

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Markéta Hauznerová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Markéta Hauznerová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**ROLE SESTRY V PÉČI O PACIENTA S NÁDOROVÝM
ONEMOCNĚNÍM VARLETE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Simona Šípová MBA

PLZEŇ 2019

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Markéta HAUZNEROVÁ**
Osobní číslo: **Z16B0012P**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Role sestry v péči o pacienta s nádorovým onemocněním varle**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství a porodní asistence**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS.
- Popsat metodiku praktické části.
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
- Dodržet citační normu.
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce.

Rozsah grafických prací:

Rozsah kvalifikační práce:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

- **DOSTÁLOVÁ, Olga. Péče o psychiku onkologicky nemocných. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. 166 s. Sestra. ISBN 978-80-247-5706-3.**
- **HES, Ondřej et al. Nádory varlat Vyd. 1. Plzeň: Euroverlag, 2007, 368 s. ISBN 978-80-7177-111-1.**
- **VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. Klinická onkologie pro sestry. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3742-3.**
- **RUSSELL, Salty S. Testicular Cancer: Overview And Implications for Health Care Providers. Urologic Nursing. July/August 2014, vol. 34, no. 4, s. 172-176. ISSN 1053-816X.**

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Simona Šípová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce:

31. ledna 2018

Termín odevzdání bakalářské práce:

29. března 2019



PhDr. Lukáš Štich
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

V Plzni dne 1. února 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2019.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Markéta Hauznerová

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Role sestry v péči o pacienta s nádorovým onemocněním varle

Vedoucí práce: Mgr. Simona Šípová MBA

Počet stran – číslované: 69

Počet stran – nečíslované: 36

Počet příloh: 8

Počet titulů použité literatury: 24

Klíčová slova: nádorové onemocnění varle, role sestry, ošetrovatelská péče

Souhrn:

Ve své bakalářské práci jsem se rozhodla věnovat pacientům se zhoubným onemocněním varle a roli sestry v péči o tyto pacienty. Zaměřila jsem se na hlavní ošetrovatelské problémy u těchto pacientů hospitalizovaných a léčených na Onkologické a radioterapeutické klinice Fakultní nemocnice Plzeň – Lochotín.

Teoretická část je zaměřena na seznámení s obecnou onkologií – diagnostikou, léčbou, prevencí, psychikou pacientů, výživou a péčí o intravenózní porty, které se užívají při onkologické léčbě čím dál častěji. Dále jsem specifikovala nádorového onemocnění varle, kde jsem zmínila diagnostiku, léčbu a dělení těchto nádorů.

V praktické části jsem zpracovala 3 kazuistiky, ve kterých jsem použila model funkčních vzorců zdraví dle Marjory Gordonové. Ze zjištěných údajů jsem zmapovala nejčastější potíže pacientů s nádorovým onemocněním varle a jejich řešení. Následně jsem jako výstup mé bakalářské práce vytvořila brožuru pro pacienty s tímto nádorovým onemocněním, kde jsem se zaměřila především na možné nežádoucí účinky onkologické léčby a jejich snadnější zvládnutí.

Abstract

Surname and name: Markéta Hauznerová

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: The nurse's role in taking care of patient with a malignant testicular tumor.

Consultant: Mgr.Simona Šípová MBA

Number of pages – numbered: 69

Number of pages – unnumbered: 36

Number of appendices: 8

Number of literature items used: 24

Keywords: testicular tumor, nursing,

Summary:

The bachelor thesis focuses on patient diagnosed with a malignant testicular tumor and the nurse's role in taking care of these patients. It targets on the main nursing problems with these patients hospitalized and treated in the Clinic of Oncology and Radiation Therapy of the University Hospital in Pilsen.

The theoretical part presents general oncology, especially diagnostics, treatment, prevention, psychological state of patients, nutrition and care of intravenous ports, which are used more and more often. In addition, the term of testicular tumor is specified, and diagnosis, treatment and division of these tumors is mentioned.

The practical part includes three case histories, where Marjory Gordon's functional health patterns are used. According to the data, the most frequent problems of the patients with malignant testicular tumor and their solution is mapped. As a result of the thesis, a leaflet for these patients is made focusing mainly on the possible undesired side effects of the oncology treatment and their better managing.

Předmluva

Pro zpracování mé bakalářské práce jsem si zvolila téma: Role sestry v péči o pacienta s nádorovým onemocněním varle. Nádory varlat jsou v současné době nejčastějším nádorovým onemocněním mužů ve věku od 20 do 40 let. Domnívám se proto, že je potřeba tomuto tématu věnovat více pozornosti. Dále byl inspirací pro zvolení tohoto tématu můj otec, který prodělal toto onemocnění ve svých 20 letech, tedy v době, kdy ještě nebyly takové možnosti v léčbě, jako jsou dnes. Velmi ho obdivuji za to, jak vše zvládl.

Poděkování

Děkuji Mgr. Simoně Šípové MBA za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů, za vstřícný přístup a čas, který mi věnovala. Také děkuji svým rodičům za podporu při psaní mé bakalářské práce.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK	13
ÚVOD.....	15
TEORETICKÁ ČÁST	16
1 OBECNÁ ONKOLOGIE A ROLE SESTRY	16
1.1 Příčiny vzniku (etiologie) onkologického onemocnění	16
1.1.1 Zevní faktory	16
1.1.2 Genetické vlivy.....	18
1.2 Diagnostika	18
1.3 Léčba.....	19
1.4 Nežádoucí účinky onkologické léčby	19
1.4.1 Nevolnost a zvracení	19
1.4.2 Oslabení imunity a infekce	20
1.4.3 Bolest	20
1.4.4 Únava.....	21
1.4.5 Poškození sliznic dutiny ústní	21
1.4.6 Poškození kůže a alopecie	21
1.4.7 Průjem.....	22
1.4.8 Zácpa a ileus	22
1.5 Výživa v onkologii.....	22
1.5.1 Strava onkologicky nemocných	22
1.5.2 Doporučení	23
1.5.3 Komplikace příjmu potravy.....	23
1.5.4 Nádorová kachexie	25
1.5.5 Nádorová anorexie.....	26
1.5.6 Léčba nádorové kachexie a anorexie	27
1.6 Enterální a parenterální výživa	27
1.6.1 Enterální výživa	27
1.6.2 Parenterální výživa	29
1.6.3 Enterální a parenterální výživa v onkologii.....	30
1.7 Žilní vstupy	31
1.7.1 Dlouhodobé centrální žilní katétry	31
1.7.2 Intravenózní porty.....	32
1.7.3 Periferní centrální žilní katétr	33
1.7.4 Zásady ošetřování cévního vstupu.....	33
1.7.5 Iritační flebitida	34

1.7.6	Extravazace.....	35
1.8	Psychosociální problematika onkologických pacientů.....	36
1.8.1	Fáze „nádorového prožívání“ dle Fawzy (1999) – uvádí pět (eventuálních) fází	36
1.8.2	Dnes se užívají především tyto fáze psychické odezvy na závažné zdravotní stavy, dle Kubler – Rossové	38
1.9	Psychoterapeutická péče	39
1.9.1	Individuální.....	40
1.9.2	Skupinová.....	40
1.9.3	Behaviorální a jiné.....	40
1.10	Prevence v onkologii.....	42
1.10.1	Úloha sestry v prevenci nádorových onemocnění.....	42
1.10.2	Primární prevence.....	42
1.10.3	Sekundární prevence.....	43
1.10.4	Terciální prevence	43
2	NÁDORY VARLAT	44
2.1	Etiologie.....	44
2.2	Klinické příznaky.....	44
2.3	Diagnostické postupy.....	45
2.4	Dělení nádorů varlat.....	45
2.5	TNM klasifikace	46
2.6	Léčba.....	46
2.6.1	Chirurgická	46
2.6.2	Chemoterapie.....	46
2.6.3	Radioterapie.....	46
2.6.4	Léčba rekurence/relapsu onemocnění	47
3	MODEL FUNKČNÍCH VZORCŮ ZDRAVÍ DLE MARJORY GORDON	48
3.1	Hlavní jednotky modelu.....	48
4	VYHLÁŠKA O ČINNOSTECH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ A JINÝCH ODBORNÝCH PRACOVNÍKŮ – VYHLÁŠKA ČÍSLO 55/2011 SB.	49
4.1	Všeobecná sestra.....	49
	PRAKTICKÁ ČÁST	51
5	CÍL A ÚKOLY PRÁCE	51
5.1	Hlavní cíl.....	51
5.2	Dílčí cíle.....	51
6	VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY	52
7	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	53
8	METODIKA PRÁCE	54

9	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	55
9.1	Respondent č. 1	55
9.1.1	Anamnéza	55
9.1.2	Vstupní ošetřovatelská anamnéza.....	55
9.1.3	Vitální hodnoty	56
9.1.4	Diagnóza.....	56
9.1.5	Průběh hospitalizace	56
9.1.6	Model funkčního typu zdraví dle Gordonové:	57
9.1.7	Ošetřovatelské diagnózy.....	60
9.1.8	Edukace	63
9.1.9	Použité hodnotící škály.....	63
9.2	Respondent č.2.....	63
9.2.1	Anamnéza	63
9.2.2	Vstupní ošetřovatelská anamnéza.....	64
9.2.3	Vitální hodnoty	65
9.2.4	Diagnóza.....	65
9.2.5	Průběh hospitalizace	65
9.2.6	Model funkčního typu zdraví dle Gordonové:	65
9.2.7	Ošetřovatelské diagnózy.....	69
9.2.8	Edukace	71
9.2.9	Použité hodnotící škály.....	71
9.3	Respondent č.3.....	71
9.3.1	Anamnéza	71
9.3.2	Vstupní ošetřovatelská anamnéza.....	72
9.3.3	Vitální hodnoty	73
9.3.4	Diagnóza.....	73
9.3.5	Průběh hospitalizace	73
9.3.6	Model funkčního typu zdraví dle Gordonové:	73
9.3.7	Ošetřovatelské diagnózy.....	76
9.3.8	Edukace	79
9.3.9	Použité hodnotící škály.....	79
	DISKUZE	80
	ZÁVĚR.....	83
	SEZNAM LITERATURY	84
	SEZNAM PŘÍLOH	86
	PŘÍLOHY	87
	Příloha č. 1 – Mapa ošetřovatelské péče	87

Příloha č. 2 – Souhlas s výzkumem ve FN Plzeň	90
Příloha č. 3 – Rešerše	91
Příloha č. 4 – Vzor informovaného souhlasu s výzkumem	97
Příloha č. 5 – Ošetřovatelská anamnéza u klienta č.1	98
Příloha č. 6 – Ošetřovatelská anamnéza u klienta č.2	99
Příloha č. 7 – Ošetřovatelská anamnéza u klienta č. 3	100
Příloha č. 8 – Brožura	101

SEZNAM ZKRATEK

AFP – alfa – fetoprotein

BEP – bleomycin, vepesid, cisplatina

BMI – body mass index

CT – computer tomografie

DM – diabetes mellitus

EB – Epstein Barová

FN – fakultní nemocnice

GIT – gastrointestinální trakt

HCG – humánní choriový gonadotropin

HPV – lidský papilomavirus

K - klient

LDH – laktát dehydrogenáza

MR – magnetická resonance

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

OSVČ - osoba samostatně výdělečně činná

ORAK – onkologická a radioterapeutická klinika

ORL – ušní, krční, nosní

P – pulz

Per os – per orálně (ústy)

PET – pozitronová emisní tomografie

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie

PICC – periferní centrální žilní katétr

PLAP – placentární alkalická fosfatáza

PŽK – periferní žilní katétr

RTG – rentgen

TT – tělesná teplota

TNM – tumor, nodus, metastázy

TK – krevní tlak

UV – ultrafialové záření

VŠ – vysoká škola

ÚVOD

Ve své bakalářské práci s názvem Role sestry v péči o pacienta s nádorovým onemocněním varlete se zaměřuji na pacienty s tímto onemocněním, hospitalizované na Onkologické a radioterapeutické klinice Fakultní nemocnice Plzeň – Lochotín, po orchiektomii a léčené chemoterapií. V současné době je toto nádorové onemocnění čím dále častější u mladých mužů. Léčba probíhá v několika cyklech chemoterapie, dle individuální reakce pacienta na aplikaci chemoterapeutik. Probíhá buď ambulantně, nebo formou hospitalizace na onkologické klinice. V tomto období jsou nemocní vystaveni náročné životní situaci a procházejí celkovou změnou jejich fyzického a psychického stavu. Proto je velice důležité, aby všeobecné sestry znaly nejčastější ošetrovatelské problémy spojené s ošetřováním těchto pacientů a jejich řešení, čímž mohou přispět k usnadnění jejich pobytu v nemocnici.

V teoretické části se zabývám nejprve všeobecnou onkologií, kde se zaměřuji na příčiny vzniku onkologických onemocnění, prevenci, léčbu, psychiku těchto pacientů, nežádoucí účinky onkologické léčby, výživu onkologicky nemocných a žilní vstupy. Dále jsem se zaměřila na nádorové onemocnění varlat, kde jsem sepsala dělení těchto nádorů, diagnostiku a léčbu tohoto onemocnění.

V praktické části jsem zpracovala 3 kazuistiky pacientů se zhoubným onemocněním varlete dle modelu Marjory Gordonové: Model funkčních vzorců zdraví. Jsou zde popsány nejčastější ošetrovatelské problémy těchto pacientů a jejich řešení.

K získávání potřebných informací v teoretické části a ověřování poznatků z praktické části jsem využívala knižní zdroje. Ve Studijní a vědecké knihovně Plzeňského kraje jsem si nechala vytvořit rešerše, které jsem použila k vytvoření přehledu o tématu mé bakalářské práce a přiložila je do příloh.

TEORETICKÁ ČÁST

1 OBECNÁ ONKOLOGIE A ROLE SESTRY

1.1 Příčiny vzniku (etiologie) onkologického onemocnění

Příčiny vzniku tohoto onemocnění nejsou zcela jasné. Říká se, že v každém z nás za celý život proběhne několik nádorových bujení. U některého jedince propuknou tyto reakce v maligní onemocnění, u jiného ne. Nemůžeme si říkat, proč právě u mne toto onemocnění propuklo, ale musíme se s ním smířit a s touto životní překážkou bojovat. (Jiří Vorlíček a kolektiv, 2012, s.33-47)

Neznáme jasné příčiny pro vypuknutí nemoci, ale je známo spousta rizikových faktorů, které mohou vést k propuknutí maligního onemocnění. (Jiří Vorlíček a kolektiv, 2012, s.33-47)

Příčiny dělíme na zevní a genetické. (Jiří Vorlíček a kolektiv, 2012, s.33-47)

1.1.1 Zevní faktory

Mezi zevní faktory, které přispívají k propuknutí zhoubného onemocnění, patří:

Kouření, tabák

Kouření způsobuje 80-90 % úmrtí na karcinom plic u žen a mužů. Tabákové výrobky nepoškozují jen plíce, ale i ostatní orgány v těle. Riziko nevzniká jen u aktivních kuřáků, ale i u pasivních. (Jiří Vorlíček a kolektiv, 2012, s.33-47)

Pohybová aktivita

Jedním z dalších rizikových faktorů je obezita. Proto by pohybová aktivita měla být nedílnou součástí každodenního života každého jedince. Fyzická zátěž stimuluje aktivitu našeho imunitního systému. Lepší imunitní systém má za následek nižší výskyt nádorů. Fyzická aktivita by měla být prováděna alespoň 30 – 60 minut denně.

(Jiří Vorlíček a kolektiv, 2012, s.33-47)

Výživové faktory

Nadměrné množství potravin způsobuje obezitu, která, jak již víme, je jedním z rizikových faktorů pro vznik nádorových onemocnění. Konzumace velkého množství živočišných tuků zvyšuje riziko maligních chorob, proto bychom měli upřednostňovat rostlinné oleje před živočišnými, ale jen do míry, kdy nevzniká obezita. (Jiří Vorlíček a kolektiv, 2012, s.33-47)

Vitamíny mají, jak je již známo, mnoho antioxidačních látek a proto nám také snižují riziko vzniku onemocnění. Bylo prokázáno, že vitamín A snižuje riziko nádorů plic, jícnu, žaludku, tlustého střeva, prsu a děložního čípku. Vitamín E má příznivý vliv na riziko nádoru žaludku, úst, hltanu, jícnu, plic a pankreatu. Je třeba dodat, že tato tvrzení platí pouze v případě, že se tyto látky dostávají do těla cestou přírodních potravinových zdrojů (ovoce, zelenina), nikoli cestou farmaceutických přípravků. (Jiří Vorlíček a kolektiv, 2012, s.33-47)

Měli bychom preferovat konzumaci ryb před masovými výrobky. Především velké množství červeného masa výrazně zvyšuje riziko nádorového onemocnění tlustého střeva. (Jiří Vorlíček a kolektiv, 2012, s.33-47)

Konzumace alkoholických nápojů je dalším významným faktorem vzniku tohoto onemocnění. Zvyšuje riziko nádorů úst, hltanu, jícnu, jater, tlustého střeva a prsu. (Jiří Vorlíček a kolektiv, 2012, s.33-47)

Doporučení pro jednotlivce zní: volte stravu rostlinného původu. Udržujte fyzicky aktivní způsob života. Udržujte si zdravou váhu po celý život. Omezte konzumaci alkoholických nápojů. (Jiří Vorlíček a kolektiv, 2012, s.33-47)

Infekce

Lidský papilomavirus (HPV) se vyskytuje u lidí běžně, pouze u infikovaných jedinců dochází k vývoji karcinomu, především karcinomu čípku. Dále tento virus může způsobovat karcinom vulvy, vaginy, penisu a konečníku. V poslední době bylo spojeno s tímto virem i nádorové onemocnění hlavy a krku. Nárůst výskytu orofaryngeálního karcinomu může být zvýšeno v souvislosti se sexuálními praktikami, jako jsou: orální sex, orálně-anální kontakt nebo větší počet sexuálních partnerů. V dnešní době mnoho firem

nabízí očkování proti HPV virům. Například vakcína Silgard nebo Cervarix, které chrání před několika typy tohoto viru.(Jiří Vorlíček a kolektiv, 2012, s.33-47)

Virová hepatitida B může způsobovat karcinom jater.

Mezi další viry související s maligním onemocněním patří: EB virus, humánní herpes virus 8, virus humánní T-buněčné leukémie.(Jiří Vorlíček a kolektiv, 2012, s.33-47)

Ionizující záření a UV záření

V praxi bylo ověřeno, že ionizující záření zvyšuje riziko maligního onemocnění, jak bylo potvrzeno při jaderných nehodách. Riziková je i prenatální radiologická diagnostika (těhotné ženy by se měly vyšetřovat RTG, pouze pokud je to nezbytně nutné). Dítě je nejcitlivější na toto záření během svého intrauterinního života.(Jiří Vorlíček a kolektiv, 2012, s.33-47)

Ultrafialové záření zvyšuje riziko melanomů či karcinomů kůže.(Jiří Vorlíček a kolektiv, 2012, s. 33-47)

Chemické látky

Riziko těchto látek bylo potvrzeno především u pracovníků, kteří denně pracují s těmito látkami. Například azbest, chlorovaný uhlovodík a další. (Jiří Vorlíček a kolektiv, 2012, s.33-47)

1.1.2 Genetické vlivy

Genetický = familiární výskyt určitého nádorového onemocnění popisuje skutečnost, že se určitý typ nádoru vyskytl vícekrát v rámci jedné rodiny. Zjištění familiárního výskytu vede k doporučení dřívějšího zahájení preventivních kontrol.(Jiří Vorlíček a kolektiv, 2012, s.33-47)

1.2 Diagnostika

Prvním krokem je získání klientovi anamnézy (rodinné, osobní, sociální, pracovní, gynekologické, abúzus...), ze které může lékař získat cenné informace pro včasnou diagnostiku nádorového onemocnění.(Tomáš Pokřivčák a kolektiv, 2014, s. 86)

Následuje somatické vyšetření – pohledem, poklepem, pohmatem a poslechem.

Nedílnou součástí jsou zobrazovací vyšetření, mezi která patří především RTG, CT, MR, sonografie, scintigrafie kostí, PET... (Tomáš Pokřivčák a kolektiv, 2014, s. 86)

Dále se užívá endoskopické vyšetření. Nejčastěji laryngoskopie, bronchoskopie, esofagoskopie, gastroduodenoskopie, rektoskopie, kolonoskopie, laparoskopie a cystoskopie. Nezbytné je vyšetření hematologické, biochemické a nádorové markery. (Tomáš Pokřivčák a kolektiv, 2014, s. 86)

Velice důležitá je biopsie z postiženého orgánu či tkáně, která určí typ, grading a staging nádoru. (Tomáš Pokřivčák a kolektiv, 2014, s. 86)

1.3 Léčba

Ke správné léčbě je potřebná správná diagnostika nádoru, která musí obsahovat informace o typu nádoru, o tkáni, ze které nádor vznikl, o jeho malignitě a rozsahu. (Jiří Vorlíček a kolektiv, 2012, s. 72)

Ke stanovení rozsahu onemocnění se užívá mezinárodní TNM klasifikace. T- tumor (primární nádor), N- nodus (regionální uzliny) a M – metastázy (vzdálené metastázy). (Jiří Vorlíček a kolektiv, 2012, s. 72)

Onkologická léčba může být operační, radiační, medikamentózní či podpůrná.

Dělení léčby či cíle: kurativní – s cílem úplně vyléčit klienta. Adjuvantní - vyléčení klienta, ale je spojena s horší kvalitou života. Neoadjuvantní – předoperačně je jejím cílem zmenšit primární nádor a zničit nádorové buňky, ale nedojde k vyhubení všech nádorových buněk. Podpůrná - usiluje o co nejlepší kvalitu života klienta, je zaměřena na zmírnění obtíží (bolest...), spojená s nádorovým onemocněním a snaží se zlepšit klientovi psychosociální a duševní obtíže. Paliativní – jedná se o komplexní podpůrnou léčbu klientovi s pokročilým, nevléčitelným onemocněním v posledních fázích jejich života. (Jiří Vorlíček a kolektiv, 2012, s. 74-76)

1.4 Nežádoucí účinky onkologické léčby

1.4.1 Nevolnost a zvracení

Jedná se o velice časté problémy při léčbě u onkologických klientů. Lze jim předcházet účinnou premedikací. Nevolnost je pocit na zvracení, zvracení je stav, kdy klient vypustí z úst žaludeční obsah. (Samuel Vokurka, 2005, s. 19-22)

Příčinou může být chemoterapie, kdy samotná cytostatika vyvolávají nauzeu a zvracení. Dále radioterapie, ostatní léky, malignita a psychické vjemy. Je důležité, aby byl klient před léčbou stabilizován psychicky, labilita často způsobuje již dopředu nauzeu a zvracení. (Samuel Vokurka, 2005,s.19-22)

K terapii se užívá dostatečná premedikace (antiemetika) před podáním chemoterapie, popřípadě zklidňující léky při lability klienta. Mezi nejčastěji užívaná antiemetika patří Zofran, Degan a Dexona. K podpůrné medikaci patří aromaterapie, kdy vůně bazalky, fenýklu, máty, zázvoru a heřmánku omezují pocit nauzey. Dále relaxační cvičení a psychoterapie.(Samuel Vokurka, 2005,s.19-22)

1.4.2 Oslabení imunity a infekce

V době léčby i po jejím ukončení je klient vystaven vysokému riziku infekce, jelikož je jeho imunitní systém oslaben. (Samuel Vokurka, 2005,s.27-37)

Mezi hlavní rizikové faktory patří defekty na kůži a na sliznici, zavedené centrální žilní katétr, snížený počet leukocytů a celkové vyčerpání organismu. (Samuel Vokurka, 2005,s.27-37)

Základní léčbou je předcházet vzniku infekce přísným ošetrovatelským přístupem personálu, pacienta i jeho blízkých. Dále je dobré, když klient užívá antimikrobiální léky (antivirotika).(Samuel Vokurka, 2005,s.27-37)

1.4.3 Bolest

Může být způsobena nejen onemocněním, ale i léčbou nebo diagnostickými metodami. Odstranění bolesti je základem ošetrovatelské péče, vede ke zvýšení kvality života nemocného. Bolest je vždy subjektivní, individuální pocit, který vede k psychickému rozvratu klienta. (Samuel Vokurka, 2005,s.47-50)

Mezi hlavní příčiny pro vznik bolesti patří nádorové onemocnění, kdy nádor prorůstá do okolí a utlačuje další orgány. Velice bolestivé jsou nádory kostí, pankreatu, plic, gynekologické a střevní malignity. Dále může bolest způsobit onkologická diagnostika a terapie. Nejen chemoterapie a radioterapie, ale i diagnostické výkony jako je například punkce. (Samuel Vokurka, 2005,s.47-50)

K základní terapii bolesti patří psychoterapie, analgetika, popřípadě speciální zákroky anesteziologa, jako jsou obštriky nervových pletení. (Samuel Vokurka, 2005,s.47-50)

1.4.4 Únava

Patří mezi nejčastější obtíže onkologických klientů. Snižuje kvalitu jejich života a jedná se o fyzické i psychické vyčerpání, které negativně ovlivňuje klienta. (Samuel Vokurka, 2005, s. 55-60)

Příčinou je nádorové onemocnění, nedostatečný odpočinek a spánek, anémie, léky s tlumícím účinkem a duševní vypětí. (Samuel Vokurka, 2005, s. 47-50)

Terapie spočívá v podávání léků (hypnotik), doporučení dostatečného odpočinku a spánku, léčba anémie, zjištění příčin únavy – psychický problém je nutné řešit s psychologem. Je důležité ke každému klientovi přistupovat individuálně a nepodceňovat jeho únavu. (Samuel Vokurka, 2005, s. 47-50)

1.4.5 Poškození sliznic dutiny ústní

Většinou se jedná o stomatitidy či mukositidy, jež negativně ovlivňují život klienta. (Samuel Vokurka, 2005, s. 63-70)

Nejčastější příčiny jsou vysoké dávky chemoterapie, radioterapie v oblasti hlavy a krku, infekční zánětlivé poškození, nedostatek vitamínů a stopových prvků a poškození sliznic nádorovou infiltrací. Poškození sliznic zhoršují nevhodné zubní protézy, nedostatečná hygiena dutiny ústní, oslabená imunita a neutropenie klienta. (Samuel Vokurka, 2005, s. 63-70)

K základní terapii patří správné zhodnocení aktuálního stavu sliznic dutiny ústní, zajištění lokálního ošetření dutiny ústní, podávání vhodné medikace dle ordinace lékaře, zajistit klientovi opatření vedoucí ke zmírnění bolesti a především zajistit klientovi dostatečný příjem výživy a tekutin. (Samuel Vokurka, 2005, s. 63-70)

1.4.6 Poškození kůže a alopecie

Jedná se především u klienta o kosmetický problém, který ale z pohledu ošetrovateľského je rizikem k poškození integrity kůže a může vést ke zvýšenému riziku vzniku infekce. Alopecie neboli ztráta vlasů je většinou psychická zátěž pro pacienta, který má poté problém s přijetím svého vlastního těla. (Samuel Vokurka, 2005, s. 73-80)

Příčinou může být chemoterapie, radioterapie, hormonální léčba, defekty, infekce a záněty. (Samuel Vokurka, 2005, s. 73-80)

K základní terapii patří prevence dekubitů u ležících klientů, obklady, zasypy a speciální přípravky pro ohrožené klienty. (Samuel Vokurka, 2005, s. 73-80)

1.4.7 Průjem

Průjem je velice častou komplikací spojenou s léčbou onkologického onemocnění. Může být akutní i chronický, s příměsí krve – při krvácení z gastrointestinálního traktu, hnisu – při bakteriální infekci nebo hlenu – při zánětu, infekci a nádoru. Jedná se o velice závažný ošetrovatelský problém, který vede ke snížení konformity klienta, bolesti, ztrátě vody a minerálů, poruše kožní integrity, riziku infekce a ke krvácení. Je nutno hodnotit četnost průjmů, objem, barvu a příměs, hodnocení tíže a přítomnosti subjektivních obtíží. (Samuel Vokurka, 2005,s.83-87)

Je nutno co nejdříve zahájit léčbu nebo odstranit příčiny, pokud to lze. Podáváme klientovi léky proti průjmu, desinficiencia, opioidy a protizánětlivé léky.(Samuel Vokurka, 2005,s.83-87)

1.4.8 Zácpa a ileus

Zácpa je vyprazdňování tuhé stolice jednou za více než tři dny a ileus je velice závažný stav, kdy stolice není přítomná a jedná se o střevní neprůchodnost. Příčinou zácpy může být velice často u hospitalizovaných klientů psychický stav během hospitalizace (změna prostředí, denního rytmu...), nedostatek tekutin, mobility, rizikové léky (opioidy a spasmolytika) a překážka v střevní pasáži. Další příčinou zácpy u ileu mohou být tumory a srůsty zužující lumen střeva, opiáty – vzniká paralytický ileus a septický stav. (Samuel Vokurka, 2005,s.91-93)

K základní terapii patří užívání projímavých léčiv (laxativa) a klyzmat.(Samuel Vokurka, 2005,s.91-93)

1.5 Výživa v onkologii

1.5.1 Strava onkologicky nemocných

Mezi hlavní metabolické změny onkologicky nemocných patří: spotřeba glukózy, periferní utilizace glukózy, proteosyntéza, ztráta kosterní svaloviny, obrat aminokyselin a lipolýza. Tyto změny jsou jednou z příčin sníženého příjmu potravy. Mezi další příčiny patří vedlejší účinky chirurgické a radioterapeutické léčby. Nežádoucí komplikace se objevují zejména při léčbě chemoterapií. (Zdeněk Wilhelm a kolektiv, 2004, s. 91-95)

Hlavní nežádoucí účinky kancerogeneze jsou: změny chuti k jídlu, nevolnost, zvracení, averze k jídlu, problémy s vylučováním, zhoršené polykání a rozmělnění stravy.(Zdeněk Wilhelm a kolektiv, 2004, s. 91-95)

Při radioterapii jsou nežádoucí komplikace například xerostomie, stomatitis, nevolnost, ztráta zubů a zvracení. (Zdeněk Wilhelm a kolektiv, 2004, s. 91-95)

S chemoterapií je spojena nauzea, nevolnost, nechutenství, stomatitidy a spousta dalších. (Zdeněk Wilhelm a kolektiv, 2004, s. 91-95)

Po chirurgických komplikacích nastávají poruchy žvýkání i polykání, syndrom krátkého střeva, vagotomie a jiné. (Zdeněk Wilhelm a kolektiv, 2004, s. 91-95)

1.5.2 Doporučení

Každý klient je individuální, proto vnímá své onemocnění a léčbu jinak. Neměli bychom nejprve klienta nutit k dodržování správné výživy, důležitější je, aby se snažil přijímat potravu, na kterou má chuť. Měla by být alespoň bohatá na energii. Jsou preferovány menší porce stravy vícekrát denně.(Eva Chocenská a kolektiv,2009,s.114,115)

Mezi energeticky bohaté potraviny patří jogurty, sýry, sladkosti, bramborové lupínky a další. (Zdeněk Wilhelm a kolektiv, 2004, s. 91-95)

V období terapie (chemoterapie i radioterapie) bychom se měli snažit vynechávat jídla, která má klient rád pro možnost vzniku averze k těmto jídlům.(Zdeněk Wilhelm a kolektiv, 2004, s. 91-95)

V klientově stravě by neměli chybět potraviny s vysokým obsahem bílkovin, tedy maso. Pokud klient nejí maso, měli bychom se ho snažit nějak nahradit.(Zdeněk Wilhelm a kolektiv, 2004, s. 91-95)

Před jídlem můžeme pacientovi doporučit krátkou procházku, aby mu lépe chutnalo.(Zdeněk Wilhelm a kolektiv, 2004, s. 91-95)

1.5.3 Komplikace příjmu potravy

Doporučení pro klienty trpící nějakou z těchto komplikací.

Xerostomie(suchost v ústech)

Podávání stravy zvyšující sekreci slinných žláz, vyhýbání se suché potravě.

Pravidelný výplach dutiny ústní, ošetření ragád na rtech.

Pocit sucha v ústech

Žvýkačky (zvyšují sekreci slinných žláz) a medikace.

Bolest v ústech a při polykání

Malé a časté porce (6-8 za den), chlazené jogurty, koktejly, zmrzlina, kaše, polévky. Vyhýbáme se horké stravě a citrusovým plodům. Následná medikace.

Změna chuti

Méně kořeněná jídla (kořenit oreganem, bazalkou).

Zvýšená péče o dutinu ústní a o chrup (doporučeno čištění zubů před každým jídlem).

Zmrzlina, ovoce, zajistit dostatečný příjem bílkovin – vejce, sýry, mléko, ryby a maso.

Nauzea – náhlá

Pomalý příjem chladných potravin.

Nauzea – přetrvávající

Antiemetika (cca 30 minut před jídlem), pomalý příjem potravy, preferování lehce stravitelné potravy. Tekutiny po malých doušcích, spíše chladnější a neperlivé, zejména po jídle.

Průjmy

Dodržování příjmu tekutin cca 3l za den s obsahem minerálů. Popíjení po malých doušcích. Omezit příjem tekutin nasycených oxidem uhličitým, kávy, mastných a tučných jídel. Také by se měl klient vyvarovat nadýmavých jídel (luštěnin).

Obstipace

Pravidelný příjem tekutin, dostatečný pohyb a po poradě s lékařem laxativa.

(Zdeněk Wilhelm a kolektiv, 2004, s. 91-95)

Anorexie

Při přípravě pokrmů by neměl být klient v kuchyni.

Malé porce, lépe stravitelná strava s nízkým obsahem tuků. Přizpůsobit formu potravy dle stavu klienta (tekutá, kašovitá).

Dostatečný příjem tekutin.

Důležitá estetická úprava pokrmů. Možno dokrmit pomocí sippingu.

(Zdeněk Wilhelm a kolektiv, 2004, s. 91-95)

1.5.4 Nádorová kachexie

Takzvaný komplexní metabolický syndrom, který se rozvíjí v pokročilém stádiu nádorového onemocnění u 50 – 80 % nemocných. (Zdeněk Wilhelm a kolektiv, 2004, s. 77-79)

Mezi primární symptomy patří anorexie, úbytek hmotnosti, anémie, atrofie svalů, abnormality metabolismu proteinů, lipidů a sacharidů. (Zdeněk Wilhelm a kolektiv, 2004, s. 77-79)

Nádorová kachexie vede u více jak 20 % onkologicky nemocných k úmrtí. Výskyt malnutrice u onkologicky nemocných je nejvíce u klientů s karcinomem pankreatu a žaludku 83 % a u klientů s karcinomem prsu 9 %. Příčinou kachexie bývá nejčastěji negativní účinek radioterapie a chemoterapie. Je třeba rozlišit sekundární kachexii, která má příčinu v poškození trávicího traktu. (Zdeněk Wilhelm a kolektiv, 2004, s. 77-79)

Mezi příčiny primární kachexie patří hormonální a metabolické abnormality. Hlavní patogenetický faktor pro vznik nádorové kachexie jsou cytokiny (nejvýznamnější je D-faktor). Cytokininy produkují buňky imunitního systému hostitele. Mezi cílové tkáně uvolněných cytokininů patří například kostní dřeň, myocyty, hepatocyty, endotelové buňky a neurony. Cytokiny zde způsobují biologické děje, které způsobují nádorovou kachexii. (Zdeněk Wilhelm a kolektiv, 2004, s. 77-79)

Fáze nádorové kachexie

První fáze – prekachexie

Snížení klientovi hmotnosti o méně než 5 %.

Doprovázená metabolickými a endokrinními změnami.

Druhá fáze – kachexie

Pokles klientovi hmotnosti o více než 5 %.

Je viditelný snížený příjem stravy u klienta, je u něj pravděpodobný i systémový zánět.

Třetí fáze – terminální kachexie

U klienta zaznamenáváme nízké performance skóre, poruchy imunity.

Klient v této fázi nádorové kachexie přežívá méně než tři měsíce.

(Jan Novotný a kolektiv, 2016, s. 564)

1.5.5 Nádorová anorexie

Je definována jako snížená chuť k jídlu, která způsobuje snížení příjmu potravy. (Zdeněk Wilhelm a kolektiv, 2004, s. 79-88)

Mezi její symptomy patří předčasná sytost, změna chuti, změna čichu, averze k masu, nauzea a vomitus. Pokud onkologický klient trpí alespoň jedním ze symptomů je velice pravděpodobné, že má nádorovou anorexiu. (Zdeněk Wilhelm a kolektiv, 2004, s. 79-88)

Příčiny nádorové anorexie jsou multifaktoriální. Mezi ně patří cytokiny, které se podílí na poruchách regulace cévní nervové soustavy, poruchách chuti, nauzea a zvracení, psychických problémech a depresích. Další faktory jsou eikosanoidy (prostanoidy a leukotrieny), energetické signály, hormony, neurotransmitery a peptidy. Častou příčinou redukce příjmu potravy je stres a deprese. Rozvoj nádorové anorexie lze zmírnit péčí o psychické a sociální problémy nemocného a jeho rodiny. Pokud nestačí naše pomoc, měli bychom se snažit zajistit klientovi spolupráci s psychiatrem. (Zdeněk Wilhelm a kolektiv, 2004, s. 79-88)

1.5.6 Léčba nádorové kachexie a anorexie

Dříve byla malnutrice považována za hlavní příčinu úmrtí onkologicky nemocných. Dnes působení cytokinů mohou inhibovat antikachektické léky (kortikosteroidy, růstové hormony, glutamin...).(Zdeněk Wilhelm a kolektiv, 2004, s. 79-88)

Podává se klientovi nutriční podpora – enterální a parenterální výživa. Nedílnou součástí léčby je nutriční poradenství, je základní metodou, jak zlepšit výživu u onkologicky nemocných.(Zdeněk Wilhelm a kolektiv, 2004, s. 79-88)

Mezi dietní strategie u onkologických klientů patří:

Klient by se měl stravovat velmi často a měl by jíst malé porce.

Strava by měla být snadno stravitelná.

Strava by neměla být výrazné chuti, vůně či příliš vysoké teploty.

Klient by se měl stravovat v příjemném prostředí.

Pro klienta je velice důležitá estetická úprava hotových pokrmů.

(Zdeněk Wilhelm a kolektiv, 2004, s. 79-88)

1.6 Enterální a parenterální výživa

1.6.1 Enterální výživa

Podávání výživy ve formě farmaceuticky připravených roztoků do trávicího ústrojí. Farmaceutické nutriční přípravky jsou podávány do tenkého střeva cestou nazojejunální sondy, jejunostomie nebo jejunální sondou, která je zavedena do perkutánní endoskopické gastrostomie (J-PEG).(Jarmila Křížová a kolektiv, 2014, s.45)

Tento typ podání stravy se indikuje klientům s malnutricí, nebo pokud u nich hrozí riziko malnutrice a mají funkční zažívací trakt. Kontraindikací pro podání enterální výživy jsou náhlé příhody břišní (ileózní stavy, krvácení do GIT), sepse, šokové stavy, hypoxie nebo acidóza.(Jan Lata a kolektiv, 2010, s.225)

Výhodou této formy výživy je stimulace střevní motility, stimulace k tvorbě hormonů v zažívacím traktu a je také levnější než výživa parenterální. (Jarmila Křížová a kolektiv, 2014, s.45)

Formy enterální výživy

Sipping

Je druh enterální výživy, která se popíjí. Klient popíjí nápoje, které jsou velmi bohaté na živiny, minerály, cukry, tuky a energii. Tyto nápoje by se měly pít po částech, ne najednou, aby se žaludek co nejméně zatížil. Existuje několik druhů těchto nutričních drinků, mnoho příchutí a jednotlivých složení. Tento typ výživy je vhodný pro klienty, kteří jsou schopni přijímat stravu per orálně. (Jan Novotný a kolektiv, 2016,s.566)

Sonda

Tato forma enterální výživy se podává u klientů, kteří nejsou schopni ji přijímat per os. Přípravky enterální výživy jsou tedy podávány do zažívacího traktu klienta pomocí sondy, která je zavedena do žaludku (nazogastrická), duodena či první kličky jejuny (nazojejunální). Při nutném dlouhodobém podávání enterální výživy sondou je vhodné zavedení sondy cestou punkční perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG). (Jarmila Křížová a kolektiv, 2014, s.46-48)

Je velice výhodná u onkologických klientů, kteří si ji mohou podávat dlouhodobě i v domácím prostředí. Pomocí enterální výživy lze odstranit mnoho nežádoucích účinků, metabolických poruch, které jsou spojené s léčbou onkologických diagnóz. (Jan Novotný a kolektiv, 2016, s.566)

Složení enterální výživy

Polymerní

Tato výživa se podává u většiny klientů, kteří vyžadují podávání umělé výživy. Obsahuje jednotlivé živiny ve své původní formě. Složení polymerní výživy odpovídá fyziologickým potřebám organismu.(Jarmila Křížová a kolektiv, 2014, s.49)

Oligomerní výživa

Takzvaná chemicky definovaná. Je nízkomolekulární výživa, která obsahuje rozštěpené živiny. Je vyhrazena pro podání do jejunální sondy, protože nepotřebuje pro své vstřebání přítomnost trávicích enzymů. Je vhodná pro klienty s Crohnovou chorobou, syndromem krátkého střeva a postradiační enterokolitidou. Tato výživa neobsahuje vlákninu, proto hrozí riziko průjmu a dehydratace. (Jarmila Křížová a kolektiv, 2014, s.49)

Komplikace enterální výživy

Mezi mechanické komplikace patří ucpání či vytažení sondy nebo poškození sliznice nevhodnou manipulací se sondou.(Jan Novotný a kolektiv, 2016, s.567)

Infekční komplikace jsou: septický stav, infekce místa vstupu sondy, absces, flegmóna, pneumoperitoneum, akutní peritonitida...(Jan Novotný a kolektiv, 2016, s.567)

Gastrointestinální komplikace mohou být ve formě průjmu, zvracení, zácpy, nadýmání a bolestí břicha.(Jan Novotný a kolektiv, 2016, s.567)

Do metabolických komplikací můžeme zařadit hypoglykémii či hyperglykémii, edémy a dehydrataci. (Jan Novotný a kolektiv, 2016, s.567)

1.6.2 Parenterální výživa

Je způsob podávání výživy přímo do cévního systému, mimo trávicí trakt. Tuto výživu můžeme podávat do periferní nebo centrální žíly. Tento způsob se volí u klientů s dysfunkčním zažívacím traktem. Kontraindikací je funkční trávicí systém, klienti v terminálním stádiu onemocnění, nebo když odmítají nutriční podporu. (Jarmila Křížová a kolektiv,2014,s.53-58)

Parenterální výživu podáváme do kanyly, která je zavedena do periferní žíly. Při podání parenterální výživy delší dobu je vhodné podání do centrální žíly nebo PICC katetru. (Jan Lata a kolektiv,2010,s.230)

Systémy pro parenterální výživu

Multi-bottle systém

Tento systém podávání výživy spočíval v systému podávání několika jednotlivých lahví současně. Způsob tohoto podání byl pro personál vyšší zátěží a hrozilo zde velké riziko v zanesení infekce při vyměňování setů. Dnes se tento způsob již téměř nevyužívá.(Jarmila Křížová a kolektiv,2014,s.53-58)

All-in-one systém

Tento systém „vše v jednom“znamená, že jsou v jednom vaku smíchány všechny živiny, které klient potřebuje. Jsou zde cukry, tuky, aminokyseliny, stopové prvky, vitamíny a minerály vždy na jeden den. Do tohoto vaku se mohou také přidávat jednotlivé přípravky se stopovými prvky (je zde k tomu určený zvláštní port). Podávání těchto přípravků

je vhodnější nejen kvůli sníženému riziku infekce, ale i k lepšímu vstřebání jednotlivých živin. (Jarmila Křížová a kolektiv, 2014, s.53-58)

1.6.3 Enterální a parenterální výživa v onkologii

U onkologických klientů je zvýšené riziko nutričních komplikací. Musí být tedy pravidelně sledováni a vyšetřováni, aby byla popřípadě rychle zahájena nutriční intervence. (Jarmila Křížová a kolektiv, 2014, s.108,109)

Nejčastější příčiny malnutrice u onkologicky nemocných jsou:

Trvalý katabolismus především bílkovin, který souvisí s odpovědí organismu na systémovou zánětlivou reakci vyvolanou nádorem. (Jarmila Křížová a kolektiv, 2014, s.108,109)

Nádorová kachexie, která vede ke snížení energetického příjmu, poruchy gastrointestinálního traktu, tumory v horní části trávicího systému (které znemožňují přijímat potravu per os) a také špatný psychický stav popřípadě vznik deprese. (Jarmila Křížová a kolektiv, 2014, s.108,109)

Samotná protinádorová léčba, která způsobuje nevolnost, zvracení, sníženou chuť k jídlu, způsobuje stomatitidy a také postradiační záření způsobuje enteritidy. (Jarmila Křížová a kolektiv, 2014, s.108,109)

Cílem podávání enterální a parenterální výživy je zlepšit kvalitu života onkologických klientů, kdy nejsou schopni přijímat stravu per os jako před onemocněním. Nejprve se snažíme podávat klientům enterální výživu ve formě sippingu, ale často se nevyhneme ani zahájení výživy parenterální cestou. U většiny klientů, před operačními výkony v ORL oblasti se zavádí PEG, aby byla zajištěna výživa po operaci pomocí sondy. (Jarmila Křížová a kolektiv, 2014, s.108,109)

Při nádorovém onemocnění se mohou podávat přípravky, které zvyšují chuť k jídlu (kanabinoidy, megesterol acetát, steroidy) a také antikachektizující přípravky, které pozitivně ovlivňují metabolismus při nádorovém onemocnění. Některá antidepresiva také stimuluje chuť k jídlu jako například mertazapin. (Jarmila Křížová a kolektiv, 2014, s.108,109)

U klientů, u kterých je zahájena paliativní péče, je podávána paliativní umělá výživa, která neovlivní prognózu klienta. Může ale zlepšit dočasně kvalitu jeho života a prodloužit jeho soběstačnost. (Jarmila Křížová a kolektiv, 2014, s.108,109)

1.7 Žilní vstupy

Žilní vstupy jsou potřebné u onkologicky nemocných, kteří jsou hospitalizováni v nemocnici nebo i v ambulantní péči a podává se jim dlouhodobě chemoterapie, dále u nemocných s chronickým onemocněním, s parenterální výživou a u klientů, kteří potřebují opakované podávání léků intravenózně. (Jiří Charvát a kolektiv, 2016, s.13)

Tyto vstupy jsou vhodné pro aplikaci léků, k odběrům krve, pro diagnostické a léčebné výkony a k monitorování vitálních funkcí. (Jiří Charvát a kolektiv, 2016, s.13)

U těchto nemocných se nejvíce využívají centrální žilní katétry a intravenózní porty. Všechny žilní vstupy, které jsou u klientů indikovány, mohou být spojené s řadou komplikací, jež je nutné znát a vědět, jak jim předcházet. (Jiří Charvát a kolektiv, 2016, s.13)

Porty, tunelizované centrální katétry a PICC katétry jsou vyrobeny ze silikonů, které jsou tepelně, chemicky i enzymaticky stabilní a jsou vysoce biokompatibilní. Jedná se o takzvané silikonové katetry (SIL). (Jiří Charvát a kolektiv, 2016, s.34,35)

Některé katétry jsou z polyuretanu, který je pevnější než silikon, a proto dosahují vyššího průtoku. Na tento typ katétru se nesmí používat alkoholové dezinfekční přípravky, které ho poškozují. (Jiří Charvát a kolektiv, 2016, s.34,35)

1.7.1 Dlouhodobé centrální žilní katétry

Jedná se o netunelizované centrální žilní katétry, které jsou vhodné pro těžce nemocné, kteří jsou přijati k hospitalizaci, a je u nich nutná aplikace léků nebo výživy do centrální žíly. Tyto katétry mohou být používány jen pro omezenou dobu. (Jiří Charvát a kolektiv, 2016, s.75)

U klientů, u kterých je nutný dlouhodobý přístup do centrálního krevního řečiště se zavádějí tunelizované centrální žilní katétry s manžetou. Ta je umístěna v podkožním tunelu a po dvou až třech týdnech proroste vazivem, které zajistí fixaci katétru a brání vnesení infekce do krevního řečiště. (Jiří Charvát a kolektiv, 2016, s.75)

Mezi dlouhodobé centrální žilní katétrů patří například Hickmanův katétr, Broviacův nebo Hohnův katétr. Tyto katétrů jsou většinou indikovány u ambulantních klientů. U dlouhodobě hospitalizovaných klientů jsou převážně zaváděny dvoucestné katétrů, umožňující podávání léků, u nichž není vhodná jejich aplikace společně. (Jiří Charvát a kolektiv, 2016, s.75)

Ke komplikacím, které mohou vzniknout při zavedení dlouhodobého centrálního žilního vstupu patří: pneumothorax, hemothorax, vzduchová embolie, hematom, punkce tepny či poranění brachiálního plexu. Komplikace spojené s jeho používáním jsou trombóza, infekce, uzávěr katétru, jeho ruptura nebo migrace. (Jiří Charvát a kolektiv, 2016, s.80)

1.7.2 Intravenózní porty

Tento typ portů se využívá dlouhodobě a patří mezi trvalé žilní vstupy. Většinou se zavádí onkologicky nemocným klientům na základě indikace onkologa, ještě před zahájením léčby. (Jiří Charvát a kolektiv, 2016, s.83)

Mohou být indikovány i u nemocných, u kterých je nutno podávat dlouhodobě parenterální výživu, krevní deriváty nebo jakoukoli léčbu, která musí být podávána do žilního systému. (Jiří Charvát a kolektiv, 2016, s.83)

Jsou vhodné u onkologicky nemocných nejen kvůli zlepšení jejich kvality života, ale umožňují především bezpečně zajištěný žilní přístup pro aplikaci cyklů chemoterapie i jiných léčiv. (Jiří Charvát a kolektiv, 2016, s.83)

Tento implantabilní port je jednoduchý systém složený z portu a katétru. K jednorázové aplikaci do portu se používají speciálně zahnuté jehly – Huberovy jehly. (Jiří Charvát a kolektiv, 2016, s.83)

Mezi indikace zavedení tohoto portu patří aplikace chemoterapie, nutnost dlouhodobého podávání parenterální výživy, aplikace krevních derivátů, krevní odběry, léčba chronické bolesti a mnoho dalších indikací včetně léčby HIV pozitivních pacientů. (Jiří Charvát a kolektiv, 2016, s.90)

K absolutní kontraindikaci patří bakterémie, sepse, diseminovaná intravaskulární koagulopatie nebo nesnášenlivost materiálu, z něhož je port vyroben. K relativním kontraindikacím patří monstrózní obezita, těžká trombocytopenie, sociální nepřizpůsobivost, pravděpodobnost zanedbávání portu a zejména psychická intolerance cizího tělesa ve vlastním těle. (Jiří Charvát a kolektiv, 2016, s.90)

Mezi perioperační komplikace při zavádění portu může vzniknout srdeční arytmie, poranění cév, nervů, hemothorax, pneumothorax a krvácení. K časným komplikacím patří odlomení části katétru, embolizace katétru, žilní trombóza, neprůchodnost katétru, extravazace a velice závažný chylothorax. Pozdní komplikace jsou lokální nebo systémové infekce, hematom, fibrinové pouzdro, eroze až nekróza. (Jiří Charvát a kolektiv, 2016, s.91,92)

Ošetrovatelská péče o intravenózní porty

V ošetrovatelské péči je především zahrnuto bezpečné podání léků do portu. Je nutné používat speciální jehly, sterilní krycí materiál a pomůcky vyrobené pro ošetřování těchto portů.(Jiří Charvát a kolektiv, 2016, s.95)

Zdravotnický personál musí podstoupit speciální kurz pro ošetřování pacientů se zavedenými implantabilními porty. Provádí se zde nácvik vyhmatání portu, vytažení jehly, odběry krve, proplachu portu a odsátí heparinové zátky. Do této péče je zahrnuta i přesná dokumentace o převazování a výměně jehel do portu. (Jiří Charvát a kolektiv, 2016, s.95)

Při zavedení tohoto portu je klient vybaven průkazem a manuálem ke správnému používání portu.(Jiří Charvát a kolektiv, 2016, s.95)

1.7.3 Periferní centrální žilní katétr

Takzvaný PICC katétr, je permanentní centrální žilní vstup. Zavádí se pod ultrasonografií do vena basilica, vena cephalica nebo vena brachialis. Tento typ katétru je vhodný pro středně dlouhou dobu léčby. V ČR je optimální délka používání PICC katétru 3 měsíce. Tyto katétrů jsou buď s chlopní, nebo bez chlopně. Heparinová zátka není u chlopnových PICC katétrů. (Jiří Charvát a kolektiv, 2016, s.100,101)

Kontraindikacemi tohoto katétru jsou nevhodné anatomické poměry, jakékoli poškození kůže a hrozící otoky či lymfedém. Dále není indikován, pokud trpí nemocný poruchou krevní srážlivosti a je u něj systémová infekce.(Jiří Charvát a kolektiv, 2016, s.102)

Mezi krátkodobé komplikace patří punkce tepny, poranění nervu a komplikace spojené s chybnou technikou při zavádění tohoto katétru. Do dlouhodobých komplikací řadíme infekční komplikace, uzávěr katétru a trombózu žíly. (Jiří Charvát a kolektiv, 2016, s.114)

1.7.4 Zásady ošetřování cévního vstupu

Správný postup při ošetřování cévních vstupů vede ke snížení infekčních a bakteriálních komplikací. Po zavedení katétru je nutno kontrolovat krytí kvůli krvácení, sekreci

a vlhkosti. První krytí se mění po 24-48 hodinách od zavedení. Při péči o katétry je nutno dodržovat aseptický postup a bariérové opatření. Před manipulací s katétreem je důležité provést důslednou hygienu a dezinfekci rukou. (Jiří Charvát a kolektiv, 2016, s.123)

Před manipulací s katétreem nejprve důsledně dezinfikujeme katétre a místo vpichu, od místa vpichu směrem ven. Kontrolujeme okolí místa vpichu a zapisujeme převaz do dokumentace. K dezinfekci katétreu užíváme dezinfekční roztoky s obsahem chlorhexidinu glukonátu v 70% alkoholu nebo roztoky s obsahem jódu – Betadin, Braunol. Před překrytím místa vpichu je důležité, aby bylo místo suché a čisté. Katétry se fixují speciálními fixačními pomůckami, které jsou nalepeny na kůži a je nutné je pravidelně kontrolovat. (Jiří Charvát a kolektiv, 2016, s.123,124)

Abychom zajistili správnou funkčnost katétreu, je důležité pravidelně katétre proplachovat. U intravenózního portu po vyjmutí stehu není nutno místo zavedení ošetřovat, pokud nejsou komplikace. Pouze při zavedení Huberovy jehly a aplikaci léků intravenózně, je nutno místo asepticky dezinfikovat a po zavedení fixovat. Pokud se port nevyužívá je nutno ho proplachovat jednou za 4-6 týdnů.(Jiří Charvát a kolektiv, 2016, s.124,126,128)

1.7.5 Iritační flebitida

Je postižení žíly zánětem, který vzniká při podání dráždivě působícího léku nebo infuze, zejména cytostatik, antibiotik a infuzí s vysokou koncentrací. (Samuel Vokurka, 2005,s.11)

Mezi rizikové faktory pro vznik flebitidy tedy patří dlouhodobé podání infuzí s vysokou koncentrací dráždivých léků a také zvýšená citlivost žil u některých pacientů. (Samuel Vokurka, 2005,s.11)

Flebitida se pozvolna rozvíjí během několika hodin až dní, při aplikaci infuzní terapie i po jejím ukončení. Klient může cítit bolest, místo vpichu může být zarudlé a vzniká otok. (Samuel Vokurka, 2005,s.12)

Pokud je žíla postižená flebitidou, nesmí se do ní dále aplikovat žádné léky. Flebitidu hodnotíme dle Madonna: 1. stupeň – klient cítí bolest v místě vpichu, ale místo je bez otoku a není zarudlé. 2. stupeň – K cítí bolest v místě vpichu, místo je zarudlé. 3. stupeň – místo je zarudlé, bolestivé a oteklé. 4. stupeň – místo vpichu je bolestivé, zarudlé a otok je v průběhu celé žíly. (Samuel Vokurka, 2005,s.13)

Zásady při podezření na flebitida

Okamžitě ukončit aplikaci cytostatik, odstranit periferní žilní katetr a na postižené místo netlačit. Dále po dobu 24 hodin přikládat na toto místo studené obklady. Pokud není postižen povrch kůže, může se oblast potírat krémem s kortikoidy nebo antiflogistiky. Těžké postižení s výraznou zánětlivou reakcí okolí, je nutno konzultovat s chirurgem. Musíme řádně zaznamenávat stav postižení a výkony ošetrovatelské péče do dokumentace.(Samuel Vokurka, 2005,s.14)

1.7.6 Extravazace

Tento pojem znamená, že byl intravenózně podaný lék podán do okolní tkáně. Může se vyskytnout u podání kteréhokoli léku, nejen cytostatik. Může vzniknout těžké poškození tkáně až její nekróza. (Samuel Vokurka, 2005,s.11)

Rizikovými faktory pro vznik extravazace mohou být hematomy vzniklé v místě předchozích vpichů, u starších pacientů křehké žíly a nesprávná aplikace cytostatik.(Samuel Vokurka, 2005,s.12)

Extravazace se projevuje náhle v průběhu podání cytostatik. V místě vpichu se utvoří otok a místo je zarudlé a bolestivé. Další projev může být špatný průtok krve při zpětném nasátí či porucha průtoku roztoku do žíly. Pokud dojde k úniku cytostatik do okolní tkáně, může dojít k nekróze kůže a podkoží, dále mohou být poškozeny i místní cévy a nervy.(Samuel Vokurka, 2005,s.12)

Pokud se napíchne žíla po extravazaci, hrozí vysoké riziko druhotné infekce streptokokem či stafylokokem.(Samuel Vokurka, 2005,s.12)

Při podezření na extravazaci ihned ukončíme aplikaci cytostatik, pokusíme se zpětně nasát zbytky léčiva z postižené oblasti a odstraníme kanylu. Pokud došlo k extravazaci rizikového cytostatika aplikujeme kortikoidy Hydrocortison 50mg nebo Dexamethason 8mg, dle ordinace lékaře, intravenózně nebo subkutánně do místa původního vpichu. Klient by měl mít postiženou končetinu ve zvýšené poloze a po dobu 24 hodin obkládat studenými obklady. Při neporušení povrchu kůže v místě extravazace je možno oblast potírat krémem s kortikoidy. Je nutno pravidelně klientovi kontrolovat poškozené místo a jeho hojení.(Samuel Vokurka, 2005,s.13)

Prevence extravazace

Po vpichu periferního žilního katetru vyzkoušíme, zda-li je dobře zavedena. Nepoužíváme žádné ocelové kanyly. Edukujeme klienta o varovných symptomech jako jsou: bolest v místě vpichu, otok, pálení, píchání, svědění nebo vyrážka. Při pocítění některého z prvních příznaků extravazace je nutno, aby se klient ihned dostavil ke zdravotnickému personálu.(Mader,2010,s. 21)

U intravenózního vstupu zkontrolujeme průtok žíly. Lepší je nová žíla, do které nebyly podávány cytostatika minule. Pokud možno vyvarujeme se žilám na zápěstí, dorsální straně ruky a oblasti lokte. Nepoužíváme napíchnutou žílu po dobu 24 hodin.(Mader,2010,s. 21)

Zvážíme s lékařem implantaci portu. Místo vpichu musí být viditelné a kontrolujeme ho. Před aplikací cytostatik či jiného léku je nutno žílu propláchnout fyziologickým roztokem a zkontrolovat její průtok. Neaplikujeme cytostatika ani jiné léky, pokud je v žíle odpor. (Mader,2010,s. 21)

1.8 Psychosociální problematika onkologických pacientů

Onkologické onemocnění představuje jednu z největších zátěží v životě člověka, který onemocní i pro jeho rodinu. Vážné onemocnění působí na člověka jako silný stresor, snímž se musí nemocný určitým způsobem vyrovnat. Takto silná zátěž vede často k omezení kvality života. Nemocnému mohou nastat změny téměř v každé oblasti života.

1.8.1 Fáze „nádorového prožívání“ dle Fawzy (1999) – uvádí pět (eventuálních) fází

1. Fáze zjištění diagnózy

V této fázi je nutné, aby klient akceptoval svoji diagnózu i přes svoji úzkost. Pokud klient přijme svou diagnózu, bude lépe spolupracovat a snášet jednotlivá lékařská opatření.(V.Tschuschke, 2004, s.94,95)

Sdělení diagnózy vyvolá v klientovi stres a emoční rozrušení, je tedy nutné, aby se s těmito negativními pocity vyrovnal.(V.Tschuschke, 2004, s.94,95)

Také se musí naučit přijmout pomoc od okolí, akceptovat větší závislost na lékařském systému a především na svých blízkých.(V.Tschuschke, 2004, s.94,95)

Klient by se měl postupně naučit hovořit o svém onemocnění. Aktivně se zapojit do procesu léčby tím, že bude spolurozhodovat o průběhu léčby a přijmout to, že bude muset

začlenit do každodenního života chemoterapii a ozařování. (Gabriela Angenendt a kolektiv, 2010, s.104)

V této fázi jsou velice důležité upřesňující informace o onemocnění od lékaře či od zdravotní sestry, individuální psychologická pomoc a farmakologická opatření. (V.Tschuschke, 2004, s.94,95)

2. Fáze **léčby**

Na počátku léčby pacient prožívá silný všeobecný strach, smutek, depresi, ztrátu kontroly, pocit bezmoci a beznaděje, vztek a pocity viny.(V.Tschuschke, 2004, s.94,95)

Pacienti, kteří se musí podrobit operaci, prožívají na základě očekávání změny těla (např. orchiektomie), někdy se pokouší oddálit operaci a hledají neoperativní alternativy nebo se u nich může vyskytnout pooperativní reaktivní deprese. Pacienti, kteří musí podstoupit léčbu ozařováním, se obávají ozařovacího přístroje a následků ozařování (např. ztrátě vlasů).(V.Tschuschke, 2004, s.94,95)

Pro pacienty jsou nezbytně nutné další informace o nemoci od onkologa nebo speciálně vyškolené zdravotní sestry. Mnoho těchto problémů lze lépe zvládnout pomocí skupinové terapie či individuálního psychologa.(V.Tschuschke, 2004, s.94,95)

3. fáze **zotavování**

Po ukončení léčby řada pacientů i jeho rodina předpokládají a doufají, že je všechno za nimi. Bohužel existuje řada dalších problémů, které se mohou objevit, a zvládnutí rakoviny může být celoživotním fenoménem.(V.Tschuschke, 2004, s.94,95)

Řada pacientů má po léčbě problémy přizpůsobit se omezením v soukromém nebo pracovním životě, proto mnoho pacientů trpí depresí.(V.Tschuschke, 2004, s.94,95)

V této fázi můžeme klienta podpořit tím, aby svůj život začal opět „žít“. Aby se věnoval tomu, co má rád například svým koníčkům, cestování, sportu... Je nutné klienta povzbudit, aby se svým partnerem hovořil o případné úzkosti kvůli intimitě a sexualitě. Pokud klientovi nedokážeme pomoci my, doporučíme mu psychoonkologa. (Gabriele Angenendt a kolektiv, 2010,s.109)

4. fáze **případného nástupu recidivy**

Pacienti, kteří prožívají recidivu nebo potřebují další léčbu, vykazují stejné reakce jako v době zjištění diagnózy (šok-popření-strach-zoufalství). (V.Tschuschke 2004, s.94,95)

V této fázi je důležité s klientem hovořit otevřeně, upřímně a především citlivě. Je nutné klientovi sdělit důležitá terapeutická opatření a případně hovořit o čase, který mu ještě zbývá. Pokud se k této situaci postavíme čelem, můžeme tím klienta motivovat k pozitivnímu přístupu k nemoci.(Gabriele Angenendt a kolektiv, 2010,s.109)

5. fáze **terminálně – paliativního opatření**

Pacient se v této fázi obává izolace od své rodiny a ošetřovatelského týmu. Obává se procesu umírání a smrti. Často se pacienti obávají bolesti, obtíží s dýcháním a ztráty tělesných funkcí.(V.Tschuschke 2004, s.94,95)

Pacient se nachází ve fázi smutku, čelí strachu a akutní depresi.(V.Tschuschke 2004, s.94,95)

1.8.2 Dnes se užívají především tyto fáze psychické odezvy na závažné zdravotní stavy, dle Kubler – Rossové

1.fáze **šok**- emočně velmi silná odezva na sdělení maligní diagnózy. Pacienti se ptají, proč se to stalo právě jim a proč právě teď? Šoková reakce trvá různě dlouho a většinou sama odezní.

2.fáze **popření** - pacienti se nechtějí smířit s diagnózou, své pochybnosti vyjadřují větami jako: to nemůže být pravda, mě nic není.

3.fáze **agrese**- nemocný má pocit, že se ocitá v emoční pasti, projevuje zlost vůči všem zdravým lidem.

4.fáze **smlouvání** - u pacientů pozorujeme smlouvací jednání jako: musím dostavět dům, dožít se vnoučat...

5.fáze **deprese** - nejtěžší fáze psychické odezvy. Pacienti prožívají úzkost, strach a beznaděj.

6.fáze **smíření** - fáze psychického uvolnění, smíření se s diagnózou a kladný přístup k léčbě

(J.Vorlíček a kolektiv, 2012, s.433,434,435)

1.9 Psychoterapeutická péče

Psychoterapeutická péče je jednou z nejdůležitějších podpor u nemocných i jejich blízkých. Přináší úlevu, pomáhá zvládnout situaci nemocnému i jejich rodině. (V.Tschuschke,2004, s.113)

V rámci kompletní péče o onkologickynemocného pacienta se psychoterapie stala její nedílnou součástí. (V.Tschuschke,2004, s.113)

Cílem psychoterapeutické péče je:

Zmírnění pocitů osamělosti klienta prostřednictvím rozhovoru s ostatními, kteří jsou v podobné situaci jako on.

Redukce strachu z léčby.

Snížení zoufalství a deprese.

Pomoc při objasňování nedorozumění a chybných informací.

Zmírnění pocitů izolace, bezmoci, beznaděje a pocitu opuštěnosti druhými.

Vedení k větší zodpovědnosti za vlastní uzdravení.

Lepší spolupráce s lékařským týmem.

Obecné zlepšení kvality života.

(V.Tschuschke,2004, s.113)

Při péči o pacienta se uplatňují tyto psychoterapie:

Individuální

Skupinová

Behaviorální a jiné

(V.Tschuschke,2004, s.113)

1.9.1 Individuální

Individuální psychoterapie znamená, že se klient setkává s psychoterapeutem sám. Psychoterapeut se věnuje dle určeného času pouze klientovi, snaží se pochopit jeho pocity.(V.Tschuschke, 2004, s.114-124)

1.9.2 Skupinová

Skupinová psychoterapie umožňuje setkání několika lidí, kteří jsou si blízcí lékařskou diagnózou nebo probíhající léčbou. Skupina klientů si sděluje své prožitky. Nemocní tak mají pocit, že v tom, co je potkalo, nejsou sami. Vidí, že jsou zde lidé se stejnými problémy a mohou si tak navzájem vyměnit své zkušenosti. Kromě klientů se takto mohou setkávat i jejich rodiny a vyměňovat si zkušenosti s léčbou o své blízké. Faktory účinné v terapeutické péči ve skupinách: altruismus (být ostatním nápomocen), katarze (emocionální odreagování, uvolnění napětí a úzkosti), koheze (soudržnost skupin), rekapitulace primární rodiny, univerzalizace utrpení (zážitek toho, že člověk není se svým problémem sám), změny chování (lze si je vyzkoušet v chráněném prostředí skupiny), zpětná vazba (ve skupině a její využití k vnitřním změnám).(V.Tschuschke, 2004, s.114-124)

1.9.3 Behaviorální a jiné

Behaviorální a jiné metody jsou velmi nápomocné u širokého rozpětí chronických onemocnění a bolestivých stavů. Měly by pomoci redukovat stres a zmírňovat tělesné komplikace, které jsou často důsledkem onkologického onemocnění (způsobené chemoterapií, ozářením). Behaviorální metody zahrnují spoustu nejrůznějších technik např. progresivní svalová relaxace, hypnóza (autohypnóza nebo terapeutem indukovaná hypnóza), hluboké dýchání, meditace. Biofeedback, pasivní relaxace a vizualizace. (V.Tschuschke, 2004, s.114-124)

Mezi jiné metody patří:

Empatický přístup

Znamená ochotu ke kontaktu s nemocným a trpělivost naslouchat mu. Je nedílnou součástí všech psychotherapeutických směrů. Měl by být součástí osobní výbavy zdravotnických pracovníků, zejména sester.(Olga Dostálová, 2016,s.109-140)

Racionální psychoterapie

Měla by být zahájena již při první návštěvě klienta. Skládá se z: Aplikace a klasifikace – vysvětlení a objasnění charakteru onemocnění, léčebných postupů, což provádí lékař. Persvaze – znamená přesvědčování klienta o nutnosti podřídit se léčebným metodám a přijetí nového životního programu. Zde je velmi prospěšná sestra. Reorientace – je změna pacientových hodnot, upuštění od nereálných cílů k reálným. Psychagogika – je komplexní vedení a usměrňování klienta, aby se pokusil přijmout a pochopil nové zkušenosti, které vyplývají z jeho onemocnění.(Olga Dostálová, 2016,s.109-140)

Kognitivní psychoterapie

Její základem je docílit toho, aby se člověk aktivně podílel na svém léčení tím, že se odnaučí negativně myslet.(Olga Dostálová, 2016, s. 109-140)

Náhledová psychoterapie

Znamená, že má klient náhled na své onemocnění a je ochoten se léčit. Uvědomuje si své onemocnění a chce se léčit, zná důsledky rozvoje onemocnění při nespolupráci s léčebným režimem.(Olga Dostálová, 2016,s.109-140)

Sugestivní psychoterapie

Dává klientovi více naděje, podporuje víru ve zlepšení jeho nemoci.(Olga Dostálová, 2016,s.109-140)

Hypnóza

V současné době má hypnóza u onkologických klientů široké využití. Pomáhá při ovlivňování bolesti a utlumení zvracení po chemoterapii či podmíněně reflexního nucení na zvracení ještě před zahájením léčby. Při této formě psychoterapie je důležitá motivace klienta, důvěra k terapeutovi, schopnost uvolnění, koncentrace a schopnost navázání kontaktu a přijímání sugescí.(Olga Dostálová, 2016,s.109-140)

Relaxační techniky

Autogenní trénink dle Schultze je technika cvičení a vzbuzování pocitů (pocity tíhy, tepla, klidný dech, tep srdce, teplo v nadbřišku, chlad na čele).

Progresivní relaxace podle Jacobsona – uvědomění si celého svého těla a postupná relaxace.

Intenzivní meditace.

(Olga Dostálová, 2016,s.109-140)

1.10 Prevence v onkologii

1.10.1 Úloha sestry v prevenci nádorových onemocnění

Prevence je nejdůležitější opatření proti onkologickým chorobám. Sestra hraje velmi důležitou roli v oblasti prevence, je schopna edukovat o rizikových faktorech, vedoucích ke vzniku těchto zhoubných onemocnění.(Jiří Vorlíček a kolektiv, 2012, s.33-47)

Sestra by měla intenzivně edukovat pacienty a vést je k redukci faktorů, které přispívají ke vzniku nádorových onemocnění.(Jiří Vorlíček a kolektiv, 2012, s.33-47)

Sestra může pomáhat s distribucí materiálů do čekáren ambulancí, které mohou přispívat ke zlepšení životního stylu jedinců.(Jiří Vorlíček a kolektiv, 2012, s.33-47)

Důležité je komunikovat s klientem, správně hodnotit jeho stávající situaci a analyzovat rodinou anamnézu.(Jiří Vorlíček a kolektiv, 2012, s.33-47)

Sestra by se měla podílet na preventivních programech a vzdělávat veřejnost. Měla by být schopna podat kvalitní a podrobné informace týkající se prevence.(Jiří Vorlíček a kolektiv, 2012, s.33-47)

Především by se sestra neměla obávat diskuze o onkologických onemocněních s klienty. (Jiří Vorlíček a kolektiv, 2012, s.33-47)

1.10.2 Primární prevence

Jejíž cílem je předcházet a omezit vznik nádorových onemocnění. Je zaměřena na zdravé lidi. (Jan Žaloudík, 2008,s.51)

Do primární prevence patří snížit riziko obezity, omezit kouření, snížit konzumaci alkoholických nápojů, motivovat lidi k fyzické aktivitě a další. (Jiří Vorlíček a kolektiv, 2012,s.48,49,50,51)

1.10.3 Sekundární prevence

Je zaměřena na záchyt již vzniklého zhoubného onemocnění v časném stádiu a zahájení okamžité léčby.(Jiří Vorlíček a kolektiv, 2012,s.48,49,50,51)

Patří sem preventivní prohlídky, samovyšetření a screeningové programy (screening rakoviny prsu, kolorektálního karcinomu a karcinomu děložního čípku). Screening rakoviny prsu je plošné mamografické vyšetření, které by měla podstupovat každá žena od věku 45 let každé 2 roky. Screening kolorektálního karcinomu by měl podstupovat každý muž i žena ve věku nad 50 let. Jednou za rok by si měli nechat provést test na okultní krvácení u svého praktického lékaře. Osoby starší 55 let mohou podstoupit primární kolonoskopické vyšetření jednou za 10 let. Screening karcinomu děložního čípku probíhá u každé ženy ve věku od 15 let na preventivní gynekologické prohlídce každý rok.(Jiří Vorlíček a kolektiv, 2012,s.48,49,50,51) (Tomáš Pokrivčák a kolektiv, 2014, s. 86)

1.10.4 Terciální prevence

Cílem této prevence je zabránit progresi onemocnění, zabránit ztrátě soběstačnosti a zlepšit kvalitu života nemocného.(Jiří Vorlíček a kolektiv, 2012,s.48,49,50,51)

Patří sem i sledování již vyléčených pacientů s cílem včas odhalit případnou recidivu (dispenzarizační péče o onkologického pacienta). (Jiří Vorlíček a kolektiv, 2012,s.48,49,50,51)

2 NÁDORY VARLAT

Tento typ zhoubného onemocnění postihuje většinou muže ve věku 25-45 let. Některé případy se vyskytují již po 15.roce, po 50 roce výskyt tohoto nádorového onemocnění klesá. (Jan Žaloudík, 2008, s.137)

Jedná se o nejčastější maligní nádor u mladých mužů. V posledních 30 letech se tento typ nádorového onemocnění více než zdvojnásobil. Jedná se o kurabilní typ nádoru, i když se na něj přijde v pokročilém stádiu.(Viera Bajčiová a kolektiv, 2012, s.77,78)

2.1 Etiologie

Příčiny vzniku tohoto nádorového onemocnění nejsou zcela jasné, je zde známo pouze několik rizikových faktorů, které k tomuto onemocnění mohou přispět. (Viera Bajčiová a kolektiv, 2017, s.257)

Mezi rizikový faktor patří geneticky predispoziční syndromy, například Klinefelterův syndrom (47,XXY). Dále Swyerův syndrom (46,XY), který způsobuje poruchu sexuálního vývoje a gonadální dysgeneze.(Viera Bajčiová a kolektiv, 2017,s.257)

Toto zhoubné onemocnění může být spojeno s vrozenými anomáliemi uropoetického traktu, jako jsou například kryptorchismus (nesestouplé varle), hydrokéla a hypospadie. Rizikový faktor je také kouření matky v těhotenství nebo krvácení v době gravidity, i když nebyl zatím jednoznačně prokázán. (Viera Bajčiová a kolektiv, 2017, s.257) . 257) (Jan Novotný a kolektiv, 2005, s. 222)

Germinální nádory varlat bývají pětkrát častější u mužů bílé rasy než u mužů rasy černé. Dalším výrazným rizikem je rodinná anamnéza testikulárního nádoru v rodině. (Jan Novotný a kolektiv, 2016, s.439)

2.2 Klinické příznaky

Primární příznaky jsou většinou místní: bolest varlete, změna či zvětšení konzistence varlete (tzv. „ztvrdnutí“) a bulka ve varleti. (Tomáš Búchler a kolektiv, 2017, s.112)

U 10% klientů jsou přítomné symptomy metastatického onemocnění, jako jsou bolesti břicha, zad, dušnost, hemoptýza, neurologická symptomatologie. Také se u mužů

při tomto onemocnění může objevit gynekomastie neboli bolestivost a zduření prsních bradavek, způsobená zvýšenou hladinou HCG (choriogonadotropinu). (Tomáš Búcher a kolektiv, 2012, s.112)

2.3 Diagnostické postupy

V diagnostice se nejprve uplatňuje fyzikální vyšetření. Jedná se o bimanuální vyšetření obsahu šourku a palpační vyšetření třísel. Také se provádí vyšetření břicha pro možnost zvětšených uzlin. Vyšetřují se také prsní žlázy, zda-li není přítomná gynekomastie. (Ondřej Hess a kolektiv, 2007, s.338)

Pokud je podezření na tento typ nádorového onemocnění, je nutné provést urologické vyšetření včetně ultrazvukového vyšetření skrota. Mezi diagnostickou a terapeutickou metodu v nižších stádiích patří orchiektomie. (Jan Novotný a kolektiv, 2016, s.442)

Stanovují se také nádorové markery, které dělíme do tří kategorií. První zahrnuje sérové proteiny, mezi které patří HCG, AFP (alfa-fetoprotein), LDH (laktát dehydrogenáza), PLAP (placentární alkalická fosfatáza) a další. Do druhé kategorie patří cytogenetické a chromozomální markery, jako například zisk (gain) chromozomu 12p. Do třetí skupiny patří molekulární markery, do kterých se řadí onkogeny a tumory-supresorové geny. (Ondřej Hess a kolektiv, 2007, s. 339)

Po upřesnění rozsahu onemocnění se provádí CT malé pánve, břicha a hrudníku. Při vysokých hladinách HCG je nutno provést i MR mozku. (Jan Novotný a kolektiv, 2016, s.442) (Jan Novotný a kolektiv, 2005, s. 226)

Také je nutné vyšetřit plicní funkce, zvláště u klientů, u kterých se plánuje léčebná chemoterapie bleomycinem. U klientů se seminovými nádory se po chemoterapeutické léčbě provádí PET vyšetření, aby se posoudila variabilita reziduálních lézí. (Jan Novotný a kolektiv, 2016, s.442) (Jan Novotný a kolektiv, 2005, s. 226)

2.4 Dělení nádorů varlat

Germinální nádory jsou nejčastěji diagnostikované nádory varlete v 90-95%. Dělí se na seminomi (nádory z prvopohlavních buněk) a neseminomi (nádory z kmenových buněk). U klientů se seminomi bývá lepší prognóza.(Ondřej Hess a kolektiv, 2007, s. 337,356,357)

Ostatní nádory varlete jsou například sarkomy, adenokarcinomy, nádory z Leydigových buněk nebo Sertoliho buněk. Jsou diagnostikovány pouze u 5-10% klientů. (Ondřej Hess a kolektiv, 2007, s. 337,356,357)

2.5 TNM klasifikace

Tato klasifikace posuzuje rozsah onemocnění.

T - tumor značí, jaký má rozsah primární nádor. Toto písmeno je v rozmezí T1-T4, tyto čísla značí rozsah primárního ložiska. Ložisko se určuje pomocí pomocných vyšetření (RTG,USG,endoskopie). Pokud nelze zjistit primární ložisko, užívá se symbol T0. V případě, kdy nelze vymezit jeho rozsah užívá se symbol TX. Pro karcinom in situ se používá označení TIS (tumor in situ). (Pavel Klener, 2011, s. 31) (Tomáš Pokrivčák a kolektiv, 2014, s. 84)

N- noduli. Tento symbol značí stav regionálních mízních uzlin. N0 značí negativní nález, N1-N3 ukazuje narůstající postižení těchto uzlin a NX znamená, že nález na uzlinách nelze spolehlivě určit. (Pavel Klener, 2011, s. 31)

M – metastases určuje přítomnost M1 či nepřítomnost M0 vzdálených metastáz všude kromě regionálních uzlin. (Pavel Klener, 2011, s.31)

2.6 Léčba

2.6.1 Chirurgická

Patří mezi primární a základní léčbu tohoto onemocnění. Provádí se radikální orchiektomie. Odstraní se varle i s nadvarle s obaly testis i s dostatečně dlouhým semenným provazcem. (Viera Bajčiová a kolektiv, 2011, s. 220)

2.6.2 Chemoterapie

Patří mezi kurativní léčbu u non-seminomů spolu s chirurgickým výkonem. Mezi základní léčebnou kombinaci patří BEP (bleomycin, vepesid, cisplatina). Chemoterapie probíhá v několika cyklech, které jsou určeny lékařem dle individuality pacienta, typu a stádia tohoto onemocnění. (Viera Bajčiová a kolektiv, 2011, s.220)

2.6.3 Radioterapie

U neseminomů není indikována. Většinou se užívá v paliativní indikaci při metastatické nemoci. U seminomů je radioterapie vhodná, jelikož jsou seminomi považovány za vysoce radiosenzitivní nádory. (Michaela Matoušková a kolektiv, 2013, s.66)

2.6.4 Léčba rekurence/relapsu onemocnění

Při relapsu tohoto onemocnění se využívá submyeloblativní chemoterapie s autologní transplantací hematopoetických kmenových buněk. Užívá se u germinálních nádorů při druhém či dalším relapsu onemocnění. (Viera Bajčiová a kolektiv, 2011, s. 221)

3 MODEL FUNKČNÍCH VZORCŮ ZDRAVÍ DLE MARJORY GORDON

M.Gordon roku 1974 identifikovala 11 okruhů vzorců chování. Dále roku 1987 publikovala Model funkčních vzorců zdraví. Byla prezidentkou NANDA do roku 2004.(Slavomíra Pavlíková, 2006, s. 99-102)

Tento model je odvozen z interakce osoby a prostředí. Zdravotní stav jedince je interakce bio-psycho-sociálních potřeb. V tomto modelu sestra identifikuje při kontaktu s klientem funkční či disfunkční vzorec zdraví.(Slavomíra Pavlíková, 2006, s. 99-102)

3.1 Hlavní jednotky modelu

Cíl ošetřovatelství – zdraví, jedinec je zodpovědný za své zdraví, klient má rovnováhu v bio-psycho-sociální oblasti.(Slavomíra Pavlíková, 2006, s. 99-102)

Pacient/klient – klient je holistická bytost s biologickými, psychologickými a sociálními potřebami. Kromě těchto potřeb má jedinec také kulturní, spirituální či kognitivní potřeby. Klient je jedinec s funkčním (ve zdraví) či dysfunkčním (v nemoci) typem zdraví.(Slavomíra Pavlíková, 2006, s. 99-102)

Role sestry – sestra získá informace v jednotlivých oblastech vzorců zdraví pomocí rozhovoru s klientem, pozorováním a fyziologickým vyšetřením. Sestra hodnotí funkčnost nebo dysfunkčnost zdraví, při dysfunkčním typu zdraví postupuje dle kroků ošetřovatelského procesu.(Slavomíra Pavlíková, 2006, s. 99-102)

Zdroj potíží – neuspokojení některé z oblastí bio-psycho-sociálních potřeb.(Slavomíra Pavlíková, 2006, s. 99-102)

Ohnisko zásahu – dysfunkční vzorec zdraví.(Slavomíra Pavlíková, 2006, s. 99-102)

Způsob intervence – intervence se provádí dle vhodně zvoleného modelu ošetřovatelství.(Slavomíra Pavlíková, 2006, s. 99-102)

Důsledky – funkční vzorec zdraví.(Slavomíra Pavlíková, 2006, s. 99-102)

4 VYHLÁŠKA O ČINNOSTECH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ A JINÝCH ODBORNÝCH PRACOVNÍKŮ – VYHLÁŠKA ČÍSLO 55/2011 SB.

V platném znění.

4.1 Všeobecná sestra

Vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů.

Sledovat a orientačně hodnotit fyziologické funkce pacientů.

Pozorovat, hodnotit a zaznamenávat fyzický a psychický stav pacienta.

Získávat osobní, rodinnou, pracovní a sociální anamnézu.

Zajišťovat a provádět vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve.

Provádět odsávání sekretů z horních cest dýchacích a z permanentní tracheostomické kanyly u pacientů starších 3 let a zajišťovat jejich průchodnost.

Hodnotit a ošetřovat poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřovat stomie.

Hodnotit a ošetřovat centrální a periferní žilní vstupy, včetně zajištění jejich průchodnosti.

Pečovat o zavedené močové katetry pacientů všech věkových kategorií, včetně provádění výplachů močového měchýře.

Provádět ve spolupráci s fyzioterapeutem, ergoterapeutem a logopedem ve zdravotnictví rehabilitační ošetřování, zejména polohování, posazování, základní pasivní, dechová a kondiční cvičení, nácvik mobility a přemístování, nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti pacienta a cvičení týkající se rehabilitace poruch komunikace a poruch polykání a vyprazdňování a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu poruch funkce těla, včetně prevence dalších poruch z imobility.

Edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech, použití zdravotnických prostředků a připravovat pro ně informační materiály.

Orientačně hodnotit sociální situaci pacienta, identifikovat potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkovat pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních.

Zajišťovat činnosti spojené s přijetím, přemísťováním a propuštěním pacientů.

Poskytovat a zajišťovat psychickou podporu umírajícím a jejich blízkým a po stanovení smrti lékařem zajišťovat péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta.

Přijímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu.

Přijímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky a prádlo, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

Analyzovat, zajistit a hodnotit kvalitu a bezpečnost poskytované ošetrovatelské péče.

Zajišťovat stálou připravenost pracoviště včetně věcného a technického vybavení a funkčnosti zdravotnických prostředků.

Doporučovat použití vhodných zdravotnických prostředků pro péči o stomie, chronické rány nebo při inkontinenci.

Doporučovat vhodné kompenzační zdravotnické prostředky pro zajištění mobility a sebeobsluhy v domácím prostředí.

(citováno z: *vyhlášky č. 55/2011Sb.*)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

5.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat potíže nemocných s nádorovým onemocněním varlete.

5.2 Dílčí cíle

1. Zhodnocení, jak klienti reagují na onemocnění v různých oblastech zdraví, pomocí 12 vzorců zdraví.
2. Zhodnotit, jak klienti reagují na léčbu.
3. Zjistit nežádoucí účinky léčby vybraných klientů.
4. Vytvořit brožuru pro nemocné s nejčastějšími nežádoucími účinky léčby a jejich zmírnění.

6 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY

U mužů je karcinom varlete v posledních letech velice časté onkologické onemocnění, především u mladších mužů. Myslím si, že je důležité mluvit o této problematice nejen v oblasti prevence, ale také o průběhu léčby, psychické problematice a možných nežádoucích účincích léčby.

Klienti jsou hospitalizováni především k prvnímu cyklu chemoterapie, kterému předchází orchiektomie, aby se zjistila individuální reakce klienta na léčbu. Další cykly chemoterapie je možno aplikovat ambulantně, pokud nemá klient problémy po jejím podání a zvládne případné lehké nežádoucí účinky doma. Pokud je klientovi podána chemoterapie ambulantně, je plně edukován, kdyby nastaly jakékoli komplikace, aby se ihned dostavil na onkologickou kliniku.

Ve své bakalářské práci se zaměřuji na zmapování potíží nemocných, jejich reakce na léčbu nejen po fyzické, ale i psychické stránce a především na celkovou ošetrovatelskou péči o tyto klienty. Jaké jsou tedy nejčastější potíže nemocných s onemocněním varlete?

Výzkumné otázky:

Jaké jsou potřeby klientů v rámci jejich onemocnění?

Jak klienti reagují na léčbu?

Jaké jsou nežádoucí účinky léčby?

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Pro svojí praktickou část jsem si vybrala záměrný výběr respondentů. Kritériem bylo nádorové onemocnění varlete. Vybrala jsem si tři klienty, kterým bylo onemocnění diagnostikováno nyní.

Klienti byli informováni o anonymitě v podobě informovaného souhlasu, který mi podepsali.

8 METODIKA PRÁCE

Pro zpracování své bakalářské práce jsem si zvolila kvalitativní výzkum formou případové studie. V rámci případové studie použiji pozorování, analýzu dokumentů a rozhovory s klienty, podle modelu funkčních vzorců zdraví dle Marjory Gordon, čímž nejlépe zhodnotím ošetrovatelské problémy, kterým by měla být věnována pozornost. Tato metoda mi pomůže poznat případy důkladně a co nejpřesněji je porovnat.

Organizace výzkumu

Výzkum probíhal na onkologicko-radioterapeutické klinice v Plzni v období od 6.11.2017 do 27.7.2018. Probíhal na oddělení ORAK-A, po dobu hospitalizace klientů a následně mimo kliniku s odstupem 14 dnů po jejich propuštění.

Nejprve jsem s klienty sepsala vstupní ošetrovatelskou anamnézu, dále jsem analyzovala dokumentaci. Následně jsem klienty během dne pozorovala, jak se chovají a vyrovnávají se svým onemocněním. V průběhu jejich hospitalizace jsem s nimi vedla plánovaný rozhovor podle modelu funkčních vzorců zdraví dle Marjory Gordon, abych zjistila, jaké jsou jejich potřeby v rámci nynějšího onemocnění. Poté jsem se s klienty sešla po 14 dnech po jejich propuštění, abych zjistila, jak zvládají léčbu a jaký je jejich psychický stav.

9 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

9.1 Respondent č. 1

Respondent č. 1 je muž, ve věku 59 let. Léčící se s nádorem varlete. Pacient je po radikální levostranné orchiektomii pro seminom , implantaci testikulární protézy odmítl. Kryoprezervaci spermatu odmítl. Žije v domě s dospělým synem. Má dvě děti a dvě vnoučata. Nyní je evidován na úřadu práce, dříve pracoval jako zedník. Pacient je bývalý alkoholik, nyní abstinent. Je silný kuřák, vykouří 20 cigaret denně. Má alergii na vosí bodnutí.

9.1.1 Anamnéza

Osobní anamnéza

Běžné dětské nemoci
Arteriální hypertenze, hypercholesterolémie
Epilepsie
DM nejuje
Vředová choroba GD v anam.hepatopathie
Abusus alcoholus do 5/2016

Operace

Stav po radikální orchiektomii vlevo pro seminom
Stav po operaci hemoroidů (2015)
Stav po tonsilektomii
Stav po endarterektomii vpravo na neurochirurgii 5/2016

Farmakologická anamnéza

Prelessa 4 mg 1-0-0
Amlator 10/5 mg 0-0-1
Stage 100 mg 1-0-0
Geratam 1200 mg 1-0-0

9.1.2 Vstupní ošetrovatelská anamnéza

Kompenzační pomůcky: brýle

Pohyblivost, soběstačnost: dle Barthelova testu 100 b. – nezávislý, bez pádu v anamnéze

Kognitivní funkce, komunikace: vědomí, orientace i komunikace bez problémů

Výživa: BMI 23, klient zhubl za týden 5 kg., bez dietního omezení – dle výsledku nutná konzultace nutričního terapeuta

Vylučování: stolice pravidelná, občas inkontinence

Dýchání: bez potíží

Stav kůže: normální

Bolest: dle Melzacovy škály – žádná

Alergie: na vosí bodnutí

Spánek: problémy se spánkem, klient spí 4 hodiny denně

Víra: neudává

Sociální podmínky: bydlí se synem

U pacienta byly zjištěny potíže v oblasti výživy, proto kontaktována nutriční terapeutka. Byla také domluvena schůzka klienta se sociální pracovnící, jelikož je evidován na úřadu práce. Dále má klient problémy se spánkem. Žádné další ošetrovatelské intervence nejsou při přijetí nutné.

9.1.3 Vitální hodnoty

Hmotnost: 64 kg

Výška: 165 cm

TK: 140/100

P: 72/min

TT: 36,3 °C

9.1.4 Diagnóza

Klasický seminom varlete. Klient je po radikální orchiektomii vlevo.

9.1.5 Průběh hospitalizace

Klient byl přijat na oddělení onkologicko-radioterapeutické klinicky na ORAK-A z důvodu plánované adjuvantní chemoterapie. Byl zde hospitalizován po dobu pěti

dnů. Klientovi byl podán 1. cyklus chemoterapie: Bleomycin, Cisplatina a Etoposin. Před aplikací chemoterapie byl klientovi zaveden periferní žilní katétr, před jeho zavedením byl klient edukován o problémech, které mohou vzniknout při jeho zavedení a o kontrolování místa vpichu. Podání chemoterapie zvládal klient dobře, jen se cítil unavený a občas měl potíže s nauzeou, na kterou mu byly podány po konzultaci s lékařem antiemetika. Klient měl během hospitalizace problémy se spánkem a s přijímáním potravy. Měl chuť k jídlu, ale nešlo mu jíst. Snažili jsme se klientovi podávat menší porce stravy vícekrát denně a dostával přidělené nutridrinky, na každý den. Po konzultaci s nutriční terapeutkou se klient zlepšil, začal se více stravovat a přibývat na váze.

Po propuštění z nemocnice se klientovi daří dobře, přibývá na váze a má chuť k jídlu. Pravidelně se setkává s nutriční poradkyní a konzultují jeho stravování. Ještě ho čeká další cyklus chemoterapie, ale věří, že ho zvládne stejně dobře, jako ten první.

9.1.6 Model funkčního typu zdraví dle Gordonové:

Rozhovor s respondentem byl předem domluven a probíhal na oddělení onkologicko-radiologické kliniky ve FN Plzeň, na pokoji respondenta. Probíhal pouze za mé a respondentovi přítomnosti, aby byla dodržena anonymita.

Vnímání zdraví

1. Jak jste zjistil své onemocnění? Prováděl jste si samovyšetření?

„Své onemocnění jsem zjistil v srpnu tohoto roku, při mytí. Postupně se mi zvětšovalo jedno varle. Řekl jsem o svém problému dětem a ty mě ihned poslaly k lékaři. V září jsem šel k urologovi a ten mi sdělil po vyšetření mojí diagnózu. Následně jsem podstoupil operaci, kdy mi bylo odebráno jedno varle. Začátkem dalšího měsíce mi začal první cyklus chemoterapie. Samovyšetření jsem si neprováděl.“

2. Jak jste si vážil svého zdraví před onemocněním a jak vnímáte své zdraví teď?

„Dříve jsem na své zdraví nepomýšlel, byl jsem alkoholik. Dnes už jsem přesvědčen o tom, že alkohol škodí zdraví a už po první operaci (po endarterektomii) jsem začal abstinovat.“

Reprodukce – sexualita

3. Máte nějaké děti?

„Ano mám 2 dospělé děti: dceru a syna.“

Výživa

4. Jak jste se stravoval před onemocněním a jak se stravujete teď?

„Dříve normálně, teď po první dávce chemoterapie nemohu jíst, i když mám chuť k jídlu, prostě mi to nejde. Teď už týden jím jen kašovitou stravu a rohlíky. Za týden jsem zhubl už 5 kg, chtěl bych zpět nabrat, jelikož jsem vážil už dříve jen 69 kg. Budu navštěvovat nutriční poradnu.“

Vylučování

5. Měl jste dříve problémy s vylučováním? A máte problémy nyní?

„Po operaci hemoroidů mám vadný svěrač a mám potíže s udržení stolice, pokud to na mě zrovna přijde. Léčba onkologického onemocnění mi v tomto směru nijak neškodila, mám stejné vylučování jako dříve.“

Aktivita

6. Máte nějaké omezení v souvislosti s onemocněním?

„Žádné omezení nemám, jen nemohu dále pracovat jako zedník.“

7. Prováděl jste dříve nějakou sportovní či jinou aktivitu? A provádíte ji i nyní?

„Když sem byl mladý, dělal jsem atletiku a fotbal. Teď už dlouhou dobu nic nedělám, nemám už moc síly na sport.“

Spánek

8. Měl jste dříve potíže se spánkem a odpočinkem? A máte problémy nyní?

„Už dříve jsem spal kolem 6ti hodin denně, teď při onemocnění spím ještě méně, kolem 4 hodin denně.“

Citlivost – vnímání

9. Máte nějaké problémy s vnímáním? Jste citlivější při svém onemocnění?

„Dříve jsem svůj život nevnímal, byl jsem alkoholik. Dnes svůj život vnímám jinak, sblížil jsem se se svou rodinou.“

Sebepojetí - sebeúcta

10. Jak jste si vážil sám sebe před onemocněním? A jak si vážíte sám sebe nyní?

„Dříve jsem si sám sebe nevážil, odešel jsem od rodiny a začal jsem pít, poté jsem našel svou druhou ženu, která mi před 3 lety zemřela a stal se ze mě alkoholik, přestal jsem pít až po kolapsu a následné operaci, kdy jsem měl zúžené tepny a cévy a hrozila mi smrt. Při zjištění onkologického onemocnění mi stouplо sebevědomí, kdy jsem na sebe pyšný, jak svou nemoc zvládám.“

Role, vztahy

11. Jaké jste měl dříve vztahy s rodinou a jak změnilо vaše onemocnění vaše vztahy v rodině teď?

„Od té doby co jsem odešel od první manželky a dětí, jsem se s dětmi moc nevídal. Po zjištění svého onkologického onemocnění a sdělení mé diagnózy dětem jsem se začal s dětmi mnohem více vídat a dnes už dokonce žiji s mým synem a s dcerou se pravidelně stýkám.“

Stres, zátěžové situace

12. Jak jste zvládal stresové situace dříve a jak je zvládáte nyní? Prožíváte nyní nějaký stres?

„Dříve jsem vše řešil alkoholem, nyní mám podporu dětí. Žádný stres nyní neprožívám.“

Víra – životní hodnoty

13. Byl jste dříve věřící? A dal jste se na víru nyní po zjištění své nemoci?

„Moji rodiče byli komunisté, já nejsem. Na víru jsem se nedal ani do budoucnosti neplánuji.“

Jiné

14. Jak vnímáte prostřední nemocnice?

„Prostředí nemocnice mi nevadí, při hospitalizaci se skamarádím s každým.“

15. Jak jste se smířil se svým onemocněním?

„Beru vše tak, jak to přijde, nepřemýšlím nad tím.“

16. Co Vám nejvíce pomáhá zvládat tuto zátěžovou situaci?

„Rozhodně podpora dětí a koupil jsem si pejska, na kterého se každý den moc těším.“

17. Myslíte si, že je onkologická léčba finančně náročná?

„ Myslím si, že je léčba stejně drahá jako léčba jiných onemocnění, takže moc drahá určitě není.“

18. Slyšel jste o preventivních programech nebo nadacích na toho onemocnění?

„ Ne, nijak jsem se o toho téma nezajímal.“

19. Co byste vzkázal lidem, kteří onemocní stejným onemocněním jako vy?

„ Aby neměli strach z léčby, že vše zvládnou. A že budou dál žít stejný život jako předtím.“

9.1.7 Ošetřovatelské diagnózy

Dg.č. 00163 Snaha zlepšit výživu

Související s aktuální léčbou.

Projevující se:

Subjektivně: K má chuť k jídlu, ale nejde mu jíst.

Objektivně: K za týden zhubl 5 kg.

Očekávané výsledky:

K nebude dále hubnout

K se zlepší přísun živin

K se bude normálně stravovat

Ošetřovatelské intervence:

Zajistit K výživového poradce.

Snaha zlepšit K přísun potravy.

Kontrola váhy K.

Kontrola stravování K.

Hodnocení po pěti dnech:

Kza týden nezhubl ani 1kg.

K se snaží pravidelně stravovat.
K chodí do výživové poradny.

Dg.č. 00014 Inkontinence stolice

Související s dřívější operací hemoroidů.

Projevující se:

Subjektivně: K má potíže s udržení stolice.

Objektivně: K trpí inkontinencí stolice.

Očekávané výsledky:

K nebude omezovat inkontinence stolice.

Ošetrovatelské intervence:

Zajistit K vhodné inkontinenční pomůcky.

Doporučit K pravidelné posilování svalů pánevního dna pomocí Kegelových cviků.

Hodnocení po pěti dnech:

K se necítí být tolik omezován s inkontinencí stolice.

Dg.č.00096 Nedostatek spánku

Související s náročnou životní situací.

Projevující se:

Subjektivně: Knemůže spát, cítí se unaveně.

Objektivně: K je unavený, večer nemůže usnout.

Očekávané výsledky:

K bude spát více než 4 hodiny denně.

Ošetrovatelské intervence:

Zajistit K klid na odpočinek a spánek.

Zajistit dodržování K rituálů před spaním.

Případná medikace před spaním.

Hodnocení po pěti dnech:

K spí denně alespoň 6 hodin.

Dg.č.00028 Riziko dehydratace

Související s léčbou onkologického onemocnění.

Projevující se:

Subjektivně: K má časté bolesti hlavy, moc nepije.

Objektivně: K denně vypije méně než 1 l tekutin.

Očekávané výsledky:

K se bude snažit vypít alespoň 1,5 l tekutin denně.

Ošetrovatelské intervence:

Edukace.

Sleduj bilanci tekutin.

Aktivně K nabízej tekutiny.

Hodnocení po pěti dnech:

K denně vypije 1,5 l tekutin.

Dg.č. 00134 Nauzea

Související s podáním chemoterapie.

Projevující se:

Subjektivně: K trpí nauzeou.

Objektivně: K má po aplikaci chemoterapie nauzeu.

Očekávané výsledky

K nebude mít nauzeu.

Ošetrovatelské intervence

Edukace v oblasti nežádoucích účinků léčby.

Podání léků pro zmírnění nauzei, po konzultaci s lékařem.

Doporučit K odpočinek po aplikaci chemoterapie.

Hodnocení po pěti dnech

K se zmírnila nauzea po aplikaci chemoterapie.

9.1.8 Edukace

Klient byl edukován při přijetí na oddělení s chodem oddělení, stravováním a pitným režimem. Dále byl seznámen s průběhem podání chemoterapie a možných nežádoucích účincích léčby, které má hlásit zdravotnickému personálu. Po zavedení PŽK byl edukován o kontrole místa vpichu. Také byl klient poučen o nutnosti dodržování pitného režimu, spánku a výživě. U klienta proběhla během hospitalizace konzultace s nutričním terapeutem.

9.1.9 Použité hodnotící škály

Melzacova škála bolesti, Bartelův test soběstačnosti a nutriční screening.

9.2 Respondent č.2

Respondent č.2 je muž, ve věku 30 let. Léčící se s nádorem varlete. Žije v bytě s manželkou a dvěma malými dětmi. Nyní je v pracovní neschopnosti, jinak pracuje jako výpravčí. Pacient je po pravostranné radikální orchiektomii a implantaci testikulární protézky pro smíšený germitální tumor. Kryoprezervaci spermatu odmítl. Dříve byl silný kuřák, po ukončení vysoké školy přestal kouřit. Alkohol pije jen příležitostně. Není na nic alergický.

9.2.1 Anamnéza

Rodinná anamnéza

Matka se léčí HT, hypercholesterolémií, otec taktéž

1 sestra – psychické potíže

2 děti – dcera léčící se opakovaně na uroinfekty, syn zdrav

Osobní anamnéza

Běžné dětské nemoci

Primární hypertenze

Gastroezofageální reflux

Alergie nejuje

Pacient exkuřák, již 6 let nekouří
Alkohol 0, černá káva 0, návykové látky 0

Operace

St.po plastice menisku vpravo 9/2017
St.po laserové korekci dioptrií na P oku

Pracovní a sociální anamnéza

Pacient pracuje jako výpravčí, nyní je v PN
Bydlí s rodinou v bytě

Farmakologická anamnéza

Emanera 40 mg 1-0-1
Prestarium neo combi 25mg 1-0-0

9.2.2 Vstupní ošetrovatelská anamnéza

Kompenzační pomůcky: žádné

Pohyblivost, soběstačnost: dle Barthelova testu 100 b. – nezávislý, bez pádu v anamnéze

Kognitivní funkce, komunikace: vědomí, orientace i komunikace bez problémů

Výživa: BMI 26

Vylučování: stolice pravidelná

Dýchání: bez potíží

Stav kůže: normální

Bolest: dle Melzacovy škály – žádná

Alergie: nejuje

Spánek: problémy se spánkem

Víra: věřící

Sociální podmínky: bydlí s manželkou a 2 dětmi

Klient problémy se spánkem, pokusím se zajistit mu prostředí pro klidný spánek.
Žádné další ošetrovatelské intervence nejsou při přijetí nutné.

9.2.3 Vitální hodnoty

Hmotnost: 75 kg

Výška: 170 cm

TK: 130/90

P: 70/min

TT: 36 °C

9.2.4 Diagnóza

C629 - Smíšený germitální tumor. Klient je po pravostranné orchiektomii a implantaci testikulární ortézy.

9.2.5 Průběh hospitalizace

Klient byl přijat na oddělení onkologicko-radioterapeutické kliniky v Plzni na ORAK-A z důvodu plánované kurativní chemoterapie. Byl zde hospitalizován po dobu pěti dnů. Klientovi byl podán 1.cyklus chemoterapie : Bleomycin, Cysplatina a Etoposin. Před aplikací chemoterapie byl klientovi zaveden periferní žilní katétr, před jeho zavedením byl klient edukován o problémech, které mohou vzniknout při jeho zavedení a o kontrolování místa vpichu. Klient zvládal podání chemoterapie špatně, trpěl nauzeou, proto mu byla po poradě s lékařem podána antiemetika. Především prostředí nemocnice zvládal klient psychicky velice špatně, nemohl spát a propadal do mírných depresí. Proto po konzultaci s lékařem mu byla podána další dávka chemoterapie ambulantně.

Po propuštění z nemocnice se klient cítí mnohem lépe, nemocniční prostředí na něj nepůsobilo psychicky dobře. Je rád, že je doma s rodinou, která ho psychicky podporuje, ikdyž musí docházet na chemoterapie. K si chválí lékaře a veškerý zdravotnický personál na onkologické klinice a je rád, že mu byla z psychických důvodů ihned umožněna ambulantní léčba.

9.2.6 Model funkčního typu zdraví dle Gordonové:

Rozhovor s respondentem byl předem domluven a probíhal na oddělení onkologicko-radiologické kliniky ve FN Plzeň, na pokoji respondenta. Probíhal pouze za mé a respondentovi přítomnosti, aby byla dodržena anonymita.

Vnímání zdraví

1. Jak jste zjistil své onemocnění? Prováděl jste si samovyšetření?

„Své onemocnění jsem zjistil, když jsem se sprchoval, našel jsem si zvláštní útvar na varleti. Ihned jsem to řekl manželce a druhý den šel k lékaři. Ten mě poslal na potřebná vyšetření a bohužel se moje obavy potvrdily. Prováděl jsem si samovyšetření často, při sprchování.“

2. Jak jste si vážil svého zdraví před onemocněním a jak vnímáte své zdraví teď?

„Na vysoké škole jsem nejedl zdravě, kouřil a pil alkohol, poté co sem nastoupil do práce, jsem měl na prvním místě práci. Pracoval jsem na směny a často v práci trávil i víkendy. Byl jsem stále ve stresu a myslím si, že to přispělo k propuknutí mého onemocnění. Teď jsem si uvědomil, že práce není vše, že bych měl myslet i na své zdraví.“

Reprodukce - sexualita

3. Máte nějaké děti?

„Mám 2 děti – dceru a syna. Synovi jsou 2 roky a dceři půl roku.“

Ovlivnilo vaše onemocnění váš sexuální život? Měl jste problémy s přijetím vašeho těla po operaci?

„Onemocnění můj sexuální život nijak neovlivnilo, mám velice tolerantní partnerku, která mě podporuje v této situaci. Problémy s přijetím mého těla po implantátu varlete nemám, vnímám své tělo jako před onemocněním.“

Výživa

4. Jak jste se stravoval před onemocněním a jak se stravujete teď?

„Dříve jsem se moc zdravě nestravoval, chodil jsem do práce a nemyslel na své zdraví. Nejedl jsem pravidelně. Po zjištění svého onemocnění se snažím stravovat pravidelně a jíst zdravě.“

Vylučování

5. Měl jste dříve problémy s vylučováním? A máte problémy nyní?

„Dříve jsem měl problémy s pravidelným vylučováním. Je to zvláštní, ale teď při léčbě se mi vylučování upravilo a mám pravidelnou stolicí.“

Aktivita

6. Máte nějaké omezení v souvislosti s onemocněním?

„ Dříve jsem dost sportoval, nyní nemohu, jsem unavený a spíše polehávám. Chodím jen na procházky s rodinou a občas nějaké krátké výlety, spíše ale teď polehávám.“

7. Prováděl jste dříve nějakou sportovní či jinou aktivitu? A provádíte ji i nyní?

„ Dříve jsem hodně sportoval, hlavně na VŠ. Při práci už jsem neměl tolik času. Nyní žádný sport nedělám.“

Spánek

8. Měl jste dříve potíže se spánkem a odpočinkem? A máte problémy nyní?

„ Často jsem měl dříve problémy s usínáním, teď pokud jsem doma, tak spím docela dobře. Pokud jsem hospitalizovaný v nemocnici, tak nemohu spát, prostředí nemocnice na mě působí velice depresivně.“

Citlivost – vnímání

9. Máte nějaké problémy s vnímáním? Jste citlivější při svém onemocnění?

„ Už dříve jsem byl dost citlivý, mám takovou povahu, při onemocnění jsem pořád stejně citlivý.“

Sebepojetí, sebeúcta

10. Jak jste si vážil sám sebe před onemocněním? A jak si vážíte sám sebe nyní?

„ Vážím si sebe teď při onemocnění trochu více, jsem rád, že teď už zvládám onemocnění a léčbu docela dobře. Při zjištění svého onemocnění jsem byl na dně, nevěděl jsem, co jak bude a bál jsem se budoucnosti, mám 2 malé děti, které mě potřebují, a nemohu umřít. Hledal jsem si informace o svém onemocnění na internetu, protože mi nikdo nic neřekl a nevysvětlil. Až když jsem přišel na onkologii do FN v Plzni, tak mi lékaři vysvětlili, jak vše bude vypadat, co všechno musím podstoupit a vrátili mi zpět naději v uzdravení a za to jsem jim moc vděčný.“

Role, vztahy

11. Jak jste měl dříve vztahy s rodinou a jak změnilo vaše onemocnění vaše vztahy v rodině teď?

„Už dříve jsem měl velice dobré vztahy s rodinou svojí i s rodinou manželky, nyní nám samozřejmě všichni z rodiny pomáhají. Jsem moc rád, že mi rodina ve všem pomáhá a snaží se nás i více navštěvovat.“

Stres, zátěžové situace

12. „Jak jste zvládal stresové situace dříve a jak je zvládáte nyní? Prožíváte nyní nějaký stres?

„Dříve jsem prožíval spoustu stresových situací v práci, což si myslím, že vedlo k propuknutí mého onemocnění. Nyní prožívám stres, pouze pokud jsem hospitalizovaný v nemocnici.“

Víra – životní hodnoty

13. Byl jste dříve věřící? A dal jste se na víru nyní po zjištění své nemoci?

„ Ano jsem věřící celý život, měli jsme s manželkou církevní sňatek. Teď při zjištění svého onemocnění jsem se malinko oprostil od víry, nevím, proč mám to onemocnění zrovna já, věřím, ale stále jenom trochu méně.“

Jiné

14. „Jak vnímáte prostřední nemocnice?

„Prostředí nemocnice na mě působí velice depresivně, nemám rád, když musím být hospitalizován, snáším to velice špatně hlavně psychicky.“

15. Jak jste se smířil se svým onemocněním?

„ Začátek byl pro mě velice náročný, byl jsem psychicky na dně, moc mi pomohla podpora rodiny a poté podpora a přístup lékařů zde na onkologii. Nyní jsem se se svým onemocněním smířil, věřím, že vše dobře dopadne. Myslím hlavně na rodinu, abych tu byl pro ni.“

16. Co Vám nejvíce pomáhá zvládat tuto zátěžovou situaci?

„Rodina, přátelé a hlavně blízkost mých dětí.“

17. Myslíte si, že je onkologická léčba finančně náročná?

„Myslím si, že je léčba velice drahá, hledal jsem si i cenu léčby na internetu.“

18. Slyšel jste o preventivních programech nebo nadacích na toho onemocnění?

„Ano, dokonce budu teď mít rozhovor s Petrem Koukalem a jeho nadací, rozhodl jsem se pomoci i s preventivními programy. Myslím si, že jsou velice důležité pro muže i jejich ženy.“

19. Co byste vzkázal lidem, kteří onemocní stejným onemocněním jako vy?

„Aby věřili v uzdravení, mysleli pozitivně a hlavně tu musí být pro své blízké a pro svou rodinu.“

9.2.7 Ošetřovatelské diagnózy

Dg.č.00093 Únava

Související s onkologickým onemocněním K a jeho léčbou.

Projevující se:

Subjektivně: K se cítí unavený, zvládá jen lehké činnosti.

Objektivně: K vypadá unaveně.

Očekávané výsledky:

K se nebude cítit tolik unavený.

Ošetřovatelské intervence:

Zajisti K klid pro dostatečný odpočinek a spánek.

Zajisti K potřebné rituály před spaním, aby měl aktivní spánek.

Hodnocení pěti dnech:

P se necítí tolik unaven, jako se cítil dříve.

Dg.č.00198 Narušený vzorec spánku

Související s aktuální léčbou.

Projevující se:

Subjektivně: K nemůže v nemocnici usnout, cítí se nevyspale.

Objektivně: K málo spí, vypadá nevyspale.

Očekávané výsledky:

K bude spát více než 5 hodin denně.

Ošetrovatelské intervence:

Zajistit K klid na odpočinek a spánek.
Zajistit dodržování K rituálů před spaním.
Popřípadě medikace před spaním.

Hodnocení po pěti dnech:

K spí denně alespoň 5 hodin denně.

Dg.č. 00028 Riziko dehydratace

Související s léčbou onkologického onemocnění.

Projevující se:

Subjektivně: K má časté bolesti hlavy, moc nepije.
Objektivně: K denně vypije méně než 1 l tekutin.

Očekávané výsledky:

K se bude snažit vypít alespoň 1,5 l tekutin denně.

Ošetrovatelské intervence:

Edukace.
Sleduj bilanci tekutin.
Aktivně K nabízej tekutiny.

Hodnocení po pěti dnech:

K denně vypije 1,5 l tekutin.

Dg.č. 00134 Nauzea

Související s podáním chemoterapie.

Projevující se:

Subjektivně: K trpí nauzeou.

Objektivně: K má po aplikaci chemoterapie nauzeu.

Očekávané výsledky:

K nebude mít nauzeu.

Ošetrovatelské intervence:

Edukace v oblasti nežádoucích účinků léčby.

Podání léků pro zmírnění nauzei, po konzultaci s lékařem.

Doporučit K odpočinek po aplikaci chemoterapie.

Hodnocení po pěti dnech:

K se zmírnila nauzea po aplikaci chemoterapie.

9.2.8 Edukace

Klient byl edukován při přijetí na oddělení s chodem oddělení, stravováním a pitným režimem. Dále byl seznámen s průběhem podání chemoterapie a možných nežádoucích účincích léčby, které má hlásit zdravotnickému personálu. Po zavedení PŽK o kontrole místa vpichu. Také byl klient poučen v oblasti dodržování pitného režimu a spánku.

9.2.9 Použité hodnotící škály

Melzacova škála bolesti a Bartelův test soběstačnosti.

9.3 Respondent č.3

Respondent č.3 je muž, ve věku 30 let. Léčící se s nádorem varlete. Žije v rodinném domě s přítelkyní. Pracuje jako OSVČ, nyní pracuje, pokud mu není špatně po chemoterapii. Pacient je po levostranné radikální orchiektomii a implantaci testikulární protézy pro smíšený germitální tumor (90% embryonální karcinom a 10% klasický seminom. Před začátkem cyklu chemoterapie mu byla provedena kryoprezervace spermatu. Před onemocněním byl silný kuřák, nyní při léčbě s kouřením přestal. Alkohol pije jen příležitostně. Je alergický na pyl a trávy.

9.3.1 Anamnéza

Rodinná anamnéza

Otec se léčí s hypertenzí, matka zdráva

1 sestra zdráva

Osobní anamnéza

Běžné dětské nemoci

Alergie pyl a trávy

Pacient kouřil dříve cca 1 krabičku cigaret denně, nyní přestal

Alkohol příležitostně, návykové látky 0

Operace

St.po operaci ing. hernie vpravo

St. po appendektomii

Pracovní a sociální anamnéza

Pacient pracuje jako OSVČ

Bydlí s přítelkyní v rodinném domě

Farmakologická anamnéza

Žádná

9.3.2 Vstupní ošetřovatelská anamnéza

Kompenzační pomůcky: žádné

Pohyblivost, soběstačnost: dle Barthelova testu 100 b. – nezávislý, bez pádu v anamnéze

Kognitivní funkce, komunikace: vědomí, orientace i komunikace bez problémů

Výživa: BMI 25,6

Vylučování: většinou pravidelné

Dýchání: bez potíží

Stav kůže: normální

Bolest: dle Melzacovy škály – žádná

Alergie: pyl a trávy

Spánek: problémy se spánkem

Víra: žádná

Sociální podmínky: bydlí s přítelkyní

Klient problémy se spánkem, pokusím se zajistit mu prostředí pro klidný spánek. Žádné další ošetrovatelské intervence nejsou při přijetí nutné.

9.3.3 Vitální hodnoty

Hmotnost: 83 kg

Výška: 180 cm

TK: 160/90

P: 75/min

TT: 36,3 °C

9.3.4 Diagnóza

C629 - smíšený germitální tumor. Klient je po levostranné totální orchiektomii a implantaci testikulární protézy.

9.3.5 Průběh hospitalizace

Klient byl přijat na oddělení onkologicko-radioterapeutické klinicky na ORAK-A z důvodu plánované adjuvantní chemoterapie. Byl zde hospitalizován po dobu pěti dnů. Klientovi byl podán 1. cyklus chemoterapie: Bleomycin, Cisplatina a Etoposin. Před aplikací chemoterapie byl klientovi zaveden periferní žilní katétr, před jeho zavedením byl klient edukován o problémech, které mohou vzniknout při jeho zavedení a o kontrolování místa vpichu. Podání chemoterapie zvládal klient špatně, cítil se unavený a občas měl potíže s nauzeou, na kterou mu byly podány po konzultaci s lékařem antiemetika. Klient měl během hospitalizace problémy se spánkem a trpěl zácpou. Po konzultaci s lékařem mu byla podána laxantiva a klient se začal pravidelně vyprazdňovat.

Po propuštění z nemocnice se klientovi daří dobře, už se necítí tolik unavený jako při hospitalizaci v nemocnici, nemá žádné problémy s vylučováním, snaží se stravovat zdravě a dodržovat pitný režim. Ještě ho čeká další cyklus chemoterapie, doufá, že ho bude zvládat lépe, než ten první.

9.3.6 Model funkčního typu zdraví dle Gordonové:

Rozhovor s respondentem byl předem domluven a probíhal na oddělení onkologicko-radiologické kliniky ve FN Plzeň, na pokoji respondenta. Probíhal pouze za mé a respondentovi přítomnosti, aby byla dodržena anonymita.

Vnímání zdraví

1. Jak jste zjistil své onemocnění? Prováděl jste si samovyšetření?

„Zjistil jsem ho tak, že po hokejovém zápase mi začalo pobolívat levé varle. Následně jsem si zde nahmatat bulku a šel jsem na urologii. Samovyšetření jsem si neprováděl, nějak jsem se o toto onemocnění nezajímal, nenapadlo by mě, že bych mohl onemocnět.“

2. Jak jste si vážil svého zdraví před onemocněním a jak vnímáte své zdraví teď?

„Dříve jsem dost kouřil, tak krabičku denně. Dnes už jsem přestal. Také jsem před onemocněním chodil často na zábavy pít alkohol, nyní už nechodím.“

Reprodukce - sexualita

3. Máte nějaké děti?

„Nemám, ale děti bych chtěl. Byl jsem na kryoprezervaci.“

Ovlivnilo vaše onemocnění váš sexuální život? Měl jste problémy s přijetím vašeho těla po operaci?

„Onemocnění můj sexuální život nijak neovlivnilo, jen mám menší chuť. Jsem unavený. Problémy s přijetím svého těla po operaci jsem neměl.“

Výživa

4. Jak jste se stravoval před onemocněním a jak se stravujete teď?

„Dříve jsem jedl hodně fastfoody a nezdravá jídla, nyní se snažím jíst zdravě. Jím hodně zeleniny a snažím se pravidelně se stravovat.“

Vylučování

5. Měl jste dříve problémy s vylučováním? A máte problémy nyní?

„Dříve jsem problémy neměl, nyní jen po chemoterapii mívám občas zácpu.“

Aktivita

6. Máte nějaké omezení v souvislosti s onemocněním?

„Mám omezení ve sportu, hrál jsem před onemocněním hokej, nyní nemohu. Rád bych se po vyléčení k tomuto sportu vrátil.“

Prováděl jste dříve nějakou sportovní či jinou aktivitu? A provádíte ji i nyní?

„Dříve jsem hrál hokej, nyní nemohu.“

Spánek

7. Měl jste dříve potíže se spánkem a odpočinkem? A máte problémy nyní?

„Dříve jsem problémy neměl, nyní mám problémy, jen pokud jsem hospitalizovaný v nemocnici.“

Citlivost – vnímání

8. Máte nějaké problémy s vnímáním? Jste citlivější při svém onemocnění?

„Žádné problémy jsem neměl a ani teď nemám.“

Sebepojetí, sebeúcta

9. Jak jste si vážil sám sebe před onemocněním? A jak si vážíte sám sebe nyní?

„Asi si více vážím svého zdraví a určil jsem si, co je v mém životě prioritou.“

Role, vztahy

10. Jaké jste měl dříve vztahy s rodinou a jak změnilo vaše onemocnění vaše vztahy v rodině.

„Měl jsem dobré vztahy s rodinou, nyní je vše v pořádku, rodina mě podporuje.“

Stres, zátěžové situace

11. „Jak jste zvládal stresové situace dříve a jak je zvládáte nyní? Prožíváte nyní nějaký stres?

„Vše zvládám v pohodě.“

Víra – životní hodnoty

12. Byl jste dříve věřící? A dal jste se na víru nyní po zjištění své nemoci?

„Nejsem věřící a ani jsem se na víru nyní nedal.“

Jiné

13. „Jak vnímáte prostřední nemocnice?“

„Prostředí nemocnice je pěkné, jen když sem přijdu na chemoterapii, tak na mě působí trochu stresově z minulé aplikace chemoterapie.“

14. Jak jste se smířil se svým onemocněním?

„Jak to přišlo, tak jsem to vzal.“ Dle sestřiček se pacient se svým onemocněním smiřuje těžko, má psychické problémy. Před aplikací chemoterapie se bál ztráty vlasů, přemýšlel i o tom, že by léčbu kvůli tomu nepodstoupil. Rodina ho podpořila, aby léčbu podstoupil. Nyní po ztrátě vlasů nosí stále čepici (i na lůžku při hospitalizaci na oddělení). Vnímá se jako nehezky, při pohledu na sebe. Klient na tom není psychicky dobře, ale nechce to dávat najevo. Snaží se předstírat, že vše zvládá.

Co Vám nejvíce pomáhá zvládat tuto zátěžovou situaci?

„Rodina a přítelkyně, se kterou bydlím v rodinném domě.“

15. Myslíte si, že je onkologická léčba finančně náročná?

„Myslím si, že léčba zrovna mého onemocnění moc finančně náročná není, ale celkově pro jiná nádorová onemocnění ano.“

16. Slyšel jste o preventivních programech nebo nadacích na toho onemocnění?

„Neslyšel a ani jsem se o to nezajímal.“

Co byste vzkázal lidem, kteří onemocní stejným onemocněním jako vy?

„Aby se z toho nesesypali a byli v pohodě.“

9.3.7 Ošetřovatelské diagnózy

Dg.č.00093 Únava

Související s onkologickým onemocněním P a jeho léčbou.

Projevující se:

Subjektivně: P se cítí unavený, zvládá jen lehké činnosti.

Objektivně: P vypadá unaveně.

Očekávané výsledky:

K se nebude cítit tolik unavený.

Ošetrovatelské intervence:

Zajisti P klid pro dostatečný odpočinek a spánek.

Zajisti P potřebné rituály před spaním, aby měl aktivní spánek.

Hodnocení po pěti dnech:

P se necítí tolik unaven, jako se cítil dříve.

Dg.č.00198 Narušený vzorec spánku

Související s aktuální léčbou.

Projevující se:

Subjektivně: K nemůže v nemocnici usnout, cítí se nevyspale.

Objektivně: K málo spí, vypadá nevyspale.

Očekávané výsledky:

P bude spát více než 5 hodin denně.

Ošetrovatelské intervence:

Zajistit P klid na odpočinek a spánek.

Zajistit dodržování P rituálů před spaním.

Popřípadě medikace před spaním.

Hodnocení po pěti dnech:

P spí denně alespoň 5 hodin denně.

Dg.č. 00011 Zácpa

Související s nežádoucími účinky chemoterapie.

Projevující se:

Subjektivně: K říká, že ho stále bolí břicho, nemůže se vyprázdnit.

Objektivně: K nebyl 2 dny na stolici.

Očekávané výsledky:

K se bude pravidelně vyprazdňovat.

K se nebude cítit plný.

Ošetrovatelské intervence:

Sleduji bilanci tekutin.

Podám K laxativum dle ordinace lékaře.

Zajistím K vhodnou stravu při onemocnění.

Hodnocení po pěti dnech:

K chodí na stolicí pravidelně každý den, nemá problémy s nadýmáním ani s bolestmi břicha.

Dg.č. 00134 Nauzea

Související s podáním chemoterapie.

Projevující se:

Subjektivně: K trpí nauzeou.

Objektivně: K má po aplikaci chemoterapie nauzeu.

Očekávané výsledky

K nebude mít nauzeu.

Ošetrovatelské intervence

Edukace v oblasti nežádoucích účinků léčby.

Podání léků pro zmírnění nauzei, po konzultaci s lékařem.

Doporučit K odpočinek po aplikaci chemoterapie.

Hodnocení po pěti dnech

K se zmírnila nauzea po aplikaci chemoterapie.

Dg.č. 00118 Narušený obraz těla

Související s léčbou nynějšího onemocnění.

Projevující se:

Subjektivně: K nemá žádné problémy.

Objektivně: K má po aplikaci chemoterapie problémy s přijetím vlastního vzhledu, zejména s alopecií, nosí celý den na oddělení čepici.

Očekávané výsledky

K se bude cítit dobře a nebude mít problémy s přijetím vlastního těla.

Ošetrovatelské intervence

Zajistit K konzultaci s psychologem.

Psychicky K podpořit při léčbě.

Hodnocení po pěti dnech

K se zatím s alopecií nesmířil, po návštěvě psychologa připustil, že má problém. s přijetím vlastního těla při léčbě jeho onemocnění.

9.3.8 Edukace

Klient byl edukován při přijetí na oddělení s chodem oddělení, stravováním a pitným režimem. Dále byl seznámen s průběhem podání chemoterapie a možných nežádoucích účincích léčby, které má hlásit zdravotnickému personálu. Po zavedení PŽK o kontrole místa vpichu. Také byl klient edukován v oblasti dodržování pitného režimu, pravidelného stravování, vylučování a spánku.

9.3.9 Použité hodnotící škály

Melzacova škála bolesti a Bartelův test soběstačnosti.

DISKUZE

Cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat nejčastější potíže nemocných s nádorovým onemocněním varlete a vytvořit brožuru o možných nežádoucích účincích léčby u těchto pacientů.

V praktické části jsem zmapovala tři kazuistiky pacientů, které jsem sledovala po dobu hospitalizace na Onkologické a radioterapeutické klinice Fakultní nemocnice Plzeň – Lochotín. Pomocí 12 vzorců zdraví, dle modelu Marjory Gordonové jsem si zpracovala otázky, které jsem následně použila u rozhovorů se svými respondenty. Otázky jsem použila u každého stejné, abych mohla porovnávat jejich odpovědi ve stejných oblastech zdraví. Z rozhovorů s pacienty jsem zjistila nejvíce informací o jejich přijetí nemoci, zásahu onemocnění do soukromého života, průběhu léčby a především o jejich psychickém stavu. Dále jsem použila informace, které jsem získala z ošetrovatelské anamnézy. Sepsala jsem do tabulky nejčastější ošetrovatelské diagnózy, které se vyskytly u těchto klientů. Tabulku jsem vložila do příloh mé bakalářské práce.

Z rozhovorů, které jsem s pacienty vedla, vyplynulo, že k velice rizikovým faktorům pro vznik nádorového onemocnění patří kouření. Tři ze tří respondentů byli před zjištěním svého onemocnění kuřáci. Na tento rizikový faktor poukazuje Vorlíček (2012). Jako další rizikový faktor Jiří Vorlíček (2012) udává, že se výskyt určitého nádorového onemocnění objevil vícekrát v rámci jedné rodiny. Ani u jednoho mnou dotazovaného respondenta nebylo v jeho rodině toto onemocnění nikomu jinému diagnostikováno.

Všichni moji respondenti přišli na své onemocnění tím, že zjistili zvětšení nebo bulku na varleti. Toto popisuje jako hlavní klinický příznak tohoto onemocnění ve své knize Tomáš Buchler (2017). Ondřej Hess (2007) udává, že nejčastější diagnostikovaný nádor varlete je germinální nádor. Tento typ nádoru mají dva z mých dotazovaných.

U všech klientů byla provedena po zjištění onemocnění orchiektomie jako základní léčba toho nádorového onemocnění, která se shoduje s Vierou Bajčiovou (2011). Dále je pacientům podávána chemoterapie, která patří ke kurativní léčbě spolu s chirurgickým výkonem. S tímto postupem léčby souhlasí i Viera Bajčiová (2011) ve své publikaci.

Jako hlavní nežádoucí účinek chemoterapie uvádí Samuel Vokurka (2005) nevolnost a zvracení. Toto se mi potvrdilo u všech mých respondentů. Dva pacienti pocítovali únavu po aplikaci chemoterapeutik, kterou popisuje Samuel Vokurka (2005) v nežádoucích účincích léčby také. Mezi další nežádoucí účinek léčby patří dle mého klienta zácpa, o které se Samuel Vokurka (2005) zmínil také. Dále alopecie neboli ztráta vlasů se po aplikaci chemoterapeutik vyskytla u všech pacientů, jeden z nich ztrátu vlasů velice špatně psychicky nesl, nechtěl tento problém dát najevo, ale zdravotnický personál i jeho rodina si toho všimla. Měl psychický problém s přijetím vlastního těla při léčbě svého onemocnění. Na alopecii a možnou psychickou zátěž pro pacienta poukazuje i Samuel Vokurka (2005).

Velice důležitá je z mého pohledu při nádorovém onemocnění také strava. Souhlasím s doporučením Zdenka Wilhelma (2004), jak se mají pacienti při tomto onemocnění stravovat. Dle tohoto doporučení se jeden z mých respondentů stravoval a velice mu to pomohlo, jelikož měl problémy s přijímáním stravy a trpěl nádorovou kachexií, kterou popisuje ve své knize Zdeněk Wilhelm (2004) také. Všichni moji respondenti se snaží při léčbě i po ní zdravěji stravovat než před zjištěním svého onemocnění, kdy se ani jeden nestravoval pravidelně a nejedl vyváženou a zdravou stravu. Jako doplněk stravy každý dostává doplňkovou enterální výživu – Sipping. Tu se snaží pacienti vypít, pokud trpí nauzeou a nejsou schopni se normálně v tu chvíli stravovat. Mohou tento drink bohatý na všechny živiny pít postupně a dostávají potřebnou výživu alespoň v této formě. Tento doplněk stravy doporučuje Jan Novotný (2016) ve své publikaci, jako jeden z možných forem enterální výživy.

Všem mým respondentům byl zaveden periferní žilní katétr, do kterého jim byla podávána premedikace a následná cytostatická léčba. Jako budoucí všeobecná sestra jsem je poučila o možných komplikacích, které mohou nastat při zavedení periferního žilního katetru a následném podání chemoterapeutik do žilního systému. Poučila jsem je o možném vzniku iritační flebitidy a extravazace. Prevenci v těchto oblastech považuje za důležitou i Samuel Vokurka (2005), který uvedl ve své publikaci základní kroky pro sestry při podezření na iritační flebitidu nebo extravazaci.

Za velice důležitou podporu u nemocných a jejich blízkých považuje V. Tschusche (2004) psychoterapeutickou péči, která je nedílnou součástí péče o onkologicky nemocné.

Myslím si, že je pro tyto pacienty velice důležitá. Dva ze tří mých dotazovaných jsou za ni velice rádi.

Ke každému pacientovi by měla sestra přistupovat empaticky, což zmiňuje Olga Dostálová (2016) ve své publikaci. Jeden respondent si velice chválil empatický přístup lékařů, sester a veškerého zdravotnického personálu na Onkologické a radioterapeutické klinice Fakultní nemocnice v Plzni – Lochotíně.

Na základě všech získaných informací o pacientech, jejich zvládnání léčby po somatické a psychické stránce jsem pro nemocné s tímto onemocněním a jejich blízké zpracovala tuto brožuru. V brožuře jsou popsány nejčastější nežádoucí účinky léčby a doporučení pro jejich zmírnění.

ZÁVĚR

Má bakalářská práce s názvem Role sestry v péči o pacienta s nádorovým onemocněním varlete je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část je zaměřena na obecnou onkologii, tedy diagnostiku, léčbu, prevenci, psychiku pacientů při tomto onemocnění a výživu. Dále jsem se zaměřila na samotné nádorové onemocnění varlete – diagnostiku, dělení nádorů a léčbu.

V praktické části jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu pomocí modelu ošetřovatelství dle Marjory Gordonové. Zpracovala jsem 3 kazuistiky pacientů hospitalizovaných a léčených na Onkologické a radioterapeutické klinice Fakultní nemocnice Plzeň – Lochotín. U všech pacientů probíhala léčba třemi cykly chemoterapie. Zmapovala jsem nejčastější potíže těchto pacientů a vytvořila jsem brožuru o nežádoucích účincích onkologické léčby u pacientů s nádorovým onemocněním varlete.

U pacientů se objevily nejen fyzické, ale i psychické problémy. Právě sestra je dokáže včas odhalit, jelikož tráví s pacientem nejvíce času a může se pokusit je co nejrychleji vyřešit. Pro pacienty je velice důležitý přístup sester a personálu k jejich individuální osobnosti, jelikož má každý z nás podobné, ale přesto někdy zcela odlišné potřeby v náročných životních situacích. Náročnou životní situací může být například náhlé zjištění onkologického onemocnění, nejen našeho, ale i našich blízkých. V těchto chvílích nechce být nikdo sám, a pokud nejsou nápomocni příbuzní, jsme právě my sestry těmi, které provází pacienta náročnou léčbou tohoto zákeřného onemocnění.

SEZNAM LITERATURY

1. ANGENENDT, Gabriele, Ursula SCHÜTZE-KREILKAMP a Volker TSCHUSCHKE. *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-781-7.
2. BAJČIOVÁ, Viera. *Vzácné nádory dětí a dospívajících*. Praha: Mladá fronta, 2017. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4299-4.
3. BAJČIOVÁ, Viera, Jiří TOMÁŠEK a Jaroslav ŠTĚRBA. *Nádory adolescentů a mladých dospělých*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3554-2.
4. BAJČIOVÁ, Viera. *Vybrané kazuistiky nádorů u adolescentů a mladých dospělých*. Praha: Mladá fronta, 2012. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2567-6.
5. BÜCHLER, Tomáš. *Speciální onkologie*. Praha: Maxdorf, 2017. Jessenius. ISBN 978-80-7345-539-2.
6. DOSTÁLOVÁ, Olga. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5706-3.
7. HES, Ondřej, Michal MICHAL a Petr MUKENŠNÁBL. *Nádory varlat*. Plzeň: Euroverlag, 2007. ISBN 978-80-7177-111-1.
8. CHARVÁT, Jiří. *Žilní vstupy: dlouhodobé a střednědobé*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5621-9.
9. CHOCENSKÁ, Eva, Heidi MÓCIKOVÁ a Kateřina DĚDEČKOVÁ. *Průvodce pacienta onkologickou léčbou*. Praha: Forsapi, 2009. Rady lékaře, průvodce dietou. ISBN 978-80-87250-02-0.
10. KLENER, Pavel. *Základy klinické onkologie*. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-716-5.
11. KŘÍŽOVÁ, Jarmila. *Enterální a parenterální výživa*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3326-8.
12. LATA, Jan, Jan BUREŠ a Tomáš VAŇÁSEK. *Gastroenterologie*. Praha: Galén, c2010. ISBN 978-80-7262-692-2.

13. MADER, Ines. *Extravasation of cytotoxic agents: compendium for prevention and management*. 2nd ed. New York: Springer, c2010. ISBN 9783211888896.
14. MATOUŠKOVÁ, Michaela. *Praktická urologie v kazuistikách*. Praha: Axonite CZ, 2013. Asclepius. ISBN 978-80-904899-4-3.
15. NOVOTNÝ, Jan, Pavel VÍTEK a Luboš PETRUŽELKA. *Klinická a radiační onkologie pro praxi*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-736-4.
16. 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 978-80-204-3944-4.
17. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetřovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1211-3.
18. POKRIVČÁK, Tomáš. *Chirurgie*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-702-6.
19. TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Přeložil Lucie SIMONOVÁ. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-826-0.
20. VOKURKA, Samuel. *Ošetřovatelské problémy a základy chemoterapie: učební texty a ošetřovatelské intervence nejen pro sestry z oboru hematologie a onkologie*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-299-4.
21. 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.
22. Vyhláška č. 55/2011 Sb. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>
23. WILHELM, Zdeněk. *Výživa v onkologii*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. ISBN 80-7013-410-0.
24. ŽALOUDÍK, Jan. *Vyhněte se rakovině, aneb, Prevence zhoubných nádorů pro každého*. Praha: Grada, 2008. Doktor radí. ISBN 978-80-247-2307-5.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 – Mapa ošetrovatelské péče
- Příloha č. 2 – Souhlas s výzkumem ve FN Plzeň
- Příloha č. 3 – Rešerše
- Příloha č. 4 – Vzor informovaného souhlasu s výzkumem
- Příloha č. 5 – Ošetrovatelská anamnéza u klienta č. 1
- Příloha č. 6 – Ošetrovatelská anamnéza u klienta č. 2
- Příloha č. 7 – Ošetrovatelská anamnéza u klienta č. 3
- Příloha č. 8 – Brožura

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Mapa ošetrovatelské péče

Zdroj vlastní.

Ošetrovatelské diagnózy	Etiologie	Projevy	Očekávané výsledky	Intervence
00163 Snaha zlepšit výživu 1/3 klientů	Související s aktuální léčbou	K za týden zhubl 5 kg, K má chuť k jídlu, ale nejde mu jíst	K nebude dále hubnout, K se bude snažit normálně stravovat, K selepší přísun živin	Zajistit K výživového poradce, Snaha zlepšit K přísun potravy, Kontrola K váhy, Kontrola stravování K
00014 Inkontinence stolice 1/3 klientů	Související s dřívější operací hemoroidů	K má potíže s udržení stolice, K trpí inkontinencí	K nebude omezovat inkontinence stolice	Zajistit K vhodné inkontinenční pomůcky, doporučit K pravidelné posilování svalů pánevního dna pomocí Kegelových cviků
00096 Nedostatek spánku 1/3 klientů	Související s náročnou životní situací	K nemůže spát, cítí se unaven	K bude spát více než 4 hodiny denně	Zajistit K klid na odpočinek a spánek, dodržovat K rituály před spaním, případná medikace dle or-

				dinace lékaře
00028 Riziko dehydratace 2/3 klientů	Související s léčbou onkologického onemocnění	K má časté bolesti hlavy, K denně vypije méně než 1l tekutin denně	K se bude snažit vypít alespoň 1,5 l tekutin denně	Edukace, sledování bilance tekutin, aktivně nabízet tekutiny
00134 Nauzea 3/3 klientů	Související s podáváním chemoterapie	K trpí nauzeou po aplikaci chemoterapie	K nebude trpět nauzeou	Edukace v oblasti NÚ, podávání antiemetik dle ordinace lékaře, doporučit K odpočinek po aplikaci chemoterapie
00093 Únava 2/3 klientů	Související s onemocněním a léčbou	K se cítí unavený, zvládá jen lehké činnosti	K se nebude cítit tolik unaven	Zajistit K klid pro dostatečný odpočinek a spánek
00198 Narušený vzorec spánku 2/3 klientů	Související s aktuální léčbou	K nemůže v nemocnici usnout, cítí se unaven	K bude spát více než 5 hodin denně	Zajistit K klid na odpočinek a spánek, dodržovat K rituály před spaním, případná medikace dle ordinace lékaře
00011 Zácpa 1/3 klientů	Související s nežádoucími účinky chemoterapie	K si stěžuje na bolesti břicha, nemůže se vyprázdnit, K nebyl 2 dny na stolici	K se bude pravidelně vyprazdňovat, K nebude bolet břicho	Sledovat bilanci tekutin, podat laxativa dle ordinace lékaře, zajistit vhodnou stravu při onemocnění

00118 Narušený obraz těla 1/3 klientů	Související s léčbou nynějšího onemocnění	K má po aplikaci chemoterapie problém s přijetím vlastního vzhledu, zejména s alopecií (celý den nosí na oddělení čepici)	K se bude cítit dobře a nebude mít problémy s přijetím vlastního těla	Zajistit K konzultaci s psychologem, psychicky K podpořit při léčbě
------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------

Příloha č. 2 – Souhlas s výzkumem ve FN Plzeň



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči
Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochovín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní
Markéta Hauznerová
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 léčebných metodách a ošetrovatelských postupech používaných u pacientů *Onkologické a radioterapeutické kliniky (ORAK) FN Plzeň*. Informace budete získávat v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Role sestry v péči o pacienty s nádorovým onemocněním varlete*“.

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 Vaší, 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 spolupráci s Vámi zaměstnanci pociťovali 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

23. 10. 2017

Příloha č. 3 – Rešerše



**Studijní a vědecká knihovna
Plzeňského kraje**

Bibliografická rešerše

Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje, příspěvková organizace, Smetanovy sady 179/2, 301 00 Plzeň
IČO: 00078077, zapsána u Krajského soudu v Plzni, spis. Zn. Pr 760

ODDĚLENÍ PREZENČNÍCH SLUŽEB – SPECIÁLNÍ STUDOVNA

Číslo rešerše: 29/2018
Počet záznamů: 31

Role sestry v péči o pacienta s nádorovým onemocněním varlete

Vypracoval/a: Linda Hajžmanová
březen 2018

Analytický list

Druhy dokumentů v rešerši:

KNIHY – 8
ČLÁNKY – 20
STATI – 1
ELEKTRONICKÉ DOKUMENTY – 2

Časové vymezení: bez omezení

Jazykové vymezení: čeština, angličtina

Použité informační zdroje:

katalogy SVK PK a jiných knihoven, katalogy souborné
Portál Jednotná informační brána (JIB) – české i zahraniční katalogy a
Internet
zahraniční databáze: EBSCO, ProQuest

Způsob uspořádání dokumentů:

Rešerše je rozdělena na části: knihy, články, stati a elektronické dokumenty. V těchto oddílech jsou záznamy řazeny abecedně a opatřeny signaturami, pod kterými je lze v naší knihovně zapůjčit.

Poznámka:

Záznamy v rešerši jsou v souladu s normou ISO 690 (Bibliografická citace).

U záznamů článků jsou uváděny tučně základní signatury periodik, k objednání prostřednictvím elektronického katalogu je nutno ještě vždy vybrat příslušný rok a svazek (v rešerši není vyznačen tučným písmem). Periodika (tj. noviny a časopisy) lze studovat pouze prezenčně v čítárně časopisů SVK PK.

Volný výběr knih se nachází ve 2. patře budovy. Pokud je hledaný titul vypůjčen, lze na něj prostřednictvím objednávkového katalogu pořídit rezervaci.

Dokumenty z jiných knihoven jsou zajišťovány prostřednictvím meziknihovnických služeb na pracovišti výpůjční protokol v přízemí budovy SVK PK; mailový kontakt: mvs@svkpl.cz. Služby mohou být zpoplatněny!

Zkratky, použité v rešerši:

LF UK	= Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Plzni
MDT	= Mezinárodní desetinné třídění
SVK PK	= Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje

KNIHY, SBORNÍKY

(řazeno abecedně sestupně)

1. ABRAHÁMOVÁ, Jitka. Péče o nemocné po skončené léčbě. Možné chyby a omyly v diagnosticko-léčebném a dlouhodobém dispenzárním programu. *Nádory varlat*. 2008, s. 243-256. ISBN 978-80-247-2349-5.
z Dostupné v SVK PK prostřednictvím služeb MS z knihovny LF UK v Plzni – zde sig. K-55459
2. BAJČIOVÁ, Viera a kol. *Vybrané kazuistiky nádorů u adolescentů a mladých dospělých*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2012. 206 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2567-6.
Sig. SVK PK: 31B50209; MDT 616-06 – volný výběr ✓
3. DIENSTBIER, Zdeněk. *Nádory varlat: obecné informace pro pacienty*. Praha: Liga proti rakovině, 2010. 8 s. ISBN 978-80-254-9782-1.
Dostupné v SVK PK prostřednictvím služeb MS z NLK – zde sig. DT 9713
4. DUŠEK, Ladislav, PAVLÍK, Tomáš, ABRAHÁMOVÁ, Jitka, KOPTÍKOVÁ, Jana, MUŽÍK, Jan a GELNAROVÁ, Eva. Referenční data pro hodnocení léčebné péče u zhoubných nádorů varlat v České republice. *Nádory varlat*. 2008, s. 31-56. ISBN 978-80-247-2349-5.
Dostupné v SVK PK prostřednictvím služeb MS z knihovny LF UK v Plzni – zde sig. K-55459
5. DOSTÁLOVÁ, Olga. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. 166 s. Sestra. ISBN 978-80-247-5706-3.
Sig. SVK PK: 31B73901; MDT 616-06 – volný výběr
6. HANUŠ, Tomáš a kol. *Urologie pro mediky*. Vydání první. V Praze: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2015. 305 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-3008-3. (Zejm. [Kap.] 8.6, PEŠL, Michal, *Nádory varlat*, s. 137-141)
Sig. SVK PK: 31B69656; MDT 616.7 – volný výběr nebo též jako E-kniha – přístup v Ebrary z: <http://ez-proxy.svkpl.cz>
7. HES, Ondřej et al. *Nádory varlat*. Vyd. 1. Plzeň: Euroverlag, 2007. 368 s. ISBN 978-80-7177-111-1.
Sig. SVK PK: 31B21162
8. MATOUŠKOVÁ, Michaela a kol. *Praktická urologie v kazuistikách*. 1. vyd. Praha: Axonite CZ, 2013. 232 s. Asclepius. ISBN 978-80-904899-4-3. (Zejm. [Kap.] 1.4.4 Léčba testikulárních nádorů, ABRAHÁMOVÁ, Jitka, s. 63-67)
Sig. SVK PK: 31B56965; MDT 616.6 – volný výběr ✓

ČLÁNKY, STATI

(řazeno abecedně sestupně)

9. ABRAHÁMOVÁ, Jitka. Germinální nádory varlat. *Lékařské listy*. 2009, č. 1, 14-15, s. 23.
Sig. SVK PK: 36A3814/2009 nebo 36A2743/2009
10. AZEEM, Katerina. Neurologické projevy karcinomu varlete u mladého muže. *Praktický lékař*. 2012, roč. 92, č. 9, s. 517-519. ISSN 0032-6739.
Sig. SVK PK: 36A143/2012
11. BALOUNOVÁ, Hana. Kazuistika pacienta s nádorem varlete (embryonální karcinom). *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 10, s. 78-80. ISSN 1210-0404.
Sig. SVK PK: 36A1361/2010-2
12. BOUBLÍKOVÁ, Ludmila, Tomáš BÜCHLER a Jitka ABRAHÁMOVÁ. Nádory varlat. *Postgraduální medicína*. 2015, roč. 17, č. 2, s. 150-154. ISSN 1212-4184.
Sig. SVK PK: 36A2349/2015
13. BÜCHLER, Tomáš, Jara HORNOVÁ a Jitka ABRAHÁMOVÁ. Testikulární nádory – nejčastější malignita mladých mužů. *Lékařské listy*. 2012, č. 7, s. 39-40.
Sig. SVK PK: 36A2743/2012
14. ČERNÁ, Olga. Prevence aneb jak si zachovat zdraví pomocí projektu Intimní zdraví bez komplikací. *Florence*. 2015, roč. 11, č. 1-2, s. 32-33. ISSN 1801-464X.
Sig. SVK PK: 36A3153/2015
15. GERYK, Edvard, KOZEL, Jiří, PACÍK, Dalibor, ŠTAMPACH, Radim a HORVÁTH, Teodor. Multiplicitní nádory testis. *Urologie pro praxi*. 2013, roč. 14, č. 1, s. 34-38. ISSN 1213-1768.
Sig. SVK PK: 36A2517/2013
16. LAKOMÝ, Radek, Alexandr POPRACH, Radim NĚMEČEK, Ivo KOCÁK a Ilona KOCÁKOVÁ. Léčebné možnosti I. stadia testikulárních germinálních nádorů. *Česká urologie*. 2009, roč. 13, č. 1, s. 115-116. ISSN 1211-8729.
Dostupné také z: <https://www.czechurol.cz/pdfs/cur/2009/01/01.pdf>
nebo také sig. SVK PK: 36A2158/2009
17. LAMLA, Alexandr. Varle šetřící výkon při jeho postižení nádorem. *Urologie pro praxi*. 2006, roč. 7, č. 4, 160-161. ISSN 1213-1768.
Sig. SVK PK: 36A2517/2006
18. MAGUROVÁ, Dagmar, Magdaléna SVATOVÁ a Marcel MAGUR. Rola sestry jako edukátorky při podpoře zdraví. In: *Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství IV.: sborník příspěvků IV. Slezské vědecké konference*

ošetřovatelství s mezinárodní účastí konané dne 5.-6. května 2009. Sv. 4.
Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě, Ústav
ošetřovatelství, 2009, s. 110-117. ISBN 978-80-7248-521-5. Dostupné také z:
<http://www.slu.cz/fvp/cz/uo/konference-a-sympozia/archiv/sbornik-2009>
nebo také sig. SVK PK: 31B41036/2009

19. MARTIN, Faith, TURNER, Andrew, BOURNE, Claire a BATEHUP, Lynn.
Development and Qualitative Evaluation of a Self-Management Workshop for
Testicular Cancers Survivor-Initiated Follow-Up. *Oncology Nursing Forum*.
January 2013, vol. 40, s. E14-E23. Supplement. ISSN 0190-535X.
**Dostupné v SVK PK plnotextově z db EBSCO nebo prostřednictvím
vzdáleného přístupu z: <http://ez-proxy.svkpl.cz>**
20. NESPALOVÁ, Jana a Alena MACHOVÁ. Informovanost chlapců ve věku 15–
19 let o prevenci nádorového onemocnění varlat. *Onkologie*. 2016, roč. 10, č.
6, s. 283-286. ISSN 1802-4475. Dostupné také z:
<https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2016/06/08.pdf>
**nebo také dostupné prezenčně v čítárně bez předchozího objednání,
pouze na vyžádání**
21. NESPALOVÁ, Jana a Alena MACHOVÁ. Informovanost chlapců ve věku 15–
19 let o prevenci nádorového onemocnění varlat. *Pediatric pro praxi*. 2017,
roč. 18, č. 3, 196-199. ISSN 1213-0494. Dostupné také z:
<https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2017/03/13.pdf>
**nebo také dostupné prezenčně v čítárně bez předchozího objednání,
pouze na vyžádání**
22. NESPALOVÁ, Jana a Alena MACHOVÁ. Informovanost chlapců ve věku 15–
19 let o prevenci nádorového onemocnění varlat. *Urologie pro praxi*. 2017,
roč. 18, č. 1, 40-43. ISSN 1213-1768. Dostupné také z:
<https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2017/01/11.pdf>
**nebo také dostupné prezenčně v čítárně bez předchozího objednání,
pouze na vyžádání**
23. ONDROVÁ, Barbora, Irena ČOUPKOVÁ a Petr ČOUPEK. Radioterapie v
léčbě testikulárních tumorů. *Česká urologie*. 2009, roč. 13, č. 1, s. 111-113.
ISSN 1211-8729. Dostupné také z: <http://www.czechurol.cz/dwnld/0901.pdf>
Sig. SVK PK: 36A2158/2009
24. ONDŘICHOVÁ, Lucie. Organizace onkologické péče v urologii a mamologii.
Medical tribune. 2007, roč. 3, č. 35. ISSN 1214-8911.
Sig. SVK PK: 37A242/2007-2

25. PUŠKÁČOVÁ, Judita a kol. Neskorá diagnostika germinálního nádoru testis a jej vplyv na prognózu pacienta. *Pôvodné práce & kazuistiky*. 2015, roč. 15, č. 2, s. 5-78.
Dostupné z:
http://www.pediatriapreprax.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=7362&magazine_id=4
26. SLOVÁČEK, Ladislav. Maligní mezoteliom tunicae vaginalis testis. *Florence*. 2012, roč. 8, č. 2, s. 7-8. ISSN 1801-464X.
Sig. SVK PK: 36A3153/2012
27. RUSSELL, Salty S. Testicular Cancer: Overview And Implications for Health Care Providers. *Urologic Nursing*. July/August 2014, vol. 34, no. 4, s. 172-176. ISSN 1053-816X.
Dostupné v SVK PK plnotextově z db EBSCO nebo prostřednictvím vzdáleného přístupu z: <http://ez-proxy.svkpl.cz>
28. TESAŘOVÁ, Petra. Studie OPERa. *Klinická onkologie*. 2013, roč. 26, č. 6, s. 425-433. ISSN 0862-495X.
Sig. SVK PK: 36A1081/2013
29. ZÁMEČNÍKOVÁ, Lucie., Miroslav HANUŠ a Aleš FIALA. Stud a strach odložte stranou – prevence rakoviny varlat u mužů v reprodukčním věku. *Florence*. 2012, roč. 8, č. 7-8, s. 23-25. ISSN 1801-464X.
Sig. SVK PK: 36A3153/2012

ELEKTRONICKÉ DOKUMENTY

(řazeno abecedně sestupně)

30. Nádory varlat a jejich prevence. In: *MMOÚ: Masarykův onkologický ústav* [online]. MOU.cz [cit. 2018-03-26]. Dostupné na: <https://www.mou.cz/nadory-varlat-a-jejich-prevence/t3016>
31. O varlatech a nádorech varlat. In: *Linkos* [online]. ČOS ČLS JEP: ©2018 [cit. 2018-03-29]. Dostupné na:
<https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/onkologicke-diagnozy/zhoubne-nadory-muzskeho-pohlavniho-ustroji-c60-c62/o-varlatech-a-nadorech-varlat/>

Příloha č. 4 – Vzor informovaného souhlasu s výzkumem

Informovaný souhlas

Vážený pane,

jsem studentkou 2.ročníku Západočeské Univerzity v Plzni, oboru všeobecná sestra. Velice si vážím Vaší ochoty účastnit se výzkumné části mé bakalářské práce na téma: Role sestry v péči o pacienta s nádorovým onemocněním varlete. Budu se Vás ptát na otázky z okruhu všedního života, včetně otázek osobních údajů.

Hlavním cílem mé práce bude zmapovat potíže nemocných s nádorovým onemocněním varlete, prostřednictvím kazuistiky a následné vytvoření edukační brožury.

Vaše účast ve studii je zcela dobrovolná a anonymní.

Rozumím, že s informacemi, které poskytnu, bude nakládáno důvěrně. A budou sloužit jen k účelům této studie.

Dne:

Svým podpisem stvrzuji, že souhlasím s účastí na studiu.

Příloha č. 5 – Ošetřovatelská anamnéza u klienta č.1



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
Dr. E. Benešova 11, 305 06 Plzeň - Bělohorská
Jiho. Svatobory 80, 304 00 Plzeň - Křetovsko
IČO 00669806, tel. 377 401 111, 377 103 114

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

VÝŠKA: 165 cm VÁHA: 64 kg TK: 140/100 P: 92

TT: 36,5°C Pacient č. 1

zde nalep štítek

TERAPEUTICKÉ / KOMPENZAČNÍ POMŮCKY / IDENTIFIKAČNÍ POMŮCKY katétry/kanyly: <input checked="" type="checkbox"/> periferní žilní <input checked="" type="checkbox"/> sondy/sistomie: <input type="checkbox"/> NG <input type="checkbox"/> pomůcky: <input type="checkbox"/> kardiosimulátor <input type="checkbox"/> inz. pero dat. zavedení: <input type="checkbox"/> centrální žilní <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> hůl/berle <input type="checkbox"/> vozík <input type="checkbox"/> arteriální <input type="checkbox"/> gastrostomie <input checked="" type="checkbox"/> zubní protězač <input checked="" type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> dolní <input type="checkbox"/> močový katétr <input type="checkbox"/> nefrostomie <input type="checkbox"/> brýle <input type="checkbox"/> kont. čočky dat. posl. katetrizace: <input type="checkbox"/> kolostomie <input type="checkbox"/> sluch. aparát <input type="checkbox"/> inz. pumpa drenáž: <input type="checkbox"/> tracheostomická kanyla <input type="checkbox"/> končetinová protězač. <input checked="" type="checkbox"/> identifikační náramek včetně poučení pacienta		ALERGIE (červeně) Vost. <input type="checkbox"/> bobuřina			
1. POHYBLIVOST, SOBĚSTAČNOST Bartheliv test všedních činností 0-20 bodů: <input type="checkbox"/> 21-40 bodů: <input type="checkbox"/> 41-60 bodů: <input type="checkbox"/> 61-95 bodů: <input type="checkbox"/> 96-100 bodů: <input type="checkbox"/>		4. VYLUCOVÁNÍ dat. poslední stolice: <input type="checkbox"/> TĚN <input checked="" type="checkbox"/> řídká stolice <input checked="" type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> neprav. jak často: užívá projímadla/jaká: <input type="checkbox"/>		8. SPÁNEK cítí se odpočívající po spánku: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne problémy: <input checked="" type="checkbox"/> nemůže usnout <input type="checkbox"/> často se v noci budí <input type="checkbox"/> brzy vzhůru, kdy: <input type="checkbox"/> musí na toaletu	
2. KOGNITIVNÍ FUNKCE, KOMUNIKACE vědomí: <input checked="" type="checkbox"/> norm. <input type="checkbox"/> zhoršené orientace: <input checked="" type="checkbox"/> norm. <input type="checkbox"/> znatelný komunikace: <input checked="" type="checkbox"/> bez problému <input type="checkbox"/> zhoršená kontakt: <input checked="" type="checkbox"/> odezírá <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> afaticky slovník		5. DÝCHÁNÍ <input checked="" type="checkbox"/> bez potíží příčina zhoršeného dýchání: <input type="checkbox"/> námaha <input type="checkbox"/> kardiální <input type="checkbox"/> kašel <input type="checkbox"/> bolesti <input type="checkbox"/> kourvení <input type="checkbox"/> astma - jaké užívá léky: <input type="checkbox"/> jiné:		9. VÍRA / ETNIKUM víra (příkladá-li pac. vyznam): <input checked="" type="checkbox"/> věřící etnikum: <input type="checkbox"/> Vietnamci <input type="checkbox"/> Ukrajinci <input type="checkbox"/> jiné:	
3. VYŽIVA <i>55 kg</i> BMI: $\frac{64}{1,65^2} = 23,8$ Zdravá pravostranná: <input type="checkbox"/> > 20 <input type="checkbox"/> < 3 kg Příjem jídla: <input type="checkbox"/> > 3 kg za posled. měsíc: <input type="checkbox"/> < 12 porcí Siles faktor: <input type="checkbox"/> hrudka odebrána <input type="checkbox"/> hrudka zvrácena <input type="checkbox"/> 6 dní mechanicky: <input type="checkbox"/> analýza omezení slovník		6. STAV KŮŽE <input checked="" type="checkbox"/> norm. <input type="checkbox"/> dekubitus <input type="checkbox"/> oděřenína <input type="checkbox"/> hematóm <input type="checkbox"/> bercový vřed <input type="checkbox"/> vyrážka - místo: charakter rány: převaz rány (čím) dat. posl. převazu:		10. SOCIÁLNÍ PODMÍNKY bydlí doma sám: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne s kým: se synem kdo se bude o něho starat po propuštění: <i>Syn</i>	
7. BOLEST používá úlevovou polohu: <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano používá zmírňující prostředky:		11. PLÁNOVANÉ PROPUSTĚNÍ předpokládá se edukace <input type="checkbox"/> pacienta <input type="checkbox"/> rodiny v: <input type="checkbox"/> aplikaci inzulinu <input type="checkbox"/> péči o stomii <input type="checkbox"/> nácviku soběstačnosti <input type="checkbox"/> ošetřování / RHC <input type="checkbox"/> jiné:		CENNOSTI, PŘÁVA PACIENTŮ uloženy v trezoru FN <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano (viz. doklad) Šaty uloženy v centrální šatně <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Pacient / Klient byl informován, že za cennosti, které neuloží do centrálního trezoru, personál neodpovídá. Pacient / Klient byl seznámen s Právy pacientů. podpis pacienta: _____ informace podala sestra: _____ datum: _____ anamnézu odebrala sestra: _____ hod.: _____	

0 - 2 = bez intervence (3 - 4 = konziliium nutričního terapeuta) > 4 = konziliium lékaře - nutričního specialisty

Příloha č. 6 – Ošetřovatelská anamnéza u klienta č.2


FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
 Dr. E. Beneš 13, 305 00 Plzeň - Bory
 ul. Šestého 80, 304 00 Plzeň - Ládov
 IČO 00089549, tel. 377 401 111, 377 103 111

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

Věk: 47 let Váha: 75 kg TL: 180 cm

Pr: 90 TT: 36 °C Pacient č. 2

zde nalep štítek



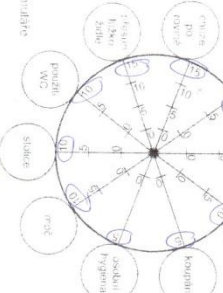
TERAPEUTICKÉ / KOMPENZAČNÍ POMŮCKY / IDENTIFIKAČNÍ POMŮCKY

katétr/kanyly: periferní žilní dHK sondy/stomie: NG pomůcky: kardiosimulátor inz. pero
 dat zavedení centrální žilní NU nul/berle vozík horní dolní
 arteriální močový katétr gastrostomie zubní protéza brýle kont. čočky
 dat. postl. katetrizace: _____ kolostomie sluch. aparát inz. pumpa
drenáž: tracheostomická kanyla končetinová protéza: _____
 identifikační náramky včetně poučení pacienta

1. POHYBLIVOST, SOBĚSTAČNOST

Bartheliv test všedních činností

65-95 100 45-60 65-95
 bez zranění nezávislý závislostí, sponzor, sluháč



2. KOGNITIVNÍ FUNKCE, KOMUNIKACE

vědomí: norm., zhoršené
orientace: norm., zmatený
komunikace: bez problému, zhoršená
kontakt: odevzrá, písemně, atalický slovník

3. VÝŽIVA

BMI	26	0	1	2
Ztráta proteinů při postl. 3 měs.	> 20	18 - 20	< 18	
Ztráta proteinů při postl. 1 měs.	< 3 kg	3 kg	> 3 kg	
Stres faktor			< 1/2 porce	
Celkem *				

0 = 2 = bez intervence, 3 = 4 = konziliium nutričního terapeuta, > 4 = konziliium lékaře nutričního specialisty

4. VYLUCOVÁNÍ

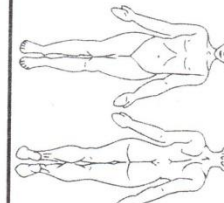
dat poslední stolice: v červ. 19. 2017
 stolice: pravidelná, neprav., jak často: _____
 užívá projímadla/laxa: _____

5. DÝCHÁNÍ

bez potíží
 příčina zhoršeného dýchání: námaha, kardiální
 kašel, polstí, koutření
 astma - jaké užívá léky: _____
 jiné: _____

6. STAV KŮŽE

norm., dekubitus, odřenina, hematom
 bárový vřed, vyrážka - místo: _____
 charakter rány: _____
 převaz rány (čím): _____
 dat. postl. převazu: _____



7. BOLEST

ne, ano

používá úlevovou polohu: _____
 používá zmírňující prostředky: _____

8. SPÁNEK

cítí se odpočívající po spánku: ano, ne
 problémy: nemůže usnout, často se v noci budí
 brzy vzhuru, kdy: _____
 musí na toaletu

9. VÍRA / ETNIKUM

víra (příkládá-li pac. význam): věřič
 etnikum: Vietnamci, Ukrajinci, jiné: _____

10. SOCIÁLNÍ PODMÍNKY

bydlí doma sám: ano, ne s kým: manželka o dětem
 kdo se bude o ni/něho starat po propuštění: manželka

11. PLÁNOVANÉ PRŮPUŠTĚNÍ

předpokládá se edukace pacienta, rodiny v.: _____
 aplikaci inzulínu, péči o stomii
 nácviku soběstačnosti
 ošetřování / RHC, jiné: _____

CENNOSTI, PRAVA PACIENTŮ

uloženy v trezoru FN: ne, ano (viz. doklad)
 Šaty uloženy v centrální šatně: ne, ano
 Pacient / Klient byl informován, že za cenosti, které neuložil do centrálního trezoru, personál neodpovídá.
 Pacient / Klient byl seznámen s Právy pacientů.

podpis pacienta: _____ datum: _____
 informace podala sestra: _____ datum: _____
 anamnézu odebrala sestra: _____ hod.: _____

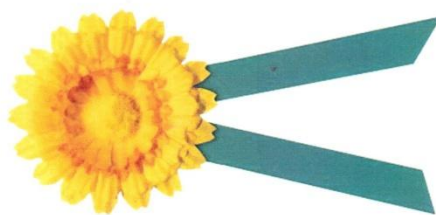
FN 0105301 PRÁVNÍ 02/2012

Příloha č. 8 – Brožura

Zdroj vlastní



Možné nežádoucí účinky onkologické léčby u pacientů s nádorovým onemocněním varle



Úvod:

V této brožuře se zabýváme nejčastějšími potížemi pacientů, kteří se léčí s nádorovým onemocněním varle. Tato brožura je věnována všem, kteří tímto onemocněním prochází a jejich blízkým, kteří se o ně starají a snaží se jim co nejvíce v této nelehké životní situaci pomoci.

Obsah

Proč může k nežádoucím účinkům léčby dojít ?

Nežádoucí účinky

Pocit na zvracení (nauzea) a zvracení

Nežádoucí účinky na pohlavní ústrojí muže

Průjem

Zácpa

Alopecie (ztráta vlasů)

Potíže se sliznicí v dutině ústní a krku

Jak se stravovat při nádorovém onemocnění

Druhotná zhoubná onemocnění

Závěr

Proč může k nežádoucím účinkům dojít?

Nádorové buňky se velice rychle dělí a neustále rostou. Protinádorová léčba má rychle rostoucí buňky, ale nerozpozná buňky nádorové od normálních zdravých buněk. Poškozuje tedy i rychle rostoucí buňky našeho těla. Toto vede k nežádoucím účinkům protinádorové chemoterapie.

K nejčastěji poškozeným buňkám v našem těle patří krvinky, kdy se sníží jejich tvorba v kostní dřevě. Dále poškozuje buňky ve sliznici zažívacího traktu, v reprodukčních orgánech a vlasových válcích.

K obnovení těchto normálních buněk dochází rychle po skončení chemoterapie. Nežádoucí účinky, které jsou touto léčbou vyvolány, většinou rychle po jejím ukončení odezní. U každého člověka je časový interval individuální, záleží na mnoha okolnostech a také druhu použitých cytostatik.



Nežádoucí účinky

Pocit na zvracení (nauzea) a zvracení

Jedná se o velice časté komplikace chemoterapie. Vznikají buď akutně, kdy se objeví do 24 hodin po podání chemoterapeutik nebo opožděně 2-3 dny po podání léčby. Také mohou být psychologemě podmíněné, například u pacientů, kteří po předešlé chemoterapii zvraceli a musí nastoupit na další. Dnes se před každým podáním chemoterapie podávají léky, které tyto obtíže potlačují.

Pokud trpíte nauzeou a zvracením po aplikaci chemoterapie, dostanete od lékaře léky proti zvracení v tabletové či čípkové formě.

Doporučení:

- Jezte lehkou stravu, menší porce vícekrát denně (6-8x denně).
- Měli byste se vyvarovat tučných, masných a velice kořeněných jídel. Vhodná je konzumace banánů, mléčných výrobků, kuřecího masa a domácích zeleninových nebo masových vývarů.
- Po jídle si vždy odpočítejte (spíše vsedě, než vleže).
- Je nutné dostatečně pít 2-3 litry tekutin denně. Pijte chladnější nápoje nenasycené.

Nežádoucí účinky na mužské pohlavní ústrojí

Chemoterapie může snižovat počet spermií. Také způsobuje zpomalení jejich pohyblivosti nebo další abnormality. Toto může vést k dočasné nebo trvalé neplodnosti, proto je nutná konzultace s lékařem před zahájením léčby. Pokud si přejete uložit Vaše semeno do spermobanky, kde je zamrazeno na neomezenou dobu pro případ budoucího použití, lékař Vám to může zajistit.



Během chemoterapie by nemělo dojít k početi, jelikož mohou mít spermiie chromozomální změny, které často způsobují vrozně vývojové vady dítěte. Poradte se s lékařem, za jak dlouho po skončení léčby je možná snaha o početí dítěte.

Průjem

Jedná se o řídkou stolici několikrát denně. Pokud trpíte průjmem trvajícím déle než 24 hodin, spojeným s křečemi a bolestí, je nutno, abyste to oznámili lékaři. Při dlouhodobějším průjmu hrozí ztráta tekutin, minerálních látek, vitamínů a stopových prvků.

Doporučení:

- Jezte malé porce jídla v častějších intervalech (2-3 hodin).
- Vyřadte ze svého jídelníčku nadýmatou a špatně stravitelnou zeleninu, vhodná je vařená mrkev, celer, petržel, dýně, špenát... Nevhodná je kapusta, zelí, květák, cibule a hrášek.
- Jezte pokrmly se sníženým obsahem vlákniny, jako jsou banány, rýže, nudle, tvaroh, vejce, jogurty, drůbeží maso a ryby.
- Vyvarujte se kávé, alkoholu, smaženým a mastným jídlům.

Zácpa

Jedná se o častou funkční poruchu, na které se podílí mnoho faktorů – nedostatek pohybu, strava s nízkým obsahem vlákniny a tekutin, některé léky proti bolesti a nervové napětí. Pokud nemáte stolici 2 dny po sobě, ohlaste to Vašemu lékaři. Neužívejte žádná projímadla bez porady s lékařem.

Doporučení:

- Pijte velké množství tekutin, alespoň 3 litry denně. Vhodné jsou minerální vody, bylinné nebo ovocné čaje.

- Konzumujte pokrmy s vysokým obsahem vlákniny (celozrnný chléb, obiloviny, kompoty nebo sušené ovoce).
- Chodte pravidelně na procházky a věnujte se pravidelné fyzické aktivitě.

Alopecie

Je jedním z velice častých nežádoucích účinků chemoterapie. Může se objevit kdekoliv na těle (hlava, obličej, horní končetiny, dolní končetiny i pubické ochlupení). Nejčastěji se ztráta vlasů, obočí a řas. Dnes je možné si zakoupit paruku, abyste se cítili lépe. Ztráta vlasů je většinou dočasná, vlasy postupně dorostou a dojde i ke zlepšení jejich kvality.

Doporučení:

- Na mytí vlasů používejte neдрáždivé šampóny.
- Na česání používejte měkký kartáč.
- Nečesujte vlasy fénem s nastavenou vysokou teplotou.
- Nebarvěte si vlasy.
- Na pleš používejte při pobytu venku ochranu - v létě ochranný krém proti slunci, v zimě šátek či čepici.
- Ostříhejte si vlasy nakrátko.

Potíže se sliznicí v dutině ústní a krku

Vysoké dávky chemoterapie mohou způsobit bolesti v ústech a krku. Dále mohou způsobit suchost sliznic a jejich krvácení. V dutině ústní a krku mohou vznikat závažné způsobené bakteriemi, vředy či plísňemi. Je velice důležitá prevence v této oblasti, jelikož léčba infekce v období aplikace chemoterapie je velice obtížná.

Doporučení:

- Po každém jídle si důkladně čistěte zuby, používejte měkké kartáčky. Čištění provádějte šetrně.
- Neužívejte zubní pasty s obsahem soli a alkoholu.
- Vyplechujte ústa speciálními roztoky dle doporučení lékaře a sestry.
- Žvýkejte žvýkačky bez cukru, zvyšují množství slin a pomáhají udržovat dutinu ústní čistou.
- Zvlhčujte dutinu ústní častým popíjením malého množství vody.
- Vyvarujte se horkých pokrmů a nápojů, které dráždí sliznici.
- Nejezte syrová jídla, mohou obsahovat bakterie a plísňe.
- Vyhýbejte se kyselým a dráždivým jídlům jako jsou citrusy, džusy, rajčata atd.
- Používejte balzámy na rty, abyste udržovaly rty vlhké vláčené.

Jak se stravovat při nádorovém onemocnění

Doporučení:

- Jezte malé porce vícekrát denně.
- Nebuďte přítomni v místnosti při přípravě pokrmů (riziko nevolnosti a zvracení).
- Konzumujte jídla bohatá na bílkoviny a energii.
- Pokud tpejte nechutenstvím k masu, nahraďte ho kvalitními bílkovinami jako jsou např. vejce, sýry, tvaroh, luštěniny, tofu, sójové mléko apod.
- Lépe jsou snášené studené pokrmy než teplé, dávejte přednost salátům, ovoci a zelenině.
- Nepijte během konzumace jídla, vede to k pocitu plnosti.
- Dbejte na estetický vzhled pokrmů a vytvořte si příjemné prostředí pro stravování.
- Dopřejte si krátkou procházku venku před jídlem, lépe Vám pak vytráví.



Pokud nejste schopni konzumovat dostatečné množství stravy, které tělo potřebuje, je vhodné po konzultaci s lékařem nebo nutriční specialistikou, zakoupit si nutriční přípravky (shpping). Jsou dobrými doplňky stravy, obsahují dostatečné množství všech potřebných živin.

Druhotná zhoubná onemocnění

Jelikož chemoterapeutická léčba působí na buňky zdravých tkání, nejen na ty nádorové, je zde určité riziko vzniku dalšího nádorového onemocnění. Nejčastěji se jedná o sekundární nádory, které se vyvíjí z buněk krvetvorné tkáně, jelikož jsou tyto buňky na cytosátka nejcitlivější. Druhotné nádory se mohou objevit různé dlouhou dobu po ukončení léčby, třeba po deseti i více letech.

Po vyléčení je u pacienta zahájena celoživotní dispenzami péče, která spočívá v dostatečné pravidelné prevenci druhotného onkologického onemocnění. Je nutné, abyste chodily na pravidelná vyšetření, které Vám lékař doporučí.



Závěr

Nežádoucí účinky léčby jsou u každého člověka individuální, každý snáší léčbu onkologického onemocnění jinak. U někoho se mohou nežádoucí účinky léčby projevit ihned, u někoho dříve, nebo se nemusí objevit vůbec. Závísí na reakci organismu na dané cystostatikum. V dnešní době se podávají léky na jejich podlažení. Pacienti jsou během celé léčby pečlivě sledováni. Pokud léčbu snáší špatně a trpí řadou nežádoucích účinků, je dávka chemoterapie upravena dle stavu pacienta, či zcela pozastavena. Pro to, aby byla léčba úspěšná, je velice důležitá spolupráce pacienta.

Vy jste tím, kdo prožívá léčbu a lékař musí vědět, jak se cítíte a zda-li máte nějaké problémy. Pokud ano bude se snažit je co nejlépe vyřešit. Je nutné, abyste pravidelně docházeli na plánované kontroly a hlásili lékařovi veškeré změny Vašeho zdravotního stavu.

Měli byste vědět, že nikdy nejste sami se svým onemocněním, je spousta lidí, kteří mají stejné onemocnění. Je spousta lidí, kteří prožívají nebo proživali to, co vy. Existují organizace, kde se tyto pacienti sdružují. Pokud máte zájem o tyto organizace nebo nějaké otázky ohledně této, nebojte se zeptat svého lékaře či sestry. Všechn zdravotnický personál je tu pro Vás a snaží se Vám co nejvíce pomoci.



Zdroje:

www.linkos.cz

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRÁHAMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3742-3.

WILHELM, Zdeněk. *Výživa v onkologii*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelekárských zdravotnických oborů, 2004. ISBN 80-7013-410-0.