

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Rok 2018

Jméno, příjmení: Šárka Pavlová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Šárka Pavlová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**PÉČE O PACIENTA S KARCINOMEM V OBLASTI HLAVY
A KRKU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Simona Šípová, MBA

PLZEŇ 2018

Prohlášení

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

V Plzni dne 26.3.2018

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Simoně Šípové, MBA za odborné vedení bakalářské práce, podporu, poskytování rad a materiálních podkladů. Po dobu zpracování a získávání informací mi vedoucí byla vždy k dispozici. Projevovala mi ochotu, trpělivost a poskytovala cenné rady. Chtěla bych jí poděkovat za její vynaložený čas, který obětovala při vedení mé práce. Ráda bych také poděkovala pracovníkům ORAK za milý přístup a bezproblémové poskytování informací.

Anotace

Příjmení a jméno: Šárka Pavlová

Katedra: Ošetrovatelství

Název práce: Péče o pacienta s karcinomem v oblasti hlavy a krku

Vedoucí práce: Mgr. Simona Šípová, MBA

Počet stran – číslované: 59

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 24

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 21

Klíčová slova: anatomie hlavy a krku, rizikové faktory, nežádoucí účinky, léčba nádorů hlavy a krku, anamnéza, ošetrovatelský model, diagnózy, edukace

Souhrn: V dnešní době jsou nádory obecně velkým problémem. Lidé se nádorového onemocnění bojí hlavně kvůli agresivní léčbě a nežádoucím účinkům, které může přinášet. U nádorů hlavy a krku se také objevuje spousta nežádoucích účinků a problémů, které člověka většinou poznamenají na celý život. Člověk většinou na dlouhou dobu musí zásadně změnit životní styl, což může být velmi frustrující. V teoretické části seznamuji čtenáře práce obecně s anatomii hlavy a krku. Poté se zabývám nádory. Popisuji diagnostiku, prevenci a léčbu. Zmiňuji se o vedlejších účincích a problémech, které onemocnění přináší. Zmiňuji zde i výživu onkologických pacientů a nezapomněla jsem ani na psychologickou stránku nemoci. V praktické části jsem vypracovala dvě kazuistiky a zjišťovala nejčastější

ošetřovatelské problémy. Na základě údajů jsem vytvořila ošetřovatelský plán. Pro vybrané pacienty jsem vytvořila edukační plán. Na závěr jsem vypracovala pro veřejnost edukační leták.

Annotation

Surname and name: Šárka Pavlová

Department: Nursing

Title of thesis: Care for patients with cancer of the head and neck.

Consultant: Mgr. Simona Šípová, MBA

Number of pages – numbered: 59

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 24

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 21

Keywords: Anatomy head and neck, risk factors, undesirable factors, therapy of head and neck tumors, anamnesis, nursing model, diagnosis, education

Summary: Nowadays, tumors are generally a big problem. People with cancer are afraid of aggressive treatment and minor effects it can bring. With head and neck cancer is connected also many minor effect, which influence all people life. A person usually has to change the lifestyle for a long time, which can be very frustrating. In the theoretical part, I deal general with head and neck anatomy. Then I deal with tumors. Describing diagnosis, prevention, and treatment. I also mention the minor effects and problems that the illness brings. I mention here also the nutrition of oncological patients and I have not forgotten even the psychological side of the disease. In the practical part I write up two essays and found the most common nursing problems. Based on the data, I created a nursing plan. For selected patients, I created an educational plan. In the end, I developed an educational plan for the public.

OBSAH

ÚVOD	8
1 TEORETICKÁ ČÁST	10
1.1 Definice	10
1.2 Anatomie	10
1.2.1 Dutina ústní	10
1.2.2 Rty	11
1.2.3 Tváře	11
1.2.4 Jazyk	11
1.2.5 Slinné žlázy	12
1.2.6 Hltan	12
1.2.7 Jícen	12
1.2.8 Dutina nosní	13
1.2.9 Vedlejší dutiny nosní.....	13
1.2.10 Hrtan.....	13
1.2.11 Štítná žláza.....	14
1.2.12 Zevní ucho.....	14
1.2.13 Kůže	15
1.2.14 Mízní uzliny	15
1.3 Nádory hlavy a krku.....	16
1.3.1 Diagnostika nádorů.....	16
1.3.2 Příznaky nemoci	17
1.3.3 Rizikové faktory	18
1.3.4 Prevence nádorů hlavy a krku	19
1.3.5 Možnosti léčby nádorových onemocnění.....	20
1.3.6 Léčba nádorů hlavy a krku.....	21
1.3.7 Možné komplikace léčby a nežádoucí účinky	23
1.3.8 Výživa onkologických pacientů	26
1.3.9 Psychika onkologicky nemocných	27
1.4 Model ošetrovatelské péče.....	28
2 PRAKTICKÁ ČÁST	29
2.1 Cíle a výzkumné otázky	29
2.1.1 Cíl výzkumu	29
2.1.2 Dílčí cíle	29
2.1.3 Výzkumné otázky.....	29
2.2 Druh výzkumu a výběr metodiky	30

2.2.1	Metoda.....	30
2.2.2	Výběr případu	30
2.2.3	Způsob získávání informací.....	30
2.2.4	Organizace výzkumu	30
2.3	Interpretace získaných údajů	32
2.3.1	Kazuistika č.1.....	32
2.3.2	Kazuistika č.2.....	44
	LITERATURA A PRAMENY	10
	SEZNAM ZKRATEK.....	12
	SEZNAM PŘÍLOH	13

ÚVOD

Jako svoji bakalářskou práci jsem si vybrala téma Péče o pacienta s karcinomem v oblasti hlavy a krku. Práce je zaměřena především na zjištění nejčastějších ošetrovatelských problémů spojených s onemocněním, ale také s léčbou. Snažila jsem se zjistit, jak problémy působí na pacienta a jak ho ovlivňují v běžném životě. Dále jsem se snažila zjistit, co mohu pro takové pacienty udělat. Karcinomy hlavy a krku nadále vzrůstají, je to spojené především s životním stylem, což mě na tématu zaujalo nejvíce.

Medicína i ošetrovatelství jsou obory, které se rozvíjejí velmi rychle. Přinášejí nové a šetrnější způsoby léčby. V oblasti ošetrovatelství se objevují také nové postupy, které ulehčují práci sestřám, ale také více pomáhají pacientům. Pokud bychom se, ale podívali do historie konkrétně tohoto onemocnění, mohli bychom zjistit, že i přesto, že se stále jedná o velmi agresivní onemocnění, mají v dnešní době pacienti už mnohem lepší podmínky a způsoby léčby či ošetřování. V minulosti se neznali postupy jako je zavedení PEGu či jiných alternativních způsobů podávání výživy. Pacienti tedy často trpěli velkou podvýživou a prakticky neměli žádnou energii fungovat v normálním životě. V dnešní době sice pacienti i tak ztratí na váze a mají problém přijímat potravu ústy, už však existují způsoby, aby pacienti „neumírali na lůžku hladu“ a mohli v rámci možností fungovat v běžném životě.

V teoretické části práce uvádím stručnou anatomii oblasti hlavy a krku. Dále pak zmiňuji příznaky nemoci, píšou o důležitosti nepodceňování onemocnění a při problémech vyhledat lékaře včas. Dále se v teorii dočteme možnou diagnostiku a způsoby léčby. Velkou část jsem věnovala rizikovým faktorům, ke kterým patří například kouření. Což je v dnešní době stále velký problém. Další podstatnou část teoretické části tvoří komplikace onemocnění, o které se vlastně opírá celá praktická část. V neposlední řadě uvádím prevenci onemocnění, která je důležitá u každého onemocnění, výživu pacientů a psychickou stránku nemoci.

V praktické části vyházím z toho, že jsem si záměrně vybrala pacienty, kteří mají stejnou diagnózu a mají už rozvinuté problémy. Důvodem bylo, abych pacienty mohla mezi sebou porovnat, po případně ukázat co mají společného. V praktické části jsem se snažila zmapovat nejčastější problémy, které pacienti mají již v souvislosti s onemocněním a poté, které se rozvinuly v souvislosti s léčbou.

Navrhla jsem pro pacienty ošetřovatelský plán a postupně jsem vývoj pacientů hodnotila. Pro každého pacienta jsem vypracovala edukační plán. Ten jsem pro každého vybírala záměrně. Vybrala jsem si největší problém u daného pacienta, a na tom edukační plán postavila. Na závěr jsem vypracovala edukační leták, který by mohl sloužit nejen těmto konkrétním pacientům, ale i pacientům s podobným problémem.

Pro práci jsem nejvíce využívala knižních zdrojů. Nechala jsem si vypracovat i rešerše, které přikládám v příloze práce, avšak zdroje které mi v rešerši byly doporučeny jsem nevyužila. Údaje jsem si ověřovala i na internetových zdrojích a to především zahraničních. Při zpracování bakalářské práce jsem neměla žádné větší problémy.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Definice

K nádorům hlavy a krku patří nádory části trávicího ústrojí a části dýchacího ústrojí. Nádory postihují rty, dutinu ústní, jazyk, slinné žlázy, hltan, hrtan, nos, vedlejší dutiny nosní, místní lymfatickou tkáň. Řadíme sem také kožní nádory této oblasti, nádory v oblasti ucha či oka. Dále také nádory štítné žlázy.

Většina těchto nádorů je spojena se špatným životním stylem, zejména pak tedy kouřením, zvýšená konzumace alkoholu a nedostatečná hygiena dutiny ústní. Mnozí lidé podceňují příznaky tohoto onemocnění a k lékaři přichází pozdě až v pokročilých stádiích onemocnění. Prognóza tohoto onemocnění se odvíjí od lokalizace, rozsahu tumoru, postižení uzlin. V důsledku tohoto onemocnění bývá dost často jako trvalý následek postižení polykání a fonace. Zprvu bych ráda zmínila obecně anatomii hlavy a krku, v další části se budu věnovat diagnostice, příčinám vzniku tumorů, rizikovým faktorům, prevenci, možnou léčbou, nežádoucími účinky léčby, zmínila bych výživu pacientů a psychiku nemocných. (Šlampa, Smilek, 2016, str. 40)

1.2 Anatomie

1.2.1 Dutina ústní

Ústní dutinu (cavum oris) obklopují tváře (buccae), zevně horní a dolní ret (labia), v přední části se pak nachází tvrdé patro (palatum durum) a zadní část tvoří měkké patro (palatum molle). Dole se nachází spodina dutiny ústní, kde je uložen jazyk (lingua). Dále máme v dutině ústní uložené zuby (dentes), patrové mandle (tonsillae palatinae) a slinné žlázy (glandulae oris). Dutina ústní dále přechází v hltan (pharynx).

Cévní zásobení je zajištěno přes arteria facialis a arteria temporalis superficialis. Žilní krev se sbírá do vena facialis, dále pak do hlubokých žil a žilní pleteně. Motorická inervace jde přes nervus facialis a senzitivní inervace pak přes nervus trigeminus. Mízní zásobení dutiny ústní zajišťuje nodi lymphatici submentales a nodi submandibulares. (Merkunová, Orel, 2009, str. 131 -134)

1.2.2 Rty

Rty (labia), tvoří je horní a dolní ret, které se po stranách spojují v ústní koutky. Jsou pokryté pokožkou, která je tvořena rohovějícím dlaždicovým epitelem. Pokožka přechází dovnitř, do dutiny ústní. Typická červená barva je způsobena bohatým prokrvením tkáně a chybějícím pigmentem. Na rtech se také nacházejí malé slinné žlázy (glandule labiales). Díky rtům můžeme měnit výrazy obličeje, ovládají je tzv. mimické svaly, k nimž patří kruhový sval ústní (musculus orbicularis oris).

Cévní zásobení zajišťují lícní tepny (arteria facialis). Žilní krev se sbírá do vena facialis. Míza ze rtů je odváděna do submandibulárních mízních uzlin a submentálních mízních uzlin. Nervovou inervaci zajišťují větve nervus trigeminus. (Vokurka, 2014, str. 13)

1.2.3 Tváře

Základem tváří (buccae) jsou hluboké svaly (musculus buccinator a musculus masseter) a mimické svaly. Tváře jsou kryté pokožkou, která je velmi přizpůsobivá. Tvar tváře nám udává množství tukového tělesa. V tváři se nacházejí potní a mazové žlázy, u mužů zde najdeme i podklad pro vousy.

Cévní zásobení tváře jde z větví arteria facialis a odtok žilní krve zajišťují venae facialis. Žíly se zde spojují s hlubokými žilami, které jsou pak dále napojeny na nitrolební splavy. Touto cestou se může nebezpečně šířit infekce. Míza odtéká do submandibulárních mízních uzlin. Nervovou inervaci zajišťují větve nervus trigeminus. (Vokurka, 2014, str. 13)

1.2.4 Jazyk

Jazyk (lingua) můžeme rozdělit na tři části, kořen, který je nejbližší k hltanu (pharyngu), tělo a užší hrot, který dosahuje až k řezákům. Jazyk je vlastně svalnatý orgán, vyplňující téměř celou dutinu ústní. Jeho hlavní funkcí je posouvání potravy do dalšího oddílu trávicího ústrojí, promíchávání potravy se slinami, vnímání chuti a v neposlední řadě jako prostředek k dorozumívání.

Cévní zásobení je zajištěno přes arteria lingualis. Odvod žilní krve je zajištěn přes vena linguales. Nervová inervace probíhá přes nervus lingualis, nervus vagus, nervus hypoglossus, nervus glossopharyngeus. Míza je z většiny jazyka sbírána do nodi lymphatici cervicales profundi (Naňka, Elišková, 2009, str. 62)

1.2.5 Slinné žlázy

Slinné žlázy (glandule salivariae) můžeme rozdělit na malé slinné žlázy, které jsou rozptýlené po celé sliznici dutiny ústní a produkují sliny neustále. Dále pak máme velké slinné žlázy a to příušní žlázu (glandula parotis), podčelistní žlázu (glandula submandibularis) a podjazykovou žlázu (glandula sublingualis). Velké slinné žlázy produkují sekret pouze na podráždění.

Hlavní funkcí slinných žláz je zvlhčování dutiny ústní, obalují potravu, čímž usnadňují polykání a částečně natráví potravu, také chrání zuby před kazem, formují potravu. Slinné centrum je v prodloužené míše, sekreční parasympatická vlákna jdou přes nervus facialis a nervus vagus. (Naňka, Elišková, 2009, str. 142), (Merkunová, Orel, 2009, str. 42)

1.2.6 Hltan

Hltan (pharynx). Je to trubicový orgán tvaru nálevky. Hltan budeme hledat před krční páteří, odstupuje od baze lební k šestému cervikálnímu obratli, kde přechází v jícen. Jeho délka u dospělého člověka činí 12 – 15 cm. Je to trubice, která spojuje dutinu ústní a nosní se žaludkem. Hltan pokrývá sliznice, která jej chrání před kyselými žaludečními šťávami. Můžeme jej rozdělit na tři oddíly: nosohltan (nasopharynx), ústní část hltanu (oropharynx), hrtanová část (laryngopharynx). Jeho nejdůležitější funkcí je posouvání potravy do jícnu a dále slouží k fonaci. Pokud se k hltanu dostane z úst sousto, spouští se tzv. polykací reflex a za pomoci stahů svalstva se sousto dostává do dalšího oddílu trávicího traktu.

Cévní zásobení hltanu přichází z větví arteria carotis externa, venae pharyngea, pak vstupují do vena jugularis interna. Nervovou inervaci zajišťuje nervus glossopharyngeus a nervus vagus. Jsou zde zastoupena vlákna motorická senzitivní, parasympatická i sympatická. Míza odtéká do hlubokých krčních uzlin. (Merkunová, Orel, 2009 str. 73), (Naňka, Elišková 2009, str. 151)

1.2.7 Jícen

Jícen (oesophagus) je dlouhý 23 – 28cm. Je to trubicový orgán, ležící v mezihrudí před páteří. Spojuje hltan se žaludkem. Můžeme jej rozdělit na tři části, jmenují se podle toho, ve které části se nachází. Máme část krční (pars cervicalis), hrudní část (pars thoracica) a břišní část (pars abdominalis). V prvních dvou

třetinách najdeme příčně pruhovanou svalovinu, ve spodní části pak hladkou. Na začátku jícnu se nachází horní jícnový svěrač a v přechodu do žaludku se nachází dolní jícnový svěrač. Svěrače zabraňují návratu kyselých žaludečních šťáv. Jícen slouží především k posunu potravy.

Cévní zásobení zajišťují tepénky odstupující z větších kmenů, například z aorty. Žilní tok je uskutečněn přes *venae oesophageae*. Nervová inervace parasympatická, jde z obou nervi vagi a sympatické z *truncus sympathicus*. Lymfa se sbírá do nodi *lymphatici cervicales profundi*. (Naňka, Elišková 2009, str. 153 – 155)

1.2.8 Dutina nosní

Dutinu nosní (*cavum nasi*) můžeme rozdělit na předsíň (*vestibulum nasi*), a na vlastní dutinu nosní (*cavitas nasi propria*), v obličejové části se pak nachází zevní nos, zadní část se nazývá kořen, který je kostěný, zbytek doplňují nosní chrupavky. Nosní otvory se nazývají tzv. nosní chřípí. Dutinu nosní můžeme rozdělit na dvě poloviny, v zadní části přechází do nosohltanu. Dále je pak propojena s vedlejšími nosními dutinami. Nosní dutinu pokrývají mnohočetné hlenové žlázy a řasinkový epitel. Hlavní funkcí nosní dutiny je ohřívání vzduchu, zachycení nečistot, a také důležitá pro tvorbu hlasu...

Cévní zásobení probíhá přes *arteria maxillaris* a *arteria ophthalmica*, žíly tvoří mohutné pleteně a tečou do *plexus pterygoideus* a *plexus pharyngeus*. Nervová inervace probíhá přes *nervus ophthalmicus* a *nervus maxillaris*. (Merkunová, Orel 2009, str. 115 – 116)

1.2.9 Vedlejší dutiny nosní

Vedlejší dutiny nosní (*sinus paranasales*). Jsou to vlastně jakési výchlípky sliznice, které jsou spojeny s dutinou nosní. Pokrývá je sliznice a cylindrický epitel. Vedlejších dutin nosních máme několik: v kosti čelní (*sinus frontalis*), v horní čelisti (*sinus maxillares*) v kosti čichové (*sinus ethmoidales*) a kosti klínové (*sinus sphenoidales*). Spolu s dutinou nosní se podílejí na tvorbě hlasu. (Merkunová, Orel, 2009, str. 116)

1.2.10 Hrtan

Hrtan (*larynx*) vypadá jako přesýpací hodiny. Najdeme ho na přední straně krku, po stranách hrtanu se nacházejí laloky štítné žlázy. Je tvořený z chrupavek

párových a nepárových. K nepárovým chrupavkám patří štítná, prstencovitá dále pak chrupavka, která je základem příklopky hrtanové (epiglottis). K párovým chrupavkám patří hlasivkové, rohové a klínové. Od hrotů hlasivkových chrupavek jdou dva páry vazů hlasových. Dále zde pak najdeme nepravé vazy hlasivkové, které jsou umístěny výše, níže pak najdeme pravé vazy hlasivkové (hlasivky). K chrupavkám hlasivek se upínají vnitřní hrtanové svaly. Tyto svaly ovládají pohyb chrupavek. Mezi nimi je prostor, který se nazývá hrtanová komora. Hlavní funkcí hrtanu je transport kyslíku a tvorba hlasu.

Cévní zásobení má na starost arteria laryngea superior. Nervovou inervaci motorickou zajišťují větve nervus vagus a nervus laryngeus superior et inferior. Lymfu odvádějí nodi lymphatici cervicales profundi. (Merkunová, Orel, 2009, str. 117)

1.2.11 Štítná žláza

Štítná žláza (glandula thyroidea) je rozdělena na dva laloky, pravý a levý (lobus dexter et sinister). Tyto laloky jsou spojené můstkem a naléhají ke štítné chrupavce. Směrem dolů se rozprostírají kolem průdušnice. Štítná žláza, je žláza s vnitřní sekrecí. Na sekrečním povrchu se nacházejí sekreční folikuly. Buňky těchto folikulů tvoří hormon tyroxin a trijodtyronin. Hormony se skladují uvnitř této buňky a jsou vázané na tyreoglobulin (bílkovina) a v případě potřeby se uvolňují hormony do krve. Ke správnému fungování potřebuje štítná žláza jód. Mezi folikuly najdeme ještě odlišné buňky, které tvoří a produkují hormon kalcitonin. Mezi hlavní účinky hormonů štítné žlázy patří především zvyšování srdeční frekvence, zvyšují produkci tepla, stimulují oxidaci glukózy a mastných kyselin. Kalcitonin řídí metabolismus minerálních látek.

Cévní zásobení zajišťuje arteria thyroidea superior a arteria thyroidea inferior. Venózní krev stéká do vena thyroidea superior et media. Nervová inervace sympatická vede z krčních ganglií a parasympatická vlákna z nervus vagus. (Merkunová, Orel, 2009, str. 198 – 199)

1.2.12 Zevní ucho

Zevní ucho (auris externa) se skládá z boltce, který je tvořen elastickou chrupavkou. Je pokrytý tenkou kůží a k hlavě je připevněn vazivem. Svaly jsou u zevního ucha zakrnělé (rudimentární), řadí se k mimickým svalům.

Cévní zásobenění probíhá přes arteria temporalis superficialis. Svaly boltce inervuje nervus facialis. Senzitivní inervaci zajišťuje větev nervus trigeminus. Lymfu sbírají nodi preauriculares et porotidei et retroauriculares. (Naňka, Elišková 2009, str. 319)

1.2.13 Kůže

Kůže (cutis) pokrývá tělo člověka. Skládá se z epitelové pokožky (epidermis) a z hlubší vrstvy, škáry. Škára je tvořena převážně vazivem. V kůži najdeme také útvary, s kterými společně tvoří kožní ústrojí. Mezi ně patří například vlasy, chlupy nehty, nervy či receptory. Jedna z hlavních funkcí je ochranná, chrání například před UV zářením či mikroorganismy. Další funkcí je termoregulace. Dále se pak v kůži nacházejí receptory. Zajišťuje tedy čítí. Kůže má schopnost i vstřebávací a z části vylučovací. (Merkunová, Orel, 2009, str. 26 – 27)

1.2.14 Mízní uzliny

Základně se mízní uzliny (nodi lymphatici) dělí na povrchové a hluboké. K jejich funkci patří filtrace mízy. Do uzliny se dostane míza pomocí mízní cévy, v uzlině se vycytají cizorodé látky, většinou to bývají mikroorganismy nebo prach, vycytávají ale i nádorové buňky. Lymfa, která se zde očistí, pak odchází opět mízními cévami do mízních kmenů. Mízní uzliny se nevyskytují jednotlivě ale ve větším shluku.

Mízní uzliny na hlavě a krku se vyskytují v týlní krajině, okolo ucha, pod dolní čelistí a za pharyngem. Na krku pak uzliny najdeme na přední a boční straně krku. Hluboké mízní uzliny krku jsou uloženy pod musculus sternocleidomastoideus podél vena jugularis interna. Míza se odsud sbírá do hlavních mízových kmenů: ductus lymphaticus dextra a ductus thoracicus. (Merkunová, Orel, 2009, str. 107 – 109)

1.3 Nádory hlavy a krku

1.3.1 Diagnostika nádorů

Za základ se považuje důkladná anamnéza. Musíme si uvědomit, že nádory nemusí zprvu způsobovat žádné velké obtíže. Můžou se objevit pouze nespecifické, problémy které lidé často podceňují. Patří k nim například krvácení z tělních dutin, nehojící se rána, polykací obtíže a další. Vyšetřující si musí uvědomit, že lidé mají z nádorového onemocnění strach, často si problémy ani nechtějí připustit. Důvodem mohou být, obecně známé nežádoucí účinky léčby, které mohou velmi znepríjemňovat život. Proto vždy k pacientovi přistupuje citlivě a nebagatelizujeme jeho obtíže. V anamnéze by nás měl zajímat váhový úbytek, poruchy chuti, rizikové faktory nebo sociální aspekty. K dalšímu základnímu vyšetření patří fyzikální vyšetření. Pokud nádor nemůžeme prohlédnout očima nebo pohmatem posíláme pacienta dále na odborná vyšetření. (Šlampa, Smilek 2016, str. 53), (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková 2012, str. 62,63)

K odborným vyšetřením můžeme zařadit endoskopii, která se využívá běžně u diagnostiky nádorů v oblasti hlavy a krku. Endoskopie nám umožňuje prohlédnout dutiny, odebrat vzorek na histologické vyšetření či provést mini operační zákrok. Díky endoskopu s vysokým rozlišením optiky můžeme zachytit už i malé změny na sliznici a díky tomu diagnostikovat onemocnění už v prvních stádiích. (Šlampa, Smilek, 2016, str. 53)

Dobře k diagnostice, ale i rozpětí onemocnění může posloužit laboratorní vyšetření. Můžeme tak zjistit i celkový stav nemocného a jak reaguje na léčbu. Zajímá nás krevní obraz, jehož změny nám mohou ukázat vlastní nádorové onemocnění nebo jak pacient reaguje na léčbu. Změny bychom mohli vidět v počtu červených krvinek (erytrocytů), bílých krvinek (leukocytů), krevních destiček (trombocytů) v hematokritu, množství hemoglobinu. Dále z laboratorních metod je to pak biochemické vyšetření, kde nás zajímají tumorové markery, které mohou upřesnit diagnostiku a díky nim sledujeme vývoj onemocnění a reakci na léčbu. Můžeme také využít cytologického vyšetření, kdy vyšetřujeme odebrané buňky například z trávicího ústrojí. Nebo můžeme i celý vzorek tkáně, který se pak dále posílá na histologické vyšetření. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková 2012, str. 65,66).

Pak lze využít zobrazovacích metod. Jednou z nich je Výpočetní tomografie neboli „CT“. Je to neinvazivní zobrazovací metoda, díky níž můžeme lépe určit lokalizaci a velikost nádoru. K větší přesnosti se využívá ještě kontrastní látka, která se pacientovi aplikuje před vyšetřením. Nádor pohltí více kontrastní látky a lze jej pak lépe odlišit od okolní tkáně. Velmi přesnou diagnostickou metodou je nukleární magnetická rezonance. Má velkou výhodu v tom, že nezatěžuje pacienta ionizujícím zářením. Velmi dobře na rezonanci vidíme měkké tkáně. Existuje i nukleární magnetická rezonance, angiografie. Kde můžeme vidět cévní řečiště bez použití kontrastní látky. Rezonance nám velmi dobře ukáže šíření nádorů a přesnou lokalizaci. Nevýhodou je, že pacient musí být naprosto v klidu, nesmí trpět klaustrofobií a nemůže vyšetření podstoupit, pokud má v sobě implantovaný nějaký kovový předmět. Další velmi dostupnou metodou je ultrasonografie. Využijeme ji především v diagnostice nádorů štítné a slinné žlázy. Za pomoci ultrasonografie můžeme také provést diagnostické vyšetření jako je například punkce štítné žlázy. (Šlampa, Smilek 2016, str. 53, 54, 55)

1.3.2 Příznaky nemoci

Velkým problémem je, že lze lehce zaměnit s běžnými chorobami. Jako upozornění nám může sloužit, že obtíže, které máme, jsou jednotvárné a nezabírá na ně běžná léčba. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková 2012, str. 258, 259)

Pokud se bude jednat o nádor v oblasti dutiny nosní či nosohltanu, můžeme u pacienta pozorovat příznaky jako huhňavost, krev v hlenu, poruchy čichu, v pozdějších stadiích je to pak otok obličeje, bolest či zápach. Příznaky nádoru dutiny ústní, orofaryngu, hypofaryngu se projevují bolestí, krvácením, zápachem z úst nebo otokem. U nádorů hrtanu v počátečních stadiích bývá chrapt, pocit překážky v krku, dysfagie, dušnost v pozdějších stadiích je to váhový úbytek, problémy s dýcháním, bolest. U slinných žláz se nádor projevuje zduřením, bolestí, obrnou lícního nervu. Nádor na krku můžeme poznat otokem, zduřením. Nehojící se vředy, záněty středouší jsou pak projevem nádorů ucha. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková 2012, str. 258 – 259), (Linkos, ©2017)

1.3.3 Rizikové faktory

Obecně se mezi rizikové faktory se řadí kouření. Záleží na tom, jak je člověk silný kuřák, jak dlouho kouří, od kdy kouří. Pokud je člověk odnaučený kuřák, riziko sice klesá, ale stále je dost vysoké. Kouření je nejčastější riziko pro rozvoj nádoru v oblasti dýchacích a polykacích cest. Nejrizikovější látka, která je obsažená v cigaretách, je dehet. Obsahuje až 98 karcinogenních látek. Velmi rizikové je i žvýkání tabáku, zvyšují riziko vzniku nádorů v dutině ústní.

Určitě k rizikovým faktorům patří alkohol. Rizikovost se odvíjí od množství konzumovaného etanolu. Alkohol oslabuje imunitu, vede k poškození jater, rozvratu metabolismu a mnoha dalšímu.

Ionizující záření je také rizikovým faktorem. Lidi, kteří už byli léčeni, mívají velké riziko recidivy nádoru. Prodělaná léčba ionizujícím zářením poškozuje DNA v okolí a může vzniknout tzv. sekundární malignita. Sekundární malignita pak nejčastěji postihuje kůži, sliznice a slinné žlázy. V dnešní době, kdy je léčba na vyšší úrovni, je riziko nižší.

Můžeme sem také zařadit sluneční záření. Zde je nejvíce ohrožena kůže, dříve to byl spíše profesní problém, lidé více pracovali na slunci (zemědělci). V dnešní době za to může nejvíce opalování a dlouhá doba strávená na slunci. Paradoxně, i když lidé využijí ochranné krémy s vysokým faktorem, jsou stejně ohroženi jako bez krému, protože opalování pak trvá déle. Lidé stráví na slunci delší čas a riziko narůstá.

Velký problém také narůstá u profesí, které se dlouhodobě pohybují například u dřevěného prachu, pracují s formaldehydem či jsou vystaveny těžkým kovům. Ohroženi jsou také skupiny, kteří zpracovávají plast, keramiku či gumu. Nejvíce tyto rizika ovlivňují vedlejší dutiny nosní a nosní dutinu. Ke karcinogenním látkám z těchto oblastí můžeme zařadit např. hliník, azbest, chrom a mnoho dalších.

Patří sem také nesprávná výživa. Myšlena je tím nevyvážená, nepestrá a nekvalitní strava. Velkou roli hraje také úprava pokrmů. K rizikové úpravě se řadí např. grilování nebo smažení. Nedostatek vitamínu a minerálu také nepříspěvá organismu.

Velkou roli sehrává také genetika, někteří lidé jsou odolnější a jejich organismus genetickou zátěž zvládne. Mluvíme o nádorech hlavy a krku, kde k rizikovým faktorům patří také nesprávná, nedostačující hygiena dutiny ústní. Ale spíše je to spojováno celkově s nesprávným životním stylem.

V neposlední řadě se sem řadí také viry. Mluvíme o lidském papilomaviru a viru Epstein a Barrové. U lidského papilomaviru není ještě zcela jasná cesta přenosu, ale lze sem zařadit rizikové sexuální chování, časté střídání sexuálních partnerů. Tento virus postihuje především orofaryngeální část. Virus Epstein a Barrové je pak spojován s nazofaryngeálními nádory. (Šlampa, Smilek 2016, str. 40 – 47), (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, str. 34 -47), (Žaloudík, str. 5 – 6)

1.3.4 Prevence nádorů hlavy a krku

Prevenci můžeme rozdělit na primární, sekundární, terciální a kvartérní. Prevence může fungovat tehdy, pokud jsou dodržovány určité kroky. Smyslem prevence je předcházet onemocnění či zachytit onemocnění včas. V pozdějších stadiích, vylepšit kvalitu života a dožít důstojný život.

Cílem primární prevence je zabránění vzniku onemocnění. Zaměřuje se to komplexně na celé obyvatelstvo. Primární prevence je prováděna způsobem osvětových programů. Jedná se především o rizikovost kouření nebo nadměrného požívání alkoholu a mnoha dalšího. (Šlampa, Smilek, 2016, str. 105 – 106)

K cílům sekundární prevence patří včasné léčení pacienta, dosažení co nejlepších výsledků léčby a snížení morbidit (úmrtností) onemocnění. Sekundární prevence se zaměřuje opět na celé obyvatelstvo a rizikové skupiny lidí. Provádí se za pomoci screeningových testů nebo za pomoci preventivních programů. (Šlampa, Smilek, 2016, str. 107)

Terciální prevence by měla zabraňovat postupu (progresu) onemocnění, zamezení návratu (recidivy) a měla by zkvalitňovat život pacientů s již vzniklým onemocněním. Tato prevence je určena lidem, kteří již trpí onemocněním nebo jsou již po léčbě. Spočívá v dodržování pravidelných prohlídek (dispenzarizace pacienta) v rehabilitaci a podpůrných programech. (Šlampa, Smilek, 2016, str. 108)

Někdo k prevenci zahrnuje i tzv. kvarterní prevenci. „Kvarterní prevence znamená předvídání a předcházení důsledkům progredujícího a nevléčitelného

nádorového onemocnění, které mohou zkracovat zbytek života nebo snižovat jeho kvalitu.“ (Šlampa, Smilek, 2016, str. 109). Zaměřuje se tedy na pacienty s nevléčitelným onemocněním. Provádí se způsobem dlouhodobého sledování. Jejím smyslem je tedy důstojné dožití pacienta za pomoci paliativní, duchovní, psychologické a sociální péče. (Šlampa, Smilek, 2016, str. 105)

1.3.5 Možnosti léčby nádorových onemocnění

Obecně pro každé onemocnění je důležité stanovení přesné diagnózy. Mluvíme o nádorech, takže v sestavení přesné diagnózy nás bude zajímat, o jaký typ nádoru se jedná, z jaké tkáně vznikl, stupeň jeho malignity a v neposlední řadě rozsah postižení těla.

Léčbu nádorů můžeme rozdělit podle cíle. Prvním typem je kurativní léčba. Tato léčba si klade za úkol úplné uzdravení pacienta. Nejčastěji pro kurativní léčbu jsou využity chirurgické postupy.

Dalším typem je adjuvantní léčba. Někdy se také nazývá jako zajišťovací léčba. Jejím cílem je zničit ještě nezjistitelné mikrometastázy, které by mohly v souvislosti s primárním nádorem vzniknout. Většinou se využívá medikamentózní léčba či radioterapie.

Dále se pak používají neoadjuvantní postupy. Ty si kladou za cíl, zmenšit nádor, po případně zničit mikrometastázy. Díky tomuto postupu se může nádor zmenšit tak, aby se mohl operovat. Nekurativní léčba, zabíjí nádorové buňky, ale nevléčí. Může to být z důvodu stupně malignity nádoru, celkový stav pacienta a jiné.

Podpurná léčba nebo také symptomatická. Tato léčba se snaží zajistit co nejlepší možnou kvalitu života nemocného. Nemá za úkol vyléčit. Jejím úkolem je zmírnit obtíže pacienta způsobených nádorem. Bere člověka jako bio-psycho-sociální bytost, tudíž její součástí je i podpora po těchto stránkách. Stará se také o blízké pacienta, aby se dokázali vyrovnat s onemocněním blízkého a mohli mu pomoci, dle jejich možností.

Paliativní léčba se využívá v posledních stádiích nemoci, kdy už není šance na vyléčení. Snaží se co nejvíce zkvalitnit život pacienta a zajistit mu důstojné umírání a smrt. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, str. 70 -77)

1.3.6 Léčba nádorů hlavy a krku

U nádorů hlavy a krku se využívá několik způsobů léčby. Patří sem chirurgická léčba, radioterapie, biologická léčba, imunoterapie, paliativní léčba, chemoterapie.

Chirurgická léčba, pokud je možná, je volena jako první. Díky ní můžeme odstranit celý nádor a po případně i spádový lymfatický systém, kterým by se mohly šířit mikromestázy. Většina zákroků, ale také může znamenat problémy spojené s poruchou fonace, příjmem potravy, dýchání či poruchy sluchu. Většinou je chirurgická léčba ještě doplněna o radioterapii či chemoterapie. Bývá to například z důvodu prevence metastáz. (Linkos, ©2017)

Radioterapie patří také k základním možnostem léčby nádorů hlavy a krku. Je to vlastně léčba ionizujícím zářením. Nádorové buňky bývají na záření citlivější než ty „zdravé“ buňky. „Snahou radiační léčby je vpravit do cílového objemu smrtící dávku během určité doby, při maximální šetrnosti k okolní zdravé tkáni.“ (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, str. 101). Máme několik metod radiační terapie. Jednou z nich je teleradioterapie. To znamená ozařování z dálky a využívá se nejčastěji. Druhým typem je brachyradioterapie, to znamená ozařování z blízka. Zdroj záření je přímo u nádoru. Radioterapie se dá využít jako kurativní řešení, tudíž s cílem úplného vyléčení. Dá se také využít jako adjuvantní (zajišťovací) terapie. Většinou bývá využita po operaci s cílem zničit možné metastázy. Neoadjuvantní ozáření pak využijeme před operací s cílem zmenšit nádor a zpřístupnit ho k operačnímu výkonu. V neposlední řadě se radioterapie používá jako paliativní léčba. Tudíž se snaží o zmírnění obtíží pacienta, prodloužit a zkvalitnit jeho život. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, str. 100 – 110), (Linkos, ©2017)

Chemoterapie je další možností léčby. Chemoterapeutika jsou léky, které vznikly jako produkt chemické syntézy či vznikly jako derivát látek (z plísní, rostlin). Nevyužívají se jen k léčbě nádorových onemocnění. Pokud budeme mluvit o chemoterapii v onkologii, jedná se o podávání léků s cytotoxickým účinkem. Léky se nazývají cytostatika a jejich úkolem je zasáhnout a poškodit nádorové buňky. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, str. 119)

Biologická léčba, někdy se nazývá také jako cílená léčba. Smyslem této léčby je vytvořit látku, která bude přímo účinkovat na nádorové buňky. Velkou výhodou je její větší šetrnost k lidskému organismu. (Linkos, ©2017),

U nádoru nosní dutiny a vedlejších dutin nosních volíme jako první možnost chirurgickou léčbu, jejíž cílem je odstranit tumor. Nechirurgickou léčbu pak volíme v krajní potřebě, když nádor nelze odoperovat. Kontraindikací pro operaci mohou být například pozitivní resekční okraje nebo postižení kraniálních struktur. Pak je indikována zajišťovací radioterapie nebo chemoterapie. (Šlampa, Smilek, 2016, str. 116 -124)

Při nádorech nosohltanu je chirurgická léčba méně vhodná než v předchozím případě, prostor není dobře přístupný. Indikuje se jen ve výjimečných případech. Při tomto typu nádoru tedy volíme spíše nechirurgické řešení. Využívá se chemoterapie i radioterapie nebo kombinace obou. Novou možností léčby může být tzv. protonové záření. Protonové záření má velkou výhodu, jelikož tolik nepoškozuje okolní zdravé tkáň. (Šlampa, Smilek, 2016, str. 133 – 134)

Léčba dutiny ústní a orofaryngu využívá jako základ léčby kombinaci chirurgie a radioterapie. Chirurgická léčba se v tomto případě dá využít i ve vyšším stadiu onemocnění. Další možností je chemoterapie, která se v tomto případě považuje za základ paliativní léčby, lze ji však zapojit i do kurativní léčby, skombinované s radioterapií. (Šlampa, Smilek, 2016, str. 146 – 157)

U nádoru hypofaryngu se rozhodujeme dle lokalizace a rozsahu. Máme na výběr z chirurgické léčby nebo je možnost radioterapie, chemoterapie nebo biologická léčba. Pokud se zvolí operační zákrok, znamená to pro pacienta velké zhoršení v kvalitě života. Většina zákroku v této oblasti sebou nese riziko celkové laryngektomie, která vede k trvalé ztrátě fonace a trvalé tracheostomii. Kombinace chirurgické léčby a radioterapie je pak nejvhodnějším řešením, ale také vede ke zhoršení kvality života. Nese sebou rizika malnutricie, kachexie, poruchy polykání a jiné. Radioterapie se v tomto případě používá i jako paliativní péče s úkolem odstranit symptomy a zkvalitnit život. (Šlampa, Smilek, 2016, str. 165 – 169)

U nádorů hrtanu máme opět možnost chirurgické léčby, radioterapie nebo chemoterapie. V časných stadiích stačí využití jedné z modalit, v pokročilejších stadiích se pak využívá jejich kombinace. (Šlampa, Smilek, 2016, str. 178 – 183)

Nádory slinných žláz se v první řadě léčí radikální chirurgickou resekcí. Cílem je kompletní odstranění nádoru. Nechirurgická léčba je spíše doplňková, aplikuje se pooperační radioterapie. Podává se k zajištění kontroly choroby a k minimalizaci rizika recidiv. (Šlampa, Smilek, 2016, str. 207 – 210)

Kožní nádory se řeší chirurgickou léčbou tzv. excizí. Máme více typů řešení. Nádor odstraníme a rekonstrukci tkáně provedeme přímou suturou (sešitím). Tímto způsobem řešíme především malé nádory. Dalším způsobem je excize a rekonstrukce rány kožním implantátem. Tento způsob se využívá u těžších defektů, které nelze sešít přímo, podmínkou je však zachovalá, dobře prokrvená tkáň na spodině, která bude schopná vyživit kožní implantát. Třetí možností je pak odstranění tumoru s místním posunem tkání. Využijeme především u větších nádorů, u kterých nelze použít kožní implantát. Ránu zakrýváme místním posunem, takže chybějící tkáň vyplňuje tkání z okolí. (Šlampa, Smilek, 2016, str. 216 – 232)

Metastázy v krčních uzlinách se pak většinou léčí podle léčby primárního nádoru. To znamená, že pokud byla u primárního nádoru zvolena radioterapie, léčí se tak i metastázy. Pokud byla zvolena chirurgická léčba, většinou se spádové lymfatické uzliny odstraňují i jako prevence metastáz. (Šlampa, Smilek, 2016, str. 191 – 199), (Kostřica, 2003, str. 49)

1.3.7 Možné komplikace léčby a nežádoucí účinky

S léčbou onemocnění jsou spojené i možné komplikace. U radioterapie se mohou vyskytnout reakce na ozáření, které můžeme rozdělit na akutní a chronické. Mezi tyto komplikace patří postradiační syndrom. Ten se projevuje celkovou únavou, nauzeou, zvracením, bolestí hlavy a další. Často postačí pouze úprava denního režimu, dostatek odpočinku, úprava jídelníčku. Pokud tyto opatření nezaberou, můžeme využít léků s antiemetickým účinkem, obstipancia nebo analgetika.

Kožní reakce na ozáření. Ta se může projevit erytémem, nebo-li začerváním, suchou deskvamací (kůže je suchá, olupuje se, svědí), vlhkou deskvamací (tvoří se puchýře) nebo může dojít až k atrofii (ztenčení) kůže. Doporučení u těchto komplikací je nosit volné bavlněné prádlo, promazávat kůži, nepoužívat kortikoidní masti, lihové roztoky. Podle stavu kůže je občas nutné léčbu přerušit.

Může dojít i k poškození kožních adnex, což může mít za následek vypadávání vlasů nebo chlupů. Tato komplikace může být bohužel trvalá.

V souvislosti s ozářením může dojít k mukozitidě dutiny ústní. Tato komplikace velmi zhoršuje kvalitu života pacienta. Pacient špatně vnímá chuť, snížená tvorba slin, zhoršení příjmu potravy a tekutin. Mukozitida se projevuje prosáknutím sliznic, mohou být vybledlé. Při těžším poškození se mohou objevit defekty na sliznici, které mohou být pokryty tzv. pablánou. Velkým problémem je, že toto může být vstupní brána pro infekce. Jako prevence mukozitidy je důkladné ošetření dutiny ústní stomatologem a správná hygiena dutiny ústní. Pacient by měl provádět pravidelné výplachy dutiny ústní (ne alkoholové roztoky). Pacient může k výplachu dutiny ústní využít například řepík. Pacientům, kterým tato péče nestačí, jsou pak doporučovány roztoky s obsahem benzydaminu (tantum verde). Pokud se jedná o těžkou mukozitidu, jsou pacientovi předepisovány roztoky s chlorhexidinem, pavidon – ionidem a jiné.

Nežádoucích účinků spojených s podáváním cytostatik je také řada. Nejznámějším nežádoucím účinkem je alopecie, nebo-li vypadávání vlasů. Vznik tohoto účinku závisí na podávané látce a jejím množství. Pro pacienta je to velmi deprimující. Je důležité pacienta pravdivě informovat o možnosti tohoto účinku. Dalším nežádoucím účinkem léčby mohou být infekce dutiny ústní. Těch máme hned několik. Patří sem aftózní stomatitida a herpetická gingivostomatitida. Aftózní stomatitida má původ zatím stále neznámý. Projevuje se afty, které jsou bolestivé, nehojí se, mohou se objevovat nažloutlé vřídky. Herpetická gingivostomatitida je způsobena virem herpes simplex. Zjistíme ji tak, že pacientovi uděláme výtěr z dutiny ústní. Léčí se většinou symptomaticky nebo doplňujeme antivirotickou léčbou. Můžeme sem také zařadit soor jinak také moučnivka. Původcem jsou kvasinky rodu Candida. V ústech ji pozorujeme jako splývající bělavá ložiska

povlaku v dutině ústní. Pacient má pocity sucha v ústech. Léčí se antimykotiky (ketokonazol). Bakteriální stomatitida, tonzilitida a angína. Jejich původcem je většinou streptokok. Projevuje se zduřením a začerváním mandlí, mohou se objevit hnisavé povlaky, horečky. Jako prevence nám mohou sloužit výplachy dutiny ústní a pokud se nám nepovede infekci předejít, léčíme ji pak antibiotiky.

V neposlední řadě jsou to komplikace, které mohou nastat s podáváním léků intravenózně. Zde může dojít ke komplikacím spojených již se zavedením katétru do žíly. K těmto komplikacím patří například poranění okolních struktur nebo ruptura arterie, katétr může být zaveden ve špatné poloze. Mohou se vyskytnout ale i pozdní komplikace jako trombóza kanylované žíly, to znamená, že katétr způsobí hlubokou žilní trombózu. Může se vyskytnout infekce. Ta se projevuje zarudnutím v místě vpichu, začerváním, otokem, bolestivou aplikací roztoku, pálením. Infekci budeme řešit tak, že přerušíme podávání roztoku a odstraníme katétr. Další léčba pak závisí na rozsahu infekce a jejím původci. Dalším problémem, spojeným s intravenózní léčbou, může být únik roztoku do podkoží. Pokud se jedná o netoxickou látku, není únik spojen s poškozením. Pokud ovšem dojde k úniku toxické látky, může dojít až k nekróze tkáně. Tomuto stavu se říká extravazace a jedná se o akutní stav. Vyvíjí se od tvorby puchýřů až k nekróze tkáně. Je důležité této komplikaci předcházet, to zajistíme tak, že pacienta edukujeme. Vysvětlíme mu, že nás musí okamžitě upozornit, pokud se mu bude zdát, že ho aplikace látky pálí, svědí, aplikace je bolestivá. Zdravotníci musí pravidelně kontrolovat místo vpichu a sledovat případné změny okolí a celkový stav pacienta. Poškození, které může nastat, závisí na vlastnostech uniklé látky. Některá cytostatika, sice dráždí tkáň, vyvolávají bolest, ale nezpůsobují nekrózu při paravazaci. Pokud k extravazaci dojde, je nutné okamžitě aplikaci ukončit, informovat lékaře, který rozhodne o dalším postupu. Je dobré pokusit se odsát zbytky látky z postižené oblasti. Do oblasti se pak většinou aplikují kortikoidy nebo vhodná protilátka (záleží na druhu uniklé látky). Důležité je, že se na místo nesmí vyvíjet tlak. Podávají se studené obklady (výjimkou je vinkristin, vinblastin, etoposid). Vše se musí řádně dokumentovat.

Tumory v oblasti hlavy a krku velmi často způsobují stenózu dýchacích cest, což vede k dočasnému nebo trvalému zavedení tracheostomie. Nádory v oblasti hltanu mohou způsobovat pak problémy s příjmem potravy a pacient je odkázán na jiný způsob výživy. Většinou je pacientovi doporučena gastrostomie a to buď za

pomocí punkce, nebo klasickým chirurgickým zákrokem. Důležité je dobře posoudit výživový stav pacienta a po případně domluvit konzultaci s nutričním terapeutem. Nádor může také utlačovat hlasivky a pacient má pak problémy s řečí a dorozumíváním. Problém může být bolest, bolest s rostoucím nádorem a jeho prorůstáním do okolní tkáně, či bolest vzdálených metastáz. Tento stav pak vyžaduje péči specialisti nebo návštěva ambulance bolesti. (Pála, 2011, str. 10 – 13), (Šlampa, Smilek, 2016, str. 89 – 92), Vokurka et al., 2005, str. 19 – 91), (Vorlíček, Ševčík, 2011, str. 4), (Hrbková, 2005, str. 3)

1.3.8 Výživa onkologických pacientů

Pacienti s nádorem v oblasti hlavy a krku mohou trpět velmi nepříjemnými komplikacemi. Mohou trpět nechutenstvím, nevolnostmi a jinými poruchami v souvislosti s gastrointestinálním traktem. Proto je nutné výživě u onkologických pacientů věnovat velkou pozornost, aby nedocházelo k malnutricii či kachexii. Nedostatečná výživa pacienta velmi komplikuje průběh léčby. Dobrý stav výživy je důležitý pro dobré snášení léčby, kvalitu života pacienta, prognózu léčby. Nejdříve je nutné pacienta dostatečně vyšetřit a zjistit jeho omezení, jestli není ovlivněn různými vlivy, jako je únava, nevolnosti, omezené polykání, nechutenství a jiné. Provedeme fyzikální vyšetření, dotazujeme se na změny hmotnosti, spočítáme Body Mass Index, provedeme nutriční screening, tyto údaje pak můžeme doplnit například ještě o laboratorní vyšetření a jiné. Podle těchto zjištěných údajů pak můžeme pacientovi doporučit různé přísady nebo doporučit, jak by jeho strava měla vypadat. Strava by měla mít určitě dostatečnou energetickou hodnotu, energetická potřeba pacientů s onkologickým onemocněním bývá zvýšená. Především o počet bílkovin. Důležitá je také dostatečná dávka tekutin. Pokud pacient může přijímat stravu perorálně, můžeme mu doporučit několik věcí. Měl by jíst menší porce, ale častěji, nekonzumovat stravu ani tekutiny příliš horké, jíst jídla, která se dají snadno rozmělnit (dostatečně provařená), nedráždivá jídla, omezit koření, vynechat perlivé vody a limonády, vyvarovat se suché stravě. Pokud pacient nemůže z nějakého důvodu přijímat potravu ústy nebo to co přijme je nedostačující, volíme jinou alternativu. Aplikování výživy do trávicího traktu (enterálně), pokud je to možné, je voleno vždy jako další možnost. Patří sem sipping, což je vlastně popíjení různých přísadků. Přísadky mohou být bílkovinné, dodávají tělu energii i živiny, s přísadkou vlákniny a jiné. Sondová výživa se využívá u pacientů, kteří

nemohou přijímat ústy nebo je příjem neodstačující. Podmínkou je fungující gastrointestinální trakt. Máme několik typů sond: nazogastriční sonda, perkutánní endoskopická gastrostomie, gastrostomie chirurgická, perkutánní endoskopická jejunostomie nebo chirurgicky zavedená jejunostomie. Nejvhodnější volbou pro dlouhodobé podávání výživy je perkutánní endoskopická gastrostomie, ale sonda se volí na základě anatomických poměrů pacienta, podle toho co je pro pacienta vhodnější a přijatelnější. Při nefungujícím gastrointestinálním traktu se podává výživa parenterálně (mimo zažívací trakt). Můžeme ji také využít jako doplněk enterální výživy, v případě, že sama enterální výživa nestačí. Výživu pak podáváme přes žilní přístup. Pro tento typ výživy se používají různé typy vaků vyrobených hromadně nebo lze vak vyrobit jednotlivě dle potřeb pacienta v lékárně. (Vokurka et al., 2014, 121 – 127), (Šlampa, Smilek, 2016, 99 – 105), (Oralcancerfoundation, ©2016), (Vyzula, 2001, 53)

1.3.9 Psychika onkologicky nemocných

Nádorové onemocnění člověka ovlivňuje nejenom fyzicky, ale také po sociální a psychické stránce. Nádorové onemocnění obecně ubírá člověku dost sil, jelikož se zde zabýváme především nádory hlavy a krku, může být pro člověka velmi stresující možná změna vzhledu. Člověk, občas musí kvůli této nemoci úplně změnit svůj styl života. Mluvíme především o denním režimu, změnit stravovací návyky, vzdát se alkoholu, kouření a mnoho dalších. Velký vliv na psychiku mohou mít hormonální změny, které přicházejí s léčbou, což může ovlivnit sexuální život pacienta. V tomto období mnozí pacienti úplně přehodnotí svůj žebříček hodnot. Nádorové onemocnění člověka ovlivňuje tedy po všech stránkách. Důležité je pacientovi podávat dostatek informací, říkat mu pravdu, projevit empatii, pochopení, snažit se co nejvíce je možné podporovat pacienta. Pokud ani tyto postupy nebudou dostačující, je dobré přivolat si na pomoc jiného odborníka např. psychologa. Nebo možnost využití psychoterapie. Psychoterapie nám může pomoci redukovat strach z léčby, snížit pocit strachu a deprese může pomoci zlepšit kvalitu života, ale i zlepšit spolupráci mezi pacientem a zdravotníky. Existují i internetové stránky a různé nadace, které pomáhají předávat si mezi pacienty třeba zkušenosti. Lze si zde přečíst spoustu užitečných rad, příběhů a zajímavostí. Dalšími postupy, které můžeme pacientovi doporučit, jsou relaxační techniky. K nejnámějším patří

Schultzův autogenní trénink nebo Jakobsonova progresivní relaxace. (Pála, 2013, str. 4,10,18,19,20), (SPOHNC, ©2014), (Romaňáková, 2003, str. 11 -12)

1.4 Model ošetrovatelské péče

Do své bakalářské práce jsem zvolila model Marjory Gordonové.

Model Marjory Gordonové je rozdělen do dvanácti vzorců zdraví. Pohled na člověka je zde holistický (celkový). Vnímá člověka jak po biologické stránce tak i po psychické a sociální. Model se zaměřuje na to, jak člověk vnímá svůj stav, v jakém stavu je ohledně výživy, vylučování, jaký zvládá pohyb. Zaměřuje se také na spánek, jak člověk vnímá sám sebe, jestli ho nemoc nějak ovlivnila v životních rolích, sexualitu, zvládání stresové zátěže a změny v životních hodnotách. Ve vzorcích se zaměřuje jak na stav před nemocí tak na nynější stav. Díky tomu pak můžeme zhodnotit stav daného jedince a jeho potřeby. (Pavlíková, 2006, str. 99 – 102), (Archalousová, 2003, str. 18)

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Cíle a výzkumné otázky

K nádorům hlavy a krku patří nádory části trávicího ústrojí a části dýchacího ústrojí. Nádory postihují rty, dutinu ústní, jazyk, slinné žlázy, hltan hrtan, nos, vedlejší nosní dutiny, místní lymfatickou tkáň. Řadíme sem také kožní nádory této oblasti, nádory v oblasti ucha či oka. Dále také nádory štítné žlázy.

Většina těchto nádorů je spojena se špatným životním stylem, zejména pak tedy kouřením, zvýšená konzumace alkoholu a nedostatečná hygiena dutiny ústní. Většina lidí podceňuje příznaky tohoto onemocnění a k lékaři přichází pozdě až v pokročilých stádiích onemocnění. Prognóza tohoto onemocnění se odvíjí od lokalizace, rozsahu postižení. V důsledku tohoto onemocnění, bývá často jako trvalý následek postižení polykání a fonace.

Tímto tématem, se zabývám především proto, že je spojen se špatným životním stylem. Spousta lidí, z počátku, onemocnění podceňuje. Podceňují své problémy nebo dokonce ani netuší, že by mohly být spojovány s takovýmto onemocněním. Špatný životní styl, špatná životospráva a kouření je stále velký problém, o kterém by se mělo mluvit a dále veřejnost informovat. Jaké jsou nejčastější problémy u pacientů s nádorem v oblasti hlavy a krku?

2.1.1 Cíl výzkumu

Zjistit jaké jsou nejčastější ošetrovatelské problémy u pacientů s nádorem v oblasti hlavy a krku.

2.1.2 Dílčí cíle

- 1) Zpracovat ošetrovatelský plán u dvou pacientů s nádorem v oblasti hlavy a krku.
- 2) Navrhnout řešení ošetrovatelských problémů.
- 3) Vytvořit edukační plán pro pacienty.

2.1.3 Výzkumné otázky

- 1) Jaké jsou nejčastější ošetrovatelské problémy u pacienta s tímto typem onemocnění?
- 2) Co mohu jako sestra pro tyto pacienty udělat?

2.2 Druh výzkumu a výběr metodiky

Pro svojí odbornou práci jsem zvolila kvalitativní metodu výzkumu. Kvalitativní výzkum se zaměřuje na menší počet respondentů. Tento výzkum umožňuje jít více do hloubky problému a zkoumat například pouze dva respondenty a řešit jejich problémy, umožňuje popisovat procesy, okolnosti. Můžeme díky němu zhodnotit například poskytovanou péči, vztahy, identifikovat problémy, navrhnout nová řešení apod. Používané metody mohou být individuální rozhovory či případové studie (kazuistiky) a jiné. Je to metoda, která není, založena na sběru dat do statistiky. Díky této metodě se mohu zaměřit na poskytovanou péči klientů, zabývat se jejich diagnózami a jejich problémy. Mohu více do hloubky zkoumat jejich zdravotní stav.

2.2.1 Metoda

Do své odborné práce jsem zvolila metodu případových studií neboli kazuistik. V této metodě jde o pozorování a popsání případu. Většinou je sestavena na podobném vzorci. Skládá se z anamnézy pacienta, diagnózy, ošetřovatelského plánu, katamnézy, poté se zaměřuje, jak situaci vnímá pacient (většinou se sestavuje dle ošetřovatelských modelů), můžeme jej doplnit o edukační plán.

2.2.2 Výběr případu

K vypracování jsem zvolila záměrný výběr případu. Výběr dvou pacientů s karcinomem v oblasti kořena jazyka. Podmínkou bylo, aby u nich již byly rozvinuté problémy, spojené s léčbou.

2.2.3 Způsob získávání informací

Data pro svoji práci jsem získala analýzou dokumentace a informacemi od ošetřovatelského personálu. Získané informace jsem pak zpracovávala podle modelu Marjory Gordonové.

2.2.4 Organizace výzkumu

Výzkum byl uskutečněn ve FN Plzeň na Onkologicko radioterapeutické klinice. Výzkum probíhal od 9.10.2017 do 1.12.2017. Sběr dat probíhal se svolením Mgr. Světlušky Chabrové. Souhlas je přiložený v příloze práce.

V praktické části práce popisuji anamnézu pacienta. Poté popisuji ošetřovatelský plán včetně ošetřovatelských problémů. Každá kazuistika je

doplněna edukačním plánem pro daného pacienta, který by mu mohl pomoci v péči o sebe samotného.

Veškeré informace jsem čerpala pouze z dokumentace a od ošetrovatelského personálu.

2.3 Interpretace získaných údajů

2.3.1 Kazuistika č.1

2.3.1.1 Pacient č. 1

44 letý muž, přijat na Onkologicko radioterapeutickou kliniku FN Plzeň

Anamnéza:

Rodinná anamnéza: Děda měl nádor dutiny ústní, matka se léčí pro karcinom prsu, otec zemřel v 55 letech na CMP, sestra je zdravá, jedno dítě zdravo

Osobní anamnéza: Pacient je rozvedený, žije se svoji matkou, která se o něj i stará. Pacient prošel běžnými dětskými nemocemi. Ve dvou letech prodělal operaci na gastrointestinálním traktu, údajně mu prasklo střevo. Pacient v dětství utrpěl frakturu horní končetiny, která byla léčena sádrovou fixací.

Pracovní anamnéza: skladník, momentálně v pracovní neschopnosti

Alergie: pyl

Návyková anamnéza: kuřák 20 cigaret denně, pravidelně každý den 2 piva

Farmakologická anamnéza: Prestarium neo combi 5/1,25 1-0-0, Isosource

Nynější onemocnění: Pacient se léčí pro spinocelulární karcinom spodiny dutiny ústní s infiltrací jazyka a částí mandibuly. V květnu roku 2017 byla provedena rozsáhlá resekce nádoru, selektivní krční disekce a následná rekonstrukce dlahou a kožním lalokem s cévní stopkou, s komplikovaným hojením, nekrózou měkkých tkání brady, zavedený PEG a tracheostomie. Byl přijat k zahájení adjuvantní radioterapie, dle tolerance a celkového stavu ev. Potencovaná konkomitentní Chemoterapii.

Pacient je orientován místem a časem, afebrilní, bez krvácivých projevů, kůže bez projevů.

2.3.1.2 Údaje při přijetí:

Hmotnost 64,8 kg

Výška 178,5 cm

BMI: 21

Použité hodnotící škály: Barthelův test základních všedních činností – 100 bodů
(nezávislý pacient)

Numerická škála bolesti od 1 do 10 – 2 pacient trpí mírnou bolestí, která ho
neomezuje v běžném životě

Hodnocení nutričního stavu – 17 bodů, jedná se o rizikového pacienta

Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové – 29 bodů, není riziko vzniku dekubitů

škála k hodnocení vzniku žilní trombózy – 9 bodů, riziko vzniku žilní trombózy

Reakce sliznic na ozáření – bez reakce

2.3.1.3 údaje po týdnu:

Hmotnost: 62,5 kg

Výška: 178,5 cm

BMI: 20

Použité hodnotící škály: Barthelův test základních všedních činností – 100 bodů
(nezávislý pacient)

Numerická škála bolesti od 1 – 10 – 3 pacient trpí mírnou bolestí, špatně spí

Hodnocení nutričního stavu – 8 bodů, jedná se o rizikového pacienta

Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové – 27 bodů, není riziko vzniku dekubitů

Reakce sliznici na ozáření: mucozitis

2.3.1.4 údaje na konci sledování:

Hmotnost: 61,5

Výška: 178,5 cm

BMI: 19

Použité hodnotící škály: Barthelův test základních všedních činností: 100 bodů
(nezávislý pacient)

Numerická škála bolesti od 1 do 10 – 3, pacient trpí mírnou bolestí, špatně spí
riziko vzniku dekubitů dle Nortonové – 27 bodů, není riziko vzniku dekubitů

Reakce sliznic na ozáření - xerostomie

Škála k hodnocení vzniku žilní trombózy – 10, velké riziko vzniku žilní trombózy

Fyziologické funkce:

TK 135/85mm/Hg

P: 76/min

TT: 36,8°C

dechová frekvence 15/min

2.3.1.5 Průběh hospitalizace

1. Den

Pacient přijat k radioterapii a chemoterapii. Byl uložen na třílůžkový pokoj. Už zde na klinice hospitalizovaný byl. Přijatý také pro zahájení radioterapie. S pacientem byla sepsána ošetrovatelská anamnéza a byl seznámen s chodem oddělení. Byla mu zavedena PŽK na hřbetu levé horní končetiny. Pacient je soběstačný, spolupracující. Pacient má zavedený PEG. Převoz PEGu nezvládá sám. Pacientovi bylo vysvětleno jak se o zavedený PEG starat (okolí místa každý den očistit, pečovat o kůži ochrannými přípravky, vypodložit čtvercem a překrýt, jednou za dva dny provést otočení PEGu) ze začátku doporučuji dozor nad převazem. Aplikaci výživy zvládá sám. Nutná kontrola dutiny ústní. Pravidelný převaz tracheostomie – provádí sestra. U pacienta se sleduje P+V tekutin. Pacient byl poučen jak zaznamenávat údaje.

2. Den

Pacient podstoupil ozáření. Na nic si nestěžuje. Pacient za pomoci sestry provedl převaz PEGu. Sestra provedla převaz tracheostomie. Kontrola dutiny ústní – reakce na ozáření není. Pacient přijímá stravu ústy, ale převážně je výživa doplňována PEGem. P+V.

3. Den

Pacient si stěžuje na mírné bolesti, lékařem mu byl předepsán algifen dle potřeby. Pacient si stěžuje na sucho v ústech a nepříjemný pocit. Na doporučení lékaře podány speciální roztoky určené pro péči o dutiny ústní. Pacientovi byla vysvětlena správná péče o dutinu ústní (viz edukační plán). Pacientovi byly provedeny převazy. P+V

4. Den

Pacient na propustce, byla mu vysvětlena nutnost péče o PEG, dutinu ústní a tracheostomii. Byla mu vytažena PŽK.

5. Den

Pacient na propustce

6. Den

Pacient se vrátil z propustky v 8 hodin ráno. Pacientovi byla zavedena PŽK. Dnes byla pacientovi podána chemoterapie. Pacient si stěžuje stále na sucho v ústech a nepříjemný pocit. Nejspíše po podané chemoterapii se objevila nevolnost a zvracení. Odpočívá na lůžku.

V noci byl pacient už bez nevolnosti a zvracení, klidný, pouze nemohl usnout, ale prášky ani jiné prostředky odmítl. P+V.

7. Den

Pacient byl ozářen. Vše proběhlo bez potíží. Pacientovi byl kontrolně zvážen a bylo zjištěno, že stále ubývá na váze. Byla mu domluvena konzultace s nutriční terapeutkou. Byl mu doporučen sipping určitých přísad. Pacient ústy potravu prakticky nepojme, není mu to přes sucho v ústech příjemné. Vyživuje se pouze do PEGu. Pacientovi provedeny pravidelné převazy. P+V. V noci byl pacient klidný, stěžoval si na mírnou bolest, byly mu podány analgetika.

8. Den

Pacient byl ozářen. Provádí se pravidelná péče o PEG a tracheostomii, pečujeme o kůži. U pacienta přetrvávají problémy v oblasti dutiny ústní (sucho, nepříjemný pocit) pacient využívá sippingu. Bolest udává mírnou, analgetika nevyžaduje.

9. Den

Pacient nadále pokračuje v ozařování. Stěžuje si na větší problémy v oblasti dutiny ústní, kontrola lékařem. Zvýšená péče o dutinu ústní. Provedeny pravidelné převazy. Pacient si stěžuje na průjem. Bylo mu znovu vysvětleno jak správně využívat sipping a v jakých intervalech podávat přípravky do PEGu.

10. Den

Pacient ozářen. Provedeny pravidelné převazy. Potíže v dutině ústní přetrvávají včetně průjmu. Pacient vypadá unavený, více času tráví na lůžku. Využívá sippingu. Analgetika na bolest nevyžaduje.

11. Den

Pacient odchází na propustku. Byl poučen o péči o sebe sama.

2.3.1.6 Ošetrovatelský proces dle modelu Marjory Gordonové

Vnímání zdraví

Tato část se věnuje tomu, jak člověk vnímá své zdraví, jestli přijal svoje onemocnění, pečuje a podporuje svoje zdraví. Dodržuje doporučené postupy v péči o své zdraví.

Subjektivně: Pacient je plně informován o svém zdravotním stavu. Je smířený se svoji diagnózou. Onemocnění nebere jako velké omezení, snaží se najít si nové koníčky a zájmy. Doporučené postupy dodržuje, přestal s kouřením a úplně přestal pít alkohol.

Objektivně: Pacient spolupracuje s ošetrovatelským týmem, dodržuje doporučení a celkově se o své zdraví stará. Problém nastal, když pacientovi byla nabídnuta Perkutánní gastrostomie, z počátku ji odmítal.

Výživa a metabolismus

Zde zjišťujeme, jakým způsobem pacient přijímá potravu, jaké má návyky nebo zvyklosti ve stravování. Jestli ho nemoc nějak omezila v příjmu potravy.

Subjektivně: Dříve pacient přijímal potravu bez problémů, nyní přijímá stravu pouze v kašovitě formě. Používá doplňky výživy v podobě nutridrinků a výživy podávané do PEGu.

Objektivně: Pacient se zvládne najíst sám, z počátku mu vadilo přijímat stravu v kašovitě formě. Nyní už si zvykl. Byl mu doporučen sipping a strava podávána do PEGu.

Vylučování

Tato část se zaměřuje na funkci vylučovací systému a kůže.

Subjektivně: Pacient tuto oblast zvládá zcela sám, udává bez problémů.

Objektivně: Klient je zcela kontinentní. Objevily se problémy spojené se střídavým průjemem a zácpou. Průjem a zácpa jsou spojeny s léčbou a změnou stravy. Je zde nutné dbát o zvýšenou péči o kůži, především v oblasti zavedení PEGu. Je nutná také kontrola dutiny ústní.

Aktivita a cvičení

Oblast, která se zabývá jak denními aktivitami člověka, tak i zájmy rekreačními aktivitami. Zajímá nás, jestli onemocnění pacienta nějak ovlivnilo v běžném životě.

Subjektivně: Dříve byl velmi aktivní, především hodně pracoval. Po práci většinou upřednostňoval odpočinek. Občas rád sportoval. Teď bohužel nemůže svoji práci zastávat z důvodu nedostatku sil a zvýšené únavy. Našel si jiné koníčky v podobě knih a sledování televize.

Objektivně: Pacient působí vyrovnaně a v psychické pohodě. Je komunikativní. Rád se prochází po chodbě a čte si. Je patrný úbytek sil a únava.

Spánek a odpočinek

Zajímáme se o pacientův spánek, jeho zvyklosti. Zajímá nás také odpočinek pacienta, relaxace. Jestli se cítí odpočatý.

Subjektivně: Doma se vyspí bez problémů. V nemocnici mu dělá problém občasný hluk a ostatní pacienti na pokoji. Jakýkoli zvuk ho probudí. Občas se ráno cítí neodpočinitý. Rád si lehne po obědě. Nemá zvláštní návyky v souvislosti s relaxací.

Objektivně: Pacient si občas stěžuje na únavu. Léky na spaní odmítl. Přes den polehává málo, byly mu nabídnuta možnost farmak na spaní. Jinak si pacient nestěžuje.

Sebepojetí a sebeúcta

Tato jednotka nám pomáhá pochopit, jak jedinec vnímá sám sebe. Zajímáme se o to, jestli se pacient za sebe nestydí, kvůli fyzickým změnám apod.

Subjektivně: Pacient sám o sobě udává, že je bojovník, to nejhorší už prožil a už to bude pouze lepší.

Objektivně: Pacient spolupracuje, změny přijímá většinou kladně. Je v psychické pohodě.

Mezilidské vztahy:

Touto částí zjišťujeme, jestli má pacient dostatečný sociální kontakt a jestli se necítí být sám. Zjišťuje také, jestli se změnila nějak pacienta životní role v rodině, mezi přáteli apod.

Subjektivně: Pacienta pravidelně chodí navštěvovat matka a jeho dcera. Celá rodina pacienta plně podporuje.

Objektivně: Pacient má pravidelný sociální kontakt, který mu pomáhá udržet si dobrou náladu. Po kontaktu s rodinou jsme zjistili, že pacient je dobře zabezpečen a má kvalitní fungující vztahy. Pouze kontaktu s jinými, cizími lidmi se lehce vyhýbá. Pacient špatně mluví. Má zavedenou tracheostomii a není mu příjemné vystupovat na veřejnosti.

Stres a zvládání zátěžových situací:

Zahrnuje celkově zvládání stresových nebo zátěžových situací.

Subjektivně: Na vše většinou reaguje s humorem. Z těžkých situací si nedělá těžkou hlavu.

Objektivně: Pacient má většinou jen dobrou náladu. Obranným mechanismem na stresovou situaci má smích. Zvládá bez větších problémů.

Víra a životní hodnoty

Zahrnuje pacientovi životní hodnoty, cíle či náboženské vyznání.

Subjektivně: Pacient si myslí, že nijak zvlášť nepřehodnotil svůj život.

Objektivně: Pacient působí vyrovnaně.

Reprodukce a sexualita

Patří sem reprodukční období a změny v souvislosti s onemocněním a jak je pacient vnímá.

Subjektivně: Pacient má jednu zdravou dceru.

Objektivně: Pacient je rozvedený, má jednu dceru. Neudává žádnou přítelkyni. Pacient se nejspíše vzhledem k fyzickým změnám k cizím lidem velice nehlásí.

2.3.1.7 Ošetrovatelské diagnózy:

1. Porušený obraz těla 00118

U pacienta je to způsobeno sníženou hmotností, zavedenou tracheostomií a tím zhoršenou komunikací. Dále zavedením PEGu.

Očekávané výsledky: pacient chápe tělesné změny, pacient se snaží zapojovat do komunikace s ostatními, nestraní se kolektivu

Určující znaky

Subjektivně: strach z odmítnutí nebo reakce ostatních

Objektivně: změna vzhledu, ztížená komunikace, stranění se kolektivu

Ošetřovatelské intervence: Projevuj pacientovi důvěru, akceptovat pacientovi pocity, vyslechnout ho

Hodnocení: pacient je stále spíše samotářský

2. Zhoršená verbální komunikace 00051

U pacienta je to způsobeno onemocněním, podstoupenou operací a následnou tracheostomií.

Očekávané výsledky: pacient si najde vhodný způsob dorozumívání, pacient se s handicapem smíří, využívá alternativní způsoby komunikace

Určující znaky

Subjektivně: stres

Objektivně: neschopnost mluvit

Ošetřovatelské intervence: povzbuzujeme pacienta a nabízíme mu možné varianty komunikace. Domluvíme si s pacientem určitá gesta, která vyjadřují základní věci používané v běžné komunikaci.

Hodnocení: pacient využívá alternativní způsoby komunikace, ale pouze v nutném případě komunikace, jinak se spíše kontaktu vyhýbá

3. Strach 00148

Způsobené především strachem z budoucnosti.

Očekávané výsledky: pacient se naučí vhodné techniky zvládnání strachu

Určující znaky

Subjektivně: tělesné projevy, závažná diagnóza

Objektivně: ústup, snížená sebejistota

Ošetřovatelské intervence: dávat pacientovi dostatek prostoru, povzbuzovat ho, podávat dostatečné množství informací, dostatek času na pacienta

Hodnocení: pacient působí vyrovnaně, strach přetrvává, ale nedává to nijak najevo, bere situaci tak, jak je

4. Riziko infekce 00004

U pacienta jsou zavedené invazivní vstupy

Očekávané výsledky: V průběhu hospitalizace nedojde u pacienta k rozvoji infekce

Ošetřovatelské intervence: pravidelně provádíme převazy invazivních vstupů, poučíme pacienta o projevech infekce (začervenání, bolest, otok)

Hodnocení: v průběhu hospitalizace nedošlo k rozvoji infekce

2.3.1.8 Diagnózy, které se rozvinuly v průběhu hospitalizace

1. bolest 00132

Očekávané výsledky: pacient klidně spí, pacient dosahuje co nejlepší možné kvality života, pacient využívá prostředky k tišení bolesti

Určující znaky

Subjektivně: vyjádření, strach

Objektivně: tělesné projevy pacienta, slovní vyjádření pacienta

Ošetřovatelské intervence: posoudíme bolest, zjistíme, jak moc pacienta omezuje, nabídneme možné tišící prostředky (analgetika, obklady, úlevové polohy), zajistíme pacientovi klidné prostředí

Hodnocení: pacient využívá občas tišících prostředků, bolest přetrvává, ale výrazně pacienta neomezuje

2. Porušené polykání 00103

U pacienta je způsobeno ozářením v oblasti krku.

Očekávané výsledky: pacient je schopen přijímat potravu a tekutiny. Pacient má zajištěný nejvhodnější způsob příjmu potravy a tekutin. Pacient má zajištěnou dostatečnou hydrataci a výživu

Určující znaky

Subjektivně: sucho v ústech, bolest při polykání

Objektivně: odmítání stravy, menší porce, ubývání na váze

Ošetřovatelské intervence: posouzení stavu sliznic, zajistit pacientovi vhodnou dietu a formu stravy, která se bude pacientovi nejlépe přijímat, péče o dutinu ústní, doporučení zvlhčování dutiny ústní vlažnou vodou, výplachy doporučenými roztoky určených lékařem (poučíme pacienta jak správně roztoky používat)

Hodnocení: pacient zvládá přijímat stravu ústy, i když sucho v ústech přetrvává, pravidelně provádí výplachy dutiny ústní. Pacientovi byl zajištěný PEG.

3. Nedostatečná výživa 00002

U pacienta je způsobeno ozářením v oblasti hlavy a krku.

Očekávané výsledky: pacient si udržuje přiměřenou tělesnou hmotnost, pochopí nutnost příjmu potravy.

Určující znaky

Subjektivně: změna chuti, pocit sucha v ústech a s tím spojené obtížné polykání, odpor k jídlu

Objektivně: snížená hmotnost, změny v dutině ústní, menší příjem než je doporučený

Ošetřovatelské intervence: zhodnotíme nutriční stav pacienta, zajistíme vhodnou formu stravy, vysvětlíme pacientovi nutnost příjmu potravy, pečujeme o dutinu ústní

Hodnocení: pacient chápe nutnost příjmu potravy a snaží se, i když v menší množství stravu přijímat

4. Průjem 00013

Způsobeno přechodem na výživu do PEGu a nezvyk na sipping.

Očekávané výsledky: pacient má formovanou stolici, pacient je hydratovaný

Určující znaky

Subjektivně: bolesti břicha, nucení na stolicí

Objektivně: neformovaná řídká stolice, zvýšená frekvence defekace

Ošetřovatelské intervence: edukace ohledně sippingu a hydratace (pití po malých dávkách), péče o kůži a sliznice

Hodnocení: pacient již netrpí průjmem

5. Nauzea 00134

Očekávané výsledky: Pacient nepocituje nevolnost a pocity na zvracení

Určující znaky

Subjektivně: stížnosti na pocity na zvracení, bolesti břicha, únava

Objektivně: slovní vyjádření pacienta, pacient zvracel

Ošetřovatelské intervence: dbát na dostatečnou hydrataci, podávat léky dle ordinace lékaře, poučení pacienta o konzumaci pití a jídla v malých dávkách, po případně na chvíli přerušit podávání výživových doplňků

Hodnocení: pacient se cítí lépe, zvracení nepřetrvává

6. Únava 00093

Očekávané výsledky: pacient zvládá běžné činnosti, cítí více energie

Určující znaky

Subjektivně: strach, pocity únavy, zvýšená potřeba spánku

Objektivně: váhový úbytek, nevolnosti, vliv onemocnění, psychický ne komfort

Ošetřovatelské intervence: zajímáme se o celkový stav pacienta, zajistíme medikaci lékaře, zlepšit kvalitu spánku (zajistíme klidné prostředí, ujistíme spací návyky)

Hodnocení: únava u pacienta přetrvává

2.3.1.9 Edukační plán – přiložený v příloze práce

2.3.2 Kazuistika č.2

Pacient č.2

57. letý pacient přijat na Onkologickou radioterapeutickou kliniku FN Plzeň.

Anamnéza:

Rodinná anamnéze: Otec měl nádor dutiny ústní, jinak se v rodině žádné závažnější onemocnění nevyskytuje

Osobní anamnéza: Pacient žije sám, žije v domě. Má jednoho syna, který žije v cizině. Pacient prošel běžnými dětskými nemocemi. Nikdy předtím vážněji nestonal

Pracovní anamnéza: truhlář, momentálně v pracovní neschopnosti

Alergie: neudává

Návyková anamnéza: Kuřák 20 a více cigaret denně, alkohol – pravidelná konzumace piva (každý den)

Farmakologická anamnéza: Nolpaza 40mg 1-0-0, ACC long 600mg 1-0-0, Calcium 500mg 1-0-0, Magnosolv 365mg 1-0-0, Fentanyl – ratiopharm 25mcg/h – výměna jednou za tři dny, Isosource Standart

Nynější onemocnění: karcinom kořene jazyka (C021): stav po hemiglosektomii a pravostranné blokované disekci krčních uzlin I – V pro spinocelulární rohovějící karcinom v únoru 2017. Pacient přijat ve velmi špatném stavu k léčbě masivní infiltrace spodiny dutiny ústní a jazyka. Pacient velmi špatně přijímá per os. Pacient přijat k radioterapii spojenou s chemoterapií a k zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie. Pacient také trpí vlivem onemocnění anémií, je tedy nutné podání transfuze a podání krevní plazmy. Pacient trpí nádorovou kachexií a stomatitidou.

Pacient je orientován místem časem, pacient má krvácivé projevy i změny na kůži.

2.3.2.1 Údaje při přijetí:

Hmotnost: 55Kg

Výška 162cm

BMI: 21

Hodnotící škály: Barthelův test základních všedních činností – 85 bodů, lehká závislost

Numerická škála bolesti od 1 do 10 – 4 pacient trpí občasně mírnou bolestí

Hodnocení nutričního stavu – 13 bodů – nutná konzultace, podvýživa

Riziko vzniku dekubitů – 27 bodů, není riziko vzniku dekubitů

Škála k hodnocení vzniku žilní trombózy – 11 bodů velké nebezpečí vzniku žilní trombózy

Reakce sliznic na ozáření – stomatitida

Tíže mukozitidy dutiny ústní podle kritérií WHO – 3, defekt, per os přijímá pouze tekutiny

2.3.2.2 Údaje po týdnu:

Váha: 53Kg

Výška: 162cm

BMI: 20

Hodnotící škály: Barthelův test základních všedních činností – 85 bodů, lehká závislost

Numerická škála bolesti od 1 do 10 – 4, pacient trpí mírnou bolestí

Hodnocení nutričního stavu – 6 bodů, pacient má velké riziko malnutricie

Riziko vzniku dekubitů – 25 bodů, riziko vzniku dekubitů

Škála k hodnocení vzniku žilní trombózy: 11 bodů, velké riziko vzniku žilní trombózy

Reakce sliznic na ozáření – stomatitida přetrvává

Tíže mukozitidy dle hodnocení WHO – 4, nemožnost přijímat per os ani tekutiny

2.3.2.3 Údaje na konci sledování:

Váha: 52Kg

Výška: 162cm

BMI: 19,8

Hodnotící škály: Barthelův test základních všedních činností – 85 bodů, lehká závislost

Numerická škála bolesti od 1 do 10 – 5, pacient trpí silnou bolestí

Hodnocení nutričního stavu – 6 bodů, pacient má velké riziko malnutrice

Rizik vzniku dekubitů – 25 bodů, riziko vzniku dekubitů

Škála k hodnocení vzniku žilní trombózy – 11 bodů, velké riziko vzniku žilní trombózy

Reakce sliznic na ozáření - mukozitida přetrvává

Tíže mukozitidy dle hodnocení WHO – 4, nemožnost přijímat per os ani tekutiny

Fyziologické funkce:

TK: 131/77 mm/Hg

Puls: 76/min

TT: 36,9 °C

Dechová frekvence: 13/min

2.3.2.4 Průběh hospitalizace:

1.Den

Pacient přijat plánovaně k zavedení PEGu a sadě ozařování a chemoterapie. Pacient má defekt (píštěl) v oblasti krku s částečnou nekrózou. Pacient má povleklou dutinu ústní, je nutná pravidelná hygiena a výplachy. Pacient velmi špatně přijímá per os. Pouze tekutiny. Pacient trpí bolestmi. Spolupracuje, je zhoršená komunikace a špatné dorozumívání. Pacienta je nutné denně vážit. Zavedena periferní žilní kanyla na pravé horní končetině. Pacient je ohrožen žilní trombózou, nutno pravidelně kontrolovat místo vpichu.

2. Den

Dnes byl pacientovi zaveden PEG. Nutná kontrola místa zavedení. Péče o kůži a dutinu ústní. Převaz defektu na krku. Většinu dne tráví na lůžku. Podávány analgetika dle ordinace na tišení bolestí.

3., 4., 5. Den

Pacient se cítí celkem dobře, byla provedena pravidelná péče o kůži a dutinu ústní. Kontrola a převaz PEGu. Edukace pacienta v péči o PEG a aplikaci přípravků do PEGu. Pacienta zvládá sám podávat přípravky do PEGu. Vyžaduje léky na bolest. Pacient konzultoval svůj nutriční stav s nutričním terapeutem a byl mu doporučen sipping. Pacient byl poučen jak správně sipping provádět, v jakých intervalech a jaké množství. Pacient udává průjem.

6. Den

Pravidelné převazy a péče o kůži. Kontrola hmotnosti. Dnes bude pacientovi podána chemoterapie. Pacient si stěžuje na výrazné slinění, na nepříjemný pocit v ústech. Lékařem doporučeny roztoky k výplachu dutiny ústní. Provedena edukace pacienta v používání roztoků. Sledován P + V tekutin. Pacient po chemoterapii udává nauzeu a nucení na zvracení. Průjem přetrvává.

7. Den

Cítí se lépe. Provedeny převaz defektu a PEGu. Pravidelná péče o dutinu ústní a kůži. Průjem ustupuje, přetrvává nauzea. Sleduje se P+V tekutin.

8., 9., 10. Den

Pacient výrazně neubývá na váze. Bolest přetrvává, ale je zvládnuta analgetickou léčbou. Nauzea ustává. Pacientovi byly provedeny pravidelné převazy. Kontrola dutiny ústní s lékařem. Zde problémy neustupují. Pacient byl znovu poučen o správnosti péče o dutinu ústní.

2.3.2.5 Ošetřovatelský proces dle modelu Marjory Gordonové

Vnímání zdraví

Tato část se věnuje tomu, jak člověk vnímá své zdraví, jestli přijal svoje onemocnění, pečuje a podporuje svoje zdraví. Dodržuje doporučené postupy v péči o své zdraví.

Subjektivně: Pacient si cítí ze svého zdravotního stavu v šoku.

Objektivně: Pacient spolupracuje, stará se o sebe. Dodržuje léčebný režim a doporučení. Působí lehce vyděšeně.

Výživa a metabolismus

Zde zjišťujeme, jakým způsobem pacient přijímá potravu, jaké má návyky nebo zvyklosti ve stravování. Jestli ho nemoc nějak omezila v příjmu potravy.

Subjektivně: Dříve jedl pacient normálně, vše bez omezení. Teď nezvládá stravu ani ve formě kaše přijímat ústy. Snaží se alespoň pít tekutiny a popíjet nutridrinky.

Objektivně: Pacient nezvládá přijímat ústy, vyživuje se přípravky do PEGu. Snaží se popíjet nutridrinky a přijímat tekutiny. Pacient si velmi rychle zvykl na PEG.

Vylučování

Tato část se zaměřuje na funkci vylučovacího systému a kůže.

Subjektivně: Pacient je zcela kontinentní. Zvýšená péče o kůži a sliznice.

Objektivně. Pacient je kontinentní v oblasti mikce i defekace. Nevyžaduje speciální pomoc. Pouze z důvodu nezvyku tekuté stravy a přípravků podávaných do PEGu pacient občas trpí průjmem.

Aktivita a cvičení

Oblast, která se zabývá jak denními aktivitami člověka, tak i zájmy a rekreačními aktivitami. Zajímá nás, jestli onemocnění pacienta nějak ovlivnilo v běžném životě.

Subjektivně: dříve pacient rád pracoval, chodil do hospody a bavil se s přáteli. Teď bohužel pracovat nemůže, nemá dostatek sil. Teď si spíše rád čte nebo se dívá na televizi.

Objektivně: Pacient většinu dne tráví na lůžku, z důvodu ztížené komunikace, se pacient ostatním lidem spíše vyhýbá. Většinu času tráví sám, občas si zavolá se synem.

Spánek o odpočinek

Zajímáme se o pacientův spánek, jeho zvyklosti. Zajímá nás také odpočinek pacienta, relaxace. Jestli se cítí odpočinitý.

Subjektivně: Pacient má problémy usnout. Budí se kvůli bolestem.

Objektivně: Pacient se často v noci budí. Skoro každý večer si říká o léky na spaní.

Sebepojetí a sebeúcta

Tato jednotka nám pomáhá pochopit, jak jedinec vnímá sám sebe. Zajímáme se o to, jestli se pacient za sebe nestydí, kvůli fyzickým změnám apod.

Subjektivně: Pacient se prakticky od zjištění nemoci přestal s kýmkoliv vídat. Nerad vystupuje na veřejnosti a kontaktu s lidmi se vyhýbá.

Objektivně: Pacient je dost uzavřený, moc s ostatními nekomunikuje. Spíše samotářský. Většinu dne tráví na lůžku a čte si. Pozorujeme mírné známky deprese.

Mezilidské vztahy

Touto částí zjišťujeme, jestli má pacient dostatečný sociální kontakt a jestli se necítí být sám. Zjišťuje také, jestli se nějak změnila životní role pacienta v rodině, mezi přáteli apod.

Subjektivně: Pacient udržuje kontakt se svým synem. Jinak ho nikdo nenavštěvuje. Pacient tvrdí, že mu to takhle vyhovuje.

Objektivně: po rozhovoru s pacientem jsme zjistili, že pacient se takhle cítí spokojený. Se synem vychází dobře. Syn ho prý přijede navštívit.

Stres a zvládání zátěžových situací

Zahrnuje celkově zvládání stresových nebo zátěžových situací.

Subjektivně: Pacient vše přijímá tak jak to je.

Objektivně: Pacient vždy spolupracuje, zapojuje se aktivně do léčby. Většinou má dobrou náladu. S diagnózou a onemocněním se smířil.

Víra a životní hodnoty

Zahrnuje pacientovi životní hodnoty, cíle či náboženské vyznání.

Subjektivně: Pacient přehodnotil svůj život. Je ateista.

Objektivně: Pacient přehodnotil svoje hodnoty. Chce se léčit, přestal kvůli onemocnění kouřit a pít alkohol.

Reprodukce a sexualita

Patří sem reprodukční období a změny v souvislosti s onemocněním a jak je pacient vnímá.

Subjektivně: Pacient má jednoho syna. Nejvíce mu vadí zhoršená komunikace. Vadí mu, že když se potřebuje domluvit, musí vše psát.

Objektivně: Pacient se zřejmě kvůli změně vzhledu a špatnému dorozumívání k ostatním lidem moc nehlásí. Má jednoho syna. Manželku ani přítelkyni neudává.

2.3.2.6 Ošetřovatelské diagnózy:

1. Porušený obraz těla 00118

Pacient má v souvislosti s onemocněním fyzické změny na těle.

Očekávané výsledky: pacient chápe tělesné změny, pacient akceptuje sebe sama

Určující znaky

Subjektivně: strach z reakce ostatních, stud,

Objektivně: defekt v oblasti krku, špatná komunikace, uzavření do sebe

Ošetřovatelské intervence: posoudit psychický stav pacienta, všímat si známků změn v chování pacienta, všímat si projevů smutku, mluvit s pacientem o jeho problémech, dát pacientovi najevo že si ho vážíme

Hodnocení: Pacient je stále nejraději sám. Projevy smutku nepozorujeme.

2. Nedostatečná výživa 00002

U pacienta je to způsobeno onemocněním, defektem v oblasti krku a léčbou.

Očekávané výsledky: pacient si udržuje přiměřenou tělesnou hmotnost

Určující znaky

Subjektivně: nemožnost přijímat potravu ústy, změny chuti

Objektivně: výrazný váhový úbytek, zánět dutiny ústní, průjem

Ošetřovatelské intervence: posoudit stav výživy, zajistit příjem jinou cestou nežli per os, pobízet pacienta k dostatečnému pití tekutin, kontrolování váhy pacienta

Hodnocení: pacientovi byl zaveden PEG. Výživa je podávána do PEGu. Paciente zvládá ještě sipping.

3. Porušené polykání 00103

Způsobeno onemocněním.

Očekávané výsledky: Pacient přijímá alespoň tekutiny a popíjí nutridrinky.

Určující znaky

Subjektivně: bolest při polykání, defekt v oblasti trávicího traktu, zánět dutiny ústní

Objektivně: odmítání stravy, zánět dutiny ústní, slintání

Hodnocení: Pacient přijímá tekutiny a sipping.

4. Bolest 00133

V souvislosti s onemocněním pacient udává bolesti.

Očekávané výsledky: pacient dosahuje co nejlepší kvality života, pacient využívá možnosti léčby bolesti

Určující znaky

Subjektivní: únava, nespavost, nechutenství

Objektivní: pozorovatelné projevy bolesti, změna tělesné hmotnosti

Ošetřovatelské intervence: posoudíme bolest a její projevy, dodržujeme ordinace lékaře, vyjadřujeme pochopení pacientovi.

Hodnocení: Pacient využívá analgetik

5. porušená kožní integrita 00044

Defekt (píštěl) v oblasti krku.

Očekávané výsledky: pacient se zapojí do preventivních i léčebných opatření

Určující znaky

Subjektivně: bolest

Objektivně: destrukce tkáně

Ošetřovatelské intervence: popsat ránu, pravidelně o ránu pečovat, bránit vzniku infekce

Hodnocení: Pacient se snaží o ránu pečovat i sám, nedošlo k šíření infekce

6. Zhoršená verbální komunikace 00051

Způsobeno onemocněním, prodělanou operací a defektem v oblasti krku

Očekávané výsledky: pacient využívá alternativní způsoby komunikace, pacient není frustrován z omezení v komunikaci

Určující znaky

Subjektivně: vyhýbaní se komunikaci, strach z komunikace

Objektivně: defekt v oblasti krku

Ošetrovatelské intervence: pomoci zvolit vhodnou alternativní možnost dorozumívání, případně smluvit si gesta, která ulehčí komunikaci

Hodnocení: pacient se komunikaci spíše vyhýbá, ale pokud musí využívá alternativní způsoby dorozumívání

7. Riziko infekce 00004

Pacient má zavedenou periferní žilní kanylu.

Očekávané výsledky: Během hospitalizace nedojde k rozvoji infekce

Ošetrovatelské intervence: edukuj pacienta o projevech a známkách infekce, pravidelně převazuj rány a invazivní vstupy.

Hodnocení: u pacienta nedošlo k rozvoji infekce

2.3.2.7 Ošetrovatelské diagnózy vzniklé v průběhu hospitalizace:

1. Průjem 00013

Způsobeno přechodem na výživu do PEGu a nezvyk na sipping.

Očekávané výsledky: pacient má formovanou stolicí, pacient je hydratovaný

Určující znaky

Subjektivně: bolesti břicha, nucení na stolicí

Objektivně: neformovaná řídká stolice, zvýšená frekvence defekace

Ošetrovatelské intervence: edukace ohledně sippingu a hydratace, péče o kůži a sliznice

Hodnocení: pacient již netrpí průjmem

2. Nausea 00134

Vzniklé v souvislosti s podanou chemoterapií a podstoupenou léčbou.

Očekávané výsledky: pacient je dostatečně hydratován, pacient nepociťuje nevolnost, nezvrací

Určující znaky

Subjektivně: bolest břicha, pocity na zvracení

Objektivně: průjem, vyčerpání, zvracení, únava

Ošetřovatelské intervence: podáváme medikaci dle ordinace lékaře, zajistit dostatečný příjem tekutin, doporučíme pacientovi spíše studené nápoje, cucání ledu, zaznamenáváme četnost zvracení, sledujeme příznaky dehydratace

Hodnocení: u pacienta byla nauzea zvládnuta medikací proti nevolnosti, postupně ustoupila

3. Porušený spánek 00095

U pacienta způsobeno především bolestí a změnou prostředí

Očekávané výsledky: pacient se cítí odpočatý

Určující znaky

Subjektivní: bolest, nespavost

Objektivní: pacient vyžaduje léky na spaní a na bolest, v noci se budí, nemůže usnout

Ošetřovatelské intervence: posoudit příčiny nespavosti, podávat léky dle ordinace lékaře, zjistit spánkové rituály pacienta

Hodnocení: Pacient usne pouze s pomocí léků.

2.3.2.8 Edukační plán – přiložený v příloze bakalářské práce

Analýza získaných údajů

V mojí bakalářské práci jsem se snažila zjistit nejčastější ošetřovatelské problémy, navrhnout jim řešení a pokusit se pacientům na základě jejich potřeb pomoci. Z údajů vyšlo, že nejčastějšími ošetřovatelskými problémy jsou porucha polykání, fonace, malnutricie, porušený obraz těla, poruchy s trávením a samozřejmě pacienti provází další problémy, ale tohle byly nejzásadnější, které si myslím, že je ovlivňují nejvíce. Vyskytovaly se u obou mých zkoumaných pacientů, každý z nich to prožíval trochu jinak, což můžeme vidět v ošetřovatelském modelu podle Marjory Gordonové. Pokusila jsem se pro každého pacienta sestavit ošetřovatelský plán na základě jeho potřeb a vyhodnotila ho. V některých případech se povedlo dosáhnout úplného vyřešení a někdy problémy ustaly částečně nebo přetrvávají. Jako sestra jsem se snažila zjišťovat od personálu, jakým způsobem jim mohu pomoci a jak k nim přistupovat, což popisuji v ošetřovatelském plánu. Odpozovala jsem, že nejdůležitější je dát pacientům prostor a vyslechnout si jejich problémy, pomoc jim nabídnout, ale nevnucovat jim to. Snažila jsem se pro pacienty vytvořit edukační plán, který jsem zaměřila cíleně na problém, který by pacient mohl zvládat lépe a sám. Vycházela jsem ze zjištěných údajů, ale také z toho z jakých je pacient poměrů, jestli dokáže změnit svůj životní styl, jestli vůbec pochopí, proč je to důležité a bude mít ochotu to dodržovat. U prvního pacienta jsem shledala dobrou volbu edukace o samostatném používání PEGu. Z informací vyplynulo, že se o tyto potřeby stará jeho matka, i když je sama nemocná. V druhém případě jsem zvolila péči o dutinu ústní, kde se nacházel opravdu velký problém, který pacienta velmi omezoval a přinášel spoustu komplikací.

Nakonec jsem se pokusila vytvořit edukační leták, který má pomoci lidem s používáním PEGu. Myslím si, že PEG je velmi užitečný pro tyto pacienty a víceméně snadný na používání, takže při správné edukaci by se mohl každý pacient naučit o něj pečovat sám.

Diskuze

Mojí bakalářskou práci jsme zaměřili na pacienty s rozvinutými problémy při nádorovém onemocnění hlavy a krku. Mým cílem bylo zjistit, jaké nejčastější problémy se u těchto pacientů vyskytují, jestli je mají pacienti podobné či stejné a co pro takové pacienty mohu jako sestra udělat. Zjišťovali jsme, jak onemocnění na pacienty působí a jak sem s tím dva odlišní lidé vyrovnávají. Vypracovali jsme dvě kazuistiky a zjišťovali dle modelu Marjory Gordonové nejčastější ošetrovatelské problémy, které pacienty provázejí. Ze získaných údajů jsem zjistila, že nejčastějším problémem u těchto pacientů je určitě porucha polykání s poruchou tvorby slin. A s tím spojené komplikace jako jsou záněty dutiny ústní. Tyto problémy se vyskytly u obou zkoumaných pacientů. Dalším velkým problémem je úbytek na váze a tzv. nádorová kachexie. Určitě se u pacientů objevuje strach a porušený obraz těla. A to především spojený s alternativními způsoby výživy. Pacienti se také vyrovnávají s novým stylem života, který musí přijmout. V neposlední řadě, co považují pacienti jako velký handicap, je porucha verbální komunikace, způsobená buď samotným nádorem, nebo operací a terapií, která následuje. Problematiku léčby a komplikací nám objasňuje Vokurka (2016). O tom jak se pacientům žije, s takovým onemocněním, se zmiňuje Šlampa, Smilek (2016). Na základě zjištěných informací, jsme poté vypracovali pro každého pacienta ošetrovatelský plán. A na základě tohoto plánu jsme vypracovaly edukační plán, který jsme zaměřily na největší problém konkrétního pacienta. Po zjištění informací jsme vypracovali edukační leták, který by mohl v praxi pomoci pacientům. Edukační leták je přiložený v příloze práce.

Tak jako u každého onemocnění je důležité i u tohoto onemocnění především prevence. Je důležité veřejnost stále upozorňovat na zásady správné životosprávy, dodržování preventivních prohlídek. Informovat o škodlivosti kouření a nepříznivého vlivu alkoholu jak uvádí Šlampa, Smilek (2016). Zjistili jsme, že lidé stále tyto aspekty podceňují a neinformují se dostatečně, co může rizikové chování způsobit. Více o prevenci a její důležitosti nám popisuje Vorlíček, Abrahámová (2012). Ze zjištěných informací jsme zjistili, že lidé s tímto typem onemocnění většinou přicházejí pozdě již s rozvinutými problémy. Bývá to často způsobené tím, že lidé ani nevědí, že by se mohlo jednat o nádor v oblasti hlavy a krku jak uvádí Šlampa, Smilek (2016).

Dále je pak důležitá správná diagnostika, a kde všude je útvar rozšířený. Poté, pokud je to možné, se většinou volí v první řadě chirurgická léčba, jak nám uvádí Novotný (2016), kdy se celý útvar odstraní. Poté se pokračuje většinou radioterapií či chemoterapií. Po dobu mé praxe na ORAK Plzeň jsem zjistila, že většina pacientů opravdu podstoupila chirurgický zákrok za účelem odstranění útvaru a pokračují v léčení většinou kombinací radioterapie a chemoterapie.

Léčba jako taková je pro pacienty velmi náročná a stojí je spoustu fyzických i psychických sil. Často s léčbou přichází i spousta nežádoucích účinků a ošetrovatelských problémů. Tyto problémy nám uvádí Vokurka (2016). Sestra by o těchto nežádoucích účincích měla vědět a měla by na možnost jejich výskytu pacienta upozornit. Měla by také znát, jak je možné těmto komplikacím předcházet po případně jak se o rozvinuté problémy postarat a co nejvíce se pokusit zkvalitnit život pacienta. Vokurka (2015) nám uvádí jeden z nejčastějších problémů, které se v souvislosti s onemocněním vyskytují a to je postižení dutiny ústní mukozitidou. Dalším velkým problémem u pacientů bývá porušená verbální komunikace, která velmi často pacienty vyřazuje z běžného života. Pacienti pociťují stud a strach z okolí a proto se komunikaci raději vyhýbají.

Tak jako u všech onemocnění jde u pacientů o fyzické uzdravení, ovšem, aby se člověk uzdravil fyzicky, potřebuje také psychickou pohodu. Sestra by měla být pro pacienta oporou, dostatečně s nimi komunikovat a měla by umět především pacienta vyslechnout. Pokud už sestra samotná na problém nestačí, je dobré přivolat jiného odborníka. Ptáček (2011) píše, že onkologičtí nemocní se nebojí tolik ani fyzické bolesti, jako spíše strachu z budoucnosti, nejasné budoucnosti. Strachu z osamělosti, nebo opuštění. Pokud se onemocnění vrací, strach se samozřejmě prohlubuje a pacienta to může velmi poznamenat.

Mým cílem práce bylo zjistit, jaké jsou nejčastější problémy u těchto onemocnění. U pacienta č. 1 i 2. byly dost podobné problémy. Především to bylo spojené s negativními účinky ozařování a podanou chemoterapií. Problémy nastávaly i již se samotným útvarem, který u obou pacientů zapříčinil zhoršenou verbální komunikaci, s čímž pak souvisí i ovlivnění psychického stavu pacientů. Pacienti 1 i 2 měli poruchu polykání a s tím spojené problémy s příjmem potravy per os. Od tohoto problému se dále pak odvíjí i problém s vylučováním. Oba dva pacienti měli v této

oblasti problém. Pacienti část trpí průjmy nebo zácpou, bývá to zapříčiněno změnou stravovacích návyků a často organismu trvá, než si zvykne na výživové doplňky. Z toho důvodu je velmi nutné poučit pacienta jak správně podávat přípravky a jak je užívat. Dalším společným problémem spojeným s předchozím problémem obou pacientů je nedostatečná výživa. Která je spojená s poruchou sekrece slin a změnami chutí k jídlu. Z počátku než pacienti přistoupí na jinou možnost přijímání potravy, bývají často vyhublí. U obou pacientů byl také společný fakt z oblasti životního stylu, který mohl onemocnění negativně přispět. Šlampa (2016) uvádí, že kouření má negativní vliv na vznik nádorů v oblasti hlavy a krku. Podle zjištěných údajů pacienti 1 i 2 byli silní kuřáci.

Dalším mým cílem bylo vytvořit edukační plán. Protože si myslím, že edukace pacientů je obecně velmi důležitá. Sestavila jsem pro každého pacienta na základě jeho potřeb edukační plán. Poté jsem sestavila edukační leták, který by mohl sloužit obecně všem pacientům, kteří mají podobné problémy. Leták je zaměřený na výživu pacienta pomocí zavedeného PEG.

ZÁVĚR

Moje bakalářská práce se zabývá tématem Péče o pacienta s nádorem v oblasti hlavy a krku. Práce je rozdělena do dvou částí a to na část teoretickou a na část praktickou. V teoretické části nejdříve popisuji základní anatomii hlavy a krku po té se zaměřuji už na samotné nádory. Popisuji diagnostiku, rizikové faktory, možnosti léčby a komplikace s léčbou spojené. V teoretické části jsem uvedla také možnosti výživy onkologických pacientů. A uvedla v neposlední řadě psychickou stránku pacienta.

V praktické části jsem tvořila kazuistiky. Záměrně jsem si vybrala pacienty se stejným typem nádoru a rozvinutými problémy. Zjišťovala jsem, jaké problémy pacienty provází a navrhla pro ně ošetrovatelský plán s možnostmi řešení problémů. Z analýzy vyšlo, že největšími problémy provázející pacienty je porucha verbální komunikace, porucha polykání a malnutricie. Ovlivňuje to člověka jak po psychické stránce, tak i fyzické. Po zjištění nejčastějších problémů jsem pro pacienty vytvořila edukační plán, na základě jejich potřeb. Vytvořila jsem i pro veřejnost edukační leták, který by mohl pacientům usnadnit péči o sebe samotného.

Sestry mají k pacientům velmi blízko a pacienti se jim často svěřují více než lékařům, takže si myslím, že právě sestra by měla umět poradit a edukovat pacienta a tím mu pomoci s jeho problémy. Ráda bych se chtěla stát sestrou, která bude pro pacienty užitečná a bude jim umět pomoci.

LITERATURA A PRAMENY

1. ŠLAMPA, Pavel a Pavel SMILEK. *Nádory hlavy a krku: přehled diagnostiky a léčby maligních nádorů horních dýchacích a polykacích cest, hrtanu, slinných žláz a kůže*. Praha: Mladá fronta, 2016. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3743-3.
2. MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1521-6.
3. VOKURKA, Samuel. *Postižení dutiny ústní onkologických pacientů*. Praha: Current Media, 2014. Medicus. ISBN 978-80-260-6359-9.
4. NAŇKA, Ondřej, Miloslava ELIŠKOVÁ a Oldřich ELIŠKA. *Přehled anatomie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-612-0.
5. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3742-3.
6. MECHL, Zdeněk. O nádorech hlavy a krku. *Linkos* [online]. Brno, 2006 [cit. 2018-03-09]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/onkologicke-diagnozy/nadory-hlavy-a-krku-c00-14-c30-32/o-nadorech-hlavy-a-krku/>
7. PÁLA, Miloslav. *Léčba nádorů hlavy a krku a její komplikace*. Praha: Liga proti rakovině, 2011.
8. VOKURKA, Samuel. *Ošetrovatelské problémy a základy hemoterapie: učební texty a ošetrovatelské intervence nejen pro sestry z oboru hematologie a onkologie*. Praha: Galén, c2005. ISBN 8072622994.
9. *THE ORAL CANCER FOUNDATION* [online]. Newport Beach Ca, 2018 [cit. 2018-03-09]. Dostupné z: <https://oralcancerfoundation.org>
10. *SPOHNC* [online]. USA, 2014 [cit. 2018-03-09]. Dostupné z: <https://www.spohnc.org>
11. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2005. ISBN 9788024712116.
12. RCHALOUSOVÁ, Alexandra. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Hradec Králové: Nucleus HK, 2003. ISBN 80-86225-33-X.
13. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, c2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.

14. NOVOTNÝ, Jan, Pavel VÍTEK a Zdeněk KLEIBL. *Onkologie v klinické praxi: standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů*. 2. vydání. Praha: Mladá fronta, 2016. Aeskulap. ISBN 9788020439444.
15. VYZULA, Rostislav. *Výživa při onkologickém onemocnění*. Praha: Galén, c2001. Trápí vás-- (Galén). ISBN 8072621203.
16. VORLÍČEK, Jiří a Pavel ŠEVČÍK. *Bolest a možnosti jejího zmírnění či odstranění*. Praha: Liga proti rakovině, 2011.
17. HRBKOVÁ, Danuše. *Doporučení při suchosti v dutině ústní*. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2005.
18. ROMAŇÁKOVÁ, Marta. *Psychologický průvodce pro onkologicky nemocné*. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2003.
19. ŽALOUĐÍK, Jan. *Kouření a rakovina*. Brno: Masarykův onkologický ústav.
20. KOSTŘICA, Rom. *Současná komplexní léčba nádorů hlavy a krku*. V Brně: Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, 2003. ISBN 8021030615.
21. VOKURKA, Samuel. *Péče o dutinu ústní u onkologických pacientů*. Praha: Dialog Jessenius, 2015. ISBN 978-80-905986-1-4.

SEZNAM ZKRATEK

ORAK – Onkologicko radioterapeutická klinika

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie

TK - krevní tlak

TT – tělesná teplota

WHO – Světová zdravotnická organizace, World Health Organization

BMI – Body Mass Index

FN – fakultní nemocnice

CT – Magnetická rezonance

TZV – tak zvaně

PŽK – periferní žilní kanyla

CM – centimetr

MIN – minuta

Např. – například

UV – ultrafialové

CMP – cévní mozková příhoda

Apod. – a podobně

Mgr. – magistr

P+V – příjem a výdej tekutin

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 – souhlas s výzkumem
- Příloha 2 – Edukační plán č. 1
- Příloha 3 – edukační plán č. 2
- Příloha 4 – Edukační leták
- Příloha 5 – Tabulka, Kritéria hodnocení tíže mukozitidy dutiny ústní podle kritérií WHO
- Příloha 6 – Rešerše
- Příloha 7 – CD

Příloha 1 – Souhlas s výzkumem

Vážená paní

Šárka Pavlová

Studentka oboru Všeobecná sestra

Fakulta zdravotnických studií - Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** sběr informací o ošetrovatelských postupech používaných u pacientů *Onkologické a radioterapeutické kliniky (ORAK) FN Plzeň*. Informace budete získávat v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Péče o pacienta s karcinomem v oblasti hlavy a krku*“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra osloveného pracoviště souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- **Sběr informací pro Vaši bakalářskou práci budete provádět v době své, školou schválené, odborné praxe a pod přímým vedením paní Mgr. Simony Šípové, vrchní sestry ORAK FN Plzeň.**
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, pokud budou uvedeny ve Vaší práci, musí být anonymizovány.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete** Zdravotnickému oddělení / klinice či organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, jejich soukromí či pokud by spolupráce s Vámi zaměstnanci pocítovali jako újmu. Účast zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.. 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

5. 4. 2017

Edukace pacienta č. 1

Účel: Edukace pacienta se zavedenou perkutánní endoskopickou gastrostomií o aplikaci léku přímo do PEG.

Cíl: Klient dovede aplikovat léky přímo do zavedené sondy.

Pomůcky: Názorná ukázka se slovním doprovodem.

Výukové metody: rozhovor, názorná ukázka

Cíl: **kognitivní oblast:** pacient chápe poskytnuté informace

Hlavní body plánu: Pacienta seznámíme, jak se připravují a podávají léky přímo do sondy.

Časová dotace: 6 minut

Hodnocení: Pacient nám zopakuje, jak se připravují a podávají léky přímo do sondy

Cíl: **Psychomotorická oblast:** Klient předvede, jak se aplikují léky přímo do sondy

Hlavní body plánu: pacientovi názorně předvedeme přípravu a aplikaci léků do sondy

Časová dotace: 5-6 minut

Hodnocení: Pacient sám předvede přípravu a aplikaci léku přímo do sondy

Cíl: **afektivní oblast:** Pacient chápe manipulaci a přípravu léku podávaných do sondy

Hlavní body plánu: pacientovi vysvětlíme zásady podání a na co si dát při podávání pozor.

Časová dotace: 5 minut

Hodnocení: Pacient zásady vyjmenuje.

Edukace pacienta č.2

Účel: Edukace pacienta v péči o dutinu ústní

Cíl: Klient pochopí nutnost zvýšené péče o dutinu ústní

Pomůcky: roztoky k výplachu dutiny ústní, pomůcky k ošetření dutiny ústní

Výukové metody: rozhovor, názorná ukázka

Cíl: **kognitivní oblast:** klient vyjmenuje vhodné pomůcky k ošetření dutiny ústní

Hlavní body plánu: pacientovi ukážeme a vyjmenuje pro něj vhodné pomůcky a produkty k ošetření dutiny ústní

Časová dotace: 5 minut

Hodnocení: Pacient vyjmenuje vhodné pomůcky a produkty k ošetření dutiny ústní

Cíl: **psychomotorická oblast:** Pacient nám předvede techniku ošetření dutiny ústní

Hlavní body plánu: Pacientovi názorně ukážeme a vysvětlíme, jak se přípravky používají a jak pečovat o dutinu ústní.

Časová dotace: 5-6 minut

Hodnocení: Pacient nám předvede použití pomůcek a péči o dutinu ústní.

Cíl: **afektivní oblast:** Pacient chápe proč je nutná zvýšená péče o dutinu ústní a zná možné komplikace, které mohou nastat při nedodržování

Hlavní body plánu: Pacientovi vysvětlíme nutnost péče o dutinu ústní, na obrázcích ukážeme, jaké komplikace mohou nastat

Časová dotace: 5 minut

Hodnocení: pacient chápe nutnost zvýšené péče o dutinu ústní a zná možné komplikace.

Používání PEGu

PEG neboli perkutánní gastrostomie. Nám slouží k zajištění plnohodnotné výživy pacienta. Využijeme jej tehdy, pokud nemůžeme z nějakého důvodu přijímat výživu ústy nebo je výživa nedostatečná.

Aplikace přípravku do PEGu.

- Umyjeme si ruce teplou vodou a mýdlem.
- Připravíme si všechny pomůcky (Janettovu stříkačku, ubrousky, podávaný přípravek, převařenou vodu na propláchnutí PEGu)
- Sedneme si do pohodlné polohy, nejčastěji do polosedu
- Výživu do PEGu podáváme bolusově nebo – li pomocí stříkačky v jednotlivých dávkách v pravidelných intervalech (přibližně 200 – 300ml po 2 až 3 hodinách)
- Výživu nepodáváme, nejsme – li si jisti, že předchozí dávka opustila žaludek.
- Nejdříve PEG propláchneme vodou nebo hořkým čajem. Natáhnu si do stříkačky přibližně 100 ml vody. PEG „zaštípnu“ a otevřu, nasadím stříkačku a PEG povolím. Propláchnu ho a opět zaštípnu.
- Poté si do stříkačky natáhnu připravenou výživu a opakuji postup jako při proplachu.
- Výživu podáváme pomalu. Po aplikaci dávky opět PEG propláchneme a set uzavřeme.
- Po aplikaci bychom měli ještě setrvat v polosedě, aby nedošlo ke vdechnutí nebo zatečení výživy do horních cest dýchacích.
- Po aplikaci vždy stříkačku vyčistím a opláchnu proudem horké vody. Na konci dne bychom měli stříkačku převařit.

PEG člověka nijak neomezuje a můžeme s ním běžně fungovat. Můžeme se s ním sprchovat, můžeme s ním jet na dovolenou, můžeme do něj podávat i léky. Pokud mám zavedený PEG a zdravotní stav tomu dovoluje, můžeme výživu přijímat i ústy. Vše konzultujte se svým lékařem.

Příloha 5 – Tabulka, kritéria hodnocení tíže mukozitidy dutiny ústní podle kritérií WHO

Tabulka 1: Kritéria hodnocení tíže mukozitidy dutiny ústní podle kritérií WHO				
Stupeň	1	2	3	4
Charakter	bolest a zarudnutí sliznice	defekt, možno přijímat tuhous travu	defekt, lze přijímat jen tekutiny (kaše)	defekt, nemožnost přijímat ani tekutiny

(Vokurka, 2015, str. 8)

Příloha 6 – Rešerše

1.

TI: Postavenie chirurgického ošetrovateľstva v komplexnej liečbe karcinómu jazyka

AU: Vadkertiová, Veronika – Kollárová, Lívia – Kurinec, František

CI: Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia. 2017, roč. 15, č. 2, s. 28-32.
Literatura

LA: slo RT: články

DE: zdravotní sestry ; ošetrovateľská péče ; vzdělávání pacientů jako téma ; pooperační období ; otorinolaryngologie ; otorinolaryngologické chirurgické výkony ; nádory jazyka ; terciární prevence

AN: nco031323 DT: 171006

2.

TI: Aspekty ovplyvňujúce život paciena po laryngektómii

AU: Sodomková, Monika – Jarabová, Daniela – Jamborová, Anna

CI: Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia. 2017, roč. 15, č. 2, s. 25-27.
Literatura

LA: slo RT: články

DE: laryngektomie ; nádory hrtanu ; kvalita života ; otorinolaryngologické chirurgické výkony

AB: Laryngektómia je rozsiahly chirurgický výkon, kedy dochádza k odstráneniu celej časti hrtana. Pacienti s touto diagnózou sú vystavení veľkej psychickej záťaži. Musia sa vyrovnávať s mnohými zmenami, ktoré v ich živote nastanú po operácii. V súčasnej medicínskej praxi je zdravotný stav pacienta a výsledok jeho liečby hodnotený predovšetkým podľa somatických, laboratórnych a zobrazovacích parametrov. Dôležité je však hodnotiť stav pacienta komplexne za pomoci veľkej rady životných aspektov, ktoré môžu byť v rôznej fáze ochorenia a liečby rozdielne zasiahnuté.

AN: nco031322 DT: 171006

3.

TI: Psychologicko-etické problémy v onkologii a onkologickom ošetrovateľstve

AU: Ondriová, Iveta

CI: Zdravotníctví a medicína : čtrnáctideník pro odborníky ve zdravotníctví a farmácii. 2017, roč. 2017, č. 6 (Sestra), s. 22-23. ISSN: 2336-2987. Literatura

CI: Sestra : odborný dvoměsíčník pro zdravotní sestry. 2017, č. 6, s. 22-23. ISSN: 1210-0404. Literatura

LA: slo RT: články

DE: nádorová bolest ; postoj ke smrti ; empatie ; strach ; lékařská onkologie (etika) ; onkologické ošetrovateľství (etika) ; psychologie ; fyzické omezení ; osobní autonomie

SG: NLK: B 2694 ; nevá. 940

AN: nco031232 DT: 170718

4.

TI: Stereotaktická radiochirurgie hlavy s neinvazivní fixací

AU: Šidlová, I. – Kovaříková, Jana – Holoubková, K.

CI: Florence : časopis moderního ošetrovateľství. 2017, roč. 13, č. 4, s. 18-21. ISSN: 1801-464X. Literatura

LA: cze RT: články

DE: nádory hlavy a krku ; částice - urychlovače (využití) ; radioterapie (škodlivé účinky, přístrojové vybavení, metody, využití) ; stereotaktické techniky ; radiační onkologie ; radiochirurgie (škodlivé účinky, přístrojové vybavení, metody, využití)

SG: NLK: B 2389 ; nevá. 669 a

LI: <http://www.florence.cz/> - domovská stránka časopisu

AN: nco031176 DT: 170430

5.

TI: Hrtan ; : Rakovina hrtanu ; Ošetřování po totální laryngektomii

AU: Slouka, David

PU: Plzeň : Euroverlag, s.r.o., [2016]. 150 stran : ilustrace ; 22 cm.

LA: cze RT: monografie, knihy

PT: kolektivní monografie

DE: komunikace ; laryngektomie ; nádory hrtanu ; sociální přizpůsobení ;
kvalita života ; hlas

IN: ISBN: 978-80-7177-952-0

SG: NLK: K 91937

AN: MED00190938 DT: 170412

6.

TI: Vplyv rádioterapie na kvalitu života pacientov s nádormi hlavy a krku

AU: Lučenič, Andrej

CI: Sestra [slovenský časopis]. 2016, roč. 15, č. 1-2, s. 28-31.

LA: slo RT: články

DE: nádory hlavy a krku ; lékařská onkologie ; kvalita života ; radioterapie

AN: nco030371 DT: 160616

7.

TI: Starostlivosť o pacienta s nádorovým ochorením hlavy a krku počas
rádioterapie

AU: Ďurajková, Jana – Závodská, Helena – Kavecký, Eduard

CI: Sestra : odborný mesačník pre ošetrovateľstvo. 2016, roč. 15, č. 1-2,
s. 26-27. ISSN: 1335-9444.

LA: slo RT: články

DE: nádory hlavy a krku ; lékařská onkologie ; radioterapie

SG: NLK: B 2296 ; nevázn. 674

AN: nco030370 DT: 160616

8.

TI: Ošetrovateľská starostlivosť o onkologického pacienta

AU: Orenčáková, Tatiana – Durkotová, Mária

CI: Sestra [slovenský časopis]. 2016, roč. 15, č. 1-2, s. 14-15.

LA: slo RT: články

DE: lékařská onkologie

AN: nco030358 DT: 160616

9.

TI: Nádory hlavy a krku : přehled diagnostiky a léčby maligních nádorů horních dýchacích a polykacích cest, hrtanu, slinných žláz a kůže

AU: Šlampa, Pavel, 1960- – Smilek, Pavel, 1953-

PU: První vydání. Praha : Mladá fronta, Medical services, 2016. 261 stran : barevné ilustrace ; 24 cm.

LA: cze RT: monografie, knihy

PT: kolektivní monografie

DE: nádory hlavy a krku (diagnóza, terapie)

IN: ISBN: 978-80-204-3743-3

SG: NLK: K 91209

AN: MED00187727 DT: 160428

10.

TI: Enterální výživa onkologických pacientů

AU: Šachlová, Milana

CI: Zdravotnictví a medicína - Sestra. 2015, č. 12, s. 36-37.

LA: cze RT: články

DE: enterální výživa ; potrava speciální ; lékařská onkologie ; podvýživa

AN: nco030293 DT: 160616

11.

TI: Rány a onkologicky nemocný pacient - citlivé téma

AU: Poláková, Hana

AD: Geriatrické centrum Pardubické nemocnice, Nemocnice Pardubického kraje, a.s.

CI: Léčba ran : odborný časopis určený pro lékaře, farmaceuty a nelékařské zdravotnické pracovníky. 2015, roč. 2, č. 4, s. 18-19. ISSN: 2336-520X; (OCOLC)900134358.

LA: cze RT: články

PT: kazuistiky

DE: adenokarcinom (diagnóza, chirurgie, terapie) ; staří ; obvazy (využití) ; kachexie ; spinocelulární karcinom (diagnóza, chirurgie, terapie) ; chronická nemoc ; ženské pohlaví ; lidé ; nádory hrtanu ; anamnéza ; lidé středního věku ; mastektomie (využití) ; mužské pohlaví ; ošetrovatelská péče (metody, využití) ; metastázy nádorů (farmakoterapie, radioterapie, terapie) ; paliativní péče ; nádory hltanu ; infekce chirurgické rány (diagnóza, ošetřování, terapie) ; chirurgie operační (využití) ; infekce v ráně (komplikace, ošetřování, terapie) ; nádory podčelistní slinné žlázy (diagnóza, chirurgie, terapie) ; hojení ran ; duktální karcinom prsu (diagnóza, chirurgie, terapie) ; výsledek terapie ; obvazy hydrokoloidní (využití)

SG: NLK: B 2749 ; neváž. 1291

AN: bmc16004453 DT: 201602