žláza velká přibližně jako vlašský ořech. Tato žláza má vývod na sliznici spodiny dutiny ústní, kde vyústuje zevně od uzdičky jazyka. Pod jazykem je uložena podjazyková žláza, jak už sám její název napovídá. Má několik vývodů, které ústí přímo nad žlázou do dutiny ústní. (1, str. 642-643)

Horní a dolní čelist obsahuje kostěná lůžka pro zuby. V těchto kostěných lůžkách krytých dásněmi jsou uloženy zuby. Právě pomocí pohybů dolní a horní čelisti se zuby,

jsme schopni rozžvýkat, a tak i rozmělnit přijatou potravu. Každý zub se skládá z kořene, krčku, který pokrývají dásně a z korunky (část vyčníhající ze zubního lůžka navenek do dutiny ústní). Celkem 32 zubů tvoří trvalý chrup u dospělého člověka, přičemž zubní vzorec na každé straně čelisti vypadá takto: 2 řezáky, 1 špičák, 2 zuby třenové a 3 stoličky. (1, str. 643-644)

### **1.1.2 Hltan**

Hltan je spojujícím orgánem dutiny nosní a ústní. Nachází se mezi lební bází a šestým krčním obratlem. Hltan (lat. pharynx) tvoří jak trávicí, tak dýchací cestu. Dělí se na několik částí: nosohltan (lat. nosopharynx), ústní část hltanová (lat. oropharynx) a hrtanová část hltanová (lat. laryngopharynx).

Za dutinou nosní je uložen nosohltan, který je součástí dýchacích cest. Nosohltan se uzavírá při polykání potravy reflexním mechanismem, kdy je podrážděno měkké patro a visící čípek – uvula. Tímto mechanismem dochází k zamezení proniknutí potravy do dutiny nosní. Nosní mandle, která ničí choroboplodné zárodky z vdechovaného vzduchu, je uložena v zadní části oblouku stěny nosohltanu. Spojku mezi nosohltanem a středním uchem tvoří Eustachova trubice. (1, str. 645)

Za dutinou ústní je uložen oropharynx, který se nachází v místech od měkkého patra po příklopku hrtanovou. Touto cestou prochází potrava i vdechovaný vzduch. Párové krční mandle se nachází ve sliznici ústní části hltanu. Jazyková mandle pokrývá povrch kořene jazyka. Další a neméně důležitou částí hltanu je část hrtanová, která se nachází přímo za hrtanem a navazuje jícnem. (1, str. 608)

### **1.1.3 Jícen**

Trubicovitý orgán se značným podílem svaloviny, který se spojuje shora s hltanem, zdola s žaludkem, se nazývá jícnem (lat. oesophagus). Jícen naléhá na přední plochu páteře a proniká dutinou hrudní, poté prochází bráničním otvorem do dutiny břišní. Pouze 2 centimetry tvoří břišní část jícnu, která se napojuje na žaludek, toto místo označujeme jako česlo (kardii) žaludku. Kardie má svůj vlastní svěrač, jehož hlavní funkcí je zabránění vniknutí kyselých šťáv do jícnu. Tomu ostatně napomáhají i okraje bráničního otvoru, jež též zabraňuje tzv. regurgitaci. Stěna jícnu se skládá ze čtyř vrstev: 1) sliznice (mukóza), 2) podslizniční vrstva (submukóza), 3) svalová vrstva (vnitřní, vnější), a nejzevnější vrstvu tvoří 4) seróza (adventicie). (1, str. 646)

## 1.2 Dýchací soustava

### 1.2.1 Hrtan

V oblasti čtvrtého až šestého krčního obratle se nachází hrtan, latinsky nazývaný larynx. Směrem dolů přechází v laryngopharynx, kde v dolní části ústí do průdušnice. Jeho nejpodstatnějšími funkcemi jsou: tvorba hlasu a blokáce dýchacích či trávicích cest při možné aspiraci (vdechnutí) cizího tělesa. Tuto funkci má na starost příklopka hrtanová (lat. epiglottis), ta se otevírá při dýchání a naopak uzavírá při polykání a tím tak zabraňuje vniknutí cizích těles do dýchacích cest. Celková skladba hrtanu je složitá. Hrtan obsahuje dohromady devět chrupavek, které jsou navzájem spojené vazy a membránami. Nejznámější ze všech těchto chrupavek je chrupavka štítná (lat. cartilago thyroidea), jejíž hřbet je často dobře hmatný ve střední linii krku zejména u mužů. (1, str. 608, 610)

## 1.3 Humorální soustava

### 1.3.1 Štítná žláza

Na průdušnici z přední strany krku pod hltanem je uložena štítná žláza (lat. glandula thyroidea). Tvoří ji po obou stranách dva laloky, které se spojují středním můstkem uprostřed (toto místo se označuje jako isthmus). Štítná žláza má ohromné krevní zásobení a je největší endokrinní žlázou v lidském těle. Tkáň štítné žlázy tvoří oddělené ostrůvky pojivové tkáně, které jsou bohaté na vlásečnice a odborně se označují jako folikuly. Folikulární buňky utváří stěnu každého folikulu. Uvnitř dutinek folikulárních buněk je rosolovitá hmota označovaná jako koloid. Bílkovina tyreoglobulin, ze které se nakonec odštěpuje tyreohormon, je hlavní složkou koloidu. Parafolikulární buňky, označované také jako C-buňky, se nacházejí uvnitř výstelky folikulu. (1, str. 753-754)

Tvorba hormonů patří mezi hlavní funkce štítné žlázy. Štítná žláza produkuje tyto dva hormony: tyreohormon a kalcitonin. Tyreohormon je vylučován folikulárními buňkami štítné žlázy. Lidské tělo obsahuje několik cílových buněk, na které působí právě tyreohormon, jehož hlavním účinkem je zrychlení bazálního metabolismu. Tyreohormon v sobě ukrývá dvě molekuly: tyroxin, označovaný jako  $T_4$  a trijódtyronin, označovaný  $T_3$ . Folikuly štítné žlázy vytvářejí a produkují tyreohormon. Štítná žláza je jedinou žlázou s vnitřní sekrecí v lidském těle. Pokyn k vylučování hormonu štítné žlázy udává podvěsek mozkový prostřednictvím svého stimulačního hormonu pro štítnou žlázu – TSH (tyreo stimulační hormon). (1, str. 754)

Kalcitonin, hormon, který produkují parafolikulární buňky štítné žlázy, má svou úhlavní funkci - snižování zvýšené hladiny vápenatých iontů.

Na zadní straně štítné žlázy jsou uložena příštítná tělíska (lat. glandulae parathyroideae). Vytváří je tlusté provazce endokrinních buněk, ty lze rozdělit na dva typy – hlavní buňky a tzv. oxyfilní buňky. Hormon příštítných tělísek je označován jako parathormon. PTH tvoří hlavní buňky příštítných tělísek. Za hlavní funkci parathormonu se označuje zvyšování hladiny vápenatých iontů. (1, str. 754)



## 2 OBECNÁ ONKOLOGIE

Nádorová onemocnění jsou jednou z nejčastějších příčin úmrtí vůbec. U nádorových onemocnění se především zkoumá výskyt zhoubných nádorů (incidence) a úmrtnost na nádorová onemocnění (mortalita).

V České Republice existuje také tzv. onkologické hlášení, které je v našem státě povinné od roku 1953. Všichni lékaři diagnostikující a léčící nemocné se zhoubnými nádory by měli tomuto hlášení věnovat řádnou pozornost, neměli by podněcovat jeho význam a požadované údaje by měli uvádět přesně, s největší odpovědností. Každoročně aktualizované epidemiologické údaje vydává poté Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). (25, str. 41)

### 2.1 Typy nádorů

Za normálních podmínek je kontrolovaný růst všech buněk. V případě, kdy byl tento mechanismus kontrolující růst buněk poškozen, vzniká nádorové onemocnění, tedy i nádor samotný. Nádorová masa je výsledkem nekontrolovatelného růstu buněk tkání, ze kterých byl nádor vytvořen. Rozlišujeme dva typy nádorů: benigní (nezhoubné) a maligní (zhoubné). (5, str. 35)

#### 2.1.1 Benigní nádory

Buňky nezahobného nádoru se více množí, ale struktury, které vytváří, jsou téměř totožné se strukturami výchozí tkáně. Pro většinu nezahobných nádorů je typické ostré ohraničení od okolních tkání. Toto se označuje jako tzv. opouzdržené šíření, neboť ve většině případů neporušují benigní nádory okolní tkáně, pokud tedy nehovoříme o utlačování okolních orgánů, které benigní nádory mohou způsobit svým růstem do okolí. U nezahobných nádorů je tvorba metastáz velmi vzácná. (2, str. 27)

#### 2.1.2 Maligní nádory

U zhoubných nádorů se vymyká kontrole organismu růst a množení buněk. Vytvořené zmnožené buňky ztrácejí schopnost zemřít. Zhoubné nádory rostou do okolí, okolní tkáně utlačují, ničí a podrobují je dalším změnám. Zhoubný nádor je po určité době svého růstu schopen vrůst do okolních krevních i mízních cév nebo může vytvářet své vlastní cévy, čímž dojde k lepšímu vyživování nádoru, což okamžitě zvýší riziko šíření nádorových buněk do dalších částí těla a začnou se tak utvářet vzdálené metastázy, označované také jako vzdálená ložiska primárního nádoru. (5, str. 27)

Buňky zhoubného nádoru se mohou šířit krví nejčastěji do kostí, kostní dřeni, plic, jater a mozku. Skrze mízu, díky mízním cévám, se mohou buňky zhoubného nádoru šířit nejčastěji do blízkých i vzdálených mízních uzlin.

Karcinoma in situ, toto označení se používá u časných stádií zhoubných nádorů, čili karcinomů, které se vztahují pouze na povrchové vrstvy a mají minimální schopnost zakládat metastázy, neboť ještě neprorostli do okolních cév přilehlých orgánů. (5, str. 27-28)

## 2.2 Klinická klasifikace nádorů

Klasifikace nádorů je dána jejich histologickou strukturou, biologickými vlastnostmi i jejich anatomickým uložením. Mezinárodní klasifikační systém hodnotí rozsah nádorového onemocnění a je označován třemi písmeny TMN.

TMN klasifikace hodnotí tři kategorie:

- T – rozsah primárního nádoru
- N – stav blízkých i vzdálených uzlin
- M – stav vzdálených metastáz.

Tento systém by měl pomáhat při plánování léčby, měl by umožnit stanovit prognózu onemocnění a také by měl pomáhat při vyhodnocování výsledků použité léčby. Čísla zapsaná za písmeny klasifikace TMN určují rozsah nádorového procesu v jednotlivých kategoriích. Jestliže je číslo vysoké, označuje to i vysoký rozsah či šíření nádoru. Pokud nebyla provedena všechna vyšetření, která stanovují TMN klasifikaci, je nutno použít symbol X za daným písmenem neprobádané kategorie. Takto vypadají možná hodnocení: T0, T1, T2, T3, T4, TX, to samé platí i u N klasifikace, pouze u M klasifikace lze hodnotit M0, M1, MX.

TMN klasifikace by měla být stanovena před samotnou léčbou na základě provedených určených vyšetření, např. rentgenové, endoskopické, bioptické vyšetření a další. Klinická klasifikace má i své nedostatky, mezi ně řadíme nepřímé informace o biologických vlastnostech nádoru, či že se nebere na zřetel celkový stav nemocného pacienta. TNM klasifikace musí být přesně uvedena v dokumentaci, v onkologickém hlášení i při statistických zpracování. (5, str. 37)

Je ještě nutno uvést, že existuje také tzv. pooperační histopatologická klasifikace označovaná písmeny pTMN, kde je možné zhodnotit stupeň buněčné diferenciaci (prostoupení nádoru). Stupeň buněčné diferenciaci je označován písmenem G a lze ho takto hodnotit: G1 – velmi diferencovaný, G2 – středně diferencovaný a G3 – málo diferencovaný či nediferencovaný. (5, str. 38-39)

## 2.3 Etiopatogeneze nádorů

Odlišné vlastnosti nádorových buněk jsou příčinou genetických abnormalit, které mohou vyvolat např. i fyzikální (př. ionizující záření), chemické (kancerogeny) a biologické faktory (př. onkogenní viry). Hlavní roli ke změnám normálního buněčného fenotypu v nádorový, hrají převážně dva typy genů: tzv. protoonkogeny a nádorové supresorové geny (antionkogeny). Geny kódující opravné systémy mají naopak důležitou úlohu v celém procesu kancerogeneze (vznik nádoru). Produkty těchto genů vlastní kontrolní mechanismy, díky kterým jsou schopné opravovat genetické odchylky. Onkogeny a supresorové geny ovlivňují současně i odumírání buněk. Tyto všechny děje mohou vést k nekontrolovatelnému zmnožení nádorových buněk, a tím postupně vytvořit novotvar (nádor). Pokud je cyklus buněčného dělení, kdy se mateřská buňka rozdělí na dvě dceřiné z nějakých výše uvedených důvodů nabourán, dochází k postupnému vzniku a množení nádorových buněk. (3, str. 17-18)

## 2.4 Léčebné metody

### 2.4.1 Radioterapie

Při radioterapii je použita energie záření za cílem devastace nádorových buněk. Tato metoda se využívá především u nádorových buněk, které jsou vysoce citlivé na ionizující záření. Mezi hlavní cíle radioterapie řadíme odstranění nádorových buněk v místě ozáření, zmenšení nádoru před chirurgickým odstraněním, zabránění recidivy tumoru po chirurgickém odstranění nádoru a zmírnění bolesti. Radioterapeutickou léčbu plánují lékaři, fyzici a radiologičtí asistenti. Konečný výsledek a úspěšnost léčby bývá hodnotitelná až po samotném skončení radioterapie, neboť účinek ozáření nádorových buněk pokračuje i po skončení radioterapeutické léčby. Nádorové buňky můžeme nyní ozařovat dvěma způsoby, a to zevně či vnitřně. (2, str. 32)

Mezi **celkové nežádoucí účinky** řadíme: únavu a ospalost, nechutenství, nevolnost a zvracení či změny v krevním obraze (↓ počet krevních buněk). Do **místních nežádoucích účinků** radioterapie patří: otok, červenání či podráždění kůže, ztráta vlasů,

dráždivý kašel, zkrácení dechu nebo bolesti na hrudi, polykací potíže, chraptot, afty a povlaky v ústech, průjem, bolesti břicha, nucení na močení aj. (2, str. 32)

#### **2.4.2 Chemoterapie**

Cytostatika jsou látky, které se využívají při chemoterapii pro svůj ničivý účinek na nádorové buňky. Jsou schopné nádorové buňky usmrtit či alespoň zastavit jejich dělení. Využívá se celé řady cytostatik. Mezi hlavní cíle chemoterapie řadíme: zmenšení nádoru, odstranění nádoru, pozastavení růst nádoru, zničení nádorových buněk, které se šíří do okolních částí těla, odstranění příznaků, které způsobuje nádor. Chemoterapeutická léčba je řazena do několika cyklů, které se opakují v určitých intervalech. Používá se několik druhý chemoterapie, závisí na způsobech jejího podání pacientovi. (2, str. 34)

Často se vyskytují u pacientů po aplikování chemoterapie tyto **nežádoucí účinky**: pocit na zvracení, zvracení, ztráta chuti k jídlu, únava, brnění či snížená citlivost v horních a dolních končetinách, ztráta vlasů, průjem, afty v dutině ústní. (2, str. 36)

### **3 NÁDORY V OBLASTI KRKU**

Mezi nádory krku, které jsou definovány svým uložením, řadíme: nádory kořene jazyka, nádory orofaryngu, hypofaryngu, laryngu, nádory slinných žláz či nádory v oblasti ucha. Při nádorovém onemocnění v oblasti krku často bývají postiženy funkce, které jsou mimořádně důležité pro sociální interakci, kvalitu života a přežití vůbec. Velmi častým problémem je postižení řeči v různém stupni, polykání a dýchání. Léčba těchto nádorů bývá i přes odlišnou lokalizaci stejná. (6, str. 27)

#### **3.1 Epidemiologie**

Co se do počtu výskytů týče, nejčastěji jsou diagnostikovány nádory orofaryngu (6x), hypofaryngu (12x) a laryngu (13x), které se častěji všeobecně vyskytují více u mužů, než u žen. Maligní nádory slinných žláz postihují obě pohlaví stejně. (6, str. 27)

#### **3.2 Etiologické faktory**

Mezi nejčastější rizikové faktory nádorového onemocnění krku řadíme: alkohol a nikotin – tvoří až 80 % výskyt u nádorů v dutině ústní a laryngu, špatnou či nízká úroveň hygienických návyků - při péči o dutinu ústní, nezodpovědný přístup ke svému zdraví, konzumaci žvýkacího tabáku, kouření marihuany, dřevný prach (tanin), virus HPV (lidský papillomavirus) 16 a 18, EB (Epstein-Barrové) virus, konzumaci slaných ryb a ionizační záření. (5, str. 191)

#### **3.3 Diagnostika**

Velmi důležitá je u stanovení diagnózy anamnéza. Lékař by měl klást dotazy na místní i celkové příznaky (př. ztráta chuti k jídlu, náhlý váhový úbytek), na rizikové faktory a sociální zvyklosti. Důležitou roli hrají i další potřebná klinická vyšetření pro ucelené stanovení diagnózy a zhodnocení stupně závažnosti nádorového onemocnění. Řada nádorů v oblasti krku je dobře vyšetřitelná palpačně či za pomoci endoskopického vyšetření. Velmi podstatný je odběr vzorku tkáně pro histologické vyšetření. Další zásadní vyšetřovací metody pro stanovení diagnózy a posouzení rozsahu nádorového onemocnění jsou: zobrazovací metody (RTG, CT či MR), sonografie krku a krčních uzlin, karotická angiografie, panendoskopie v narkóze, punkční biopsie, scintigrafie skeletu. (6, str. 29)

### 3.4 Příznaky

Nádorové onemocnění v oblasti krku je nebezpečné také v tom, že bývá často dlouhý čas bez příznaků nebo se projeví jako nezávažné chronické zánětlivé onemocnění, které se v mnohých případech bagatelizuje.

**Nádory dutiny ústní, orofaryngu a hypofaryngu** se projeví bolestí v krku, v ústech či v uších, pocitem cizího tělesa, krvácením z dutiny ústní, zápachem z úst, zduřením na krku, bolestivostí při polykání, obtížným polykáním.

Nádory v této oblasti bývají často vidět pouhým okem, a proto je hrubým zanedbáním, jestliže je pacient vyšetřen mnohými lékaři, aniž by někdo z nich vyslovil alespoň podezření na nádorové onemocnění. Důležitá jsou vyšetření, kdy sledujeme oblast pod jazykem, celý vnitřní prostor dutinu ústní (u osob se zubní protézou je nutné zubní protézu sundat před samotným vyšetřením, neboť může být nádor skryt za ní) a v poslední řadě je nutností palpačně (dvěma prsty) vyšetřit i kořen jazyka a spodinu dutiny ústní. (6, str. 28)

**Nádory hrtanu** se odlišují příznaky dle lokalizace. Mezi nejčastěji vyskytované příznaky ředíme: chrapot, dušnost, polykací potíže, bolest v hrtanu, pocit cizího tělesa, váhový úbytek a zduření na krku. (6, str. 28) Tyto nádory bývají spojovány zejména s častým užíváním alkoholu a tabáku společně. Příčinou je tedy i mimo jiné špatný životní styl, který každý z nás může kdykoliv změnit. (27, str. 107)

**Nádory slinných žláz** vytvářejí pozvolné rostoucí zduření v oblasti slinných žláz (příušní, podjazyková a čelistní), které bývá zpočátku nebolestivé. Bolest v oblastech žláz, urychlený růst, poruchy čítí projevující se brněním, mravenčením, svěděním či obrna lícního nervu mohou být projevem již už maligního zvratu.

**Patologickým zduřením na krku** se může projevovat šíření nádoru do spádových lymfatických uzlin či přímým prorůstáním nádoru.

**Nádory ucha** mohou mít tyto příznaky: vlekly výtok z ucha často s příměsí krve, bolest v oblasti ucha, obrna lícního nervu, nedoslýchavost či ušní šelest. (6, str. 28)

### 3.5 Obecná léčebná strategie nádorů krku

Úhlavním cílem léčby všeobecně všech nádorů hlavy a krku je dosáhnout co nejradikálnějšího odstranění nádoru, a tím tak zajistit co nejlepší výsledek léčby, a to vše

samořejmě s co nejmenším funkčním poškozením tkáně. Velikou problematikou u nádorů v oblasti krku bývají po operacích: problémy s příjmem stravy ústy, problémy s mluvením, problémy se sluchem i např. problémy s dýcháním. Mimo operativního zákroku se řeší nádorové onemocnění léčebnou kombinací radioterapie a chemoterapie za účelem zničení, zmenšení či alespoň zastavení růstu nádoru. Léčebné postupy mohou být pro každý nádor v oblasti krku specifické, vždy záleží na rozhodnutí lékaře popř. pacienta. (5, str. 192-193)

## **4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ONKOLOGICKÉ PACIENTY S NÁDOREM V OBLASTI KRKU**

*V koncepci Ministerstva zdravotnictví ČR je ošetřovatelství definováno jako „samostatná vědecká disciplína zaměřenou na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví“.* (Věstník MZ ČR 9/2004: 3), (13, 2010, str. 11) Trendem moderního ošetřovatelství je právě zaměření se na potřeby člověka s tolerancí na jeho individualitu. (13, str. 11)

### **4.1 Maslowova teorie potřeb**

Tato teorie je úhlavním pomocníkem sestrám při stanovování potřeb nemocných pacientů, které jsou důležité pro sestavení priorit následné ošetřovatelské péče. Potřeby člověka jsou podle Maslowa hierarchicky uspořádané do pyramidy, kde můžeme vidět jasné sestavení dle důležitosti a významu pro člověka. Maslowova pyramida je seskupena v tomto pořadí potřeb: 1. potřeby fyziologické, 2. potřeby bezpečí a jistoty, 3. potřeby lásky a společnosti, 4. potřeby sebeúcty, 5. potřeby seberealizace a sebeaktualizace. (viz příloha č. 1 : Maslowova pyramida potřeb)

Potřeby lze diagnostikovat pomocí subjektivních a objektivních příznaků člověka. Subjektivními příznaky jsou emoce, neboť potřeba se zahajuje právě pocitem člověka, např. pocit hladu spouští v člověku potřebu jídla aj. Oproti objektivním příznakům, které můžeme vyzorovat my, druzí lidé, např. osoba s pláčem signalizující potřebu bezpečí aj. (22, str. 101-102)

### **4.2 Ošetřovatelský proces dle modelu N.Roperové**

Model je označován jako vědecká konstrukce, kde je obsažen popis zkoumaného jevu. Tento model poprvé prezentovala Nancy Roperová v roce 1976. Model je zaměřen na základní aktivity společné všem lidem. Vyzdvihla význam schopnosti pacientů vykonávat denní činnosti života samostatně. Model nejprve obsahoval 16 denních aktivit života a později byl přepracován a zredukován na 12 životních aktivit, kdy jej označila společně se spoluautorkami za „Model životních aktivit“. Těchto 12 denních aktivit života, které jsou projevem lidských potřeb, vyvrcholují určitým způsobem chování. Může se jednat o biologický základ, společensky podmíněný nebo kulturně ovlivněný. Jednotliví lidé se odlišují způsobem, jakým tyto aktivity činí. Vývojové zvláštnosti (dětství, dospělost, stáří) a individuální vlivy (ekonomické, sociální, kulturní) mohou být



důsledkem rozdílů ve způsobu realizace denní životních aktivit. Mezi základní životní aktivity řadí těchto 12 prvků: 1. udržování bezpečného prostředí, 2. komunikace, 3. dýchání, 4. jídlo a pití, 5. vylučování, 6. osobní hygiena a oblékání, 7. kontrola tělesné teploty, 8. pohyb, 9. práce a hry, 10. projev sexuality, 11. spánek, 12. umírání. (23, str. 60-62)

*“Člověku nejlépe porozumíme tehdy, když pochopíme činnosti, které vykonává“*

*dle Nancy Roper*

Tento model pomůže zdravotní sestře zjistit existenci nynějších a potencionálních problémů, díky nimž může stanovit ošetrovatelské intervence, čili úkoly a úkony, jimiž dosáhne jejich uspokojení, a tak i vyřešení/odstranění ošetrovatelských problémů pacienta. (23, str. 60-64), (viz příloha č. 2: Grafické znázornění modelu N. Roperové)

### **4.3 Sdělení onkologické diagnózy**

Onkologická diagnóza je pokaždé špatnou zprávou, neboť lidé vnímají všeobecně rakovinu tragicky. Důležitý je způsob, kterým bude pacient informován. Otevřené a přímé sdělování diagnózy se stalo prosazovanou zásadou. Cílem je důkladně informovat pacienta, poskytnout mu ze stran lékařů pravdivé a přímé jednání a v neposlední řadě mu umožnit naděje až do konce. Vždy bychom měli mít na paměti ohleduplnost k pacientovi a darovat mu dostatek času při komunikaci s ním, neboť takovýto pacient bývá plný obav a strachu z toho, jak to bude dál s jeho životem. Určitě každý odborný zdravotník by měl znát obvyklé psychické reakce na tzv. šokovou událost, které nejlépe popsala lékařka Elisabeth Kübler-Rossová:

- 1. šok, popření** (popírání, odmítání nemoci)
- 2. hněv, vzpoura** (rozčilení, odmítání dalšího ošetření, vyvolávání konfliktů)
- 3. vyjednávání, „smlouvání s osudem“** (hledání zázraků)
- 4. smutek, deprese** (strach z umírání)
- 5. smíření** (nemusí k této fázi vůbec dojít, nicméně pro onkologického pacienta je nejpříjemnější).

Téměř každý onkologický pacient si těmito všemi výše uvedenými fázemi projde. Ze stran zdravotníků i rodinných příbuzných a přátel je velmi důležitá empatie, kterou by měli každý den poskytovat pacientovi. (10, str. 105-109)

Pro lepší uvědomění si problematiky pacientovo chování po sdělení onkologické diagnózy, uvádím tento citát:

*„Můžeš být, jak chceš vzdělaný, asertivní, samostatný a rozhodný, v okamžiku, kdy se dozvíš, že jsi ohrožen, se stejně zachováš jako blb. Budeš dětinský a popletený, příliš plachý nebo podrážděný, bázlivý nebo lítostný, a zaručeně zapomeneš všechno, co se dá.“*  
(10, 2007, str. 116)

Zde je **několik rad vztahující se k empatii:**

- Dopřát pacientovi čas, aby se vzpamatoval a být mu psychickou podporou.
- V případě hněvu nechat pacienta odreagovat a příliš ho nenapomínat.
- Pokud se snaží o tzv. vyjednávání s nemocí, motivujme ho k navržené léčbě.
- V případě deprese, hraje velkou roli naslouchání, které bychom měli umožnit pacientovi, a poté by bylo ideální pokusit se společně najít řešení. (10, str. 109)

#### **4.4 Druhy ošetřování onkologických pacientů**

Onkologičtí pacienti mohou být léčeni ambulantně či za pomoci hospitalizace. Ambulantní péče je poskytnuta především mladším pacientům, kteří mají uspokojivý zdravotní stav a je s nimi dobrá spolupráce.

Pokud jde o hospitalizaci, utváří se vždy ošetřovatelský proces, který by měl být promyšlený a jeho hlavním cílem je pokaždé uspokojování potřeb pacienta. Na onkologických odděleních se považuje emoční podpora ze strany sestry za velmi důležitou a nezbytnou. Každá sestra zde by měla být vlídná, chápající, trvale sledující reakce pacienta, s jejich analýzou, dále by měla být schopna vyjádření radosti nad úspěchem v léčbě i v ošetřovatelském procesu, měla by udržovat kontakt s rodinou pacienta a být schopna dáti pochvalu a učinit tak stimulaci pro n, který právě bojuje s nelehkou nemocí, která je pro něj velkou psychickou zátěží. (16, str. 185)

## **4.5 Psychologický přístup onkologicky nemocným**

At' už jsou jakkoliv pacientovo emoce silné, nechte jej je projevovat. Nejedná se o „útok“ proti Vaší osobě, nýbrž o projev zoufalství. Životní aktivity pacienta je třeba podporovat, snažte se mu pomoci najít nový smysl života a přehodnotit jeho nynější situaci. Utěšujte pacienta s mírou a hlavně nezlehčujte jeho trápení nebo u něj ztratíte důvěru. Důležitá je podpora pacienta v jeho ochotě svěřit se Vám. Aktivně naslouchejte, zapojte do pomoci i rodinu a blízké přátele pacienta. Každá nová naděje a plány do budoucna, které pacient má, jsou pro něj motivací. Nikdy mu je neberte, i když Vám přijdou poněkud nereálné. (16, str. 191)

## **4.6 Ošetrovatelský proces – monitoring onkologického pacienta**

U hospitalizovaného onkologického pacienta, jež má nádor v oblasti krku, sledujeme především: fyziologické funkce (pulz, krevní tlak, dech, stav vědomí), bolest (její charakter, intenzitu, lokalizaci, propagaci), účinnost analgetik a všech ostatních léčiv, které byly podány, dále příjem a výdej tekutin, příjem stravy, dutinu ústní (stav sliznice), hmotnost, otoky, změny na kůži, vyprazdňování, průchodnost PEG či NGS, výsledky laboratorních vyšetření, rány na těle (krvácení, infekce, apod.), drény (jejich průchodnost, funkčnost, obsah a množství odváděné tekutiny), projevy při problémech s průchodností dýchacích cest (př. dušnost, cyanóza), projevy infekce (př. žilní vstupy - PŽK, CŽK, žilní port), močové katetry aj. a v neposlední řadě psychický stav. (14, str. 168-169, 217)

## **4.7 Paliativní péče**

Paliativní péče je péče, kde je kladen důraz na kvalitu života a dochází k řešení obtížných příznaků dle specifikace pacienta, který přijímá péči. (13, str. 19)

Proces umírání se označuje v medicínské terminologii jako terminální stav. V tomto období potřebuje pacient aktivní ošetrovatelskou péči, a to až do posledních chvil, kdy se snažíme vyhovět všem jeho individuálním potřebám. Snaha o maximální zachování důstojnosti a respektování pacienta jsou v tomto procesu velmi důležité. (15, str. 240-241)

Ostatně každý, hlavně z řad zdravotníků, by se měl držet ontologického personalismu, který zajišťuje tu nejvyšší ochranu a úctu člověku, jež souvisí i s jeho důstojností. Důstojnost náleží každé bytosti a lze jí definovat jako úctu vyžadující hodnotu. (11, str. 70-71)

#### **4.7.1 Příznaky blížící se smrti**

Pacient bývá často: slabý, neopouští lůžko, je spavý, dezorientovaný v čase, není schopen udržet dobře svou pozornost, vyskytuje se u něj nezájem o jídlo i tekutiny či není schopen spolknout léky. Dále se u pacienta objevuje: snížený výdej moči, dochází ke snížené tvorbě hlenu v dýchacích cestách, čímž jsou dýchací cesty volnější, pacient méně zvrací, neboť se snižuje množství tekutin v trávicím traktu a další. (12, str. 160)

#### **4.7.2 Praktická doporučení pro sestry**

Při zvracení či lézích v dutině ústní by měly být pacientovi podány tekutiny – nabídněte mu čistou namočenou látku, kterou by mohl sát, nebo mu malou injekční stříkačkou vstříkujte malé množství tekutin do úst. Nezapomínejte na rty, které by měly být stále namazané přípravkem pro ně určené (v nemocnici užívaný např. Infadolan - mast). Sestra by měla poskytnout rodině vysvětlení, proč pacient nemůže přijímat stravu a tekutiny, aby nedocházelo z jejich strany k soustředění se na tyto potřeby, čímž budou zanedbávány potřeby, které skutečně pacient potřebuje a vyžaduje. Vysvětlete rodině, co se děje s umírajícím z hlediska nutného poskytování ošetrovatelské péče a uspokojování nynějších potřeb nemocného pacienta. Sestry by měla naslouchat příbuzným, být jim na blízku, a tím snížit jejich strach. Zapojit příbuzné do péče o pacienta, pokud to sami budou vyžadovat, povzbuzovat je. (12, str. 161)

### **4.8 Nejčastější ošetrovatelské problémy**

Mezi nejčastější tělesné symptomy řadíme: dušnost, bolest, zácpu, nevolnost a zvracení, útlum a ospalost, delirium, zmatenost, neklid, svědění, podráždění okolní kůže, zápach z úst (foeto ex ore), nechutenství, krvácení, dehydrataci, úzkost, smutek a depresi. (13, str. 93-114)

Nejčastěji se vyskytují při onkologickém onemocnění v oblasti krku tyto ošetrovatelské problémy: akutní či chronická bolest, nauzea, porušený obraz těla, strach, únava, úzkost z důvodu situační krize, zhoršená verbální komunikace, poškozená sociální interakce, riziko aspirace, infekce, nevyváženého objemu tělesných tekutin, situačně snížené sebeúcty, dále anticipační smutek z možné ztráty psychické pohody a funkce, snížení schopnosti vést domácnost a poruchy přizpůsobivosti rodiny. (16, str. 191), (19)

## **5 VÝŽIVA V ONKOLOGII PŘI NÁDOROVÉM ONEMOCNĚNÍ V OBLASTI KRKU**

Vlivem nádorového onemocnění se zvyšují energetické a substrátové nároky organismu. Nechutenství, které spadá do nejčastějších ošetrovatelských problémů onkologicky pacientů, zapříčiňuje obtížné přijímání dostatečného množství stravy. K nechutenství se mohou přidat i další poruchy příjmu potravy způsobené přímým působením tumoru nebo např. agresivní onkologickou léčbou. Mezi další faktory, které nepřispívají k příznivému nutričnímu stavu pacienta, řadíme bolest a slabost. (17, str. 75) Dalšími faktory, které ztěžují normální příjem stravy, jsou: deprese a úzkost, díky kterým mívá pacient sníženou chuť k jídlu, dále obtížné polykání, nucení na zvracení či zvracení. V těchto případech je nezbytností zajistit příjem stravy pacientovi tak, aby měl vždy dostatek tělu potřebné energie a vody (nejčastěji enterální výživa). (8, str. 239)

Malnutrice (podvýživa) je patologický stav, ke kterému dojde při nedostatku živin. Kachexií bývá označováno pokročilé stádium podvýživy, kdy zvýšenými ztrátami díky zvýšeným nárokům organismu na výživu, dochází k deficitu energie a proteinů. Nejvyšší riziko z hlediska rozvoje malnutrice mývají především nemocní se zhoubnými nádory, a proto je důležité sledování příjmu potravy a pravidelné zhodnocení stavu výživy za včasné nutriční podpory. (9, str. 235)

### **5.1 Enterální výživa**

U pacientů, kteří jsou ohroženi vznikem malnutrice, či již už jsou ve stavu podvýživy z důvodu nemožnosti přijímat stravu ústy, je první volbou řešení adekvátní nutriční podpory právě enterální výživa, ovšem pouze tehdy, kdy má pacient funkční trávicí trakt.

Enterální výživa je označení pro podávání farmaceuticky připravených výživných roztoků do trávicího traktu (tenké střevo). (20, str. 40) Hlavními cíli enterální výživy jsou: ovlivnění integrity trávicího traktu, zajištění dostatečného energetického příjmu za účelem ovlivnění výživového stavu pacienta, zajištění a podpory funkce zažívacího traktu, podání speciálních farmakologických substrátů do tenkého střeva a další. (7, str. 71)

## 5.2 Indikace a kontraindikace enterální výživy

Pokud má pacient plně funkční trávicí trakt a není schopen z nějaké příčiny požívat stravu ústy, jedná se o základní indikaci pro použití enterální výživy. Jestliže není trávicí trakt používán, dochází ke ztrátě jeho funkcí, a to bývá komplikací při následné realimentaci či převedení na normální (racionální) stravu. Enterální výživa je podávána v tekuté podobě pro lepší absorbování. (18, str. 283)

Mezi případy, kdy nelze použít enterální výživu, řadíme: úplnou obstrukci střeva, těžké popáleniny a mnohočetné traumata, kdy byl znemožněn přístup do gastrointestinálního traktu nebo např. úplnou ztrátu funkce střeva, která byla způsobena selháním, těžkými záněty či poruchami motility v pooperačním stavu aj. (18, str. 283)

## 5.3 Rozdělení tekutých výživ

Tekutá výživa je rozdělena do čtyř základních skupin:

1. tekuté výživy připravené kuchyňskou technologií
2. polymerní formule
3. elementární a oligomerní diety
4. speciální formule enterální výživy (orgánově specifické). (18, str. 283)

## 5.4 Způsoby podání enterální výživy

Mezi způsoby enterální výživy spadá: sipping (popíjení nápojů, např. nutridrinků), naso-enterální sonda, která má dvě podoby: naso-gastrická sonda a naso-jejunální sonda a PEG či PEJ (perkutánní gastrostomie, jejunostomie). (20, str. 46)

Můžeme aplikovat enterální výživu bolusově (do žaludku) o velikosti dávky výživy 250-350 ml či kontinuálně (při podávání do tenkého střeva) za pomoci peristaltické pumpy, kdy bývá rychlost aplikace enterální výživy okolo 100-150 ml/hod. Takto může být podávána výživa kontinuálně přes den s noční pauzou nebo kontinuálně přes noc s denní pauzou. Mezi metody aplikace enterální výživy řadíme aplikaci: Janetovou stříkačkou (obvykle 250 ml – bolusová aplikace), samospádový systémem – vak (př. Nutrison) či lahev (př. Isosource) a aplikaci pomocí enterální pumpy. (20, str. 54)

Sipping je nejjednodušší cesta podávání enterální výživy ústy. Ochucené preparáty enterální výživy obsahující, buď jednotlivé živiny, či všechny složky výživy.

Sipping je většinou užíván jako doplňková enterální výživa při malnutrici, kdy pacient nemá ještě problémy s polykáním. Pokud se předpokládá dlouhodobé podávání (minimálně 6-8 týdnů) enterální výživy, je užívána nejčastěji forma PEG. (20, str. 46)

PEG neboli perkutánní endoskopická gastrostomie, je metoda, při které se zavede v průběhu gastroskopie (endoskopické vyšetření žaludku) sonda pro aplikaci výživy břišní stěnou do žaludku. Před tímto výkonem je nutno vyšetřit koagulační parametry (INR, APTT, trombocyty) a podat preventivní antibiotickou léčbu. PEG bývá lépe snášen než PEJ. Ošetřovatelská péče je snazší a působí navíc kosmeticky mnohem lépe ve srovnání s naso-enterální sondou. (20, str. 49)

## **5.5 Příprava před výkonem zavedení PEG**

Před zavedením PEGu musí být u pacienta maximálně týden předem vyšetřeny koagulační parametry (INR, APTT a trombocyty). Den před samotným výkonem musí být oholen od mečíkovitého výběžku k pupku. I zde platí, že pacient od půlnoci nesmí nic jíst, pít ani kouřit. Jestliže má pacient žaludeční sondu, výživu nepodáváme 6-8 hodin před provedením výkonu, navíc sonda musí být před samotným zavedením PEGu vytažena. Zvýšenou pozornost musíme věnovat péči o dutinu ústní, a to proto, že se tak snižuje riziko vzniku infekce v kanálu PEG. Doporučují se pravidelné několikrát denně prováděné výplachy úst (např. Betadine, odvar z heřmánku nebo výtěry boraxglycerinem).

V den výkonu se již ráno zavede pacientovi periferní žilní kanyla. Intravenózně se podá antibiotická profylaxe ve formě amoxicilinu v dávce 1,2 g, a to 30-60 minut, těsně před samotným provedením výkonu PEG, poté dále 8 hodin po výkonu, což ale nemusí být pravidlem, neboť další opatření po výkonu PEG je předáno ve formě doporučení provádějícím lékařem. Pokud je pacient alergický na penicilin, je mu podán Ciprofloxacin. Jestliže pacient již má antibiotickou léčbu, profylaxe se neprovádí. (24)

## **5.6 Péče o pacienta s PEG**

Jako hlavní úkol zdravotní sestry u pacienta s nově zavedeným PEGem, je kontrola místa vpichu a gastrostomického setu. Jednou z komplikací může být nedostatečně přitažený set, čímž může docházet k netěsnění, a tím tak k úniku žaludečního obsahu do peritoneální dutiny. Toto může mít poté následek ve formě vážné komplikace (př. života ohrožující zánět pobříšnice). Další komplikací může být ulcerace až nekróze, a to zejména při velkém tahu PEG. Pro předejití těmto komplikacím nově zavedeného PEGu,

jsou převazy ústí gastrostomického setu do dutiny břišní se prováděny denně, až do doby, než dojde k vytvoření potřebného kanálu. V moment, kdy je kanál vytvořen, stačí převaz provádět 2x týdně. (24)

Po nově zavedeném PEGu je doporučováno 10. den set denně pootočít o  $360^\circ$  z prostého důvodu, aby nepřirostl ke sliznici a neotlačoval ji v jedné stálé pozici. Jestliže neproběhla žádná ze zmíněných komplikací, podává se do PEGu nejprve za 12 hodin čaj, glukóza či fyziologický roztok v množství 10 ml/kg tělesné hmotnosti většinou ve 3-4 hodinových intervalech. Další den se aplikuje již samotná enterální výživu malými bolusovými dávkami několikrát za den dle rozpisu lékaře. Velikost bolusových dávek postupně se zvyšuje.

Před aplikací enterální výživy, je dobré odsát obsah žaludku. Je-li množství nasátého žaludečního obsahu větší než polovina podávaného množství enterální výživy, velikost bolusu je dobré zmenšit. Aby u pacienta nedocházelo k návratu žaludečního obsahu do jícnu, doporučuje se mu sedět v polosedě nejlépe půl hodiny po aplikaci enterální výživy. (24)



# PRAKTICKÁ ČÁST

## 6 FORMULACE PROBLÉMU

Jedním z největších současných zdravotních problémů jsou právě nádorová onemocnění. Patří mezi druhou nejčastější příčinu úmrtí a také mezi nejvýznamnější příčiny pracovní neschopnosti a invalidity vůbec. V České republice onemocní zhoubným nádorem odhadem každý čtvrtý občan a každý pátý občan na toto onemocnění umírá. Onkologičtí pacienti netrpí pouze fyzicky, ale mají i velké psychické a sociální problémy. (3, str. 9)

Mezi nádory v oblasti krku, které jsou definovány svým uložením, řadíme: nádory kořene jazyka, nádory orofaryngu, hypofaryngu, laryngu, nádory slinných žláz či nádory v oblasti ucha. Při nádorovém onemocnění v oblasti krku často bývají postiženy funkce, které jsou mimořádně důležité pro sociální interakci, kvalitu života a přežití vůbec. Velmi častým problémem je postižení řeči v různém stupni, polykání a dýchání. (6, str. 27)

Ošetrovatelská péče o onkologicky nemocného pacienta s nádorem v oblasti krku je velmi náročná a vyžaduje mnohostrannou spolupráci, zejména ze strany rodiny a přátel. (5, str. 12) Velmi ráda bych i zdůraznila význam výživy. O tom, jaký vliv má výživa na zdraví člověka, dnes není pochyb. Proto skladba stravy v období nemoci je o to více důležitá. Kachexie patří mezi nejčastější projevy nádorového onemocnění. (4, str. 4)

U nádorového onemocnění v oblasti krku se nemocní často potýkají s poruchami polykání, dýchání i bývá často porucha řeči v různém stupni. Pro ozařování v oblasti hlavy a krku se u těchto pacientů vyskytují opakované zánětlivé procesy v oblasti dutiny ústní, projevující se četnými afty, mukositidou aj., což je pro ně dosti bolestivé a nepříjemné. Trápí je dále popálená místa v oblasti krku po opakovaných dávkách ozáření. Bývá často porušená chuť. Mívají psychické problémy. Vzhledem k těmto všem výše uvedených ošetrovatelských problémů si proto kladu otázku: „Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s nádorovým onemocněním v oblasti krku?“

## **7 CÍL**

Zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacientů s nádorovým onemocněním v oblasti krku.

### **7.1 Dílčí cíle**

1. Zmapovat nejčastější komplikace v ošetrovatelské péči.
2. Zjistit úlohu sestry při práci s pacienty s nádorovým onemocněním v oblasti krku.
3. Zjistit průběh nádorového onemocnění od prvních příznaků po diagnostikování nádoru a jeho léčení.
4. Zjistit možná rizika při samotné léčbě nádorového onemocnění v oblasti krku.
5. Vytvořit edukační materiál pro laickou veřejnost.

## **8 VZOREK RESPONDENTŮ**

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala pacienty s nádorovým onemocněním v oblasti krku. Mezi stanovená kritéria pro vhodné pacienty do mé bakalářské práce jsem zvolila stejně diagnostikované nádorové onemocnění v oblasti krku, stejné pohlaví a stejný postup léčebného řešení v oblasti výživy – zavedení PEGu. Takto zvolený výběr pacientů je za účelem vyzdvihnutí častého zdravotního problému při nádorovém onemocnění v oblasti krku, a to nemožnosti přijímání stravy per os, tedy ústy. Velmi častou nutností pro uchování normálního či přiměřeného nutričního stavu pacienta s nádorovým onemocněním v oblasti krku je právě zavedení PEGu, skrze který může pacient následně aplikovat stravu přímo do žaludku, a tak zamezit dalším problémům týkající se nedostatečné výživy.

## **9 ORGANIZACE VÝZKUMU**

Sledování pacientů proběhlo ve Fakultní nemocnici v Plzni na Onkologicko-radioterapeutické klinice, kde mi předem podepsali oba vybraní pacienti informovaný souhlas s rozhovorem s jejich anonymitou (informovaný souhlas s rozhovorem naleznete v příloze). Pacienti museli splňovat daná kritéria a také museli souhlasit s výzkumem. Pro sběr dat jsem si vybrala dva pacienty mužského pohlaví hospitalizované na ORAK-B, FN PLZEŇ-Lochotín v době od 3. 11. 2014 do 21. 11. 2014.

## 10 KAZUISTIKA Č. 1

64-letý pacient opakovaně hospitalizovaný na Onkologicko-radioterapeutickém oddělení, po pravostranné tonsilektomii pro dlaždicový nerohovějící středně diferencovaný karcinom s metastázami do lymfatických uzlin na krku oboustranně, metastázami v mediastinu a s metastázami do lymfatických uzlin pravého plicního hilu a s mnohočetnými drobnými ložisky na plicích nejasné etiologie dle PET/CT G2 T3-4N2M1 (ORL FN 19. 2. 2013), dále byl nález při dalším provedeném PET/CT ze dne 13. 3. 2013 v levé glandulae parotis 25x19 mm, v lůžku udávané tonsilektomie vpravo patrná vysoce metabolicky aktivní lokální recidiva nádorového procesu vel. 24x37x32 mm. Tumor infiltruje svaly spodiny dutiny ústní vpravo, infiltrován je patrně i kořen a hrana jazyka vpravo. Na pravé polovině krku je patrná vysoce metabolicky aktivní uzlina vel. 27 mm, dále jsou postiženy i uzliny na levé polovině krku, kde je důvodné podezření na jednu metastatickou infiltrovanou uzlinu.

Vzhledem k popsané generalizaci tumoru tonsily byla pacientovi indikována paliativní chemoterapie, která mu byla podána v těchto 5-ti cyklech: 1. série paliativní chemoterapie CPT + FU (Palatidiam + Fluorouracil) proběhla od 18. 3. - 22. 3. 2013, po níž i přes redukcii chemoterapie Cycloplatin přetrvávala u pacienta trombocytopenie (snížený počet krevních destiček), hmotnost pacienta byla 118 kg. 2. série paliativní chemoterapie byla podána 29. 4. - 3. 5. 2013 s redukovanou dávkou CisDDP a pro elevaci jaterních testů byl redukován i 5 Fluorouracil, pacientova hmotnost činila 116 kg. Pro špatně přístupný periferní žilní systém byl pacientovi zaveden žilní port (10. 5. 2013 Privamed a.s. Plzeň). 3. série paliativní chemoterapie (mírnící bolest, neodstraňující příčiny bolesti či choroby) cisDDP + FU po téměř 14-ti denním odkladu kvůli trombocytopenii, probíhala od 3. 6. - 7. 6. 2013, kdy pacient vážil 114 kg. Od 1. 7. do 5. 7. 2013 byla pacientovi podána 4. série paliativní chemoterapie, jeho hmotnost činila 112 kg. K 5. cyklu paliativní chemoterapie, která měla dvoutýdenní odklad pro trombocytopenii, byl pacient přijat k hospitalizaci na ORAK-B od 12. 8. do 16. 8. 2013, kdy při příjmu pacientova hmotnost byla 110 kg.

Proběhlé cykly paliativní chemoterapie subjektivně pacient snášel dobře, chutnalo mu jíst, váhu si prý držel, stolice a močení v pořádku, ovšem při polykání měl pacient stále pocit cizího tělesa v krku, bolesti tlumil Voltaremem. Objektivně byl pacient orientován místem i časem, bez známek klidové dušnosti, bez tachypnoe (zrychlené dýchání),

bez cyanosy (fialovo-modravé zbarvení akraálních částí těla), anikterický (bez žlutavého zbarvení sklér, kůže a sliznic), afebrilní (bez horečky), bez krvácivých projevů, statné prostaty. Kůže byla bez exanthemu (vyrážky), kožní turgor normální. Dutina ústní klidná, jazyk bez povlaku, kořen jazyka infiltrován tumorem vycházejícím z lůžka z pravé tonsily, nekrvácející, zvětšené submandibulární (pod dolní čelistí) uzliny vpravo. Plíce bez výpotku, dýchání sklípkové, čisté, pravidelná srdeční akce, bez modifikací. Játra nezvětšená, břicho bez patologické rezistence. Končetiny bez otoků a známek akutní tromboembolické nemoci.

Po propuštění z poslední hospitalizace bylo dáno pacientovi doporučení: klidový režim, nutná dostatečná hydratace, pestrá strava, dostatek vitamínů. Chronická medikace: Amlozek 5 mg 1-0-0 tbl., Voltaren 50 mg ½-0-1 tbl., Helicid 20 mg 1-0-0 tbl., při nevolnosti Degan 1 tbl. až 3x denně, Lagosa 1-0-1 tbl., Milurit 100 mg 1-0-0 tbl, Stilnox tbl. na noc při nespavosti (max 1x denně). Od té doby pacient nebyl hospitalizován, docházel na kontroly do ambulancí Onkologicko-radioterapeutické kliniky, kde podstupoval dalších 10 sérií chemoterapie Taxotere od 9/2013 do 4/2014.

Od srpna roku 2014 probíhala radioterapie. Za rok pacient zhubnul 30 kg, před onemocněním měl 120 kg při výšce 190 cm. Do srpna roku 2014 mu strava chutnala a neměl žádné problémy s jejím přijímáním, popíjel Nutridrinky. Při radioterapii došlo k významné regresi nádoru, ale přetrvávala hluboká ulcerace v místě pravé tonsily, toho času nelze rozlišitelné, zdali se jedná o postradiační (po ozařování) vřed nebo zbytek tumoru.

Od ozařování ztratil chuť a má velké bolesti při polykání. Nyní týden nic nejí, když pomyslí na Nutridrink, dělá se mu nevolno. Týden si lepí opioidní náplast Fentalis 12,5 mcg, snáší ji dobře, efekt na bolest zatím nezpozoroval. Na průlomovou bolest dostal coby opioid Lunaldin 100 mcg, po kterém cítil nevolnost a i zvracel. Nejvíce mu nyní pomáhá Voltaren Rapid 50 mg po 2 hodinách, cca 5-6 tbl. denně. Nyní přestal jíst, a proto již nepotřebuje tolik tbl. Voltarenu na bolest.

Z důvodu nutné úpravy analgetické terapie pro přetrvávající stálou tupou bolest v lůžku pravé tonsily a z důvodu výrazného snížení příjmu per os (ústí), kdy pacient pouze toleruje tekutou stravu, byl pacient přijat k hospitalizaci na ORAK-B dne 5. 11. 2014.

## 10.1 Sběr informací o pacientovi – anamnéza

**Osobní anamnéza:** Prodělal běžné dětské nemoci, dle dokumentace mu byla také diagnostikována arteriální hypertenze, která je zaléčená. Podstoupil operaci tříselné kýly v 7 letech, neměl žádné velké úrazy.

**Rodinná anamnéza:** Matka zemřela ve 48 letech na rakovinu jater, otec v 70 letech na AIM. Má 2 sourozence, kteří jsou zdraví a 2 zdravé děti.

**Sociální anamnéza:** Žije v rodinném domě s manželkou.

**Pracovní anamnéza:** Nyní je v důchodovém věku, v minulosti OSVČ, před tím pracoval 15 let v uranových dolech.

**Alergologická anamnéza:** Neudává žádné alergie.

**Abusus:** Od 18- ti let kouří 10 cigaret/den, alkohol požívá příležitostně, jiné návykové látky neužívá.

**Farmakologická anamnéza:** Amlozek 5 mg 1-0-0, Voltaren rapid tbl. podle potřeby, Stilnox tbl. na noc při potřebě, Helicid 20 mg tbl. 1-0-0, Lyrika 75 mg 1-1-0.

### Nynější onemocnění:

Z důvodu nutné úpravy analgetické terapie pro přetrvávající stálou tupou bolest v lůžku pravé tonsily a z důvodu výrazného snížení příjmu per os (úst), kdy pacient pouze toleruje tekutou stravu, byl pacient přijat k hospitalizaci.

### Lékařské diagnózy:

**C099** Stav po pravostranné tonsilektomii (odstranění krční mandle) pro dlaždicový nerohovějící středně diferencovaný karcinom s metastázami do lymfatických uzlin na krku oboustranně, metastázami do mediastina dále s metastázami do lymfatických uzlin pravého plicního hilu, v.s. drobná ložiska na plicích G2 T3-4N2M1 (ORL FN 19.2.2013) Vysoce metabolicky aktivní recidiva v lůžku po tonsilektomii dle PET/CT 3/2013.

**Z511** Paliativní CHT CisDDP + 5-FU- st. po 5 sériích (8/2013) ORAK FN Plzeň

**Z511** Paliativní CHT 2x Platidiam + FU CPT, 2x CPT + FU (3-7/2013) ORAK FN Plzeň

**Žilní port** od 10. 5. 2013 Privamed a.s. Plzeň.

**Stav po 10 sériích CHT** Taxotere 9/2013-4/2014, NC či diskrétní PD dle PET/CT z 3/2014

**Z510** Stav po paliativní radioterapii recidivy v lůžku po tonsilektomii a retromandibulární lymfadenopatie 60 Gy IMRT (7-8/2014 ORAK FN Plzeň)

**I10** Esenciální hypertenze

Operace tříselné kýly v 7 letech

Drobné korové a parenchymové cysty ledvin oboustranně

Steatosa pankreatu dle CT

## 10.2 Lékařské vyšetření

**Subjektivně:** Necítí se dobře, intermitentní píchavé bolesti v oblasti pravé poloviny krku vystřelující do ucha, užívá Voltaren, jinak si nestěžuje.

**Objektivně:**

Celkový stav: orientován místem i časem, afebrilní, anikterický, bez známek klidové dušnosti, bez cyanosy, bez krvácivých projevů, hyperstenické konstituce, chodící.

Hlava: mesocefalie, hlavové nervy orientačně bpn. Bulby ve středním postavení, pohyblivé do všech směrů, zornice isokorické, spojivky růžové.

Dutina ústní: na jazyku hnědavý povlak – kouří! Oblast hrdla nehodnotitelná.

Krk: štítná žláza nezvětšená, pravostranně na krku ztužení

Hrudník: plíce rozvinuty, dýchání čisté, sklípkové, bez vedlejších fenoménů. Srdeční akce pravidelná, ozvy 2 -ohraničené, šelest nediferencovaná.

Břicho: v úrovni niveau, měkké, volně pohmatné, nebolestivé, bez známek NPB. Játra nezvětšená, slezina nenaráží, břicho bnp, peristaltika +.

Končetiny: bez otoků a známek akutní TEN.

### 10.3 Fyzikální vyšetření

Vitální funkce:

**Krevní tlak:** 140/100 mm Hg

**Pulz:** 68'/minutu

**Dech:** 20/minutu

**Tělesná teplota:** 36,4°C

**Výška:** 189 cm

**Váha:** 88 kg

**Body mass index** = 24,6 kg/m<sup>2</sup>

**Kompenzační pomůcky:** brýle, zubní protéza

**Použité škály:**

Škála bolesti dle Melzacka: 3-4

Beckova sebesposuzovací stupnice deprese: 21 střední deprese

Barthelův test: 100 nezávislý

Dospělé nutriční skóre: 4 nutné vyšetření NT

Interference bolesti s denními aktivitami: 3

### 10.4 Základní screeningové vyšetření sestrou

- **Celkový vzhled, úprava zevnějšku, hygiena:** upravený, čistý, působí unaveně. Kůže, nehty a vlasy jsou čisté, kůže suchá, při hygieně soběstačný.
- **Dutina ústní a nos:** má umělý horní chrup, dolní vlastní, jazyk a sliznice vlhké, lehce hnědě povleklé.
- **Sliznice dutiny ústní:** afty nemá, otok mírný, foetor ex ore (zápach z úst), bez známek stomatitidy, léze na pravém boku a u kořene jazyka.
- **Stav vědomí:** při plném vědomí, plně orientovaný.

- **Sluch:** dobrý, nepoužívá žádné kompenzační pomůcky.
- **Zrak:** dobrý, s brýlemi nablízko.
- **Způsob držení těla:** fyziologické, žádné omezení v tělesné hybnosti.
- **Stisk ruky:** pevný.
- **Vstup i.v.:** má zaveden žilní port.
- **Řeč, způsob vyjadřování:** řeč lehce nesrozumitelná, klidná.
- **Chápe myšlenky a otázky (podstatu, abstraktní výrazy, konkrétní pojmy):** ano.
- **Rozsah pozornosti:** soustředěný, udržuje oční kontakt.
- **Spolupráce během rozhovoru:** velmi dobře spolupracoval.

## 10.5 Průběh hospitalizace

### *1. den*

Při příjmu pacient orientován místem, časem i osobou. Oběhově stabilní a afebrilní. Pro stálou přetrvávající tupou bolest bylo provedeno algeziologické konzilium, kde pacient uvedl tento popis bolesti:

- 1) stálá tupá bolest v lůžku pravé tonsily, bodá do ucha, VAS [viz příloha č. 7: VAS (Vizuální analogová škála)] při mlčení a nepolykání 3-5.
- 2) při polykání nebo mluvení několikasekundová vystřelující bolest z lůžka mandle do pravého ucha, VAS 5, opakuje se při každém pohybu čelistí.

**Závěr:** kombinace nociceptivní i neuropatické bolesti.

### **Doporučení:**

- 1) další titrace Fentalisu – lepit Fentalis 25 mcg na 3 dny, při dobré toleranci možno zvýšit na Fentalis 25 mcg + 12,5 mcg na 3 dny
- 2) Lunaldin 100 mcg na průlomovou bolest před jídlem nebo při jídle zkusit, až pacient bude opioid tolerantní, tj. až bude lepit nejméně Fentalis 25 mcg na 3 dny



3) léčba nechutenství – zvážit konzultaci v nutriční poradně, změnit příchuť nebo teplotu Nutridrinků, zvážit terapii kanabinoidy ke snížení nechutenství

4) snížit spotřebu Voltarenu rapid 50 mg na 3 denně

5) Rivotril 0-0-5 kapek.

Pacientovi byl zajištěn žilní vstup za pomoci napíchnutí žilního portu Huberovou jehlou. Byla mu nasazena dieta číslo 3 (racionální strava) + NTD. Stěžoval si na bolest a nepříjemné bodání v uchu. Na jazyku zaznamenán hnědavý povlak a mírný otok na pravé straně, což vedlo k indikaci k pravidelnému potírání glycerinovými štětičkami a vyplachováním úst léčivým roztokem Tamtumverde.

Objektivně je pacient celkem negativistický, ale spolupracující. Odmítá jíst, snaží se pravidelně popíjet po malých douškách tekutiny a NT doporučený sipping.

## **2. den**

Pacient bez teplot. Ranní hygienu prováděl sám, stolice nebyla, nezvracel. Ráno mu byl proveden odběr žilní krve dle ordinace lékaře. Přes den polehával na lůžku, cítil se slabý. Přetrvává nechutenství kvůli bolesti v oblasti dutiny ústní a krku. Z důvodu nedostatečné výživy je pacientovi naordinováno nutriční vyšetření, jehož důvodem je nastavení a individuální výběr stravy – plán výživy. Pacientova aktuální tělesná hmotnost činí 88 kg, při výšce 189 cm, BMI 24,6 kg/m<sup>2</sup>, BSA 2,154 m<sup>2</sup>, celkem zhubnul -30 kg za 1 rok.

### **Vyšetření:**

Aktuální stravování: nastavení výběrové diety

Nesnášenlivost potravin - alergie: 0

Metabolismus (průjem, zácpa): spíše zácpa

Problémy příjmu potravin (polykání, chrup): chrup neúplný (pouze horní zubní protéza), problémy s polykáním, bolestivé polykání.

**Závěr:** Pacient pro bolest výrazně snížil příjem per os, toleruje pouze tekutou stravu, sipping 2 ks denně. Potýká se s nechutenstvím, pociťuje změny vnímání chuti po radioterapii, obtížně polyká.

6. 11. 2014 06:55

**Bílkoviny:** S-Celk.bílkovina: 56,7 (snížená hodnota) S-Albumin: 46,7

**Doporučení:**

- 1) Dieta výběrová tekutá dle chuti a tolerance.
- 2) Sipping 3 ks denně dle per os příjmu a tolerance.
- 3) Denní výběr stravy s nutriční terapeutkou.

Pitný režim přes den dostačující. Žilní přístup je funkční a bez známek infekce. Léky byly podány dle ordinace lékaře. Nyní nově indikována s.c. (subkutánní, do podkoží) aplikace Morfia 0,01 g při potřebě v maximální dávce 3x denně. Pacientovi byla aplikována 1. s.c. injekce Morfia ve večerních hodinách pro stálou bolest. Na první pohled byl pacient klidnější, dobře spolupracoval. V tento den ho navštívila rodina. Po návštěvě bylo viditelné zlepšení nálady.

**3. den**

Pacient se stále potýká se silnou bolestí a nevolností. Příjem stravy ústy odmítá, pociťuje nechutenství. Na stolici nebyl už 2 dny. Afebrilní, s hodnotou krevního tlaku 105/70 mm Hg měřenou ráno v 8:30 hodin. Byla změněna dieta dle nutričního vyšetření na racionální výběrovou tekutou stravu označovanou V3, která se po příchodu nutriční terapeutky upravila dále na výběrovou dietu, neboť od dnešního dne bude docházet nutriční terapeutka pravidelně na oddělení, a budou společně s pacientem vybírat stravu dle jeho aktuálního stavu. Pacient se snažil vypít alespoň dva kusy sippingu za den. Je viditelná snaha i o dodržování dostatečného příjmu tekutin formou neslazeného čaje a minerální vody. Pro přetrvávající nechutenství a nevolnost byla ošetřujícím lékařem předepsána tato farmaka: Dexamed 1 amp. při potřebě po 8 hodinových intervalech a Degan 1 amp. při potřebě na pacientovo vyžádání (maximální dávka 1x denně). Ve 14 hodin došlo k další aplikaci Dexamed 1 amp. společně s 1 amp. Deganu pro neustupující nevolnost. Další amp. Deganu byla aplikována ve 22 hodin večer, neboť si pacient opět stěžoval na nevolnost. Kvůli nově zavedené aplikaci těchto léčiv, byla ošetřujícím lékařem zastavena aplikace Helicidu 20 mg 1-0-0 tbl. Přibližně 1 hodinu po aplikaci pacient udává pocit zmírnění nevolnosti.

Pacient subjektivně udává přetrvávající bolest, která po aplikaci analgetik a opiátů velmi mírně ustoupila. Nejvíce mu pomáhá Voltaren, jak sám tvrdí. Cítí se unavený, přes den pospává. Má problémy se spánkem kvůli bolesti. Na noc mu byl podán Stilnox 1 tbl. a Rivotril gtt. 5 kapek.

#### **4. - 6. den**

Pacient bez teplot, s normálními hodnotami krevního tlaku naměřenými v ranních hodinách, stolice stále nebyla, proto byl podán glycerínový čípek v jeho 4. den hospitalizace. Stolice poté byla. Pacient se stále potýká s nechutenstvím a bolestmi i přes proběhlou nově zavedenou léčbu. Dle Melzakovy škály se bolest neustále pohybuje ve stupnici 3-4 (viz příloha č. 6: Melzakova škála bolesti). V těchto dnech pociťuje zvýšenou únavu, polehává přes den. V noci by bez požití Stilnoxu a Rivotrilu neusnul, jak sám uvádí. Aplikace Morfia 0,01 g s.c. inj. proběhla 4. den hospitalizace ve v pozdích večerních hodinách, a to na vyžádání pacienta nařikajícího na intenzivní bolest.

Pacient je klidný a spolupracující. Subjektivně udává, že nepociťuje žádné velké zlepšení jeho aktuálního stavu.

Pacient normálně komunikuje, ale je na něm objektivně vidět posmutnělá, někdy až zoufalá nálada z důvodu přetrvávající a opakující se bolesti prolínající se nevolností. (Dle Beckova sebeposuzovací stupnice deprese: 18 – lehká až střední deprese), (viz příloha č. 3: Beckova sebeposuzovací stupnice deprese). Po kontaktu s rodinou pociťuje zvýšení psychické pohody.

Pacientovi bylo provedeno 5. den další PET/CT vyšetření, kde byla popsána metastáza do mozku. Po tomto zjištění byla zahájena další série paliativní radioterapie.

#### **7. - 10. den**

Pacient je stále bez teplot, ostatní fyziologické hodnoty má také v normě. Cítí se unavený a slabý. Objektivně vyzařuje smutnou a zklamanou náladu. Při komunikaci s ním ovšem nabírá jeho nálada pozitivní směr. Psychické zlepšení bývá také po každé návštěvě rodiny a příbuzných.

U pacienta je léčba rozšířena o pravidelné docházení na ozařovny za účelem paliativní radioterapie pro nově nalezenou metastázu v mozku. Všechny léky byly podány

dle ordinace lékaře. 7. den hospitalizace pacient dostává 3. dávku Morfia 0,01 g s.c. inj. v 7 hodin ráno.

Vzhledem k neprospívajícímu výživovému stavu pacienta, který se stále potýká s nevolností, intermitentní krutou bolestí vystřelující z lůžka tumoru, díky které přestal přijímat potravu a omezil i tekutiny, je pacient ošetřujícím lékařem indikován k zavedení PEGu. Jeho celková prognóza je však i tak nepříznivá. Proběhlo laboratorní vyšetření krve pro hlavní účel zjištění koagulačních parametrů (APTT, INR a trombocyty). Pacient nesměl od půlnoci nic jíst, pít ani kouřit. O výkonu byl poučen, byl s ním seznámen, podepsal Souhlas s provedením esofagogastroduodenoskopického vyšetření se zavedením PEGu.

### ***11. - 14. den***

V 11. den hospitalizace byla pacientovi zavedena PŽK a byla mu podána nutná premedikace před zavedením PEGu (profylaktická antibiotická léčba). Byl mu aplikován také Fentanyl 1 ml i.v.. Při esofagogastroduodenoskopickém vyšetření byl vyhotoven tento **nález:** intubace volně, jícen bpn, žaludek s několika drobnými petechiemi až erozemi, sliznice prosáklá, pylorus okrouhlý, v bulbu a dále do D II jen lehce oteklá sliznice bez další patologie, po označení na spodní stěnu těla žaludku zaveden PEG v LA Mesocainem bez periproceduálních komplikací. **Závěr:** Zavedený PEG. **Doporučení:** Dnes do PEG jen tekutiny, od zítra možno zahájit výživu (mixovaná nebo enterální nutriční preparáty), ATB dále již nepodávat, pravidelné převazy okolí PEG s desinfekcí (nejlépe denně), po každém použití PEG propláchnout vodou či FR (fyziologickým roztokem), neboť čaj dlouhodobě v hadičce vede k puchření a zanesení lumen. Od 3. dne po zavedení pravidelně provádět manipulace s PEGem (rotace, mírné zasunutí a vysunutí po přechodném uvolnění zevního kloboučku).

Po provedeném výkonu pacient cítil mírnou bolest v oblasti zavedeného PEGu. Okolí a rána jsou klidné. Pacientovi byl následující den vykonán převaz PEGu s názornou ukázkou a vysvětlením, jak bude provádět převaz PEGu sám. Dále byl pacient poučen a edukován o samotné aplikaci výživy do PEGu, kterou si do PEGu aplikoval sám již 2. den po výkonu. Pacient sám velmi dobře ovládá manipulaci i převaz PEGu.

Pro celkové zlepšení stavu, uspokojivé kontrolní laboratorní výsledky – výživové parametry a krevní obraz, dále pro ustupující bolest a vymizení nevolnosti, byl pacient po

dohodě s ošetřujícím lékařem propuštěn do domácí péče, ovšem pod podmínkou docházení na pravidelné kontroly do ambulancí Onkologicko-radioterapeutické kliniky. Pacientovi bylo vše potřebné podrobně vysvětleno, včetně aplikace Fentanyl náplasti, kterou musí za každé 3 dni vyměnit.

Subjektivně se pacient cítí mnohem lépe než na počátku hospitalizace, těší se domů na rodinu. Objektivně pacient vypadá spokojeně, klidně a vyrovnaně a je připraven na odchod do domácí péče.

## 10.6 Podrobná nutriční anamnéza

Důvod: Zjištění stravovacích zvyklostí pacienta a možných stravovacích problémů.

- Aktuální stravování: 0-1x denně (malá porce).
- Fyzická aktivita: minimální.
- Pitný režim: 1 l/ denně - sycené minerální vody bez příchutí, neslazené čaje.
- Alkohol: příležitostně.
- Pivo: 1x do týdne, 12° Plzeň.
- káva: rozpustná s ½ lžičkou cukru max. 3x do týdne.
- Maso: dříve 1x týdně, všechny druhy.
- Uzeniny: šunka z kýty, 2x týdně.
- Ryby: kapr, pstruh, makrela aj., 1x do měsíce.
- Vejce: 3x týdně (se slaninou, míchaná), ty má velmi rád.
- Tuky: máslo, slunečnicový olej, sádlo – miluje chleba se sádlem a cibulí.
- Pečivo: tmavý chléb, rohlíky.
- Mléko a mléčné výrobky: sýry- všechny druhy (tvrdé, tavené), miluje pudinky a Jihočeské jogurty aj., 3-4x týdně.
- Sladkosti: 2x za týden- štrúdl, domácí buchty, vše možné.

- Ovoce: jablka, pomeranče, grepy, hroznové víno má nejraději, nejlepší ve formě kompotů, 3-4x týdně.
- Zelenina: vařená- květák, brokolice, lusky, mrkev, 2-3x do týdne.
- Luštěniny: má rád, 1x do týdne, čočka, fazole, pohanka.
- Instantní pokrmy: čínské polévky 2x do týdne.
- Smažená jídla: 1x týdně řízek.
- Kouření: uvádí, že už nekouří, dříve 10 cigaret/den.
- Potravinová alergie: neudává.
- Pravidelnost stolice: stolice nepravidelná (na zácpu užívá Lactulósu).
- Vylučování moče: pravidelné časté močení (má zvětšenou prostatu)
- Problémy s polykáním: má, při polknutí cítí říznutí (nejhorší ráno, večer se to uklidní), po 15. sérii ozařování ztráta chuti a od té doby to začalo.
- Jiné problémy v GIT (gastrointestinální trakt): neudává.

## 10.7 Akceptace nemoci – otázky pro pacienta

### 1) Co jste dělal po oznámení Vaší nemoci?

*„Byl jsem v důchodu. (usmívá se) Celkem to se mnou ani nehnulo, celkem jsem to čekal.“*

### 2) Akceptoval jste ji?

*„Jako kdybych s tím počítal, říkal jsem Vám, že jsem pracoval 15 let na uranu, takže tam bylo spousty kolegů, co umřeli na rakovinu, a já jsem si říkal, to by byla náhoda, kdybych to neměl i já! (pousmál se) Je to takový sarkastický, ale no ...“*

### 3) Jaký byl průběh Vaší nemoci? (Od počátku potíží po oznámení Vaší diagnózy)

*„Přišel jsem na to náhodou. Po Vánocích mi připadalo, jako kdybych si píchl kost do krku. Akorát se mi to tedy nezdálo, protože jsem rybář. No a škrábalo mě to pořád. Týden po Vánocích jsem byl na ORL, a protože jsem v té době měl ještě 120 kg nejmiň (směje se) a nevypadal jsem zrovna, že bych měl umřít, tak jsem tu bolest zvládal bez jakýchkoliv léků a ničeho. Jenže to začalo bolet, ne nějak zvlášť tedy, protože to, co je teď, se s tím nedá srovnat. Tak jsem tam šel znovu, k obvodnímu lékaři. Doktor se konečně posadil proti mně, vzal tu lampu a poslal mě ihned na ORL kliniku. Tam provedli biopsii a poté proběhla operace té nemocné mandle, a tam jsem se opravdu dozvěděl z výsledků vzorků, že to je rakovina. A od té doby mě to trápí, ta bolest, asi od března 2013. (pacient má zklamavý smutný výraz)“*

### 4) Uzavřel jste se do sebe? Komunikoval jste normálně, jak se zdravotním personálem, tak s rodinou či přáteli?

*„Ne, vůbec. Normálně jsem komunikoval s okolím. Nebyl jsem podrážděný. V životě mě potkalo už dost nemilých těžkých věcí, tak mě tohle moc nepřekvapilo.“*

### 5) Měl někdo z Vaší rodiny nádorové onemocnění?

*„Ano, maminka. (tváří se smutně) Ta měla játra špatný. Jinak naštěstí nikdo z rodiny.“*

6) Trpěl jste bolestmi před oznámením samotné diagnózy? (Pokud ano, reagovala na běžnou analgetickou léčbu?)

*„No, začalo to tím škrábáním, pak to přešlo na bolest, která přetrvávala. Na tuto bolest účinkoval jen Voltaren. Možná ty dnešní náplasti taky pomáhají, abych si mohl bezbolestně polknout a otočit si na druhou stranu hlavou bez pocitu bolesti.“*

7) Psycholog? Docházíte k někomu? Popř. užíváte nějaké léky na psychiku tzv. Psychofarmaka?

*„Ne, nedocházím k žádnému psychologovi a ani neužívám žádné léky na psychiku.“*

8) Kdy jste se začal “ztotožňovat“ s nově diagnostikovaným onemocněním?

*„Hned. Co mi jiného zbývalo? (usmívá se)“*

9) Co jste dělal po propuštění do domácí péče?

*„Hned jsem byl na zahradě, v pohodě. (vzdechl si) Žádné problémy nebyly, žádná deprese.“*

10) Onkologická operace? Proběhla nějaká? Př. chirurgické odstranění nádoru, lymfatických uzlin apod. Jak probíhali? Byli nějaké komplikace?

*„No ta jediná, ta biopsie 3x provedená, a potom odebrání té tonsily (pousmál se), ale ne tedy celý, bohužel. Takže mi tam zůstal kus, tady (ukazuje na pravou stranu krku), a to mi zlobí do teď. Jinak nebyly žádné komplikace. Tedy jediná komplikace byla, jak mi otevřeli tu pusku při operaci, tak jsem ji 3 měsíce nemohl pořádně otevřít a cítil jsem bolest, jako kdybych dostal pěstí do čelisti. (směje se) A to mě fakt štválo. (usmál se)“*



## 10.8 Ošetrovatelský proces dle Nancy Roperové

### 1. Udržování bezpečného prostředí

Subjektivně: *Cítíte se bezpečně v prostředí, ve kterém žijete? Kde bydlíte? Bydlíte sám? Máte někoho, kdo by se o Vás mohl postarat? Chodíte pravidelně na kontroly k lékaři? Jaké bylo Vaše zaměstnání? Jaká je Vaše nejoblíbenější činnost?*

„Jo, samozřejmě se cítím bezpečně. Bydlím ve městě, ale každý den jezdím na chalupu na vesnici. Bydlím s manželkou a dvěma psy. Postará se o mě po propuštění dcera a manželka. K lékaři chodím, protože musím, oni si mě pozvou totiž. Dříve jsem pracoval na Uranu 15 let, pak jsem byl OSVČ do roku 2011. Nemám žádnou vyhraněnou nejoblíbenější činnost. Ale rád čtu, něco vyrábím na zahradě.“

Objektivně: Pacient dohází na pravidelné kontroly k lékaři, žije s manželkou, která se o něj po propuštění stará.

### 2. Komunikace s okolím

Subjektivně: *Jste ženatý/rozvedený/vdovec? Žijete ve společné domácnosti? Jste v kontaktu s rodinou? Máte rád společnost či jste rád sám? Máte nějaké problémy s komunikací? Př. Porucha zraku či sluchu?*

„Jsem ženatý. Ano, žiji ve společné domácnosti s manželkou. Ano, jsem v kontaktu s rodinou. Že bych zrovna vyhledával toho člověka, to ne. Jsem spíše introvert. S komunikací žádné problémy nemám. Nemám žádnou poruchu zraku či sluchu.“

Objektivně: Pacient je ženatý, má problémy s komunikací pro rostoucí nádor v oblasti kořene jazyka a z důvodu bolesti při polykání.

### 3. Dýchání

Subjektivně: *Jak se Vám dýchá? Pociťujete dušnost? Např. i při změně počasí? Pokud ano, máte dušnost při námaze nebo v klidu? Máte kašel? Budíte se kvůli dušnosti ze spaní? Pokud máte problémy s dýcháním, jaké na to užíváte léky? Má někdo v rodině problémy s dýcháním?*

„Dýchá se mi dobře. Dušnost nepociťuji ani při změnách počasí. Kašel nemám. Nebudím se kvůli dušnosti ze spaní. V rodině nikoho nemám, kdo by měl problémy s dýcháním a ani jsem neměl nikoho před tím.“

Objektivně: Pacient nemá kašel, nebudí se ze spaní, nepoužívá žádné léky, v rodině nikdo problémy nemá.

#### **4. Jídlo a pití**

Subjektivně: *Máte chuť k jídlu? Jíte pravidelně? Máte nějakou dietu? Trpíte nějakými potížemi při příjmu potravy? Pokud ano, jakými? Prosím, podrobný popis. Zaznamenal jste v poslední době úbytek hmotnosti? Zvracíte? Pokud ano, jak často? Kolik tekutin denně vypijete? Máte zubní protézu? Máte nějaké problémy s vlasy, kůží či nehty? Pokud ano, jaké a od kdy trvají?*

„Chuť k jídlu mám. Nejím pravidelně, teď momentálně nejím vůbec, jen to, co si dám do toho nově zavedeného PEGu. Dietu mám tekutou. Mám si aplikovat ten Nutrison minimálně v dávce 600 ml/denně. Mám potíže s polykáním, když polknu, cítím bolest, jako když by mě někdo bodnul do krku. To si ani nedovedete představit, jak to bolí. Jako když máte zánět středního ucha, ten nejhorší. Tuhle bolest mám furt, dokud nepřestanu polykat. V průběhu 14- ti dní jsem zhubnul 2 kg. Nezvracím, pouze mám závratě. Vypiji jen 500 ml/den plus to, co dostanu v infúzích. Nemám zatím žádné problémy s vlasy, kůží, jen se mi trochu třepí nehty poslední měsíc.“

Objektivně: Pacient má dietu NTS, po zavedení PEG si pravidelně aplikuje Nutrison 150 ml 5x denně., jinak nejí, vypije pouze to, co si aplikuje do PEGu + infúze (okolo 2000 ml/den), zhubnul za posl.14 dní -2 kg.

#### **5. Vylučování**

Subjektivně: *Máte nějaké problémy s vyprazdňováním? Pokud ano, jaké? Jak často chodíte na stolicí? Kdy naposledy byla stolice? Máte nějaké potíže s močením? Pokud ano, jaké? Pokud je to zaléčeno, čím? Př. operace prostaty, léky – Prostenal aj. Trpíte zácpou či průjmem? Je Váš pitný denní režim dostatečný?*

„Nemám problémy s močením, ale za to mám problémy s vyprazdňováním stolice. Zlobí mě zácpa. Poslední stolice byla před 3 dny. Můj pitný denní režim není dostatečný.“

Objektivně: Pacient byl naposledy na stolicí před 4 dny, mikce pravidelná bez potíží.

## 6. Osobní hygiena a oblékání

Subjektivně: *Jste soběstačný při vykonávání hygieny, koupání či oblékání? Potřebujete pomoc? Jak často provádíte hygienu? Trpíte nějakou alergií či ekzémy? Pokud ano, popište. Používáte bandáže?*

„Ano, jsem soběstačný ve všech zmíněných směrech. Nepotřebuji pomoci. Hygienu provádím normálně jednou denně, a potom při potřebě samozřejmě. Netrpím na žádnou alergii či ekzémy. Nepoužívám bandáže.“

Objektivně: Pacient je soběstačný, netrpí žádnou alergií či ekzémy, nepoužívá bandáže.

## 7. Kontrola tělesné teploty

Subjektivně: *Měříte si tělesnou teplotu? Ve které denní době? Na jakém místě? Jaké jsou vaše naměřené hodnoty?*

„Ne, neměřím si tělesnou teplotu. Posledně neměřenou teplotu jsem měl tuším 36,5°C.“

Objektivně: Pacient má normotermii po celou dobu hospitalizace.

## 8. Pohyb

Subjektivně: *Jste při pohybu závislý na pomoci druhé osoby? Používáte kompenzační pomůcky? Pokud ano, jaké? Dokážete sám vstát z lůžka? Máte potíže s chůzí? Pokud ano, jaké? Cvičíte s pomocí fyzioterapeutky? Pokud ano, jak často? A jak dlouho trvá cvičení?*

„Ne, nejsme závislý na pomoci druhé osoby. Nepoužívám žádné kompenzační pomůcky. Dokážu sám vstát z lůžka. Nemám potíže s chůzí. Žádná fyzioterapeutka za mnou nedochází.“

Objektivně: Pacient nepoužívá kompenzační pomůcky, dokáže sám vstát z lůžka, nemá RHC.

## 9. Práce a hry

Subjektivně: *Jak trávíte volný čas? Máte nějaké oblíbené činnosti, zvyklosti? Jaké? Máte nějaké problémy s pohybovým aparátem? Pokud ano, jaké? Popište.*

„Pracuji na zahradě. Chodím do lesa s pejskama. V létě rád plavu v rybníku. Nemám žádné problémy s pohybovým aparátem. Jak jsem zhubnul, tak mě dokonce přestaly bolet ty kotníky. Cítím se mladší.“

Objektivně: Pacient nemá problémy s pohybovým aparátem, je aktivní.

## **10. Projevy sexuality**

Subjektivně: *Kolik máte dětí a vnoučat? Máte uspokojivé sexuální vztahy?*

„Mám 2 dcery a 4 vnoučata. Asi mám normální sexuální vztahy, nevím, co vám k tomu mám víc říct.“

Objektivně: Pacient má 2 dcery a 4 vnoučata.

## **11. Spánek**

Subjektivně: *Máte nějaké problémy se spánkem? Máte nějaké problémy s usínáním? Spíte přes den? Užíváte nějaké léky na spaní? Máte bolesti, které by Vám narušovali spánek? Pokud ano, o jaké bolesti jde?*

„Skoro celý život mám problémy se spánkem. Užívám Stilnox. Mám málo spánku. Nevím, co je důvodem. Nemohu usnout, když zavřu oči, vzbudí mě všechno, pak si vezmu ten Stilnox a spím nejmíň 5-6 hodin. Není to nic návykového. Užívám ho už 6 let. Problémy s usínáním nemám, ale hned mě něco vzbudí. Přes den nespím, spíš polehávám. Nemám bolesti, které by mě budily ze spánku, když nepolykám, ani ten PEG mě nezlobí, nebolí.“

Objektivně: Pacient užívá Stilnox 1 tbl. před spaním. Tato medikace zabírá.

## **12. Umírání**

Subjektivně: *Jaký máte názor na smrt a posmrtný život? Bojíte se smrti? Máte nějakou víru? Máte zájem o konzultaci s psychologem? Či už někam docházíte nebo jste docházel?*

„No, to je věc, nad kterou jsem nějak nepřemýšlel. Prostě až to přijde, tak to tak bude. Beru to tak, že je to součástí života. Lepší by to bylo ve spánku. Myslím si, že žádný posmrtný život není nebo v něj já rozhodně nevěřím. To je nějaký výmysl, protože to už bychom se museli dávno dozvědět a lidi vykecají všechno. Smrti se nebojím, takhle, smrti se bojím asi jako každý, ale že bych si z toho dělal něco moc, to ne. No a co bude potom? Nebudu, no.“

Víru žádnou nemám, jsem tedy pokřtěný, jsem křesťan, ale jinak proto nic nedělám. Co se děje lidem, za to si mohou sami. Nemám zájem o konzultaci s psychologem.“

Objektivně: Pacient je křtěný křesťan, nemá zájem zatím o konzultaci s psychologem.

## 10.9 Ošetrovatelský plán

### Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1. **Chronická bolest** (00133) související s karcinomem tonsilly a s metastázami do lymfatických uzlin na krku oboustranně projevující se:

*Subjektivně:* Pacient verbalizuje, že má bolest a problém s polykáním.

*Objektivně:* Pacient je neklidný, má ztrhaný výraz v obličeji, nařiká, vzdychá. Dle Melzakovy škály hodnotí bolest ve stupni 3-4. Udává, že tato bolest trvá déle než 3 měsíce.

### Očekávaný výsledek:

- Pacient bude udávat zmírnění bolesti po užití analgetika.

### Ošetrovatelské intervence:

- Podávej analgetika a opiáty dle ordinace lékaře.
- Sleduj jejich účinek, prováděj záznamy o intenzitě bolesti.
- Komunikuj s pacientem o průběhu bolesti a o jejím zlepšení.
- Pozoruj verbální a neverbální projevy pacienta.
- Zklidni pacienta vhodným psychologickým přístupem.

**Hodnocení:** Pacienta trápila dlouhotrvající bolest zejména při polykání, kvůli které začal i odmítat stravu. Tato bolest nereagovala na běžnou analgetickou léčbu, pouze tedy na tbl. Voltaren, jak sám pacient udával. Vlivem nadměrného užívání Voltarenu (v domácí péči) a pro přetrvávající bolest, došlo u pacienta ke změně analgetické terapie, kdy mu byly předepsány opiátové náplasti Fentalys a také v případě i přesto přetrvávající bolesti s.c. inj. Morfia o síle 0,01 g. Až ke konci hospitalizace uváděl pacient zmírnění bolesti dle Melzakovy škály v rozmezí 1-2, což bylo naším očekávaným výsledkem.

2. **Nedostatečná výživa** (00002) vyskytující se před zavedením PEG, související s nádorovým onemocněním, nauzeou a bolestí při polykání projevující se:

*Subjektivně:* Pacient udává změněné chuťové pocity, má pocit nevolnosti, udává bolesti při polykání, díky kterým má odpor a nezájem k jídlu.

*Objektivně:* Ztráta tělesné hmotnosti, úbytek podkožního tuku a svalové hmoty, abnormální laboratorní výsledky – pokles albuminu.

**Očekávaný výsledek:**

- Pacient bude připraven na výkon zavedení PEGu.
- Pacient bude hydratován.
- U pacienta se normalizují laboratorní hodnoty.

**Ošetřovatelské intervence:**

- Sleduj celkový denní příjem pacienta.
- Posud', zda pacient chápe nutriční potřeby.
- Posud' hmotnost pacienta dle BMI. (viz příloha č. 10: BMI)
- Dohlédni na dostatečný příjem tekutin.
- Nahrazuj stravu vhodnými potravinovými doplňky – Nutridrinky, Nutricreme, Nutrison apod.

**Hodnocení:** Díky stanoveným ošetřovatelským intervencím se podařilo pacientovu hmotnost udržet na 86 kg, zmírnily se i příznaky podvýživy. Pacient byl edukován v oblasti aplikování stravy do PEGu, vše plně chápal a po názorné ukázce i sám velmi dobře ovládal. Pacient chápe nutriční potřeby pro svůj organismus. Dle posouzení BMI se pacient pohybuje v normě.

3. **Nauzea** (00134) související s bolestí při polykání projevující se:

*Subjektivně:* Pacient udává, že se mu při každém polknutí, vlivem urputné bolesti, spustí pocit akutní nevolnosti až pocitu na zvracení, někdy prý dojde i k samotnému zvracení.

*Objektivně:* Pacient je opocení, bledý, má nauzeu.

**Očekávaný výsledek:**

- Pacient nebude mít nauzeu, bude se cítit lépe, komfortněji.

**Ošetřovatelské intervence:**

- Informuj lékaře o pacientově nevolnosti.
- Aplikuj antiemetika dle ordinace lékaře.
- Nabízej vhodné tekutiny a vypej se, co má pacient rád.

**Hodnocení:** Po dodržení všech stanovených ošetřovatelských intervencí, pacient pociťoval nauzeu pouze krátce po polknutí. S postupným zabíráním další indikované analgetické léčby došlo u pacienta k vymizení pocitu nauzey.

4. **Zácpa** (00011) související se změnami v příjmu a složení potravy a změny prostředí projevující se:

*Subjektivně:* Pacient udává sníženou frekvenci vyprazdňování stolice, dále udává pocit zvýšeného tlaku v břiše.

*Objektivně:* Dle dokumentace byla u pacienta poslední stolice před 4 dny. Tento problém se už opakuje po 2. za jeho hospitalizace.

**Očekávaný výsledek:**

- Pacient se bude pravidelně vyprazdňovat.
- Pacient nebude pociťovat napětí břicha, plynatost či nadměrnou námahu při defekaci.

### **Ošetrovatelské intervence:**

- Zjisti u pacienta příčinu zácpy.
- Věnuj pozornost množství i častosti vyprazdňování stolice u pacienta.
- Podej laxantiva (projímadla) dle ordinace lékaře, poznamenej užívání projímadel, sleduj jejich účinnost.

**Hodnocení:** Díky stanoveným ošetrovatelským intervencím se podařilo zajistit pravidelnou defekaci pacienta.

**5. Porušené polykání (00103)** související s prorůstajícím karcinomem v oblasti pravé tonsily, pravé strany a kořene jazyka projevující se:

*Subjektivně:* Pacient udává pocit cizího tělesa v krku, pocit uvíznutí sousta při polykání a pocit urputné bolesti při polykání.

*Objektivně:* Opakované polykání, dlouhá doba potřebná ke konzumaci malého množství stravy, odmítání stravy, hyperextenze hlavy.

### **Očekávaný výsledek:**

- Pacient bude mít zlepšenou schopnost polykání, nebude pociťovat bolest při polykání.
- Pacient bude mít zajištěnou dostatečnou hydrataci a výživu organismu.
- Pacient nebude ubývat na váze.

### **Ošetrovatelské intervence:**

- Zhodnot' dutinu ústní – stav sliznic, chrupu a jazyka.
- Při pití použij skleničku s brčkem.
- Konzultuj s nutričním terapeutem sestavení optimálního dietního plánu.



**Hodnocení:** Pacient měl zpočátku velké potíže s polykáním, které souviseli především s krutou bolestí, kterou pacient pociťoval při každém polknutí. Dále uváděl pocit cizího tělesa v oblasti dutiny ústní (hlavně pravá strana a kořen jazyka), který mu činil taktéž problémy s polykáním. Díky využití stanovených ošetrovatelských intervencí, pacient ke konci své hospitalizace byl schopen polykat menší množství tekutin, ale pro přetrvávající nemožnost polykání, a tím i nemožnost přijímání stravy, byl pacientovi zaveden PEG, čímž se zajistila dostatečná hydratace a výživa.

6. **Únava a slabost** (00093) související s výrazným váhovým úbytkem a nádorovou bolestí projevující se:

*Subjektivně:* Pacient verbalizuje pocit únavy, nevydrží celý den bez spaní.

*Objektivně:* Pacient pospává přes den, je emocionálně labilní, zívá, má mírné kruhy pod očima.

**Očekávaný výsledek:**

- Pacient se bude cítit odpočínutý.

**Ošetrovatelské intervence:**

- Aktivizuj pacienta, aby nespál přes den.
- Vytvoř pacientovi vhodné prostředí pro odpočinek.
- Projev empatii.
- Doporuč pacientovi relaxační techniky.
- Zajisti pacientovi klidný spánek, na jeho délku a kvalitu.
- Sleduj projevy, intenzitu a délku trvání únavy a její dopad na emoční projevy pacienta.
- Podávej léky na bolest v pravidelných intervalech tak, aby pacient co nejméně pociťoval bolest.

**Hodnocení:** Po využití všech ošetrovatelských intervencí pacient pociťoval mírné zlepšení a udával, že se cítí více odpočínutý.

**7. Porucha spánku (00098)** související s bolestí a strachem ze ztráty životních jistot projevující se:

*Subjektivně:* Pacient si stěžuje, že ho vše probudí, slovně se dožaduje léků na spaní a na bolest.

*Objektivně:* Pacient je unavený, zívá přes den, pospává přes den, vypadá nevyspale, bledě, dle dokumentace v noci nespí.

**Očekávaný výsledek:**

- Pacient bude spát alespoň 6 hodiny vcelku.
- Pacient se bude cítit odpočatý.

**Ošetrovatelské intervence:**

- Zajisti pacientovi klidné prostředí ke spánku.
- Podávej pacientovi hypnotika a analgetika dle ordinace lékaře, sleduj jejich účinek.
- Sleduj délku spánku.

**Hodnocení:** Pacient se potýká s poruchou spánku už delší dobu. Po aplikování hypnotik udává lepší kvalitu spánku. Pacient spal každý den přibližně 5 hodin, ale někdy ho probudila náhlá bolest na pravé straně krku vystřelující do pravého ucha. Tento problém se prý snad vyřešil po zahájení nalepování opiátových náplastí Fentalys, neboť začal pociťovat zmírnění bolesti. Pacient se cítil v závěru hospitalizace vyspalý a vcelku odpočatý.

8. **Strach** (00148) související se ztrátou životních jistot (zaměstnání, hospitalizace, léčení atd.) projevující se:

*Subjektivně:* Pacient verbalizuje identifikaci objektů vyvolávajících strach, má zlé předtuchy a tělesné příznaky – pocit bušení srdce, nevolnost, sucho v ústech, pocit uje zvýšené napětí.

*Objektivně:* Na pacientovi je vidět zvýšené napětí a nervozita, snížená sebejistota, je bledý, má zrychlenou srdeční akci, potí se a má třes rukou.

**Očekávaný výsledek:**

- Pacient se naučí svůj strach zvládat.
- Pacient bude schopen rozpoznat objekt strachu a diskutovat o něm.
- Strach bude zmírněn pomocí konzultace s psychologem.

**Ošetřovatelské intervence:**

- Najdi zdroj pacientova strachu – zhoršení zdravotního stavu, nedostatek informací, odloučení od rodiny atd.
- Posuď stupeň strachu vnímaného pacientem.
- Sleduj tělesné projevy strachu, fyziologické funkce a chování.
- Buď pacientovi na blízku, naslouchej mu, povzbuzuj ho.
- Podávej léky dle ordinace lékaře, sleduj jejich účinek, ved' záznam.
- Zajisti konzultaci s psychologem.

**Hodnocení:** Tento ošetřovatelský problém byl vyřešen jen částečně. Pacient byl schopný o svém strachu hovořit, ovšem strachu samotného se zcela nezbavil.

9. **Zhoršená verbální komunikace** (00051) související s rostoucím nádorem v oblasti kořene jazyka projevující se:

*Subjektivně:* Pacient verbalizuje, že se mu špatně komunikuje.

*Objektivně:* Snížená mluva či výslovnost, obtíže při tvoření slov nebo vět.

**Očekávaný výsledek:**

- S pacientem najdeme jiný prostředek/způsob komunikace.
- Pacient bude prokazovat zvyšující se pochopení mluveného slova a gest.
- Pacient bude sdělovat své potřeby personálu a rodině s minimální frustrací.

**Ošetřovatelské intervence:**

- Zhodnot' schopnost pacienta mluvit.
- Povzbuzuj pacienta, aby mluvil pomalu a podle potřeby své žádosti opakoval.
- Ujisti pacienta, že frustrace a zlost jsou v jeho situaci normální a očekávané reakce.
- Povzbuzuj rodinu k častým návštěvám.

**Hodnocení:** Pacient se potýká s obtížným vyslovováním delších vět a slov. Trápí ho pocit cizího tělesa v oblasti kořene jazyka, což mu činí i nemožnost dokonalého vyslovování slov. Pro tento problém pacient pociťuje mírnou frustraci, ale díky ošetřovatelským intervencím došlo k zmírnění frustrace. Pacient se cítil jistější, když mu bylo řečeno, že je to v jeho situaci zcela normální a očekávané. Pacient se naučil mluvit v pomalejším tempu, kdy i on sám zpozoroval, že poté probíhá komunikace lépe.

## **Potencionální ošetrovatelské diagnózy**

### **1. Riziko infekce (00004) z důvodu nově zavedeného PEGu**

#### **Očekávaný výsledek:**

- Za hospitalizace nedojde k infekci v místě zavedeného PEGu.

#### **Ošetrovatelské intervence:**

- Zhodnot' možná rizika vzniku infekce u pacienta.
- Podávej pouze určenou stravu do PEGu dle ordinace lékaře.
- Zajisti veškeré potřebné pomůcky k aplikaci stravy do PEGu.

**Hodnocení:** Pacientovi bylo vše potřebné po zavedení PEGu vysvětleno, o všem byl řádně poučen. Byla mu provedena názorná ukázka, poté si to za slovních pokynů ozkusil sám. Vše pod dozorem prováděl správně, dle pokynů. Chápe důležitost zamezení a prevence vzniku infekce do okolí PEGu. Zná možné rizikové faktory ukazující na počínající zánět, byl poučen tyto změny ihned hlásit ošetřujícímu personálu. Každý den mu po výkonu zavedení PEGu bylo kontrolováno okolí místa vstupu PEG a byly mu prováděny 1x denně převazy. Vše proběhlo bez komplikací a za pomoci ošetrovatelských intervencí nedošlo k vzniku infekce.

### **2. Riziko aspirace (00039) z důvodu rostoucího nádoru v oblasti kořene jazyka a následné poruchy polykání**

#### **Očekávaný výsledek:**

- Po dobu hospitalizace nedojde u pacienta k aspiraci.

#### **Ošetrovatelské intervence:**

- Zhodnot' možná rizika aspirace u pacienta.
- Použij vhodná zahušť'ovadla jídel.
- Zajisti zvýšenou polohu pacienta během jídla.

- Nabádej pacienta k důkladnému rozmělnění stravy.
- Léky podávej dle ordinace lékaře, před aplikací řádně rozmělni, aby došlo k usnadnění spolknutí.
- Každou změnu hlas lékaři.

**Hodnocení:** Vlivem splnění stanovených ošetrovatelských intervencí nedošlo po dobu hospitalizace k aspiraci. Pacient byl poučen o rizikových faktorech vyvolávající aspiraci. Pacient nejevil známky dechové nedostatečnosti.

## 11 KAZUISTIKA Č. 2

78- letý pacient poprvé hospitalizovaný na Onkologicko-radioterapeutickém oddělení zpozoroval v létě roku 2014 pocit cizího tělesa v krku, dříve žádné obtíže neměl. Vyhledal ORL lékaře dle spádu, kde byl biopticky zjištěn karcinom tonsily vlevo. Následně byl odeslán na ORL kliniku k dalšímu vyšetření. Nález zhodnocen jako hraničně operabilní, doporučena mu byla v první době konkomitantní aktinochemoterapie (souběžná terapie ozařováním a chemoterapie). V rámci plánování radioterapie bylo pacientovi provedeno vyšetření PET/CT, kde byl nález i v oblasti mozku. Pro tento nález bylo doplněno vyšetření MR s výsledkem diagnózy olfaktorického meningeomu s kolaterálním edémem. Pacient byl přijat k zahájení konkomitantní aktinochemoterapie a k zavedení PEGu.

### 11.1 Sběr informací o pacientovi – anamnéza

**Osobní anamnéza:** Prodělal běžné dětské nemoci, dle dokumentace mu byla také diagnostikována arteriální hypertenze, která je zaléčená. Dále prodělal flebotrombózu LDK a plicní embolii c roce 2013 a také u něj byla objevena Liedenská mutace (porucha srážlivosti krve) a hypertrofie (zbytnění) prostaty. Operace: cysta v oblasti krku vlevo, úrazy nebyly žádné.

**Rodinná anamnéza:** Matka zemřela v 82 letech na masivní CMP, otec v 75 letech na AIM. Sestra zemřela v 67 letech na nádorové onemocnění mozku. Má 2 zdravé děti.

**Sociální anamnéza:** Žije v bytě s manželkou.

**Pracovní anamnéza:** Nyní je ve starobním důchodu, dříve působil jako ekonom.

**Alergologická anamnéza:** Neudává žádné alergie.

**Abusus:** Od svých 27 let nekouří, alkohol požívá příležitostně, a to pouze pivo, jiné návykové látky neužívá.

**Farmakologická anamnéza:** Xalerto tbl. 1-0-0 - nyní vysazen, Tanis tbl. 1-0-0, Hipress 1 tbl. večer, Tezeo tbl. 1-0-0.

### **Nynější onemocnění:**

V létě roku 2014 zpozoroval pocit cizího tělesa v krku, dříve žádné obtíže neměl. Vyhledal ORL lékaře dle spádu, kde byl následně biopticky zjištěn tumor tonsily vlevo. Poté pacient odeslán na ORL kliniku k vyšetření, nález zhodnocen jako hraničně operabilní, doporučena v první době konkomitantní aktinoterapie. V rámci plánování radioterapie provedeno PET/CT, kde byl zjištěn nález i v oblasti mozku. Pro tento nález pacient odeslán na MR, kde mu byl diagnostikován olfaktorický meningiom s kolaterálním edémem.

### **Lékařské diagnózy:**

**C099** Středně diferencovaný dlaždicový nerohovějící karcinom levé tonsily s metastázami do lymfatických uzlin na levé straně na krku, cT3cN2cMX

Stav po flebotromboze LDK a plicní embolii – léčen Xareltem, prokázaná Liedenská mutace

**I10** Esenciální hypertenze

Stav po operaci cysty vlevo na krku

Hypertrofie prostaty

## **11.2 Lékařské vyšetření**

**Subjektivně:** Celkově se cítí dobře, bolesti při polykání nemá, jen pocit zahlenění v krku, udává, že musí často polykat hlen. Pociťuje nauzeu, zvracení neudává. Dušnost se u něj nevyskytuje, močení a stolice jsou v normě.

### **Objektivně:**

Celkový stav: orientován místem i časem, afebrilní, anikterický, bez známek klidové dušnosti, bez cyanosy, bez krvácivých projevů, hyperstenické konstituce, chodící.

Hlava: mesocefalie, hlavové nervy orientačně bpn. Bulby ve středním postavení, pohyblivé do všech směrů, zornice isokorické, spojivky růžové.



Dutina ústní: klidná, jazyk bez povlaku, v dutině ústní nekroticky změněná levá tonsila s ulcerací, bez krvácení, patrové oblouky lehce načervenalé.

Krk: štítná žláza nezvětšená, na levé straně krku tužší pohmat kolem kývače, na pravé straně hmatná 1 zvětšená uzlina submandibulárně vpravo.

Hrudník: plíce bez výpotku, dýchání čisté, sklípkové, bez vedlejších fenoménů. Srdeční akce pravidelná jen s občasnými extrasystolami.

Břicho: v úrovni niveau, měkké, volně pohmatné, nebolestivé, bez známek NPB. Játra nezvětšená, slezina nenaráží, břicho bez patologické rezistence, peristaltika +. Tapottement bilaterálně negativní.

Končetiny: bez otoků a známek akutní TEN.

Kůže: čistá, suchá, bez exanthému (vyrážek), kožní turgor normální.

### 11.3 Fyzikální vyšetření

Vitální funkce:

**Krevní tlak:** 155/100 mm Hg

**Pulz:** 88'/minutu

**Dech:** 18/minutu

**Tělesná teplota:** 37,1°C

**Výška:** 175 cm

**Váha:** 91 kg

**Body mass index** = 29,71 kg/m<sup>2</sup>

**Kompenzační pomůcky:** brýle, zubní protéza

## Použité škály:

Škála bolesti dle Melzacka: 1-2

Beckova sebesposuzovací stupnice deprese: 24 střední deprese

Barthelův test: 100 nezávislý

Dospělé nutriční skóre: 4 – nutné vyšetření NT

Škála dle Maddona: 0

Interference bolesti s denními aktivitami: 1

## 11.4 Základní screeningové vyšetření sestrou

- **Celkový vzhled, úprava zevnějšku, hygiena:** upravený, čistý, působí unaveně. Kůže, nehty a vlasy jsou čisté, kůže hydratovaná, při hygieně soběstačný.
- **Dutina ústní a nos:** má částečnou zubní protézu, jazyk a sliznice vlhké.
- **Sliznice dutiny ústní:** afty nemá, otok mírný, foetor ex ore (zápach z úst), bez známek stomatitidy, nekroticky změněná levá tonsila s ulcerací, patrové oblouky lehce načervenalé.
- **Stav vědomí:** při plném vědomí, plně orientovaný.
- **Sluch:** dobrý, nepoužívá žádné kompenzační pomůcky.
- **Zrak:** dobrý, s brýlemi nablízko.
- **Způsob držení těla:** fyziologické, žádné omezení v tělesné hybnosti.
- **Stisk ruky:** pevný.
- **Kanyly i.v.:** má zavedenou 1 kanylu na levé ruce.
- **Řeč, způsob vyjadřování:** řeč srozumitelná, klidná, plynulá.
- **Chápe myšlenky a otázky (podstatu, abstraktní výrazy, konkrétní pojmy):** ano.
- **Rozsah pozornosti:** soustředěný, udržuje oční kontakt.
- **Spolupráce během rozhovoru:** dobře spolupracoval.

## 11.5 Průběh hospitalizace

### *1. den*

Pacient je poprvé hospitalizován na oddělení Onkologicko-radioterapeutické kliniky. V první den hospitalizace byla pacientovi provedena všechno potřebná doporučená vyšetření před samotným zahájením protinádorové léčby. Nejprve bylo provedeno vyšetření PET/CT, kde byl utvořen záznam v rozsahu hlavy, krku a hrudníku. Pacient 30 min po i.v. aplikaci kontrastní látky nejevil známky alergické reakce. Toto vyšetření mu bylo indikováno pro středně diferencovaný dlaždicový nerohovějící karcinom levé tonsily s metastázami do lymfatických uzlin vlevo, cT3cN1MX. **Nález:** Intrakraniálně frontobazálně interhemisferálně patrná kontrastní látkou sytící expanze vel. 31x32x21 mm, v PET obraze vykazuje zvýšenou proliferační aktivitu. V okolí tumoru hypodenzní lem edému. Čelní rohy postranních komor jsou rozšířeny a lehce komprimovány. V oblasti levé patrové tonsily patrný vysoce proliferálně aktivní, ulcerovaný, nevýrazně se kontrastní látkou sytící tumorózní útvar laločnatého tvaru, vel. 30x29x26 mm. Tumor se na úrovni orofaryngu ventrálně vyklenuje ke střední čáře, je přítomna infiltrace kořene a hrany jazyka vlevo. Pravá patrová tonsila nezhvětšená, vykazuje zvýšenou proliferační aktivitu – spíše aktivovaná. Na levé polovině krku jsou ve všech skupinách patrné zmnožené, akumulující uzliny vel. do 5 mm. Největší uzlina na levé polovině krku uložena v oblasti zadního trojúhelníku vel. 25x13x15 mm. Na pravé polovině krku jsou dorsálně od cévního svazku na úrovni horní jugulární skupiny patrné dvě nezhvětšené, akumulující uzliny vel. do 10x5 mm, dále jedna, akumulující uzlina uložena submandibulárně vpravo, vel. 8x5 mm. Dále jsou na pravé polovině krku patrné vícečetné, nezhvětšené uzliny vel. do 8 mm, mají protáhlý tvar. V podklíčkové krajině vpravo drobná uzlina vel. 8x5 mm. V axilách a v mediastinu bez zvětšených akumulujících uzlin. Srdeční oddíly jsou rozšířené. Bronchitis. Emfyzém plic. V dolním laloku levé plíce bula o vel. 8 mm. V pravé plíci subpleurálně nodulární ložisko vel. 3 mm, další ložisko vel. 4 mm peribronchálně centrálně v levé plíci. Adhezivní změny v obou plicích. V játrech cysta vel. 6 mm. Nevelká hiatová hernie žaludku. Jiné změny na okrajově zachycených orgánech epigastria neprokázány. **Závěr:** 1) Vysoce proliferálně aktivní tumor levé patrové tonsily s infiltrací kořene a hrany jazyka vlevo. Proliferačně aktivní uzlinové metastázy ve všech skupinách na levé polovině krku a celkem tři nezhvětšené uzliny podezřelé z metastáz na pravé polovině krku (2x dorsálně od cévního svazku na úrovni horní jugulární skupiny a 1x submandibulárně).

2) Frontálně interhemisferálně proliferačně aktivní expanze – versus olfaktorický meningiom, v okolí tumoru hypodenzní lem edému. Nález nejspíše nesouvisí s orofaryngeálním tumorem. K upřesnění nálezu doplnit vyšetření MR mozku.

Poté bylo dle doporučení doplněno vyšetření MR mozku, kde byl **nález:** Subfrontálně ve střední čáře je expanzivní proces vel. asi 30x30x15 mm s kolaterálním edémem v okolí šíře do 20 mm. Po aplikaci kontrastní látky se léze homogenně nabarvuje. Další nálezy v mezích normy. **Závěr:** Olfaktorický meningiom.

Pacientovi byla podána informace o zdravotním stavu. Údaje uvedené ve formuláři „Souhlas s poskytováním informací o zdravotním stavu“ zůstávají beze změny. Pacient vypadal objektivně zdrcený, smutný a ve tváři byla vidět určitá beznaděj z nově zjištěného aktuálního zdravotního stavu, dále byla vidět šoková reakce a usebrání se. Tento den nebyl moc hovorný, ani neměl velkou potřebu klást dotazy. Pacientovi byl ošetřující personál nablízku a dával mu najevo empatii a pomoc.

## **2. den**

Pacient měl problémy se spánkem z důvodu nově zjištěné diagnózy. Objektivně vypadal smutně, měl ztahaný výraz v obličeji, jevil známky strachu a obav, ale to ho vedlo alespoň k větší komunikaci s personálem. Kladl dotazy na následující léčbu, jak to bude probíhat, zda v nemocnici leží někdo s podobným problémem, co bývá za komplikace apod. Ráno byla naměřena TT 37,2°C, TK 150/90, P 85' a byl proveden odběr krve pro laboratorní vyšetření dle ordinace lékaře. Subjektivně pacient udával pocit strachu a obav z toho, jak to s ním bude dál. Dále pacient udával bolest v místě nádoru dle Melzakovy škály 1-2. Těšil se na příchod manželky, cítil se unavený a slabý pro téměř probdělou 1. noc hospitalizace.

Pacientovi byla odpoledne podána první dávka chemoterapie, kterou zvládal bez obtíží. Nezvracel, ani si na nic nestěžoval. Po celý den mu byly podány léky dle rozpisu a ordinace lékaře: Taniz 0,4 mg 1-0-0, Hipres 5 mg 0-0-1, Tezeo 80 mg 1-0-0, Fraxiparin 0,8 ml 0-1-0, Degan 1 amp. i.v. v případě potřeby (až 4x za den).

### *3. den*

Pacient vypadá o trochu lépe. Udává, že spal určitě 4 hodiny vcelku. Cítí se po noci celkem odpočatý. Ráno mu byly změřeny fyziologické hodnoty: TT 36,7°C, TK 145/90, P 72'. V dopoledních hodinách byl odeslán na první dávku radioterapie, které se také obával. Pro tyto obavy a strach spojený s úzkostí mu byl aplikován i.m. Dithiaden 1 amp.. Po příchodu z ozařoven bylo vidět na pacientovi mírné uklidnění, neboť už ví, jak sám prohlásil, co ho příště čeká. V odpoledních hodinách byla podána další dávka chemoterapie, která se zahájila Karboplatinou a pokračovalo se dále Fluirouracilem až do dalšího dne i přes noc. V tento den, jako i v předešlé dny, navštívila pacienta manželka, která je mu obrovskou oporou a dodává mu motivaci a sílu do života. Před i po každé její návštěvě se cítí lépe, má veselejší výraz v obličeji. Těsně před večeří si ztěžoval na nevolnost a udával, že i jednou zvracel. Pro tyto nepříznivé příznaky mu byla aplikována 1 amp. Deganu, kterou dostal znovu těsně před spaním pro opakovaný pocit nevolnosti.

### *4. - 6. den*

Dnes pacient bez teploty, s naměřenou hodnotou TK 140/85, P 80' v 8 hodin ráno. Stolice nebyla, byla až 5. den po podání rektálního čípku Suppositoria glycerini (laxantium= projímadlo). Kromě ranní nevolnosti a mírné bolesti v krku žádné potíže neudává. Byl mu proveden krevní odběr a podána 1 amp. Deganu pro nevolnost. Dle výsledků laboratorního vyšetření krve byla u pacienta zjištěna trombocitopénie (Trombocyty 89). S nevolností se potýkal ještě večer a další den ráno. Z tohoto důvodu byl Degan (1 amp.) rozepsán do pravidelných intervalů. Poté se u pacienta postupně už nevolnost nevyskytovala. V těchto dnech si začal stěžovat na bolest v krku, která stále přetrvává. Lékaři byli informováni. Léčba byla jinak tolerována. Pacient zatím ještě zvládá jíst, ale trápí ho postupně se zvyšující bolest a porušené polykání, které je způsobeno otokem kořene a levé strany jazyka. Vzhledem k nízkým hodnotám sérového Albuminu a celkové bílkoviny v krvi, pacient doporučen již 7. den své hospitalizace k výkonu zavedení PEG. Z tohoto důvodu byl pacientovi proveden krevní odběr pro hemokoagulační vyšetření, jež je před samotným zavedením PEG nutné a potřebné, především i z důvodu Leidenské mutace, se kterou se pacient potýká už několik let.

### **7. - 10. den**

Pacient bez teploty, ráno v 8 hod. naměřený TK 155/90, P 85'. Pro opakující se zácpu byl pacientovi podán další glycerínový čípek 9. den hospitalizace. Stěžoval na zvyšující se bolest v krku. Byly mu nově předepsány Algifenové kapky (30-40 kapek při bolestech s odstupem 4 hod.). Vzhledem k špatným hodnotám APTT a INR byl dle ordinace lékaře podán s.c. Fraxiparin 0,8 ml ráno a odebral se další vzorek krve pro kontrolu těchto hodnot. Zavedení PEG se tímto odložilo dle výsledků hemokoagulačních parametrů na další den.

Pro stále nevyhovující hodnoty koagulačních parametrů za aplikace s.c. Fraxiparinu 0,8 ml, byl nakonec výkon zavedení PEG přesunut na jeho 10. den hospitalizace, kdy mu byla podána dávka širokospektrých antibiotik (Amoksiklav 1,2 g) těsně před výkonem, jako profylaxe možné infekce. Výkon proběhl bez problémů a komplikací. Pacient byl odeslán se stejným doporučením jako pacient v kazuistice č. 1. Pro hraniční hodnoty CRP, mu byla raději podána další dávka širokospektrých antibiotik pár hodin po výkonu.

### **11. - 14. den**

Ráno byla pacientovi naměřena hodnota TT 37,2°C, TK 145/85, P 80'. Stolica byla. Provedl se další odběr krve pro kontrolu laboratorních hodnot, především koagulační parametry (INR, APTT a trombocyty) a hodnota CRP + krevní obraz celkově. Pro lehce zvýšené hodnoty CRP dle výsledků laboratorního vyšetření, proběhlo další podání ATB i.v. (Amoxiklav 1,2 g). Pacient si stále stěžuje na přetrvávající bolest v krku, ale po aplikaci analgetik udává její ústup. Dle rozpisu byly aplikovány další dávky chemoterapie a probíhalo po celou dobu jeho hospitalizace i ozařování v oblasti krku. Po zavedené farmakoterapii proti nauze zvracení neudával. Pacient ke konci své 1. série konkomitantní aktinochemoterapie zvládal bez větších komplikací.

Nově zavedený PEG byl po výkonu průběžně celý den kontrolován. Okolí kolem gastrostomické sondy vypadalo klidné, bez známek zánětu, infekce a krvácení. Nestěžoval na bolest v místě PEGu. Den po zavedení PEGu proběhl první převaz s edukací pacienta o převazování v domácí péči. Byla mu aplikována první dávka enterální výživy do PEG též s edukací o aplikování enterální stravy do PEG v domácí péči. Pacient spolupracoval. Zánětlivé (CRP) a koagulační (APTT, INR, trombocyty) parametry se dle kontrolních

náběrů normalizovaly a nevyžadovaly už žádnou další potřebnou léčbu. Vzhledem k zlepšení stavu a skončení 1. série konkomitatní aktinchemoterapie, vzhledem k zdárnému a nekomplikovanému zavedení PEGu, pacient propuštěn ošetřujícím lékařem do domácí péče. Bude docházet na pravidelné kontroly do ambulancí Onkologicko-radioterapeutické kliniky, kde se poté rozhodne další postup léčby.

Pacient vypadal ke konci hospitalizace mnohem lépe. V průběhu hospitalizace byla u pacienta viditelná snížená sebedůvěra a sebeúcta, kterou si bohužel v menší míře odnášel ještě i s sebou do domácí péče. V jeho obličejí byl stále vidět strach a obavy z toho, jak to s ním bude dál. Byl po celou dobu hospitalizace spíše uzavřený, introvertní, ne moc hovorný s okolím, vždy se těšil na příchod manželky, neboť je pro něj obrovskou nadějí a oporou, jak sám řekl. Byla mu doporučena zdejší psychologická poradna, kterou zatím odmítá.

Pro pacienta byla celá tato událost šoková. Snaží se s tím prý postupně vyrovnávat. Stále si klade otázku: „Proč právě já?“. Udává pocit únavy a útlumu od začátku hospitalizace. Má strach a úzkost z důvodu situační krize. Došlo u něj ke snížení hmotnosti za dobu hospitalizace o -2 kg. Udával, že od poloviny hospitalizace se potýkal s mírným nechutenstvím, změnila se mu chuť u určitých druhů pokrmů, zejména masa.

## 11.6 Podrobná nutriční anamnéza

**Důvod:** Zjištění stravovacích zvyklostí pacienta a možných stravovacích problémů.

- Aktuální stravování: 2-3x denně (malá porce).
- Fyzická aktivita: minimální.
- Pitný režim: 1,5 l/ denně - sycené minerální vody s příchutí, slazený čaj.
- Alkohol: neužívá, kromě piva.
- Pivo: Gambrinus 10° 1x do týdne.
- káva: 1 šálek rozpustní kávy s cukrem denně.
- Maso: dříve 4x týdně, všechny druhy.
- Uzeniny: 4x týdně, především měkké salámy.

- Ryby: kapr, pstruh, makrela aj., 3x do měsíce.
- Vejce: 2x týdně na všechny způsoby.
- Tuky: margaríny, sádlo, olej.
- Pečivo: tmavý chléb, rohlíky.
- Mléko a mléčné výrobky: 5x týdně, sýry- všechny druhy (tvrdé, tavené), jogurty, sladká jogurtová mléka aj.
- Sladkosti: 3x za týden, domácí buchty, tatranky, vše možné.
- Ovoce: denně, jablka, pomeranče, grepy, hroznové víno má nejraději, nejlepší ve formě kompotů, 3-4x týdně.
- Zelenina: 3-4x do týdne, nejvíce papriky, okurka, rajské.
- Luštěniny: 2x do měsíce, moc je nemusí.
- Instantní pokrmy: nejlí.
- Smažená jídla: 2x týdně.
- Kouření: nekouří.
- Potravinová alergie: neudává.
- Pravidelnost stolice: stolice spíše pravidelná, někdy obtíže.
- Vylučování moče: pravidelné časté močení (má zvětšenou prostatu).
- Problémy s polykáním: má, pocit sucha v ústech, při polknutí bolest, má neustálý pocit, že musí něco polknout, pocit nedostatečného množství slin.
- Jiné problémy v GIT: neudává.



## 11.7 Akceptace nemoci – otázky pro pacienta

### 1) Co jste dělal po oznámení Vaší nemoci?

*„Když člověk zjistí takovýto malér, tak to s ním trochu otřese, no. (vzdechne si, smutný výraz v obličejí) Nejdřív jsem si ani nemyslel, že to bude něco špatnýho. Až teprve po tom prvním vyšetření, tam mi to paní primářka jasně řekla, že je to teda rakovina, tedy nádor (tváří se zamračeně a smutně), ale přesto tedy odebrala ještě vzorek, tak jsem ještě 14 dní kochal nadějí, že to třeba nebude rakovina. (povzdechne si) A samozřejmě to otrásló i mou rodinou, že jo. (Pacient má v očích slzy a smutný výraz v obličejí) Když vás potom obklopí svojí péčí, tak to je ještě horší, protože si člověk říká: „Co jsem jim to způsobil za trápení.“ (Pacient si zhluboka povzdechl). Člověk si to na sebe vztahuje. Já jsem byl vždycky zdravý, nikdy jsem nemarodil, takže to přišlo jako na každého druhého, a já jsem se s tím potom nějak vyrovnal.“*

### 2) Akceptoval jste ji?

*„Jo, teď už je to v klidu, no. Mě jen trochu rozladilo, že jsem dva měsíce čekal, než byla zahájena léčba. Prostě nádor rostl, mohlo se to teda někdy v začátku už utlumit, no. (pacient má zklamany výraz v obličejí)“*

### 3) Jaký byl průběh Vaší nemoci? (Od počátku potíží po oznámení Vaší diagnózy)

*„No tak ty potíže ani žádný nepřicházeli. Já jsem byl pořád jako v normálu. Že jsem trošku pokašlával, nebo jsem měl pocit, že tam něco je, no tak to jsem pokašlával někdy celý život, že jo, bez nějakého vážného důvodu. Až když jsem teda cítil, že tam na jazyku něco chytám, co by tam nemělo být, tak jsem se podíval do zrcátka (povzdychl si), no a zjistil jsem, že tam něco je. A poněvadž jsem nevzdělaný v těchto věcech, tak jsem si říkal: „To bude nějaký polyp nebo něco.“ No, ale nicméně jsem šel hned na ORL a tam už se to rozběhlo, no. (pacient má smutný a zklamany výraz v obličejí se slzami v očích) To trvalo asi 14 dní, ta histologie, než to přišlo. Mezitím mi udělali sonografické vyšetření, samozřejmě CTěčko, tak to tam viděli, to všem bylo jasný, a pak když, já jsem tedy byl původně objednaný na operaci ve Varech, ale když mi řekli ty výsledky s tím, že by to tam tedy mohli udělat, ale že by možná bylo lepší, kdybych šel na nějaký vyšší ústav, tak mi vyjednali Bory. Tam pan doktor, když to prohlídnul, tak to konzultoval s nějakým dalším kolegou, tak usoudili, že bude lepší podstoupit nejprve protinádorovou léčbu, tedy radio a chemoterapii, a pak*

*provést až operaci. A já si myslím, že to tak taky bude lepší, no. Říkal, že se ten nádor zapouzdří, a že ten zákrok je poté daleko jistější. “*

**4) Uzavřel jste se do sebe? Komunikoval jste normálně, jak se zdravotním personálem, tak s rodinou či přáteli?**

*„Jo, komunikoval jsem s rodinou, jinak jsem neměl moc náladu hovořit s ostatními. Nejdřív jsem to nějak dál nešířil, co se se mnou děje. Takže to věděli jen ty nejbližší, no a teď už se to rozkecalo. Takže každý den samý smsky, aby mě to nebolelo, že na mě myslí, tak jsem je už musel sprdnout, ať to nedělají, že je jasný, že mě to asi trochu bude bolet, a tak...Tak se zklidnili.“*

**5) Měl někdo z Vaší rodiny nádorové onemocnění?**

*„Moje sestra zemřela na nádor mozku. (pacient má v očích slzy a smutný výraz v obličeji)“*

**6) Trpěl jste bolestmi před oznámením samotné diagnózy? (Pokud ano, reagovala na běžnou analgetickou léčbu?)**

*„Ne, žádná bolest nepřicházela, ale teď přichází z toho centra nádoru. “*

**7) Psycholog? Docházíte k někomu? Popř. užíváte nějaké léky na psychiku tzv. Psychofarmaka?**

*„Ne, to jsem zatím nepotřeboval.“*

**8) Kdy jste se začal “ztotožňovat“ s nově diagnostikovaným onemocněním?**

*„Jak mi to oznámili, tak jsem s tím nemohl nic udělat, že jo. To byl rozsudek, a tím pádem jsem se s tím musel smířit.“*

**9) Onkologická operace? Proběhla nějaká? Př. chirurgické odstranění nádoru, lymfatických uzlin apod. Jak probíhali? Byli nějaké komplikace?**

*„Zatím nebyla žádná onkologická operace.“*

## 11.8 Ošetrovatelský proces dle Nancy Roperové

### 1. Udržování bezpečného prostředí

Subjektivně: *Cítíte se bezpečně v prostředí, ve kterém žijete? Kde bydlíte? Bydlíte sám? Máte někoho, kdo by se o Vás mohl postarat? Chodíte pravidelně na kontroly k lékaři? Jaké bylo Vaše zaměstnání? Jaká je Vaše nejoblíbenější činnost?*

„Ano, cítím se bezpečně. Bydlím ve městě v bytě se svou manželkou. Na pravidelné preventivní prohlídky jsem moc nedocházel, když jsem neměl potíže. Jen když jsem potřeboval očkování, nebo nějaký potvrzení na řidičák, tak to jo. Pracoval jsem jako ekonom. Rád pracuji manuálně, práce všeho druhu, takový brouk pytlík, to je moje. (pousmál se)“

Objektivně: Pacient pracoval jako ekonom, nedocházel na pravidelné kontroly k lékaři, nyní dochází řádně na každou kontrolu, žije s manželkou, která se o něj po propuštění stará.

### 2. Komunikace s okolím

Subjektivně: *Jste ženatý/rozvedený/vdovec? Žijete ve společné domácnosti? Jste v kontaktu s rodinou? Máte rád společnost či jste rád sám? Máte nějaké problémy s komunikací? Př. Porucha zraku či sluchu?*

„Jsem ženatý. Ano, žiji ve společné domácnosti s manželkou. Ano, jsem v kontaktu s rodinou. Jsem introvert, nevyhledávám moc nové kontakty. S komunikací žádné problémy nemám. Nemám žádnou poruchu zraku či sluchu.“

Objektivně: Pacient je ženatý, žije ve společné domácnosti s manželkou. Po celou dobu hospitalizace nebyl příliš hovorný, nevyhledával společnost, byl převážný čas pouze na svém pokoji či s návštěvou pobýval v jídelně.

### 3. Dýchání

Subjektivně: *Jak se Vám dýchá? Pociťujete dušnost? Např. i při změně počasí? Pokud ano, máte dušnost při námaze nebo v klidu? Máte kašel? Budíte se kvůli dušnosti ze spaní? Pokud máte problémy s dýcháním, jaké na to užíváte léky? Má někdo v rodině problémy s dýcháním?*

„Dýchá se mi dobře. Dušnost nepocítuji ani při změnách počasí, pouze trochu při ozařování. Pokašlávám. Nebudím se kvůli dušnosti ze spaní. V rodině nikoho nemám, kdo by měl problémy s dýcháním a ani jsem neměl nikoho před tím.“

Objektivně: Pacient pokašlává, nebudí se ze spaní, nepoužívá žádné léky, v rodině nikdo problémy nemá.

#### **4. Jídlo a pití**

Subjektivně: *Máte chuť k jídlu? Jíte pravidelně? Máte nějakou dietu? Trpíte nějakými potížemi při příjmu potravy? Pokud ano, jakými? Prosím, podrobný popis. Zaznamenal jste v poslední době úbytek hmotnosti? Zvracíte? Pokud ano, jak často? Kolik tekutin denně vypijete? Máte zubní protézu? Máte nějaké problémy s vlasy, kůží či nehty? Pokud ano, jaké a od kdy trvají?*

„Chuť k jídlu mám, sním 2-3 porce za den, teď momentálně pocítuji mírné nechutenství, trápí mě změněná chuť nejspíš po proběhlé protinádorové léčbě. Teď se stravuji jen tím, co si dám do toho nově zavedeného PEGu. Dietu mám tekutou v podobě enterální výživy. Mám si aplikovat ten Nutrison minimálně v dávce 600 ml/denně. Pořád se potýkám s pocitem, že musím něco spolknout, trápí mne pocit sucha, nedostatečného množství slin v ústech. Od začátku hospitalizace jsem zhubnul 2 kg. Už nezvracím, pouze mívám nevolnost, pocit na zvracení, ale na ten mi zabírá Degan, který tady dostávám. Vypiji 1-1,5 l/den. Nemám zatím žádné problémy s vlasy, jen jsem teď zaznamenal začervenalou kůži na krku, která začíná pálit. To bude nejspíš po tom ozařování.“

Objektivně: Pacient má dietu NTS, po zavedení PEG si pravidelně aplikuje Nutrison 150 ml 5x denně., jinak nejí, vypije pouze to, co si aplikuje do PEGu + cca 1 lahev minerální vody za den (okolo 2000 ml/den), zhubnul za posl.14 dní -2 kg. Po ozařování má mírně zčervenalou kůži na krku, kterou ošetřujeme lokálním krémem Bepanthenem. Pacient si často stěžoval na nevolnost, zpočátku i zvracel. Po rozepsání Deganu 1 amp. se tyto problémy nevyskytovaly.

## 5. Vylučování

Subjektivně: *Máte nějaké problémy s vyprazdňováním? Pokud ano, jaké? Jak často chodíte na stolicí? Kdy naposledy byla stolice? Máte nějaké potíže s močením? Pokud ano, jaké? Pokud je to zaléčeno, čím? Př. operace prostaty, léky – Prostenal aj. Trpíte zácpou či průjmem? Je Váš pitný denní režim dostatečný?*

„Nemám problémy s močením, pouze chodím často na WC z důvodu zvětšené prostaty. Ale za to mám problémy v poslední době s vyprazdňováním stolice. Zlobí mě zácpa. Poslední stolice byla před 3 dny. Můj pitný denní režim je myslím dostatečný.“

Objektivně: Pacient byl naposledy na stolicí před 3 dny, mikce pravidelná bez potíží, léčí se pro zvětšenou prostatu (Tanis tbl.).

## 6. Osobní hygiena a oblékání

Subjektivně: *Jste soběstačný při vykonávání hygieny, koupání či oblékání? Potřebujete pomoc? Jak často provádíte hygienu? Trpíte nějakou alergií či ekzémy? Pokud ano, popis. Používáte bandáže?*

„Ano, jsem soběstačný ve všech zmíněných směrech. Nepotřebuji pomoci. Hygienu provádím normálně každý den. Netrpím na žádnou alergii či ekzémy. Nepoužívám bandáže, ale dříve jsem je používal.“

Objektivně: Pacient je soběstačný, netrpí žádnou alergií či ekzémy, nepoužívá bandáže.

## 7. Kontrola tělesné teploty

Subjektivně: *Měříte si tělesnou teplotu? Ve které denní době? Na jaké místě? Jaké jsou Vaše naměřené hodnoty?*

„Ne, pouze při potížích. Posledně neměřenou teplotu jsem měl tuším 36,8°C, ale trápila mě asi 4 dni zvýšená teplota.“

Objektivně: Pacient má nyní normotermii, po celou dobu hospitalizace se ale potýkal se zvýšenými teplotami, především 5 dní zpět.

## 8. Pohyb

Subjektivně: *Jste při pohybu závislý na pomoci druhé osoby? Používáte kompenzační pomůcky? Pokud ano, jaké? Dokážete sám vstát z lůžka? Máte potíže s chůzí? Pokud ano, jaké? Cvičíte s pomocí fyzioterapeutky? Pokud ano, jak často? A jak dlouho trvá cvičení?*

„Ne, nejsme závislý na pomoci druhé osoby. Nepoužívám žádné kompenzační pomůcky. Dokážu sám vstát z lůžka. Nemám potíže s chůzí. Žádná fyzioterapeutka za mnou nedochází.“

Objektivně: Pacient nepoužívá kompenzační pomůcky, dokáže sám vstát z lůžka, nemá RHC.

## 9. Práce a hry

Subjektivně: *Jak trávíte volný čas? Máte nějaké oblíbené činnosti, zvyklosti? Jaké? Máte nějaké problémy s pohybovým aparátem? Pokud ano, jaké? Popis.*

„Rád odpočívám. Baví mě manuální práce, běžné domácí práce a programování PC, celkové počítače. Rád chodím na procházky, jezdím na výlety s manželkou a rodinou. Nemám žádné problémy s pohybovým aparátem.“

Objektivně: Pacient nemá problémy s pohybovým aparátem, je aktivní.

## 10. Projevy sexuality

Subjektivně: *Kolik máte dětí a vnoučat? Máte uspokojivé sexuální vztahy?*

„Mám 3 dcery a 6 vnoučata. Mám normální sexuální vztahy, nevím, co vám k tomu mám víc říct.“

Objektivně: Pacient má 3 dcery a 6 vnoučata.

## 11. Spánek

Subjektivně: *Máte nějaké problémy se spánkem? Máte nějaké problémy s usínáním? Spíte přes den? Užíváte nějaké léky na spaní? Máte bolesti, které by Vám narušovali spánek? Pokud ano, o jaké bolesti jde?*

„Mám problémy se spánkem hlavně v cizím prostředí, tedy teď v nemocnici. Mám málo spánku, mám narušený domácí rytmus. Tady mám nekvalitní spánek. Ze začátku jsem nemohl usnout. Teď, když usnu, tak mě téměř vše probudí. Jsem vzhůru 5x za noc. Problémy s usínáním nemám, ale hned mě něco vzbudí. Přes den spím asi tak 1-2 hod. anebo spíš polehávám. Nemám bolesti, které by mě budily ze spánku, jen ten PEG mě mírně bolel v den jeho zavedení, teď už nebolí.“

Objektivně: Pacient neužívá žádné léky na spaní. Hypnotika zatím odpírá. Pacient je unavený, pospává přes den.

## 12. Umírání

Subjektivně: *Jaký máte názor na smrt a posmrtný život? Bojíte se smrti? Máte nějakou víru? Máte zájem o konzultaci s psychologem? Či už někam docházíte nebo jste docházel?*

„Na posmrtný život nevěřím, nebude. Smrti se obávám, ale stejně umřít musím tak, jako každý. Nemám zájem o konzultaci s psychologem.“

Objektivně: Pacient je neortodoxní křtěný křesťan, nemá zájem zatím o konzultaci s psychologem.

## 11.9 Ošetrovatelský plán

Pacient se potýkal s mnohými totožnými ošetrovatelskými problémy, stejně jako pacient v kazuistice č. 1, a to s:

- **Nauzeou** (00134) související s 1. sérií chemoterapie.

**Hodnocení:** Po dodržení všech stanovených ošetrovatelských intervencí, pacient pociťoval nauzeu pouze chvíli po další dávce chemoterapie. S postupným zabíráním další indikované antiemetické léčby došlo u pacienta k vymizení pocitu nauzey.

- **Porušeným polykáním** (00103) související s prorůstajícím karcinomem v oblasti levé tonsily, levé strany a kořene jazyka.

**Hodnocení:** Díky využití stanovených ošetrovatelských intervencí, pacient ke konci své hospitalizace byl schopen polykat menší množství tekutin, ale pro přetrvávající nemožnost polykání, a tím i nemožnost přijímání stravy, byl zaveden PEG, čímž se zajistila dostatečná hydratace a výživa pacienta.

- **Zácpou** (00011) související se změnami v příjmu a složení potravy a změny prostředí

**Hodnocení:** Díky stanoveným ošetrovatelským intervencím se podařilo zajistit pravidelnou defekaci pacienta.

- **Únavou a slabostí** (00093) související s protinádorovou léčbou.

**Hodnocení:** Po využití všech ošetrovatelských intervencí pacient pociťoval mírné zlepšení a udával, že se cítí více odpočínutý.

- **Strachem** (00148) souvisejícím se ztrátou životních jistot (zaměstnání, hospitalizace, léčení atd.)

**Hodnocení:** Tento ošetrovatelský problém byl vyřešen jen částečně. Pacient byl schopný o svém strachu hovořit, ovšem strachu samotného se zcela nezbavil.

- **Rizikem infekce** (00004) z důvodu nově zavedeného PEGu

**Hodnocení:** Za pomoci ošetrovatelských intervencí nedošlo ke vzniku infekce.



- **Rizikem aspirace** (00039) z důvodu rostoucího nádoru v oblasti kořene a levé strany jazyka a následné poruchy polykání.

**Hodnocení:** Vlivem splnění stanovených ošetrovatelských intervencí nedošlo po dobu hospitalizace k aspiraci.

### **Odlíšné aktuální ošetrovatelské diagnózy**

1. **Akutní bolest** (00132) související s karcinomem tonsilly a s metastázami do lymfatických uzlin na krku oboustranně projevující se:

*Subjektivně:* Pacient slovně vyjadřuje, že má bolest, která ho trápí nejvíce při polykání. Dle Melzakovy škály hodnotí bolest ve stupni 1-2.

*Objektivně:* Pacient je neklidný, má ztrhaný výraz v obličeji, je egocentrický, objevují se u něj autonomní reakce organismu (pocení, změny krevního tlaku, pulzu, dýchání, rozšířené zornice).

### **Očekávaný výsledek:**

- Pacient bude cítit zmírnění či alespoň úlevu od bolesti po užití analgetika.

### **Ošetrovatelské intervence:**

- Podávej analgetika dle ordinace lékaře.
- Sleduj jejich účinek, prováděj záznamy o intenzitě bolesti.
- Komunikuj s pacientem o průběhu bolesti a o jejím zlepšení.
- Pozoruj verbální a neverbální projevy pacienta.

**Hodnocení:** Pacienta trápila akutní bolest zejména při polykání pro vyrůstající útvar v dutině ústní, kvůli kterému nemohl poté normálně přijímat stravu. Tato bolest reagovala zatím na běžnou analgetickou léčbu tak, že si po ní pacient nestěžoval na žádnou bolest.

2. **Úzkost ze smrti** (00147) související s nově zjištěným nádorovým onemocněním projevující se:

*Subjektivně:* Pacient udává beznaděj, má ztrátu motivace pomoci si sám, udává pocit odloučení.

*Objektivně:* Pacient prožívá hluboký smutek.

**Očekávaný výsledek:**

- Pacient bude v dobrém psychickém stavu.

**Ošetřovatelské intervence:**

- Vytvoř vstřícný a důvěryhodný vztah.
- Aktivně naslouchej, projevuj uznání.
- Povzbuzuj pacienta k vyjádření svých pocitů (hněv, strach, smutek).
- Odpovídej na otázky a informuj podle pravdy.
- Posiluj důvěru u pacienta.
- Pomož pacientovi, aby snáze prošel procesem smutku. (Empatie, psycholog, zapojení rodiny do procesu léčby.)

**Hodnocení:** Díky stanoveným ošetřovatelským intervencím se podařilo zmírnit pacientovo úzkost ze smrti a dalších možných starostí spojených s nově zjištěným aktuálním zdravotním stavem.

3. **Situačně snížená sebeúcta** (00120) související s pocíťováním ztráty kontroly nad některými životními aspekty a ztrátou zdraví projevující se:

*Subjektivně:* Pacient se negativně sebehodnotí za jeho nynější aktuální zdravotní stav, slovně vyjadřuje negativní pocity nad sebou samotným, má výraz viny, co to způsobil svým nejbližším.

*Objektivně:* Pacient má sebenegující slovní vyjádření.

**Očekávaný výsledek:**

- Pacient se účastní léčebného režimu a aktivit vedoucích k úpravě faktorů vyvolávajících jeho nynější krizi.
- Pacient si osvojí způsob chování obnovující pozitivní sebeúctu.

**Ošetrovatelské intervence:**

- Ved' pacienta k účasti na léčbě nebo v podpůrných skupinách.
- Poskytni pacientovi informace, které potřebuje k uskutečnění žádoucích změn.
- Naslouchej aktivně pacientovým obavám a negativním vyjádřením.
- Posiluj pozitivní pohled pacienta na sebe sama.
- Dej pacientovi najevo, že věříš v jeho schopnost zvládnout nynější náročnou situaci.
- Buď pacientovi oporou.

**Hodnocení:** Díky stanoveným ošetrovatelským intervencím se alespoň částečně podařilo zajistit zvýšení pacientovo snížené sebeúcty.

## 12 EDUKACE PACIENTA O PŘEVAZU PEG

### Edukační ošetřovatelské diagnózy:

00161 Ochota doplnit deficitní vědomosti v oblasti převazování PEGu

00158 Ochota zlepšit zvládání zátěže

### Edukační cíle:

Kognitivní oblast: Pacient bude chápat poskytnuté informace a rozumět jim.

Psychomotorická oblast: Pacient bude správně provádět převaz, manipulaci s PEG sondou a správně bude hodnotit okolí místa zavedení.

Afektivní oblast: Pacient bude chápat nutnost manipulace s PEG sondou pro vytvoření gastrokutánního kanálu.

### Edukační intervence:

- Informuj o technice převazu a o manipulaci (otáčení, zanořování) s gastrostomickou sondou.
- Umyj si řádně ruce mýdlem a teplou vodou, navleč si osobní ochranné pomůcky (př. rukavice).
- Zkontroluj, očisti a omyj místo vpichu a obě strany zevního disku.
- V prvních dnech, nebo v případě komplikací, místo vpichu odezifikuj a zevní disk vypoďlož nastříženým mulovým čtvercem.
- Informuj o správné technice podávání stravy do sondy.
- Pouč o nutnosti omytí rukou teplou vodou a mýdlem před a po převazu.
- Připrav si pomůcky.
- Vyzvi pacienta, aby zaujmul vhodnou polohu – nejlépe vsedě nebo polosedě.

(26)

## 12.1 Edukační plán – Převaz PEGu

<b>Účel</b>	Poskytnout pacientovi informace, které se týkají pečování o PEG v domácích podmínkách.			
<b>Cíl</b>	Pacient vyjmenuje způsoby, které vedou ke správnému ošetřování PEGu do 15 minut.			
<b>Pomůcky</b>	<b>Výukové metody</b>			
Brožurka	Teoreticko-praktická diskuze			
<b>Druh cíle</b>	<b>Specifické cíle</b>	<b>Hlavní body plánu</b>	<b>Časová dotace</b>	<b>Hodnocení</b>
<b>Afektivní</b>	Pacient vyjádří obavy z toho, že nezvládne správně ošetřit PEG.	Pacientovi vysvětlím, že nemusí mít žádné obavy, že mu vše názorně ukáži.	1 minut	Pacientovo obavy se zmírnily.
<b>Psycho-motorické</b>	Pacient předvede samotné ošetření PEGu + manipulaci s ním (otočení, povytažení)	Pacientovi provedu před jeho zraky názorně samotné ošetření PEGu a manipulaci s gastrostomickou sondou.	7 minut	Pacient si zvládl provést sám ošetření PEG a dobře ovládá i manipulaci s gastrostomickou sondou.
<b>Kognitivní</b>	Pacient vyjmenuje postup při ošetření PEGu a následné manipulace s gastrostomickou sondou.	Pacientovi popíši postup při převazu a manipulaci gastrostomické sondy.	2 minut	Pacient vyjmenoval postup při ošetření PEGu a následné manipulaci s gastrostomickou sondou.
<b>Kognitivní</b>	Pacient vyjmenuje pomůcky k ošetření PEGu.	Pacientovi ukáži pomůcky, které jsou za potřebí k ošetření PEGu.	2 minut	Pacient vyjmenoval potřebné pomůcky k ošetření PEGu.
<b>Kognitivní</b>	Pacient vyjmenuje komplikace, které mohou nastat při nešetrném ošetřování PEGu.	Pacientovi vyjmenuji a popíši komplikace, které hrozí při nešetrném ošetřování PEGu.	3 minut	Pacient vyjmenoval 3 komplikace, týkající se nešetrného ošetřování PEGu.

## 13 EDUKACE PACIENTA O PODÁVÁNÍ STRAVY DO PEG

### Edukační ošetřovatelské diagnózy:

00161 Ochota doplnit deficitní vědomosti v oblasti výživy do PEG

00162 Ochota ke zlepšení léčebného režimu

00163 Ochota ke zlepšení výživy

00158 Ochota zlepšit zvládání zátěže

### Edukační cíle:

Kognitivní oblast: Pacient bude chápat poskytnuté informace a bude jim rozumět.

Psychomotorická oblast: Pacient si bude správnou technikou aplikovat enterální výživu do sondy.

Afektivní oblast: Pacient bude dodržovat časové intervaly podávání stravy do sondy. Pacient bude dodržovat správnou techniku aplikace stravy do sondy. Pacient bude používat vhodné přípravky do sondy.

### Edukační intervence:

- Informuj pacienta o vhodné stravě do sondy. (Správný poměr živin – tuky, cukry, bílkoviny, vláknina, vitamíny, minerální látky a stopové prvky)
- Pouč pacienta o vhodné konzistenci stravy. Stravy by neměla být:
  - a) kontaminovaná (bakterie, plísně)
  - b) mixovaná (hrozí riziko kontaminace)
- Pouč pacienta o vhodných přípravky enterální výživy.
- Informuj pacienta o pomůckách nutných k podávání stravy do sondy, kterými jsou: Janettova stříkačka, naordinovaný přípravek enterální výživy a převařená voda nebo neperlivá minerální voda. (26)

- Informuj pacienta o správné technice podávání stravy do sondy v těchto krocích:
  - 1) Umýt ruce teplou vodou a mýdlem.
  - 2) Připravit si pomůcky.
  - 3) Zaujmout vhodnou polohu – nejlépe vsedě nebo polosedě, čímž dojde k zamezení či alespoň ke snížení rizika regurgitace ze žaludku (návrat podané stravy do hltanu a úst).
  - 4) Otevřít set.
  - 5) Provést Janettovou stříkačkou odtah ze žaludku a zkontrolovat obsahu žaludku. Pokud odsajete velkého množství předchozí dávky enterální výživy, pokud došlo k pocitu plnosti nebo k vytékání stravy sondou po otevření setu, dávku další stravy nepodávejte, při přetrvávání obtíží informujte lékaře.
  - 6) Odtáhnutý obsah vstříknout zpět do žaludku a podat novou dávku.
  - 7) Propláchnout gastrostomickou sondu převařenou vodou či čajem.
  - 8) Zavřít set a alespoň 30-60 min být v polosedě, nelehat si. (26)
- Vysvětlí pacientovi nevhodnost použití kyselých roztoků (ovocné šťávy, limonády, minerálky) k proplachu gastrostomické sondy – mohlo by dojít k sražení výživy nebo ucpaní sondy.
- Informuj o možnosti podávání léků přímo do PEGu – sirupy, kapky, drcené tablety.
- Pouč, že je nutné po podání léků vždy provést proplach gastrostomické sondy.
- Pouč pacienta o nutnosti řádného omytí Janettovy stříkačky proudem horké vody po podání výživy a o nutnosti po poslední večerní dávce rozloženou Janettovu stříkačku vyvařit v pitné vodě. (26)

- Informuj pacienta o komplikacích enterální výživy:
- a) *Průjmy* – způsobené rychlým podáním dávky, velkou bolusovou dávkou, příliš krátkou časovou pauzou mezi dávkami, poruchou střevní mikroflóry (např. po či při užívání ATB) či netolerancí samotného enterálního přípravku. (26)
  - b) *Zácpa* – zapříčiněná nedostatkem tekutin, nevhodně zvoleným enterální přípravkem, nedostatkem pohybu, nežádoucí vedlejší účinek některých léčiv. (26)
  - c) *Aspirace* (vdechnutí) výživy – důležité je zajistit pokaždé vhodnou polohu při aplikaci dávky enterální výživy, aby nedošlo k jejímu návratu do hltanu a úst (regurgitace výživy). (26)



### 13.1 Edukační plán – Aplikace stravy do PEG

<b>Účel</b>	Poskytnout pacientovi informace, které se týkají aplikace výživy do PEG v domácích podmínkách.			
<b>Cíl</b>	Pacient vyjmenuje způsoby, které vedou ke správnému aplikování výživy do PEGu do 20 minut.			
<b>Pomůcky</b>	<b>Výukové metody</b>			
Brožurka	Teoreticko-praktická diskuze			
<b>Druh cíle</b>	<b>Specifické cíle</b>	<b>Hlavní body plánu</b>	<b>Časová dotace</b>	<b>Hodnocení</b>
<b>Afektivní</b>	Pacient vyjádří obavy z toho, že nezvládne správně aplikovat stravu do PEG.	Pacientovi vysvětlím, že nemusí mít žádné obavy, že mu vše názorně ukáži.	2 minut	Pacientovy obavy se zmírnily.
<b>Psycho-motorické</b>	Pacient předvede samotnou aplikaci do PEGu + manipulaci s ním.	Pacientovi provedu před jeho zraky názornou ukázkou aplikování stravy do PEGu, včetně manipulace s gastrostomickou sondou.	8 minut	Pacient si zvládl sám aplikovat stravu do PEG a dobře ovládá i manipulaci s gastrostomickou sondou.
<b>Kognitivní</b>	Pacient vyjmenuje postup při aplikování stravy do PEGu a následné manipulace s gastrostomickou sondou.	Pacientovi popíši postup při aplikování stravy do PEGu a i při manipulaci s gastrostomickou sondou.	3 minut	Pacient vyjmenoval postup při aplikování stravy do PEGu a následně popsal i postup, jak manipulovat s gastrostomickou sondou.
<b>Kognitivní</b>	Pacient vyjmenuje pomůcky k aplikování stravy do PEGu.	Pacientovi ukáži pomůcky, které jsou za potřebí k aplikování stravy do PEGu.	2 minut	Pacient vyjmenoval potřebné pomůcky k aplikování stravy do PEGu.
<b>Kognitivní</b>	Pacient vyjmenuje komplikace, které mohou nastat při nesprávném aplikování enterální stravy do PEGu.	Pacientovi vyjmenuji a popíši komplikace, které hrozí při nesprávném aplikování enterální stravy do PEGu.	5 minut	Pacient vyjmenoval 3 komplikace, týkající se nesprávného aplikování enterální stravy do PEGu.

## DISKUZE

Téma bakalářské práce je „Ošetrovatelská péče o nemocné s nádorem v oblasti krku“. Toto téma bylo vybráno proto, že se v poslední době zvyšuje jeho výskyt. Dalším důvodem bylo se blíže seznámit s touto problematikou, a to především s ošetrovatelskou péčí, která vyžaduje mnohostrannou spolupráci ze strany pacienta, ale i jeho rodiny.

U pacientů s nádory krčních mandlí (tonsil) se může opatrně pohmatem odhalit krční lymfadenopatie (zvětšení uzlin), dále se vyskytují příznaky jako je bolest v krku, bolest v oblasti ucha, pocit cizího tělesa v krku, a také může dojít i ke krvácení z těchto prostor. Únava a ztráta tělesné hmotnosti nejsou neobvyklými příznaky. Nádory tohoto typu obklopují často v pokročilých stádiích „krční plášť“, čili četné lymfatické uzliny po obou stranách krku, dále často metastazují do mozku, mediastina (mezihrudí) a plic. Pokud roste nádor pod povrchem, lékař nevidí nic podezřelého, kromě zvětšené uzliny, jejího otoku a ztužení. Léčba může vést k bolesti, únavě, infekci, špatnému hojení ran, poruchám řeči, vzniku píštěle a k potenciálnímu znetvoření po resektivních operacích.

(21)

Cílem bakalářské práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacientů s nádorovým onemocněním v oblasti krku. Praktická část byla utvořena formou kvalitativního výzkumu. Pro tento výzkum byli vybráni dva pacienti, kteří museli splňovat daná kritéria. Mezi stanovená kritéria pro vhodné pacienty do bakalářské práce, bylo zvoleno stejně diagnostikované nádorové onemocnění v oblasti krku, stejné pohlaví a stejný postup léčebného řešení v oblasti výživy - zavedení PEGu. Na základě těchto stanovených kritérií byli pro výzkum zvoleni muži ve věku 64 let a 78 let. U obou pacientů byl diagnostikován C099 Středně diferencovaný dlaždicový karcinom tonsily s metastázami do strany a kořene jazyka, do lymfatických uzlin na krku, do plic a mozku.

Výše stanovená kritéria byla splněna, a po podepsání informovaného souhlasu s rozhovorem s jejich anonymitou s pacienty, bylo provedeno výzkumné kvalitativní šetření. Oba pacienti byli hospitalizováni v období od 3. 11. 2014 do 21. 11. 2014 ve Fakultní nemocnici v Plzni na Lochotíně na Onkologicko-radioterapeutické klinice na oddělení ORAK-B. Zde byl těmto pacientům stanoven stejný léčebný postup, a to zavedení PEGu při léčbě chemoterapie a radioterapie. Informace pro kvalitativní výzkum byly získávány z dokumentace a polo-strukturovaným rozhovorem s oběma pacienty, přičemž byl použit formulář pro nutriční vyšetření, tzv. nutriční screening, aby byla

zjištěna aktuálnost výživového stavu obou pacientů. Zhodnoceny byly také další oblasti týkající se zdraví pacientů za pomoci využití těchto škál: Beckova sebeposuzovací stupnice deprese, Dospělé nutriční skóre, Interference bolesti s denními aktivitami, Melzackova škála bolesti, Barthelův test všedních činností, hodnocení troboflebitis dle Maddona. Každé setkání s pacienty trvalo okolo 30 minut.

Při prvním setkání s pacienty proběhl rozhovor, kde byly využity otázky zaměřené dle ošetřovatelského modelu Nancy Roperové na 12 životních aktivit odrážejících lidské potřeby. Tento model byl vybrán proto, že spojuje poznatky psychologie, fyziologie a ošetřovatelství. Po zhodnocení tohoto modelu byl vytvořen ošetřovatelský plán se stanovenými ošetřovatelskými problémy u obou hospitalizovaných pacientů. Dále byly kladeny otázky na akceptaci nemoci. Ke všem otázkám se oba nemocní pacienti vyjádřili zcela otevřeně, neměli s žádným dotazem problém. Pacient č. 1 dle rodinné anamnézy udával úmrtí své matky ve 48 letech právě na nádorové onemocnění jater. Jeho pracovní anamnéza je též podstatná, neboť uvedl, že pracoval 15 let v uranových dolech. U abúsu se otevřeně přiznal k nikotinismu, kde uvádí 10 cigaret denně od jeho 18- ti let.

Myslím si, že u tohoto pacienta č. 1, měla velký význam při tvorbě jeho nádorového onemocnění právě genetická predispozice, dlouholetý pobyt v uranových dolech a těžká závislost na cigaretovém kouři od mladistvého věku. Dle zhodnocení ošetřovatelského modelu, bylo zjištěno několik ošetřovatelských problémů, které se často shodují, s uváděnými problémy v odborné literatuře. Mohu tak otevřeně s klidem říci, že se mi podařilo tyto problémy efektivně vyhledat a posléze s nimi pracovat.

Pacienta č. 1 trápila dlouhotrvající chronická bolest, která souvisela s karcinomem tonsilly a s metastázami do lymfatických uzlin na krku oboustranně. Tato bolest ho zužovala natolik, že mu někdy i bránila v konání všedních činností. Negativní změny byly vidět i na jeho psychickém stavu. V závěru jeho hospitalizace se podařilo za využití nové analgetické léčby a stanovených ošetřovatelských intervencí, dojít k cíli, a tak alespoň zmírnit jeho bolest dle Melzakovy škály v rozmezí od 1-2, kdy vypadal pacient č. 1 rozhodně spokojenější. Dále se pacient č. 1 potýkal s nedostatečnou výživou před samotným zavedením PEGu. Po pravidelném dávkování stravy do PEGu, pacient udával, že se cítí lépe a nepocítuje už tolik únavu. Mezi další ošetřovatelské problémy, které pacienta č. 1 trápily, patřila: akutní nauzea při polknutí pro náhlou vystřelující tupou bolest. Tento problém byl opět logicky za pomoci zmírnění bolesti a využití stanovených

ošetřovatelských intervencí. Pacient č. 1 byl celkově unavený a slabý. Jeho váhovým úbytkem bylo 30 kilo, které shodil před naleznutím samotného problému, po nynější léčbu. Porušené polykání a porucha řeči související s prorůstajícím karcinomem v oblasti pravé tonsily, pravé strany a kořene jazyka, byli u pacienta č. 1 velmi výrazné. I přesto jsem se snažila dát pacientovi najevo, že tento průběh není v pokročilém stádiu tohoto onemocnění žádnou zvláštností.

Myslím si, že i to posunulo pacienta č. 1 k lepší komunikaci se zdravotnickým personálem a ostatními pacienty, neboť dle mého názoru začal hledět na tento problém jiným úhlem pohledu. Pacienta č. 1 zužovala také už roky porucha spánku, která nyní souvisela s bolestí a strachem ze ztráty životních jistot, jak sám uvedl.

Mohu snad v tomto případě dle svého názoru říci, že možná i samotné dlouhodobé postupné vyčerpávání organismu, za neposkytnutí mu dostatečného relaxu a spánku, tělo mohlo zareagovat i zvratem v buněčném dělení, kdy se tento zvrát (tvoření odlišných, nádorových buněk) postupně vymykal kontrole jeho organismu.

Všechny zmíněné ošetřovatelské problémy se podařilo zmírnit či úplně odstranit za pomoci využití stanovených ošetřovatelských intervencí. Mezi potencionální ošetřovatelské problémy, které byly u pacienta č. 1 i u pacienta č. 2 stejné, byly zařazeny: riziko infekce z důvodu nově zavedeného PEGu a riziko aspirace z důvodu rostoucího nádoru v oblasti kořene jazyka a následné poruchy polykání. Za pomoci stanovených ošetřovatelských intervencí, nedošlo u obou pacientů ke vzniku infekce ani nedošlo po dobu hospitalizace obou k aspiraci.

Oproti pacientovi č. 1, byl pacient č. 2 prvně hospitalizován na Onkologicko-radioterapeutickém oddělení. O aktuálním zdravotním stavu byl prvně informován onkologem na ORAK ve Fakultní nemocnici v Plzni na Lochotíně. U pacienta č. 2 byla významná rodinná anamnéza, stejně jako u pacienta č. 2, kde uvedl úmrtí své sestry v 67 letech na nádorové onemocnění mozku. Dle abúsu je pacient exkuřákem od svých 27 let. Pacient č. 2 byl z počátku hospitalizace velmi smutný, pociťoval velký strach a úzkost ze smrti. Měl obavy, jak to bude dál s jeho zdravotním stavem a s jeho osobním životem vůbec. Pacienta č. 2 se po zhodnocení ošetřovatelského modelu potýkal s mnohými totožnými ošetřovatelskými problémy, stejně jako pacient č. 1. Od samého začátku hospitalizace se potýkal s nauzeou, která poté souvisela především s 1. sérií chemoterapie. Za pomoci dodržení stanovených ošetřovatelských intervencí a indikované

antiemetické léčby, jsme se s tímto problémem, stejně jako u pacienta č. 2, naučili pracovat a postupně došlo k vymizení pocitu na zvracení (nauzey). U pacienta č. 2 došlo v průběhu hospitalizace, nejspíš vlivem první série konkomitantní aktinochemoterapie, k otoku krční madle, kořene a levé strany jazyka, což činilo nemocnému problém s polykáním. Pacient č. 2 byl unavený a slabý, což můžeme, dle mého názoru, přiklánět k samotné první protinádorové léčbě, která bývá pro nově onkologicky nemocné často náročná, jak z psychického, tak i s fyzického hlediska. Tento pacient vyzařoval velký strach, který ho zužoval, v jeho očích byla přímo vidět otázka: „Proč právě já?“. Je všeobecně známo, že tento velký strach pacientů souvisí především se ztrátou životních jistot (zaměstnání, hospitalizace, léčení atd.). Na rozdíl od pacienta č. 1, pacienta č. 2 trápila akutní bolest související s nově nalezeným karcinomem tonsilly a s metastázami do lymfatických uzlin na krku oboustranně. Tato bolest zatím reagovala na běžnou analgetickou léčbu, oproti pacientovi č. 1. U pacienta č. 2, kde došlo ke sdělení nově zjištěné onkologické diagnózy, se v prvních dne objevila i úzkost ze smrti.

Myslím si, že je tato reakce pacienta celkem přirozená, neboť dle mého názoru a přesvědčení, se každý z nás bude bát o svůj život, jestliže mu bude sdělena lékařem nově zjištěná závažná nemoc ohrožující jeho život.

Oba pacienty trápila nepravidelná stolice, čili zácpa, která dle dokumentace souvisela hlavně se změnami v příjmu a složení potravy, a také se změnou prostředí, jak mi uvedli sami pacienti. Po dodržení všech ošetrovatelských intervencí byla obnovena pravidelná defekace u obou pacientů. Pacient č. 2 mi mimo jiné potvrdil to, co se již píše v mnohých literárních dílech o fázích přijímání a prožívání závažného onemocnění, kdy byla u pacienta č. 2 jasně vidět snížená sebeúcta. Z jeho odpovědí na kladené otázky bylo zřejmé, že si našel terč viny tohoto celého nešťastného problému, a to sám sebe. Na můj dotaz: „Co jste dělal po oznámení Vaší nemoci?“, pacient č. 2 odpověděl: „...A samozřejmě to otrásl i mou rodinou, že jo. (měl slzy v očích a smutný výraz v obličeji) Když Vás potom obklopí svojí péčí, tak to je ještě horší, protože si člověk říká: „Co jsem jim to způsobil za trápení?“ (zhluboka si povzdechl) Člověk si to na sebe vztahuje...“

Myslím si, že každý pacient po nově zjištěné závažné onkologické diagnóze, pociťuje ztrátu kontroly nad některými svými životními aspekty, a to především ztrátu zdraví, které je poté u těchto osob v hierarchickém žebříčku potřeb života na prvním místě,

bez ohledu na to, jak byl sestaven předním. Při několika rozhovorech s onkologicky nemocnými pacienty, mi bylo řečeno, že se mnohým úplně změnil celý život a začali na něj hledět úplně jinými očima a úplně ho jinak vnímat.

Na druhém setkání, za pomoci nutričního formuláře, byl proveden nutriční screenig, kde jsem se pokusila zjistit aktuální nutriční stav pacientů, jejich stravovací zvyklosti, aktuální stravovací problémy apod., a poté byly vyhodnoceny všechny zmíněné škály. Pacient č. 1 uváděl tyto významné informace při nutričním screeningu: v poslední době se stravoval maximálně 1x denně, někdy ani to ne, vypil přibližně 1 litr tekutin za den, instantní pokrmy se u něj vyskytovaly 2x do týdne a smažená jídla 1x do týdne. Ovoce měl v jídelníčku 3-4x týdně a zeleninu 2-3x týdně. Dále uváděl problémy s polykáním a občasnou nepravidelnou stolicí, na kterou užívá v případě potřeby Lactulózu. Pacient č. 2 udával, že se stravuje 2-3x denně formou malých porcí, vypije za den cca 1,5 litru tekutin, uzeniny se u něj objevují na jídelníčku až 4x týdně, maso dříve jedl 4x týdně, smažená jídla má na svém jídelníčku 2x do týdne. Pacient č. 1, stejně jako pacient č. 2, netrpí žádnou potravinovou alergií. Pacient č. 2, se potýká stejně jako pacient č. 1, s občasnou nepravidelnou stolicí a poruchou polykání z důvodu rostoucího nádoru v oblasti kořene a strany jazyka.

Po vyhodnocení všech zmíněných škál, vyšla u pacienta č. 1 škála bolesti dle Melzaka mezi 3-4, a u pacienta č. 2 byla vyhodnocena mezi 1-2, kde na konci hospitalizace byla tato škála vyhodnocena u pacienta č. 1 mezi 1-2 a u pacienta č. 2 mezi 0-1. Dále byla vyhodnocena Beckova sebesposuzovací stupnice deprese, kde u obou pacientů vyšla střední deprese. Dle výsledků Barthelova testu jsou oba pacienti nezávislí. Dle Dospělého nutričního skóre vyšlo oběma pacientům nutné vyšetření nutričním terapeutem. U pacienta č. 2 byla vyhodnocena škála tromboflebitis dle Maddona s výsledkem 0 (bez známek infekce) po celou dobu hospitalizace. Poslední byla použita škála na interferenci bolesti s denními aktivitami, kde u pacienta č. 1 vyšla 3 na začátku jeho hospitalizace a u pacienta č. 2 vyšla 1. Na konci hospitalizace byla znovu zhodnocena tato škála s těmito výsledky: u pacienta č. 1 vyšla 2 a u pacienta č. 2 vyšla 0.

Třetí setkání s pacienty bylo po zavedení PEGu, a poslední setkání proběhlo při jejich propuštění, kde byla celkově zhodnocena všechna data o pacientech, zejména v zájmu jejich uspokojených či neuspokojených potřeb dle vyhodnocení ošetřovatelského procesu za pomoci použitého ošetřovatelského modelu Nancy Roper. Při třetím setkání

byli pacienti edukováni o správném postupu převazování rány po zavedeném PEGu a dále proběhla u obou pacientů edukace o aplikování výživy do PEGu. Oba pacienti velmi dobře spolupracovali. Po názorné ukázce a poskytnutých ucelených informací, oba pacienti sami dobře zvládali převaz rány v okolí PEGu i samotnou aplikaci stravy do PEGu, a byli tak připraveni na domácí ošetřování.

Dle mého názoru byly splněny stanovené cíle pro tuto bakalářskou práci. Snad tyto dvě mnou vypracované podrobné kazuistiky pacientů, lze považovat za přímou ukázkou specifik ošetrovatelské péče o nemocné s nádorem v oblasti krku. Podařilo se také shrnout a poukázat na nejčastější ošetrovatelské problémy, se kterými se potýkají nemocní pacienti s nádorovým onemocněním v oblasti krku, konkrétně s tonzilárním karcinomem infiltrujícím do strany a kořene jazyka. Dále byly stanoveny intervence pro možné řešení těchto problémů. V neposlední řadě byly vytvořeny dva edukační plány vztahující se na ošetření rány po zavedení PEGu a aplikaci stravy do PEGu.

Při výzkumném šetření jsem zjistila, že je skutečně ošetrovatelská péče o nemocné s nádorem v oblasti krku náročná, a vyžaduje mnohostrannou spolupráci ze strany pacienta, ale i jeho rodiny. Dále jsem zpozorovala, jakou nutností je právě empatie, opora a podpora ze strany zdravotnického personálu, ale také samozřejmě především ze strany rodiny pacienta. Každá návštěva manželky, v případě pacienta č. 1 i pacienta č. 2, velmi pomohla jejich psychickému stavu. Motivovalo je to pokaždé jít dál. Jak sami uváděli s úsměvem při rozhovoru: „Těším se už, až přijde manželka.“

Otevřeně přiznávám, že jsem si vědoma, že se tento problém – výskyt nádorového onemocnění v oblasti krku, úplně neodstraní. Možná právě proto, bych z mého hlediska více apelovala na prevenci, která by se týkala, jak samotných (zejména) praktických lékařů, ke kterým prvně dochází nemocní se svými nově objevenými zdravotními problémy, tak by se tato prevence týkala i samotných nemocných pacientů, kteří by byli informováni a docházeli by na pravidelné preventivní prohlídky a celkově by po nově zjištěném zdravotním problému zamířili včas k lékaři bez dlouhé časové rezervy. Neboť v tomto případě onemocnění, bohužel často rychle dochází už k metastázám. Dále bych z tohoto důvodu také apelovala na větší informovanost o tomto problému. Informovaná by měla být zejména, dle mého názoru, neodborná veřejnost. Z mého hlediska bych díky těmto výše zmíněným důvodům navrhovala pro praxi vytvoření edukačního letáčku,

který by obsahoval nejpodstatnější informace o tomto problému, tedy o ošetrovatelské péči o nemocné s nádorem v oblasti krku a o nádorovém onemocnění v oblasti krku vůbec.

Lze můj výzkum přeci jen považovat za přínosný, neboť se mi podařilo vytvořit rozbor dvou kazuistik se stejně diagnostikovaným onemocněním C099 Středně diferencovaným dlaždicovým karcinomem tonsily s metastázami do lymfatických uzlin na krku, do plic a mozku a stejným postupem léčebného řešení v oblasti výživy - zavedení PEGu, dokonce i na stejném pracovišti (FN Plzeň-Lochotín).



## ZÁVĚR

V bakalářské práci bylo zpracováno téma „Ošetrovatelská péče o nemocné s nádorem v oblasti krku“. Z působení na odborných praxích jsem vypožadovala, že se nádory v oblasti krku vyskytují mnohem častěji než dříve. A protože mám k oboru Onkologie velmi blízko, toto téma bylo jasnou volbou. Rozhodla jsem se sama blíže seznámit s touto problematikou, abych poté mohla následně seznámit i širokou neobornou veřejnost s tímto problémem. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Výzkumné šetření jsem uskutečňovala na ORAK-B ve Fakultní nemocnici na Lochotíně v době od 3. 11. 2014 do 21. 11. 2014.

V teoretické části je popsána anatomie krku. Další kapitoly jsou věnovány obecné onkologii a samotným nádorům v oblasti krku, dále je shrnuta ošetrovatelská péče o onkologicky nemocné s nádorem v oblasti krku, kde vyzdvihují moderní ošetrování zaměřené na individuální potřeby člověka, zmiňují se také o důležitosti psychologického přístupu k onkologicky nemocným pacientům, zejména kladu důraz na empatii, oporu a motivaci ze strany zdravotní sestry. Nebyly opomenuty i nejčastější ošetrovatelské problémy, se kterými jde ruku v ruce monitoring onkologicky nemocného pacienta. Poslední kapitola je věnována výživě, kde popisují především enterální způsob výživy, neboť pacienti s nádorem v oblasti krku se často potýkají s problémy s polykáním a nemožností přijímat stravu ústy, a to bývá jasnou indikací k zavedení PEGu.

Praktická část byla vytvořena za pomoci kvalitativního výzkumu formou kazuistiky. Na jeho úplném začátku jsem si zvolila několik následujících cílů, kterých se mi podařilo, dle mého názoru, dosáhnout. Mým hlavním cílem bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacientů s nádorovým onemocněním v oblasti krku. Zhotovila jsem 2 kazuistiky, díky nimž jsem blíže zjišťovala specifika ošetrovatelské péče ve Fakultní nemocnici Plzeň Lochotín na Onkologicko-radioterapeutické klinice na odd. ORAK-B. Druhým úhlavním cílem bylo zmapování nejčastějších ošetrovatelských problémů v ošetrovatelské péči o nemocné s nádorovým onemocněním v oblasti krku. Dále jsem zjišťovala úlohu sestry při práci s pacienty s nádorovým onemocněním v oblasti krku. Zajímala jsem se také o samotný průběh nádorového onemocnění a o možná rizika spojená s léčbou nádorového onemocnění v oblasti krku. Závěr práce obsahuje seznam příloh a je rozšířen o dva edukační plány zaměřené na převaz PEGu a aplikaci stravy do PEG.

## LITERATURA A PRAMENY

1. MARIEB, Elaine N. *Anatomie lidského těla: metodika a metodologie výzkumu*. 1. vyd. Brno: CP Books, 2005, 863 s. Doktor radí. ISBN 80-251-0066-9.
2. CHOCENSKÁ, Eva, Heidi MÓCIKOVÁ a Kateřina DĚDEČKOVÁ. *Průvodce pacienta onkologickou léčbou*. 1. vyd. Praha: Forsapi, 2009, 123 s. Rady lékaře, průvodce dietou, sv. XII. ISBN 978-808-7250-020.
3. KLENER, Pavel, Heidi MÓCIKOVÁ a Kateřina DĚDEČKOVÁ. *Základy klinické onkologie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2011, 96 s. Rady lékaře, průvodce dietou, sv. XII. ISBN 978-807-2627-165.
4. STARNOVSKÁ, Tamara, Jaroslava PAVLÍČKOVÁ a Danuše HRBKOVÁ. *Výživa při nádorovém onemocnění: [praktická příručka pro pacienty]*. 1. vyd. Praha: Nutricia, 2007, 40 s. Rady lékaře, průvodce dietou, sv. XII. ISBN 978-80-239-9055-3.
5. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry: [praktická příručka pro pacienty]*. 1. vyd. Praha: Grada., 2006, 328 s. Rady lékaře, průvodce dietou, sv. XII. ISBN 80-247-1716-6.
6. ADAM, Zdeněk, Jiří VORLÍČEK a Jiří VANÍČEK. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob: [praktická příručka pro pacienty]*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004, 684 s. Sestra, sv. XII. ISBN 80-247-0896-5.
7. SVAČINA, Štěpán. *Klinická dietologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 381 s. ISBN 978-80-247-2256-6.
8. FREJ, David. *Dietní sestra: diety ve zdraví a nemoci*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2006, 309 s. ISBN 80-725-4537-X.
9. LUKÁŠ, Karel. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 288 s. ISBN 80-247-1283-0.
10. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 152 s. ISBN 978-802-4717-845.
11. MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 153 s. ISBN 80-247-1024-2.
12. O'CONNOR, Margaret. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. české vyd. Překlad Jana Heřmanová. Praha: Grada, 2005, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
13. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči: pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Překlad Jana Heřmanová. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-802-4731-711.

14. NOVÁKOVÁ, Iva. *Ošetřovatelství ve vybraných oborech: dermatovenerologie, ORL, stomatologie*. 1. vyd. Překlad Jana Heřmanová. Praha: Grada, 2011, 235 s. ISBN 978-802-4734-224.
15. VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. 1. vyd. Překlad Jana Heřmanová. Praha: Grada, 2013, 272 s., xvi s. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4734-200.
16. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetřovatelství: speciální část*. Vyd. 1. Překlad Jana Heřmanová. Praha: Grada, 2006, 211, [4] s. Sestra. ISBN 80-247-1777-8.
17. URBÁNEK, Libor a Pavla URBÁNKOVÁ. *Klinická výživa v současné praxi: speciální část*. 1. vyd. Překlad Jana Heřmanová. Brno: NCONZO, 2008, 104 s. Sestra. ISBN 978-807-0134-733.
18. ZADÁK, Zdeněk a Pavla URBÁNKOVÁ. *Výživa v intenzivní péči: speciální část*. 2. rozš. a aktualiz. vyd. Překlad Jana Heřmanová. Praha: Grada, 2009, 542 s. Sestra. ISBN 978-802-4728-445.
19. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
20. KOHOUT, Pavel a Eva KOTRLÍKOVÁ. *Základy klinické výživy*. 1. vyd. v nakl. Forsapi. Praha: Forsapi, 2009, 113 s. Informační servis pro lékaře. ISBN 978-80-87250-05-1.
21. Dr. WILLACY, H. Cancers of the Oral Cavity. [online]. March 3, 2011. Patient. [accessed March 25, 2015], source: <http://www.patient.co.uk/doctor/Mouth-and-Tongue-Cancer.html>
22. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum ve zdravotnictví: metodika a metodologie výzkumu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, 189 s. Doktor radí. ISBN 978-802-4418-773.
23. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetřovatelství v kostce: metodika a metodologie výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 150 s. Doktor radí. ISBN 80-247-1211-3.
24. Bc. LIŠKOVÁ, Iveta a KVÍČALOVÁ, Jaroslava, *Perkutánní endoskopická gastrostomie*. [online]. 2005 [cit. 2015-10-03]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/perkutanni-endoskopicka-gastrostomie-302962>
25. CYPRISOVÁ, Denisa. *Nádory v oblasti gastro-intestinálního traktu a výživová doporučení v onkologii*. Plzeň, 2012. Absolventská práce. VOZŠ Plzeň. Vedoucí práce Ing. Kateřina SOSNOVÁ.

26. VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové, Edukace klienta s PEG. [online]. 2012 [cit. 2015-15-03]. Dostupné z:  
<http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=17>
27. *Pathology and genetics of head and neck tumours*. 1st ed. Editor Leon Barnes. Lyon: IARC Press, 2005, 430 s. World Health Organization Classification of tumours. ISBN 92-832-2417-5.

## SEZNAM ZKRATEK

AIM.....	akutní infarkt myokardu
amp.....	Ampule
APTT .....	Aktivovaný parciální tromboplastinový čas
ATB .....	Antibiotika
BMI.....	Body mass index
BSA.....	Body surface area, rovnice k výpočtu povrchu těla
CMP.....	Cévní mozková příhoda
CRP .....	C reaktivní protein
CT .....	Počítačová tomografie
CŽK .....	Centrální žilní katetr
D.....	Dech
FN .....	Fakultní nemocnice
FR.....	Fyziologický roztok
GIT.....	Gastrointestinální trakt
gtt. ....	Guttae, kapky
i.v.. ....	Intravenózně, do žíly
inj. ....	Injectio, injekce
INR.....	International normalized ratio, výsledek Quikova testu
LA .....	Lokální anestézie
lat. ....	Latinsky
LDK .....	Levá dolní končetina
MR .....	Magnetická resonance

MZ ..... Ministerstvo zdravotnictví

NGS ..... Naso-gastrická sonda

NPB..... Náhlá příhoda břišní

NT ..... Nutriční terapeut

NTD ..... Nutridrink

NTS..... Náhradní tekutá strava

ORAK ..... Onkologicko-radioterapeutická klinika

ORL ..... Otorinolaryngologie

OSVČ..... Osoba samostatně výdělečně činná

P ..... Pulz

PEG ..... Perkutánní endoskopická gastrostomie

PEJ ..... Perkutánní endoskopická jejunostomie

PET/CT ..... Pozitronová emisní tomografie/počítačová tomografie

PŽK..... Periferní žilní katetr

RHC ..... Rehabilitace

s.c. .... Subkutánně, do podkoží

TEN..... Tromboembolická nemoc

TK ..... Krevní tlak

TT..... Tělesná teplota

VAS ..... Vizuální analogová škála

CHT ..... Chemoterapie

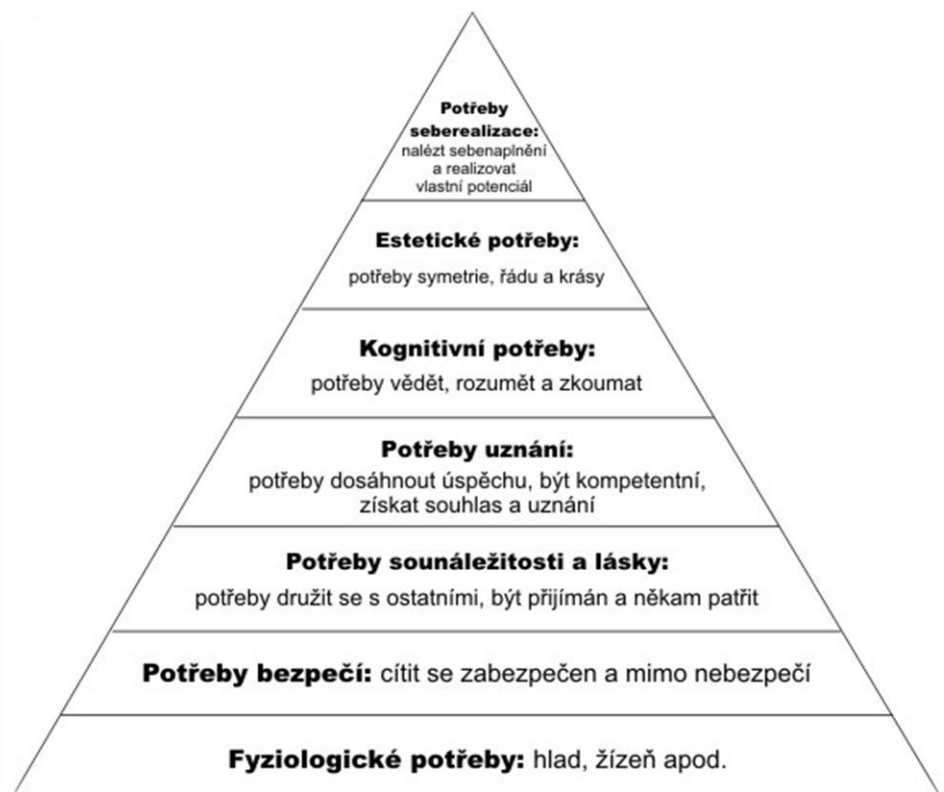
bpn ..... Bez patologického nálezu

PTH..... Parathormon, hormon příštítných tělísek

## **SEZNAM PŘÍLOH**

- Příloha č. 1: Maslowova pyramida potřeb
- Příloha č. 2: Grafické znázornění modelu N.Roperové
- Příloha č. 3: Beckova sebesuzovací stupnice deprese
- Příloha č. 4: Dospělé nutriční skóre
- Příloha č. 5: Interference bolesti s denními aktivitami
- Příloha č. 6: Melzakova škála bolesti
- Příloha č. 7: VAS (Vizuální analogová škála)
- Příloha č. 8: Barthelův test všedních činností
- Příloha č. 9: PEG – schéma
- Příloha č. 10: BMI
- Příloha č. 11: Klasifikace tíže tromboflebitis dle Maddona

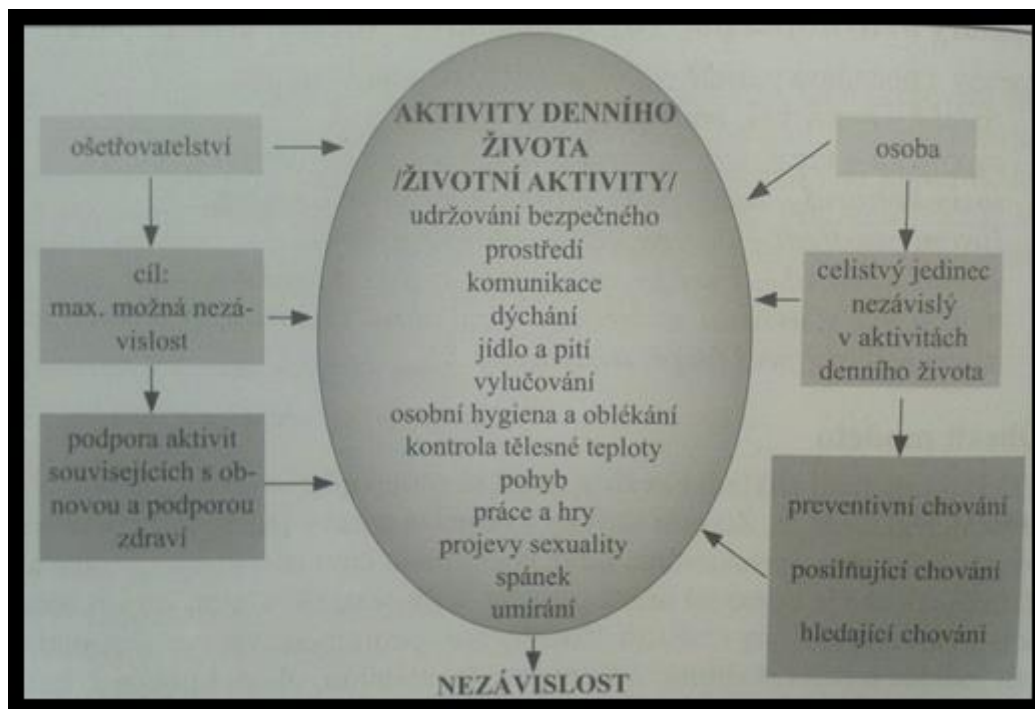
## PŘÍLOHA Č. 1 : MASLOWOVA PYRAMIDA POTŘEB



Zdroj: **VYSEKALOVÁ**, Jitka. *Chování zákazníka: jak odkrýt tajemství "černé skříňky"*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 356 s. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-3528-3.



## PŘÍLOHA Č. 2 : GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ MODELU N.ROPEROVÉ



Zdroj: PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetřovatelství v kostce: metodika a metodologie výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 150 s. Doktor radí. ISBN 80-247-1211-3.

## PŘÍLOHA Č. 3 : BECKOVA SEBEPOSUZOVACÍ STUPNICE DEPRESE

<b>Nálada</b>	0	nemám smutnou náladu
	1	cítím se poněkud posmutnělý, sklíčený
	2	jsem stále smutný nebo sklíčený a nemohu se z toho dostat
	3	jsem tak smutný nebo nešťastný, že to nemohu už snést
<b>Pesimismus</b>	0	do budoucnosti nepohlížím nijak pesimisticky nebo beznadějně
	1	poněkud se obávám budoucnosti
	2	vidím, že se už nemám na co těšit
	3	vidím, že budoucnost je zcela beznadějná a nemůže se zlepšit
<b>Pocit neúspěchu</b>	0	nemám pocit nějakého životního neúspěchu
	1	mám pocit, že jsem měl v životě více smůly a neúspěchu než obvykle lidé mívají
	2	podívám-li se zpět na svůj život, vidím, že je to jen řada neúspěchů
	3	vidím, že jsem jako člověk (otec, manžel a pod) v životě zcela zklamal
<b>Neuspokojení z činnosti</b>	0	nejsem nijak zvlášť nespokojený
	1	nemám z věcí takové potěšení, jako jsem mívával
	2	už mne netěší skoro vůbec nic
	3	ať dělám cokoli, nevzbudí to ve mě sebemenší potěšení
<b>Vina</b>	0	necítím se nijak provinile
	1	občas cítím, že jsem méněcenný, horší než ostatní
	2	mám trvalý pocit viny
	3	ovládá mne pocit, že jsem zcela bezcenný, zlý provinilý člověk
<b>Nenávist k sobě samému</b>	0	necítím se zklamán sám sebou
	1	zklamal jsem se sám v sobě
	2	jsem dost znechucen sám sebou
	3	nenávidím se
<b>Myšlenky na sebevraždu</b>	0	vůbec mi nenapadne na mysl, že bych si měl něco udělat
	1	mám někdy pocit, že by bylo lépe nežít
	2	často přemýšlím jak spáchat sebevraždu
	3	kdybych měl příležitost, tak bych si vzal život
<b>Sociální izolace</b>	0	neztratil jsem zájem o lidi a okolí
	1	mám poněkud menší zájem o společnost lidí než dříve
	2	ztratil jsem většinu zájmu o lidi a jsou mi lhostejní
	3	ztratil jsem veškerý zájem o lidi a nechci s nikým nic mít

<b>Nerozhodnost</b>	0	dokážu se rozhodnou v běžných situacích
	1	někdy mám sklon odkládat svá rozhodnutí
	2	rozhodování v běžných věcech mi dělá obtíže
	3	vůbec v ničem se nedokážu rozhodnout
<b>Vlastní vzhled</b>	0	vypadám stejně jako dříve
	1	mám starosti, že vyhlížím staře nebo neatraktivně
	2	mám pocit, že se můj zevnějšek trvale zhoršil, takže vypadám dosti nepěkně
	3	mám pocit, že vypadám hnusně až odpudivě
<b>Potíže při práci</b>	0	práce mi jde od ruky jako dříve
	1	musím se nutit, když chci něco dělat
	2	dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal
	3	nejsem schopen jakékoliv práce
<b>Únavnost</b>	0	necítím se více unaven než obvykle
	1	unavím se snáze než dříve
	2	všechno mne unavuje
	3	únava mne zabraňuje cokoli udělat
<b>Nechutenství</b>	0	mám svou obvyklou chuť k jídlu
	1	nemám takovou chuť k jídlu, jak jsem míval
	2	mnohem hůře mi teď chutná jíst
	3	zcela jsem ztratil chuť k jídlu

### **Hodnocení:**

Norma - 00 – 08, 09

Lehká až střední deprese – 09- 24

Těžká deprese – 25 a více

Zdroj: **MOŽNÝ**, Petr. *Kognitivně-behaviorální terapie. Úvod do teorie a praxe*. 1. vyd.

Praha: Triton, 1999, 304 s. ISBN 80-725-4038-6.

## PŘÍLOHA Č. 4 : DOSPĚLÉ NUTRIČNÍ SKÓRE

<b>Věk</b>	<b>0</b>	Do 65 let
	<b>1</b>	Nad 65 let
<b>BMI</b>	<b>0</b>	BMI 20 - 35
	<b>1</b>	BMI 18-20; nad 35
	<b>2</b>	BMI pod 18
<b>Ztráta hmotnosti za 3 měsíce</b>	<b>1</b>	ztráta 0-3 kg
	<b>2</b>	ztráta 3-6 kg
	<b>3</b>	3 ztráta nad 6 kg
<b>Množství jídla za poslední 3 týdny</b>	<b>0</b>	beze změny
	<b>1</b>	poloviční porce
	<b>2</b>	jí občas nebo nejí
<b>Projevy nemoci v současné době</b>	<b>0</b>	žádné
	<b>1</b>	nechutenství, bolesti břicha
	<b>2</b>	zvracení, průjem > 6 za den
<b>Stres</b>	<b>0</b>	žádný
	<b>1</b>	chronická nemoc, DM, menší nekomplikovaný chirurgický zákrok
	<b>2</b>	akutní dekompenzace chronického onemocnění, rozsáhlý chirurgický zákrok, pooperační komplikace, UPV, popáleniny, trauma, hospitalizace ARO, JIP, krvácení do GIT
<b>Nelze</b>	<b>2</b>	nelze změřit a zvážit
	<b>3</b>	nelze zjistit BMI, ztrátu hmotnosti a jídlo za poslední 3 týdny

### Vyhodnocení:

<b>0 - 3</b>	není nutná nutriční intervence
<b>4 - 7</b>	nutné vyšetření dietní sestrou
<b>7 a více</b>	nutná speciální nutriční intervence

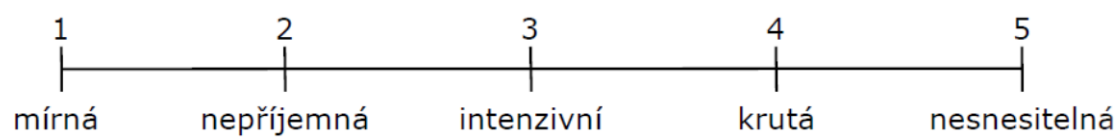
Zdroj: [http://vnl.xf.cz/ose/ose-nutricni\\_skore.php](http://vnl.xf.cz/ose/ose-nutricni_skore.php)

## **PŘÍLOHA Č. 5 : INTERFERENCE BOLESTI S DENNÍMI AKTIVITAMI**

<b>0</b>	Jsem bez bolesti.
<b>1</b>	Bolesti mám, výrazně mě neobtěžují a neruší, dá se na ně při činnosti zapomenout.
<b>2</b>	Bolesti mám, nedá se od nich zcela odpoutat pozornost, nezabraňují však v provádění běžných denních činností (bez chyb).
<b>3</b>	Bolesti mám, nedá se od nich odpoutat pozornost, ruší v provádění i běžných denních činností, které jsou proto vykonávány s obtížemi (a chybami).
<b>4</b>	Bolesti mám, obtěžují tak, že běžné denní činnosti jsou vykonávány jen s největším úsilím
<b>5</b>	Bolesti jsou tak silné, že je nutno vyhledávat úlevovou polohu nebo klidovou pozici, případně až nutí k ošetření u lékaře.

Zdroj: **OPAVSKÝ, J.** *Základní dotazníkové a popisné metody pro hodnocení bolesti v klinické praxi. Bolest, 1998, 3, s. 64-67.*

## PŘÍLOHA Č. 6 : MELZAKOVA ŠKÁLA BOLESTI



Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5832.pdf>

## PŘÍLOHA Č. 7 : VAS (VIZUÁLNÍ ANALOGOVÁ ŠKÁLA)

0	žádná bolest
1	mírná bolest
2	středně silná bolest
3	velmi silná bolest
4	krutá bolest
5	nesnesitelná bolest

Zdroj: **OPAVSKÝ, J.** Základní dotazníkové a popisné metody pro hodnocení bolesti v klinické praxi. *Bolest*, 1998, 3, s. 64-67.

### Hodnocení podle vizuální analogové škály

Obr. A:

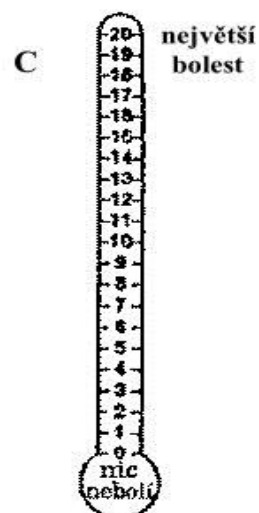
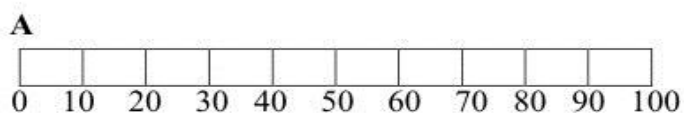
- 0 - žádná bolest
- 100 - nesnesitelná bolest

Obr. B:

- 0 - žádná bolest
- 5 - nesnesitelná bolest

Obr. C:

- 0 - žádná bolest
- 20 - nesnesitelná bolest



Zdroj: [http://is.muni.cz/ih/40333/lf\\_m/Priloha\\_c\\_2.doc](http://is.muni.cz/ih/40333/lf_m/Priloha_c_2.doc)

## PŘÍLOHA Č. 8 : BARTHELŮV TEST VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ

<b>Činnost</b>	<b>Provedení činnosti</b>	<b>Bodové skóre</b>
<b>Najedení napití</b>	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
<b>Oblékání</b>	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
<b>Koupání</b>	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
<b>Osobní hygiena</b>	Samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
<b>Kontinence moči</b>	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
<b>Kontinence stolice</b>	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
<b>Použití WC</b>	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
<b>Přesun lůžko - židle</b>	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0



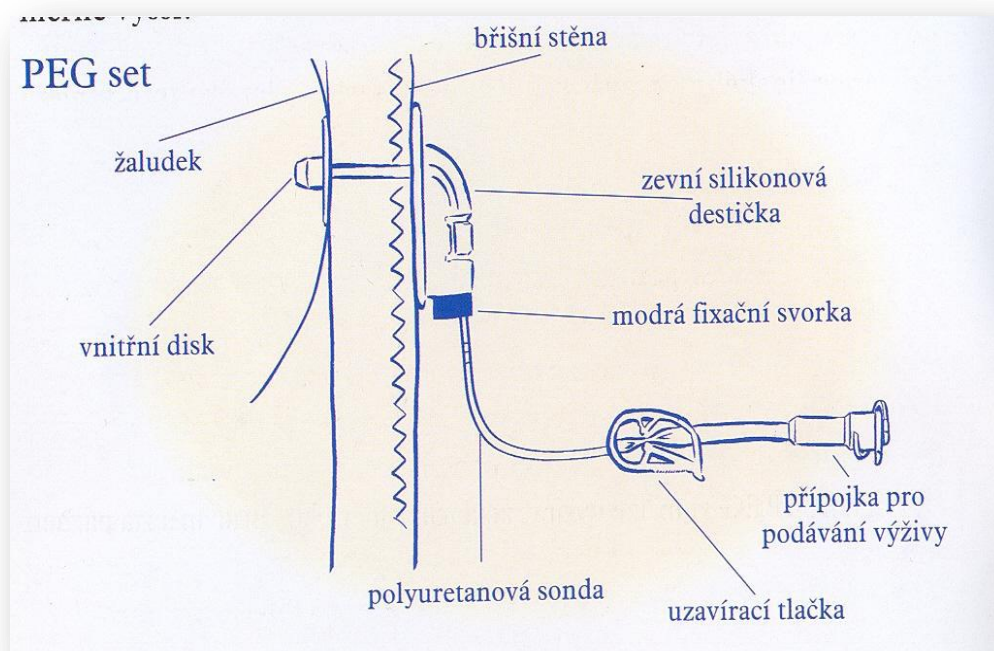
<b>Chůze po rovině</b>	Samostatně nad 50 m	15
	S pomocí 50 m	10
	Na vozíku 50 m	5
	Neprovede	0
<b>Chůze po schodech</b>	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0

### **Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech**

<b>0 - 40</b>	vysoce závislý
<b>45 - 60</b>	závislost středního stupně
<b>65 – 95</b>	lehká závislost
<b>100 bodů</b>	nezávislý

*Zdroj: <http://vnl.xf.cz/ose/ose-bartel.php>*

## PŘÍLOHA Č. 9 : PEG – SCHÉMA



*Zdroj: Jak pečovat o PEG a výživovou sondu, aby ony pečovaly o Vás: domácí nutriční péče. Praha: Nutricia, [2007], 16 s. ISBN 978-80-239-9593-0.*

## PŘÍLOHA Č. 10 : BMI

BMI	klasifikace
< 18,5	podváha
18,5 - 24,99	optimální váha
25 - 29,99	nadváha
30 - 34,99	obezita prvního stupně
35 - 39,99	obezita druhého stupně
> 40	obezita třetího stupně

Zdroj: <http://www.mte.cz/bmi.php>

## **PŘÍLOHA Č. 11 : KLASIFIKACE TÍŽE TROMBOFLEBITIS DLE MADDONA**

<b>0</b>	Není bolest, ani reakce v okolí
<b>1</b>	Pouze bolest, není reakce v okolí
<b>2</b>	Bolest a zarudnutí
<b>3</b>	Bolest, zarudnutí, otok, bolestivý pruh v průběhu žíly
<b>4</b>	Hnis, otok, zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu celé žíly

*Zdroj: HŮSKOVÁ, Jitka a Petra KAŠNÁ. Ošetřovatelství - ošetřovatelské postupy pro zdravotnické asistenty: domácí nutriční péče. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, 88 s. ISBN 978-802-4728-551.*