

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství
Bakalářské studium ošetrovatelství

Ošetrovatelský proces u pacientky s adenokarcinomem ledviny

2005/2006

Zuzana Kounovská

Vedoucí práce: Mgr. Alena Tomanová

Poděkování

Děkuji Mgr. Aleně Tomanové za její rady, obětavost a trpělivost s jakou vedla mou závěrečnou bakalářskou práci.

Dále děkuji všem, kteří mi byli svými radami a ochotou nápomocni při vzniku práce.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou bakalářskou práci vypracovala samostatně za použití uvedených pramenů a literatury.

V Praze dne 10. 5. 2006

Zuzana Kounovská
Zuzana Kounovská

Obsah

1. Úvod	1
2. Klinická část	2
2.1. Charakteristika onemocnění	2
2.1.1. Patologie adenokarcinomu ledvin	2
2.1.2. Etiologie	3
2.1.3. Symptomatologie	3
2.1.4. Diagnostika	4
2.1.5. Léčba	5
2.1.6. Prognóza	7
2.1.7. Ošetrovatelská péče o pacienty s nádorovým onemocněním	8
2.2. Základní identifikační údaje nemocné	11
2.3. Lékařská diagnóza	11
2.4. Lékařská anamnéza	11
2.5. Diagnosticko-terapeutická péče	13
2.5.1. Fyziologické funkce	13
2.5.2. Vyšetření	14
2.5.2.1. Krevní vyšetření	14
2.5.2.2. Vyšetření moče	15
2.5.2.3. Rentgenologická vyšetření	16
2.5.2.4. Ultrazvuková vyšetření	16
2.6. Terapie	17
2.6.1. Farmakoterapie	17
2.6.2. Dietoterapie	20
2.6.3. Fyzioterapie	20
2.7. Průběh hospitalizace	20
3. Ošetrovatelská část	21
3.1. Ošetrovatelská anamnéza a současný stav nemocné	21
3.1.1. Základní potřeby nemocné	21
3.1.2. Psychosociální potřeby nemocné	25
3.2. Ošetrovatelské diagnózy	28
3.3. Ošetrovatelské cíle, plán ošetrovatelské péče a zhodnocení	29
3.4. Edukace	37
3.5. Ošetrovatelský závěr a ošetrovatelská prognóza	37

4. Zdroje informací a seznam použité literatury	38
5. Seznam příloh	39
Přílohy	

1. Úvod

Závěrečnou práci jsem se rozhodla vypracovat na interním oddělení, na kterém jsem během mého studia pracovala, měla jsem možnost poznat specifika oddělení a problematiku nemocných s interním onemocněním do větší hloubky.

Pro svou práci jsem si zvolila pacientku, která onemocněla adenokarcinomem ledviny. Tento karcinom je nejčastějším zhoubným nádorem ledvin v dospělém věku a je smutným faktem, že v poslední době je v České republice zaznamenán významný vzestup počtu těchto onemocnění. Nádorová onemocnění téměř vždy změni životní styl a životní hodnoty pacientů. Pacienti prožívají mnoho negativních emocí, trpí bolestí, únavou a obavami. Mají strach z utrpení, z neznáma, ze samoty, ze smrti, obávají se o osud svých blízkých. Právě člověk, který se potýká s těmito pocity a blíží se k vlastní smrti, potřebuje opravdovou pomoc své rodiny a pomoc zdravotníků.

Pacientka, o které má práce pojednává se nalézá v nelehké životní situaci. Obdivuhodným způsobem se svým onemocněním bojuje. Její osobnost, životní přístup a statečnost mě ohromily. Proto jsem se rozhodla věnovat svou práci jejímu příběhu a boji se zákeřnou nemocí. Její osud mě velice zaujal.

2. Klinická část

2.1. Charakteristika onemocnění

Adenokarcinom ledvin je nejčastějším a velice zákeřným nádorem ledvin v dospělém věku s velice nepříznivou prognózou. Tvoří asi 2% všech karcinomů a je dvakrát častější u mužů než u žen. Ve 2 % se tento nádor vyskytuje oboustranně. Maximum výskytu tohoto nádoru je mezi pátým až sedmým deceniem věku.

Nádor má schopnost metastazovat i po mnoha letech od stanovení diagnózy, je málo citlivý na chemoterapii i léčbu zářením. Šíří se expanzivně a svým růstem deformuje kalichopánvičkový systém i zevní kontury ledviny. Brzy dochází k angioinvazi do renální a dolní duté žíly. V důsledku venózní blokády dochází ke vzniku kolaterálního oběhu přes perirenální žíly. V pokročilém stádiu nádor prorůstá do nadledviny, žaludku, duodena, tračníku, pankreatu, sleziny i do bránice. Lymfatickou cestou se nádor šíří do regionálních uzlin a do uzlin, které se nacházejí v blízkosti vyústění renálních cév do dolní duté žíly a aorty. Krevní cestou se nádor šíří do nadledvin, plic, kostí a jater.

Nepříznivou skutečností pro životní prognózu nemocného je skutečnost, že v době stanovení diagnózy je 28 % nádorů ve stádiu G1 a 40 % nádorů ve stádiu G3. Při klasifikaci nádorových onemocnění ledvin se používá klasifikační systém TNM a také klasifikace dle Robsona. Tyto klasifikace uvádím v příloze č. 3. (8.)

2.1.1. Patologie adenokarcinomu ledvin

Jedná se o epiteliální nádor parenchymu ledviny, který vychází z buněk proximálních tubulů. Často je označován jako nádor z vodojasných buněk, protože v typických případech je tvořen světlými buňkami s bohatým obsahem glykogenu a tuků. V menší míře je nádor tvořen zrnitými buňkami, může obsahovat i buňky podobné onkocytům. Velice vzácně nádor obsahuje buňky vřetenovitého tvaru. Struktura nádoru je velmi proměnlivá, v jednom nádoru je možné zachytit i několik možných struktur.

Makroskopicky nádor při svém růstu komprimuje okolní tkáň ledviny a vytváří tak kolem sebe jakési pseudopouzdro. Přes toto pouzdro mohou nádorové buňky pronikat do mezenteria, střeva a okolních orgánů. (9.)

2.1.2. Etiologie

Příčina vzniku adenokarcinomu ledvin není jednoznačně známá. Předpokládá se, že vznik nádorů ledvin má vztah ke kouření. Podle určitých studií je u kuřáků výskyt nádoru ledvin 2,7x vyšší. Mezi další rizikové faktory patří abuzus fenacetinu a kofeinu, obezita spojená se zvýšeným příjmem stravy bohaté na tuk a cholesterol. Vysoká rizika jsou u pracovníků v kožařském a obuvnickém průmyslu a u pracovníků s těžkými kovy zvláště s azbestem, kadmiem a benzenovými deriváty. Riziko vzniku maligního nádoru ledvin zvyšuje chronická iradiace.

Z urologických onemocnění riziko vzniku renálního karcinomu zvyšuje cystické onemocnění ledvin a určité riziko s sebou nese chronická dialyzační léčba.

Důležité jsou i genetické faktory. Vznik tohoto nádoru se dává do příčinné souvislosti s karyotypickým defektem s translokací krátkého raménka 3. chromozomu s dlouhým raménkem 8. chromozomu. Defekt je na potomstvo přenášen autosomálně dominantním způsobem. Familiární výskyt adenokarcinomu ledvin je u von Hippelova-Lindauova nemoci. Jedná se o autosomálně dominantní onemocnění, které zahrnuje sítnicové, mozečkové a míšní hemangiomy, které jsou spojené s karcinomem ledvin, feochromocytomem a s pankreatickými a epididymálními cystami. U pacientů s von Hippel – Lindauovou nemocí se riziko vzniku nádoru zvyšuje s věkem. Ve věku 60 let a výše je toto riziko téměř 70 %. (9.)

2.1.3. Symptomatologie

Asi u 70 - 80 % nemocných s adenokarcinomem ledvin je nejčastějším prvotním příznakem *hematurie*. Často následuje *lumbalgie*, která je přítomna asi u 50 % pacientů. Je následkem dráždění ledvinného pouzdra nebo kořenů míšních, ale také může vznikat jako následek městnání v močových cestách. *Nádor je hmatný* asi u 35 % nemocných. Hematurie, lumbalgie a hmatný nádor tvoří klasickou trias příznaků nádorového postižení ledvin. Současný výskyt těchto tří symptomů je pozorován asi jen u 5 % nemocných a bohužel většinou svědčí pro výraznou pokročilost nádorového procesu. K dalším výrazným symptomům patří náhle vzniklá *varikokéla* jako důsledek obstrukce gonadální vény a známek postižení dolní duté žíly.

Mezi nespecifické příznaky nádorového onemocnění patří *subfebrilie*, *pocit nevole*, *nechutenství*, *hubnutí*, *noční pocení*, *vysoká sedimentace erytrocytů* a další příznaky.

Asi jedna třetina nemocných má *paraneoplastické projevy* onemocnění vyvolané patologickou sekrecí hormonů nádorovou tkání. Vlastními projevy jsou intermitentní horečky, hypertenze, hyperkacemie, galaktorea, polycytémie, hypoglykemie .

V poslední době se objevuje velký počet *asymptomatických* nádorů ledvin, které se projeví až jako náhodný nález na sonografickém vyšetření břicha pro zcela jiný problém pacienta. Nádory ledvin jsou často odhaleny při léčbě jiného onemocnění jako je například patologická fraktura dlouhé kosti nebo jako projevy vlastních metastáz do plic, kostí a jater. (9.)

2.1.4. Diagnostika

Při podezření na nádorové onemocnění ledvin by měl být pacient vyšetřen lékařem urologem. Základním vyšetřením je *klinické vyšetření*. Při aspekci můžeme vidět vyklenutí břicha způsobené nádorem, patrná je i varikokéla, otoky dolních končetin, rozšíření žil na břiše i projevy vzdálených metastáz. Při palpacii můžeme nahmatat rezistenci v oblasti ledviny a zvětšená játra. Při poslechu hrudníku je slyšitelné oslabené dýchání způsobené metastatickým postižením. Nesmíme opomenout na změření krevního tlaku a pulsu. U mužů se provádí vyšetření per rektum.

Důležité je *vyšetření moče chemicky a močového sedimentu*, při kterém pátráme po přítomnosti krve.

Ultrasonografické vyšetření má rozhodující roli v diagnostice nádorů. Je to velice rychlé vyšetření s velkou rozlišovací schopností. Ve většině případů může být diagnóza stanovena již tímto způsobem.

Výpočetní tomografie a nukleární magnetická rezonance břicha se provádí k upřesnění nádorového stagingu a informují nás o stavu regionálních lymfatických uzlin, nadledvin a o možné infiltraci hilových cév nebo dolní duté žíly. Vyšetření podává informaci o tom, zda je nádor operabilní.

Intravenózní urografie je indikována jen v některých případech. Její význam je spíše doplňující.

Angiografie se v současné době provádí méně. Indikace je správná zejména tam, kde se předpokládá provedení záchovné operace a znalost o průběhu cév je pro operátora nezbytná.

Kavografie zobrazuje deformace dolní duté žíly, její infiltraci a přítomnost nádorového trombu.

RTG vyšetření plic a scintigrafické vyšetření skeletu jsou nezbytná vyšetření při podezření na přítomnost metastáz v plicích a kostech.

Dynamická scintigrafie ledvin poskytuje cenné informace o funkci kontralaterální ledviny.

U pacientů provádíme biochemické *vyšetření krve* (urea, kreatinin, ALT, AST, bilirubin, ALP, celková bílkovina, Na, K, Cl, Ca a Astrup), hematologické vyšetření (krevní obraz a diferenciál, FW) a hemokoagulační vyšetření (Quickův test, APTT). (9.)

2.1.5. Léčba

Terapie se liší podle klinického stádia nádoru a také podle věku a celkového stavu nemocného. Základem léčby je bezesporu léčba chirurgická, kterou doplňuje chemoterapie, hormonální léčba a imunoterapie.

Chirurgická léčba

Chirurgickou léčbu můžeme rozdělit na operace záchovné a operace radikální.

Záchovné operace spočívají v odstranění nádorového ložiska a jeho bezprostředního okolí. Hlavními indikacemi k provedení záchovné operace jsou menší a převážně pólové nádory, které rostou extrarenálně.

Excize nádoru se provádí u velmi malých nádorů o velikosti do 4 cm a to zejména u solitární nebo funkčně solitární ledviny.

Při *parciální resekcii nádoru* se provádí odstranění části ledviny, která je postižena spíše větším pólovým nádorem.

Radikální operace neboli **radikální nefrektomie** spočívá v odstranění ledviny, nadledviny, tukového pouzdra i Gerotovy facie a regionálních lymfatických uzlin. Operace je indikována u všech větších nádorů ledviny. Nefrektomii lze provést z přístupu transperitoneálního, torakolumbálního nebo lumbálního.

Radikální transperitoneální nefrektomie je nejvíce preferovaná. Operace se provádí v poloze na zádech z transrektálního řezu nebo z příčné laparotomie. Výhodou je

nejsnadnější přístup k hilovým cévám a možnost jejich primárního podvazu s minimální manipulací s ledvinou.

Torakolumbální nefrektomie umožňuje dobrý přístup k hornímu pólu ledviny a k nadledvině a jejich bezpečné ošetření.

Radikální lumbální nefrektomie je čím dál tím méně používána. Důvodem je nejmenší možnost ošetření hilových cév a nemožnost řešení přítomnosti nádorového trombu v renální nebo v dolní duté žíle.

Laparoskopická nefrektomie se využívá u nádorů menších než 6 cm, které neprorůstají do okolí a do cév. Stává se rozšířenou metodou.

Paliativní operační výkony jsou indikovány u nemocných, u kterých není možné provést radikální operační výkon a u některých pacientů ve stádiu T3 a T4, kteří jsou považováni za inkurabilní.

Paliativní nefrektomie se provádí za účelem zlepšení kvality života zmenšením bolesti, zmírněním nebo odstraněním hematurie a ovlivněním hypertenze.

Embolizace artérie renalis má za cíl zabránit přítoku krve do ledviny a snížit tak hematurii.

Resekce solitárních metastáz pouze zkvalitňuje život pacienta a v některých případech prodlužuje jeho přežití.

V rámci paliativní léčby se provádí **paliativní zevní radioterapie**. Účelem je zmírnit symptomy nádorového onemocnění a to zejména při přítomnosti kostních metastáz a metastáz v centrálním nervovém systému. (9.)

Chemoterapie

Karcinom ledviny se řadí k nádorům chemorezistentním. Tato skutečnost je vysvětlována multilékovou rezistencí nádoru. Nádor produkuje MDR-1 genový produkt, což je p-glykoprotein, který aktivně vypuzuje léky z nádorových buněk. Největší účinnost byla prokázána u preparátu *Vinblastine*, který má inhibiční vliv na mitózu buněk a mírné antiestrogenní a imunosupresivní účinky. Dalším podávaným preparátem je *5-fluorouracil*. Kombinovaná chemoterapie zhoubných nádorů ledvin nemá efekt, protože odpověď na různé kombinace chemoterapeutik je vždy nižší než monoterapie Vinblastinem. (9.)

Hormonální léčba

Hormonální léčba je málo účinná a své místo má pouze jako součást komplexní léčby u metastatických postižení. Nejčastěji aplikovaným preparátem je *Medroxyprogesteronacetát*.

Imunoterapie nádorů ledvin

Léčba imunomodulátory je nadějný způsob léčby, který zvýšil procento remisí v kombinaci s Vinblastinem na 22 %. V imunoterapii se uplatňuje interferon alfa, beta a gama, Interleukin-2 a tumor necrosis faktor alfa. (10.)

2.1.6. Prognóza

Prognóza nemocného závisí na klinickém stádiu onemocnění a na stupni histologické diferenciace nádoru. Dalším prognostickým faktorem je radikalita operačního zákroku, protože jen komplexní odstranění nádoru zvyšuje šance na přežití. Eastern Collaborative Oncology Group uveřejnila ukazatele, které mají největší význam pro prognózu nemocných. Mezi tyto faktory patří:

- Performance status (celkový stav pacienta)
- Prodlení začátku léčby od stanovení diagnózy
- Počet a lokalizace metastáz
- Ztráta tělesné hmotnosti
- Předcházející cytotoxická léčba
- Nádorový grading
- Nádorový staging

Na závěr lze říci, že prognóza adenokarcinomu ledvin je nepříznivá. Třetina nemocných má již v době stanovení diagnózy metastázy. U pacientů, u kterých není přítomnost vzdálených metastáz a metastáz v lymfatických uzlinách, je pravděpodobnost pětiletého přežití 55-80 %. Při invazi nádoru do vena renalis nebo metastázách v uzlinách se tato pravděpodobnost pětiletého přežití snižuje na 10-20 % v závislosti na gradingu. Bohužel se i po 20 letech mohou objevit pozdní metastázy. U poloviny nemocných je nutné počítat s recidivou i po radikálním chirurgickém zákroku. Prognózu zhoršuje i jeho malá citlivost na chemoterapii a léčbu zářením. (9.)

2.1.7. Ošetrovatelská péče o pacienty s nádorovým onemocněním

Ošetrování těžce nemocných a umírajících je bezpochyby nejtěžším posláním zdravotníků. Snad právě proto, že se sami bojíme smrti a možná proto, že nevíme jak komunikovat a jak se chovat. Možným důvodem je také beznaděj, lítost, smutek, stres, který při ošetrování těžce nemocných a umírajících pacientů prožíváme. Měli bychom si však uvědomit, že právě člověk, který se blíží vlastní smrti nás nejvíce potřebuje. Prožívá poslední okamžiky svého života, a právě proto bychom se měli snažit mu tyto poslední okamžiky ulehčit, pokusit se zbavit ho utrpení a pomoci mu smířit se sám se sebou.

Pacienti s pokročilým nádorovým onemocněním a pacienti umírající, jsou často přecitlivělí vůči svému okolí. Trpí úzkostným stavem, který se může maskovat jako tělesný symptom. Tato úzkost pramení ze strachu z neznáma, ze samoty, bolesti, selhání, utrpení, ztráty sebekontroly, ztráty samostatnosti a ze strachu o rodinu. Důležitý je proto psychologický přístup. Uvedu několik bodů, které je třeba dodržovat:

- Umožňovat, podporovat u nemocných emoční projevy negativního (starosti a obavy), ale i pozitivního charakteru (naděje a přání).
- Nechat nemocného projevovat emoce, tolerovat výkyvy nálad a agresivitu.
- Vyhnout se kritice toho, co je správné a normální v prožívání, nechat pacienta uvolnit se.
- Podporovat ochotu nemocného svěřovat se. Pozorně poslouchat a projevovat porozumění.
- Přehnaně neutěšovat nemocné a nezlehčovat jejich trápení. Chovat se k pacientovi jako k rovnocennému partnerovi, hovořit s ním na úrovni jeho chápání a myšlení.
- Snažit se pacientovi pomoci hledat nový smysl života a hodnotovou orientaci. Nikdy však nesmíme za pacienta hledat řešení.
- Podporovat aktivní spolupráci u nemocného, ocenit jeho podíl na léčbě a na případném úspěchu.
- Pátrat po tom, co stojí za prosbou či stížností. Pozor na somatizaci negativních emocí.
- Neutíkat od nevyhlášeně těžce nemocných a umírajících. Každé upřímné slovo a dotyk jsou pro pacienta významným lékem.
- Nikdy nemocnému nebrat naději a plány do budoucna. (5.)

Velice důležitá je komunikace s nemocnými, která nám často dělá obrovské problémy. Je třeba dodržovat několik zásad:

- podávat pravdivé informace pokud je pacient požaduje
- informace o stavu podává lékař
- nemocnému musí zůstat naděje
- nikdy neodhadujeme čas, který zbývá
- nepoužíváme slova, které vyvolávají strach a úzkost (rakovina, smrt)
- důležitý je fyzický kontakt
- požadavek dostatečného množství času k rozhovoru
- emocionální i kognitivní empatie
- důležité je naslouchat – vyslechnout čeho se pacient bojí
- ohled na rodinu pacienta
- rozhovor mezi čtyřmi očima

Potřeby těžce nemocných a umírajících pacientů

Potřeby těžce nemocných pacientů s nádorovou nemocí jsou různé. Liší se podle věku, osobnosti pacienta, příčiny terminálního stavu, celkového stavu a okolností.

U pacientů v těžkém stavu převládají *potřeby biologické*, protože nejsou schopni tyto potřeby sami saturovat. Jedná se o potřebu dýchání, výživy, tekutin, spánku a odpočinku, tepla a potřebu být bez bolesti.

Z psychologických potřeb je v popředí potřeba důstojnosti. Je nutné pacienta vnímat jako jedinečnou bytost se svým vlastním neopakovatelným posláním. Další potřebou je potřeba komunikace. Je velice důležité, aby pacient našel někoho, s kým může mluvit o tom, co skutečně cítí. Nikdy bychom neměli pacientovi lhát. Zásadou je říkat nemocnému jen tolik, kolik chce slyšet, a jen tehdy, kdy to chce slyšet.

Sociální potřeby zahrnují potřebu stýkat se s rodinou, přáteli a nezůstat sám. Se sociální oblastí souvisí mnoho problémů, jako například nemožnost starat se o rodinu, nedostatek financí...

Spirituální potřeby se v průběhu vážné nemoci dostávají do popředí. Nemocný se zabývá otázkami smyslu vlastního života. Potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno a je důležité, aby dokázal odpustit i sám sobě. Často se ptá, zda měl a má jeho život nějaký smysl. (14.)

Náplň činnosti sestry v péči o těžce nemocné onkologické pacienty

Sestra by měla být psychickou i odbornou oporou pro pacienta i jeho blízké. Měla by provádět komplexní vyšetření bio–psycho–sociálního stavu z ošetrovatelského hlediska, připravovat individuální plán péče a harmonogram činností k uspokojení potřeb pacienta. Spolu s ošetřujícím lékařem sestra pravidelně monitoruje bolest, hodnotí její intenzitu, charakter, lokalizaci a doprovázející psychosomatické symptomy. Aplikuje analgetika dle ordinace lékaře, sleduje jejich účinky. Dále ve spolupráci s dietní sestrou doporučuje dietní a pitný režim podle aktuálního stavu pacienta. Sleduje prokrvení a integritu kůže, provádí preventivní masáže a eventuálně ošetřuje kožní léze a poranění. Důležité je kontrolovat průchodnost dýchacích cest a sledovat kvalitu dýchání nemocného. Dle ordinace lékaře sestra provádí oxygenoterapii. Sestra cíleně učí rodinné příslušníky a blízké poskytovat péči a pomoc nemocnému. Doporučí jim vhodné pomůcky a zařízení, která mohou při poskytování péče pomoci.

Péče by měla být poskytována multidisciplinárním týmem. Členy týmu by měla být rodina a blízcí, ošetřující lékař, zdravotní sestry, psycholog, sociální pracovník, dobrovolníci a duchovní. (12.)

Paliativní (hospicová) péče

Je to moderní a celosvětově se rozvíjející typ péče, který nabízí umírajícím a jejich blízkým účinnou pomoc tam, kde prostředky běžných léčebných postupů, ale také síly a schopnosti nejbližšího okolí selhávají. Paliativní péče chrání důstojnost nevléčitelně nemocných, klade důraz na kvalitu života, dokáže úspěšně zvládat bolest, zahrnuje aspekty medicínské, psychologické, sociální a spirituální péče, vychází z individuálních přání a potřeb pacientů, zdůrazňuje význam rodiny a poskytuje oporu příbuzným a přátelům umírajících.

V případě, kdy doporučenou (paliativní) léčbu je možné provádět doma a nemocný potřebuje spíše sestru než lékaře specialistu, postrádá nemocniční pobyt smysl. V tento okamžik je vhodná hospicová péče, která má několik forem. Jedná se o hospicovou péči domácí, stacionární a lůžkovou. Hospicová péče má oproti nemocniční péči několik výhod. Režim dne je přizpůsoben potřebám a přáním pacienta, návštěvy jsou možné 24 hodin denně. Důraz je kladen na kvalitu života. Hospic má mnoho společenských prostor. V popředí je snaha, aby hospic připomínal nemocnému spíše domov než nemocnici.

V současné době se hospicovou péčí zabývá občanské sdružení „Cesta domů“. Sdružení usiluje o zlepšení péče o nevléčitelně nemocné, umírající a jejich rodiny v České

republike. Sdružení založilo v Praze Domáci hospic Cesta domů, který nabízí pomoc rodinám, které se rozhodly pečovat o své blízké v domácím prostředí. Nabízí komplexní služby, které zahrnují poradenství, odbornou domácí paliativní péči, denní centra pro nemocné, jejich rodiny a pozůstalé, půjčování specifických zdravotních pomůcek, podporu rodinám nemocných a doprovázení pozůstalých. (11.)

2.2. Základní identifikační údaje nemocné

Paní S. M. byla hospitalizována na interním oddělení od 23.1. 2006 do 2. 2. 2006.

Přeje si být oslovena „ paní M.“ Je jí 52 let. Je české národnosti, žije v Praze a je pojištěna u Všeobecné zdravotní pojišťovny.

Pacientka má středoškolské vzdělání bez maturity, nyní je v invalidním důchodu. Dříve pracovala jako pánská krejčová.

Jako osobu, kterou lze kontaktovat, uvádí svého syna.

Hlavním důvodem k přijetí u paní M. jsou nesnesitelné bolesti břicha a zvětšující se ascites v důsledku progredujícího onkologického onemocnění.

Paní M. byla v mé péči ve dnech 23. 1. - 31. 1. 2006. (1, 3.)

2.3. Lékařská diagnóza

- 1) Ascites, bolesti břicha při základní diagnóze adenokarcinom ledvin.
- 2) Stav po pravostranné nefrektomii pro adenokarcinom ledviny v roce 2002 s následnou chemoterapií. Recidiva v roce 2004, zjištěna retroperitoneální lymfadenopatie a metastázy v jaterních hilech.
- 3) Hyperthyreóza
- 4) CHOPN na podkladě chronické kuřácké bronchitidy (3.)

2.4. Lékařská anamnéza

Rodinná anamnéza

Matka zemřela v 56 letech na infarkt myokardu, otec na živu, ale jeho zdravotní stav nezná. Sourozence nemá. Syn pacientky trpí komplikovanými migrénami a léčí se pro fibrózu jater. Dcera je zdráva.

Osobní anamnéza

V dětství prodělala běžné dětské nemoci, byla operována pro rozštěp horního rtu.

Od roku 1992 chronická bronchopulmonální nemoc na podkladě chronické kuřácké bronchitidy.

V roce 2002 zjištěn adenokarcinom pravé ledviny a provedena pravostranná nefrektomie s následnou zajišťovací chemoterapií.

V roce 2004 zjištěna recidiva adenokarcinomu s lymfadenopatií a metastázami v jaterních hilech.

Varixy na obou DK.

Stav po appendektomie a po konizaci čípku.

Poslední 4 roky opakovaný laboratorní průkaz zvýšené funkce štítné žlázy bez subjektivních problémů a nyní bez medikace.

Ostatní sledované nemoci (tuberkulóza, glaukom, ischemická choroba srdeční, hypertenze) nejuje.

Abuzus: kuračka, od osmnácti let cca patnáct cigaret denně, nyní vykouří asi tři cigarety za den. Alkohol nejuje, kávu pije maximálně jednou denně.

Sociální anamnéza

Paní M. bydlí se svou dcerou v panelovém bytě. Je v invalidním důchodu a přivydělává si jako pánská krejčová dle svého zdravotního stavu. Má finanční problémy. Syn již bydlí sám se svou rodinou. Pacientka má otce, se kterým se prý pro jeho nezájem nestýká.

Gynekologická anamnéza

Pacientka menstruovala od 15 do 49 let (do chemoterapie), dvakrát porodila, dvakrát byla na umělém přerušení těhotenství. V roce 2000 provedena konizace čípku. Při poslední kontrole u gynekologa před půl rokem nález cyst na vaječniku bilaterálně.

Alergologická anamnéza

Pacientka je alergická na Tetracyklin, jódové kontrastní látky, nesnáší Tramal a Brufen podávaný per os. Po podání zvrací.

Farmakologická anamnéza

Pacientka užívá Wobenzym.

Nynější onemocnění

Asi týden dochází k postupnému zvětšování břicha, pacientka má výrazné bolesti v břiše, zejména v noci. V posledních dnech také progresse námahové dušnosti. Jsou přítomny subfebrilie, zejména navečer. Močení bez dysurie, v poslední době průkaz makroskopické hematurie. Stolica je pravidelná, světle hnědé barvy, bez příměsí. (1, 3, 4.)

2.5. Diagnosticko–terapeutická péče

2.5.1 Fyziologické funkce

Fyziologické funkce naměřené při příjmu dne 23. 1. 2006

Vědomí: Pacientka je plně při vědomí, je orientována místem, časem i osobou.

Dech: 18 dechů/min, dech je mělký, nepravidelný.

Tk: 110/70 mmHg

Puls: 112 tepů/min, pravidelný.

TT: 37,5 °C

Saturace: 96 %

Fyziologické hodnoty dne 27. 1. 2006

Vědomí: Pacientka při plném vědomí, orientována.

Dech: 20 dechů/min, dech je mělký a nepravidelný.

Tk: 135/70 mmHg

Puls: 110 tepů/min, pravidelný.

TT: 37,6 °C

Hodnocení: Pacientka byla po celou dobu mé péče při vědomí a plně orientována. Krevní tlak byl v normě. Frekvence dechu je fyziologická, ale dech je mělký a nepravidelný, což připisuji špatnému celkovému stavu, snížení plicní ventilace vlivem opiátů a onemocnění bronchopulmonální chorobou. V případě pulsu se jedná o tachykardii. Pacientka byla po celou dobu subfebrilní. (2.)

2.5.2 Vyšetrení

2.5.2.1. Krevní vyšetření

Hematologické vyšetření

Krevní obraz	Hodnota 23. 1. 06	Hodnota 25. 1. 06	Hodnota 27. 1. 06	Referenční hodnoty	Jednotky
Leukocyty	10,0	12,9 ↑	7,47	4,00– 10,7	10 ⁹ /l
Hemoglobin	122	106 ↓	95 ↓	116 – 163	g/l
Hematokrit	0,370	0,312 ↓	0,286 ↓	0,33 – 0,47	l
Stř.obj. erytr.	81,9 ↓	78,5 ↓	80,5 ↓	82,3 – 100	fl
Barvivo erytr.	27,0 ↓	26,7 ↓	26,8 ↓	28,1 – 35,6	pg
Trombocyty	486 ↑	568↑	521 ↑	131– 364	10 ⁹ /l
Tromb.hematokr.	0,480 ↑	0,505 ↑	0,527 ↑	0,117 – 0,30	l

Erytrocyty, koncentrace hemoglobinu, distribuční křivka erytrocytů, střední objem trombocytů, distribuční křivka trombocytů - *v normě*.

Diferenciál relativní	Hodnota 23. 1. 06	Hodnota 25. 1. 06	Hodnota 27. 1. 06	Referenční hodnoty	Jednotky
Neutrofilly	75,9 ↑	75,6 ↑	66,6	50,0 - 75,0	%
Lymfocyty	15,6 ↓	11,7 ↓	16,9 ↓	25,0 – 40,0	%
Monocyty	5,2	10,3 ↑	11,3 ↑	3,0 – 8,0	%
Diferenciál absolutní					
Neutrolily abs.	7,6 ↑	9,8 ↑	5,00	1,80-7,00	10 ⁹ /l
Lymfocyty abs.	1,60	1,50	1,30	1,00-4,80	10 ⁹ /l
Monocyty abs.	0,50	1,30 ↑	0,90 ↑	0,10-0,80	10 ⁹ /l

Bazofily, Eozinofily – *v normě*.

Hemokoagulační vyšetření

Krevní srážlivost	Hodnota 23.1.06	Hodnoty 27.1.06	Referenční hodnoty
QUICK	0,90	0,90	0,80-1,25
APTT	30,7	32,5	28,0-40,0

Vše *v normě*.

Biochemické vyšetření

Minerály	Hodnota 24. 1. 06	Hodnota 26. 1. 06	Hodnota 27. 1. 06	Referenční hodnoty	Jednotky
Na	136 ↓	133 ↓	136 ↓	137 – 146	mmol/l
K	4,6	3,5 ↓	4,7	3,8 – 5,0	mmol/l
Cl	90 ↓	89 ↓	92 ↓	97 – 108	mmol/l
Fe		4,2 ↓		6,6 – 28,0	umol/l
Dusíkaté metabolity					
Kreatinin	75		114 ↑	44 – 104	umol/l
Kyselina močová		401 ↑		140 - 340	umol/l
Jaterní testy					
Bilirubin	17,7 ↑	9,7	13,2	2,0 – 17,0	umol/l
AST	1,11 ↑	1,13 ↑	1,16 ↑	< 0,72	ukat/l
GMT	2,97 ↑	3,11 ↑	3,59 ↑	< 0,68	ukat/l
ALP	3,93 ↑	3,91 ↑	5,44 ↑	0,66 – 2,20	ukat/l
Bílkoviny					
Bílkovina celk.	63 ↓	65	62 ↓	65,0 – 85,0	g/l
Albumin	28 ↓	28 ↓	25 ↓	35,0 – 53,0	g/l
CRP	122 ↑	65 ↑	116 ↑	< 7,0	mg/l
Glukóza					
S glukóza	1,9 ↓		5,5	4,2 – 6,0	mmol/l

Kalcium, urea, ALT, pankreatická amyláza, cholesterol, triacylglycerol, hormony štítné žlázy v normě.

2.5.2.2. Vyšetření moče

Vyšetření moče chemicky

Moč chemicky	Hodnota 24. 1. 06	Hodnota 27. 27. 1. 06	Referenční hodnoty	Jednotky
Ketolátky	0,5 ↑	1,5 ↑	0,0 – 0,0	mmol/l
Urobilinogen	NORM	17,0 ↑	3,2 – 16,0	umol/l
Krev	NEG	25 ↑	0 – 10	počet/ul
Leukocyty	NEG	100 ↑	0 – 15	leu/ul

Specifická hustota, pH moče v normě, bílkovina, glukóza, bilirubin, nitridy negativní.

Vyšetření močového sedimentu

Močový sediment	Hodnota 24. 1. 06	Hodnota 27. 27. 1. 06	Referenční hodnoty	Jednotky
Leukocyty	18,0	132,0 ↑	20,0	10 ⁶ /l
Epitele ploché	62,6 ↑	19,0 ↑	10,0	10 ⁶ /l
Epitele kulaté	4,9 ↑	1,1	3,0	10 ⁶ /l

Erytrocyty, válce hyalinní, válce granulované, bakterie, kvasinky, krystaly v normě.

2.5.2.3. Rentgenologická vyšetření

RTG plic ze dne 24. 1. 2006

Plicní pole vcelku čistá, nelze na 100 % vyloučit metastatická ložiska. Pravá bránice je vysoko uložená zřejmě v důsledku hepatomegalie. Nad ní patrně drobný výpotek.

RTG břicha - nativně ze dne 25. 1. 2006

V hepatální flexuře je větší pneumatóza, další téměř souvislá pneumatóza je na tračníku v celé jeho levé polovině. Vyjma rektosigmoidea. Plynem jsou v mezogastriu naplněny i četné tenké kličky. Hladinky nikde v břiše nejsou. Pro poruchu průchodnosti obraz nesvědčí.

CT vyšetření hrudníku, břicha a pánve ze dne 27. 1. 2006

Plicní parenchym bez ložiskových změn. Přítomna hepatomegalie, metastázy v jaterním parenchymu. Stav po nefrektomii vpravo, oblast lůžka nehodnotitelná. Mnohočetný metastatický rozsev na peritoneu i v mesenteriu. Ascites.

2.5.2.4. Ultrazvuková vyšetření

Sono břicha ze dne 25. 1. 2006

Rozsáhlý splývající metastatický proces v celém jaterním parenchymu. Přítomen značný ascites v pánvi s tenkými septy, menší množství obklopuje játra i slezinu.

Závěr: Generalizace metastatického postižení v játrech. (3.)

2.6. Terapie

2.6.1. Farmakoterapie

▪ Léky per os

Verospiron 25 mg tbl. 1 – 0 – 1

Účinná látka: Spironolanactonum

Indikační skupina: *diuretikum šetřící draslík, antihypertenzívum*

Nežádoucí účinky: zažívací obtíže, bolesti hlavy, spavost, zmatenost, horečky, kožní vyrážky a kopřivka, dysmenorhea, zvýšená hladina draslíku a snížení hladiny sodíku v krvi.

Helicid 20 mg tbl. 0 – 0 – 1

Účinná látka: Omeprazolom

Indikační skupina: *antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy*

Nežádoucí účinky: bolest hlavy, zažívací obtíže, projevy vyrážky, svědění, kopřivky, závratě, obtížné usínání, pocit ospalosti, točení hlavy.

Vasocardin 50 mg tbl. ½ - 0 - ½

Účinná látka: Metoprololi tartas

Indikační skupina: *antihypertenzívum, beta-blokátor*

Nežádoucí účinky: zažívací obtíže, únava, slabost, malátnost, bolesti hlavy, závratě, nespavost, deprese, svědění, kožní vyrážky, poruchy zraku, dušnost, poruchy srdečního rytmu, nízký krevní tlak.

Neurol 0,25 mg tbl. 1x na noc. Podáván v době od 23. 1. do 26. 1. 2006. Poté byl nahrazen preparátem Diazepam 5 mg tbl.

Účinná látka: Alprazolamum

Indikační skupina: *anxiolytikum, antidepressivum*

Nežádoucí účinky: únava, ospalost, závratě, narušená schopnost koordinace, bolest hlavy, vyčerpanost, rozmazané vidění, zmatenost.

Diazepam 5 mg tbl. na noc

Účinná látka: Diazepamum

Indikační skupina: *anxiolytikum*

Nežádoucí účinky: spavost, porucha souměrnosti pohybů, závratě, porucha výslovnosti, bolest hlavy, poruchy zraku, dezorientace, deprese, tělesný neklid, poruchy spánku, alergické projevy.

Espumisan tbl. 1 – 0 – 1

Účinná látka: Simethiconum

Indikační skupina: *protipěňivý prostředek, deflatulans*

Nežádoucí účinky: nebyly pozorovány

Augmentin 375 tbl. po 8 hodinách

Účinná látka: Amoxicillinum

Indikační skupina: *Antibiotikum*

Nežádoucí účinky: alergické reakce (kopřivka, vyrážky), potíže zažívacího ústrojí (nevolnost, zvracení a průjem), kandidóza na sliznici pohlavních orgánů a v ústech.

▪ **Injekční terapie**

Furosemid 40 mg inj. i.v. 1 – 0 – 0

Účinná látka: Furosemidum

Indikační skupina: *diuretikum*

Nežádoucí účinky: poruchy vodní a elektrolytové rovnováhy, svalové křeče, záchvaty dny, nauzea, bolesti břicha, průjem, poškození funkce jater.

Degan inj. 1 amp. i.v. po 8 hodinách. Do terapie byl zařazen 24. 1. 2006

Účinná látka: Metoclopramidi hydrochloridum

Indikační skupina: *antiemetikum, prokinetikum*

Nežádoucí účinky: únava, ospalost, neklid, insomnie, bolesti hlavy, závratě, střevní potíže, pocit sucha v ústech, extrapyramidové reakce.

Torecan inj. 1 amp. i.v. při zvracení

Účinná látka: Thiethylperazini hydrogenomales

Indikační skupina: *antiemetikum*

Nežádoucí účinky: somnolence, závratě, bolesti hlavy, neklid, křeče a extrapyramidové příznaky, pozdní dyskineze.

▪ **Infúzní terapie**

Glukóza 10% 500 ml 23. 1. a 24. 1. 2006.

Infúzní terapie je podávána dle ordinace lékaře do periferního žilního katétru zavedeného do levého předloktí. Má kapat rychlostí 150 ml za hodinu.

▪ **Terapie bolesti**

Durogesic 50 mg náplast na 3 dny

Účinná látka: Fentanylum

Indikační skupina: *analgetikum- anodynum*

Nežádoucí účinky: ospalost, zpomalené a mělké dýchání, nevolnost, zvracení, zácpa, bolesti hlavy, závratě, svědění, pocení, zmatenost, pomalý tep, halucinace, euforie, obtíže s močením, zarudnutí v místě přilepení náplasti, abstinenční příznaky při náhlém ukončení dlouhodobé léčby.

28. 1. 2006 byl tento opiát pacientkou odmítnut pro nauzeu a zvracení. Bolest byla dále tlumena pomocí preparátu Tramal 50 mg 1 amp. intravenózně.

Tramal 50 mg inj. 1 amp. i.v. na vyžádání.

Účinná látka: Tramadoli hydrochloridum

Indikační skupina: *analgetikum-anodynum*

Nežádoucí účinky: únava, závratě, nauzea, sucho v ústech, pocení, sedace, ortostatická hypotenze, tachykardie, zvracení, vyrážka, křeče, excitace, riziko lékové závislosti.

Dne 2. 2. 2006 byla pacientka propuštěna domů. K tlumení bolesti v domácím prostředí byl naordinován Tramal 50 mg ve formě čípků dle potřeby pacientky, maximálně třikrát denně. Při neúčinnosti Tramalu lze terapii doplnit preparátem Indometacin supp., maximálně třikrát denně.

Indometacin supp. při neúčinnosti Tramalu, maximálně 3x denně.

Účinná látka: Indometacinum

Indikační skupina: *nesteroidní antirevmatikum, antiflogistikum, analgetikum*

Nežádoucí účinky: nauzea, zvracení, nechutenství, bolesti břicha, zácpa, průjem, okultní krvácení do zažívacího traktu, tvorba žaludečního nebo dvanáctníkového vředu, bolesti hlavy, závratě, ospalost, vyčerpanost, podrážděnost, nespavost...

2.6.2. Dietoterapie

Dieta 2 – šetřící + Nutridrink třikrát denně. Při nevolnosti a zvracení pouze čaj.

2.6.3. Fyzioterapie

Režim volný s doporučením klidu na lůžku. Ve spolupráci s fyzioterapeutem je prováděna aktivní i pasivní rehabilitace zaměřená na udržení schopnosti sebeobsluhy a zachování maximální úrovně kvality života klientky. Rehabilitace koresponduje s aktuálním stavem a možnostmi pacientky. (2, 3, 4.)

2.7. Průběh hospitalizace

Pacientka byla na oddělení přijata 23. 1. 2006 pro narůstající ascites, intenzivní bolesti v břiše a progresi námahové dušnosti při základní diagnóze adenokarcinom ledvin. Vyšetřovacími metodami byla prokázána hepatomegalie s útlakem pravé plíce a difúzní metastatický rozsev v jaterním parenchymu, mesenteriu a na peritoneu. Ascites byl redukován podáváním parenterálních diuretik. Tlumení bolestí opiátovou náplastí Durogesic 50 mg pacientka špatně snášela. Opakovaně se vyskytovala nauzea a pacientka zvracela. Proto byl posléze aplikován Tramal 50 mg intravenózně, při propuštění do domácího ošetřování ve formě čípků.

Ošetrovatelské intervence byly zaměřeny na zmírnění bolesti, snížení námahové dušnosti, na pomoc v komunikaci s blízkými osobami a na snížení strachu z vlastní smrti. Hledali jsme také cestu, jak optimalizovat příjem potravy a tekutin a zachovat soběstačnost pacientky.

Pacientka byla na své přání propuštěna do domácího ošetřování ve stabilizovaném stavu. Ona i její rodina byla poučena o formách pomoci těžce nemocným pacientům, o domácí péči, hospicové péči a formách sociální pomoci.

Pacientka byla po celou dobu při plném vědomí, orientována. Komunikace probíhala bez omezení, pacientka plně spolupracovala. (2, 3, 4.)

3. Ošetrovatelská část

3.1. Ošetrovatelská anamnéza a současný stav nemocné

Ošetrovatelskou anamnézu jsem sbírala průběžně po dobu mé péče o pacientku. Sběr informací o stavu pacientky a jejím subjektivním názoru na hospitalizaci byl pro mě velice přínosný. Pacientka byla přístupná a ochotná hovořit o svém onemocnění i o svých pocitech.

3.1.1. Základní potřeby nemocné

Potřeba dýchání

Pacientce byla v roce 1992 diagnostikována chronická bronchopulmonální nemoc na podkladě chronické kuřácké bronchitidy. Kouří od osmnácti let cca patnáct cigaret denně, nyní vykouří asi tři cigarety za den. Nikdy neměla větší potíže, jen chronický kašel.

Nyní se jí velice špatně dýchá. Trpí dušností, zejména po námaze, ve smyslu nemožnosti se nadechnout. Má pocit nedostatku vzduchu, je úzkostná. Dušnost snižuje schopnost pacientky vykonávat všední denní činnosti. Tato skutečnost je zapříčiněna útlakem pravé plíce v důsledku hepatomegalie. Možná je i přítomnost metastatického postižení plic.

Pacientka dušnost řeší klidem na lůžku ve Fowlerově poloze. Kyslík doposud nebyl aplikován. Dýchá frekvencí 18 dechů/min, dech je mělký, nepravidelný. Kromě dušnosti nejeví jiné příznaky onemocnění dýchacích cest (cyanóza, stridor, kašel, rýma, šelesty, kýchání, smrkání). (1, 2, 3.)

Potřeba hydratace

Pacientka byla zvyklá vypít v domácím prostředí 1,5 litru tekutin denně. Ráda pije neochucené minerální vody bez bublinek, bylinné čaje, ředěné džusy. Má ráda také kávu s mlékem, obvykle vypije jen jednu denně. Nepije alkoholické nápoje a mléko, protože má po nich potíže se zažíváním.

Během posledních měsíců doma, i nyní v nemocnici, pije méně než je zvyklá. Příčinou je únava, zhoršení stavu, nauzea a bolesti břicha, které se po příjmu potravy i tekutin zvětšují. Poslední dobou má pocit žízně.

Bukální sliznice, jazyk a rty jsou vlhké, pohyb očních bulbů je normální. Kožní turgor a náplň krčních žil jsou v mezích normy. Kůže je suchá, přiměřeně teplá. Je přítomna únava a spavost. (1, 2.)

Potřeba výživy

Pacientka dříve nedržela žádnou dietu. Potrpěla si na dobrá jídla. Nejraději měla vepřový řízek s bramborovou kaší, kuře s bramborem, strouhaná jablka s mrkví, banány. Naopak nikdy nejedla dušenou mrkev, hrachovou kaši a celerový salát. Měla ráda i mléčné výrobky, ale nyní má po nich potíže se zažíváním. Snaží se vyvarovat nadýmavým jídlům kvůli problémům se žlučníkem.

V nemocnici pacientka trpí nauzeou, zvracením, nadýmáním, bolestmi břicha a po příjmu potravy zvrací nestrávené zbytky potravy a žaludeční šťávy. Tyto problémy úzce souvisí s podáváním náplastového opiátu. Pacientka říká, že chuť k jídlu má sniženou. Udává, že během posledních třech měsíců zhubla asi o 5 kg.

Stav dutiny ústní je dobrý. Pacientka má vlastní chrup. Při příjmu potravy jí nedělá žádné obtíže.

Podle BMI a mého subjektivního hodnocení, vzhledem k tělesné konstituci, má paní M. podváhu. Sama pacientka též hodnotí svou váhu jako nízkou. Důvodem je podle ní snížený příjem potravy v důsledku bolestí, zvracení a vyčerpávajícího onkologického onemocnění.

Váha50 kg

Výška166 cm

BMI.....18,1 (Norma. 20 – 25) = podvýživa (1, 2.)

Potřeba vyprazdňování moče

Před příchodem do nemocnice nikdy neměla žádné potíže s močením ani v průběhu hospitalizace se žádné obtíže neobjevily. (1, 2.)

Potřeba vyprazdňování stolice

Pacientka je zvyklá vyprazdňovat se doma každý den ráno. Nikdy neužívala léky podporující vyprazdňování a s vyprazdňováním neměla problémy.

V nemocnici má stolicí pravidelnou, světle hnědé barvy, normální konzistence bez patologických příměsí. Rytmus vyprazdňování je stejný jako byl v domácím prostředí. Má však pocit vzednutí břicha a výrazný meteorismus. (1, 2.)

Potřeba hygieny a stav kůže

Pacientka je zvyklá se doma sprchovat denně, vždy než jde spát. Jinak si jen ráno a večer vyčistí zuby, omyje obličej. Kůži má spíše suchou, není zvyklá používat tělová mléka, ale pouze krém na obličej. Paní M. je čistotná žena, působí upraveně.

Během nemoci velice zeslábla a její soběstačnost je snižena. Limituje ji špatný zdravotní stav. Vyžaduje alespoň minimální pomoc zdravotnického personálu.

Celistvost kůže je porušena v místě zavedení periferního žilního katétru do levého předloktí. Okolí ani místo vpichu není zarudlé, nejsou známky infekce. Paní M. má klidnou jizvu po operaci rozštěpu rtu a po appendektomii. Další jizvu má po radikální transperitoneální nefrektomii, která byla provedena z příčné laparotomie. Rána je dobře zhojena, jizva je klidná, bez známek infekce a dalších patologických jevů.

Kůže na celém těle pacientky je spíše suchá. Není přítomné ikterické a ani subikterické zbarvení kůže. Pacientka má na obou horních končetinách patrné hematomy v důsledku opakovaných odběrů krve. Nemá žádné opruzeniny, rány ani vyrážky. Na první pohled jsou patrné tmavé kruhy pod očima, které jsou zapříčiněny únavou a nevyspalostí pacientky. Na obou dolních končetinách se vyskytují klidné varixy, které má pacientka již mnoho let. (1, 2.)

Potřeba spánku a odpočinku

Paní M. k pocitu vyspání v domácím prostředí potřebuje 7 - 8 hodin. Poslední dobou kvůli krutým bolestem břicha skoro nespí. Tyto bolesti se zhoršují večer a v noci, zabraňují jí usnout. Často se v noci probouzí. Nemůže nalézt úlevovou polohu. Říká, že spí maximálně 4 hodiny denně. Užívá hypnotika, které zabírají jen minimálně.

Pacientka jeví známky únavy, během dne pospává. I jednoduché činnosti ji vyčerpávají. Působí velice vyčerpaným dojmem. (1, 2.)

Potřeba tepla a pohodlí

Pacientka má ráda přiměřenou okolní teplotu. Nemá ráda větší teplo ani zimu. Okolní teplota na oddělení jí vyhovuje. Lůžko jí také celkem vyhovuje. Potřebu pohodlí však narušují bolesti.

Kůže pacientky je přiměřeně teplá, je oblečena úměrně okolní teplotě, zvýšeně se nepotí. (1, 2.)

Potřeba být bez bolesti

Paní M. již delší dobu trápí úporné dlouhotrvající bolesti celého břicha, zvláště v epigastriu. Bolest popisuje jako tlakovou a říká, že si připadá, jako kdyby jí někdo „nafoukl pumpičkou“. V noci je bolest nejhorší. Pacientka nemůže spát. Snad i proto, že je sama a má strach. Přes den jsou bolesti snesitelnější, protože se pacientka pohybuje a má co dělat. Bolest zhoršuje příjem potravy a pohyb. Pomáhala poloha v předklonu, sed v křesle, klečení. Poslední dobou ani tyto polohy nepřinášejí úlevu. Bolesti jsou nádorového původu. Tlumení bolestí opiátovou náplastí pacientka netoleruje - zvrací.

Jsou přítomny verbální i neverbální projevy bolesti (pacientka často nařiká, vzdychá, pláče, grimasuje, je motoricky neklidná).

Na vizuální analogové škále hodnotí pacientka při příjmu svou bolest bodem 4 (bolest krutá). Velkou roli ve vnímání bolesti hraje i nemožnost kvalitního spánku. Pacientka je unavená, vyčerpaná a bolest vnímá o to hůře. Říká, že už dál nemůže. (1, 2, 4.)

Potřeba fyzické a psychické aktivity

Paní M. byla dříve zaměstnána jako pánská krejčová, tato práce ji velice bavila. Nyní je v plném invalidním důchodu. Nikdy aktivně nesportovala, ráda chodila na procházky, věnovala se četbě psychologických románů. Ráda čte, plete, háčkuje, čte časopisy a sleduje televizi.

V nemocnici začala číst pohádky, které jí uklidňují a vždy pohladí po duši. V noci, když nemůže usnout, sleduje televizi. Na nic jiného nemá náladu ani sílu. Je ráda, když si může s někým popovídat a když ji navštíví děti. Má klidový režim s možností pohybovat se po oddělení. Potřebu fyzické aktivity má sníženou. Pacientky trpí dušností, únavou a nauzeou, která se při pohybu zvyšuje a tak raději posedává nebo polehává.

Držení těla je fyziologické, pacientka je při chůzi nejistá. Koordinace pohybů, senzomotorická koordinace a hybnost kloubů je přiměřená věku. Nepoužívá žádné kompenzační pomůcky. (1, 2.)

Sexuální potřeby

Paní M. začala menstruat v 15 letech. Poslední menses měla ve 49 letech kvůli chemoterapii. Nikdy neměla větší menstruační bolesti a s ženskou rolí se ztotožnila bez problémů. Pacientka se svěřila, že v současnosti nemá přítele. Určitým způsobem jí to trápí. Touží alespoň na chvíli zapomenout na svou nemoc, problémy a cítit lásku. (1.)

3.1.2. Psychosociální potřeby nemocné

Potřeba soběstačnosti

Soběstačnost pacientky je snižená. Již v domácím prostředí nezvládala domácí práce a každodenní činnosti. Musela ji zastávat dcera, se kterou bydlí. Míra její soběstačnosti značně závisí na momentálním celkovém stavu. Cítí se být slabá. Při námaze se zhoršuje dušnost. Poruchu soběstačnosti nejvíce pociťuje při provádění hygienické péče. V Barthelově testu pacientka získala 80 bodů. Je tedy lehce závislá na pomoci druhých. (1, 2.)

Potřeba bezpečí a jistoty

Paní M. je ve velice složité situaci. Uvědomuje si, že se její život blíží ke konci. S touto situací se snaží vypořádat, bilancuje svůj život. Má strach ze smrti, bolesti a utrpení. Má strach z toho, že nebude. Cítí se být sama. Svě děti nechce svými problémy zatěžovat. Má strašnou touhu, aby ji někdo pevně a na dlouho objal a řekl jí, že vše bude dobré, i když ví, že to není pravda.

Pacientka se velice bojí o osud své rodiny. Je rozvedená, bývalý manžel se o děti vůbec nezajímá. Dcera je velice mladá, je jí 15 let, studuje střední školu. Syn již vydělává, ale má vlastní rodinu. Paní M. splácí panelákový byt. Má jistou invalidní důchod. Snažila si

přivydělávat šitím, ale je strašně unavená a práci nezvládá. Její ekonomická situace je velice nepříznivá. Chtěla by říct dceři, aby začala pracovat nebo aby chodila alespoň na brigády, ale neví, jestli je to správné. Bojí se, co se s dcerou stane po její smrti. Kdo se o ní bude starat, jak dostuduje, jak se bude žít. Nikdy o tom nemluvili.

Vlivem těchto faktorů pacientka trpí pocity nejistoty, bezvýchodnosti, osamocení, úzkosti a strachu. Potřeba bezpečí není saturována. (1, 2.)

Potřeba lásky a sounáležitosti

Paní M. je již 10 let rozvedená. Nikdy se znova neprovdala, protože jí bývalý manžel velice ublížil. V současné době nemá přítele. Složitý vztah má se svým otcem, se kterým se již od mládí nestýká, protože se o ní od smrti její matky nikdy nezajímal. V poslední době o něm hodně přemýšlí, chtěla by ho kontaktovat, ale nemá odvalu. Pěkný vztah má se svými dětmi. Syn je pro ni nejbližší člověk na světě, protože je již dospělý a může se mu svěřit. Moc jí pomáhá. Trápí ji, že neuvidí další osud svých dětí a nebude jim moci pomáhat. Svě děti ani nechce svými problémy zatěžovat. Má strašnou touhu, aby ji někdo pevně a na dlouho objal a řekl ji, že vše bude dobré, i když ví, že to není pravda. Oporou v této situaci je pro ni spolek lidí, trpících onkologickou chorobou. Schází se s nimi na internetu a s několika přáteli i osobně.

Podle mého názoru není potřeba lásky a sounáležitosti taktéž zcela saturována. Paní M. potřebuje v této situaci někoho, kdo by jí byl oporou, o koho by se mohla opřít. Soustředí se na to, aby nikoho nezatěžovala svými problémy a neuvědomuje si, že v této situaci má právo na podporu a pomoc. Ve svém životě má spoustu nevyjasněných vztahů, které ji trápí, ale má strach je nějak řešit. (1, 2, 3.)

Potřeba důvěry a přátelství

Paní M. o sobě říká, že je spíše uzavřená a nová přátelství již nenavazuje. Mnoho lidí ji v životě zklamalo. Pacientka na mě působila přátelským, ale trochu nedůvěřivým dojmem. Její přátelský postoj podle mě pramenil z potřeby si z někým promluvit a podělit se o problémy. (1, 2.)

Potřeba sebeúcty a seberealizace

Paní M. si sama sebe váží, říká, že dřív byla velice hezká žena a v životě neudělala nic, za co by se musela stydět. Vždy všechno zvládala. Pracovala jako pánská krejčová a toto povolání ji velice bavilo. Za své veliké životní zklamání považuje špatné vztahy s lidmi, které dříve velice milovala a také to, že nejspíše prohraje boj se svou zákeřnou chorobou.

Potřebu seberealizace ruší snížená schopnost pacientky vykonávat denní činnosti, nemožnost pracovat a zastávat obvyklé role. (1, 2.)

Víra, přesvědčení a životní hodnoty

Paní M. je ateistka. Věří v osud a také v to, že život každého člověka je ovlivněn jeho vlastním působením. Ve svém životě neměla mnoho štěstí. Nádorová nemoc ji velice zasáhla. Dlouho se se svou diagnózou nemohla smířit. Cítila to jako obrovskou nespravedlnost, zlobila se na celý svět. V tomto období ji velice pomohl spolek lidí trpících onkologickou nemocí. Tito lidé se pravidelně scházejí na internetu, vyměňují si informace, mluví o svých pocitech. Získala tak porozumění od lidí, kteří prochází podobnou situací. O své nemoci také hodně četla, po recidivě onemocnění se začala zabývat alternativní medicínou a silou přírody. Navštěvovala léčitele, hledala, co by jí pomohlo. Věří, že je v tom jakási cesta k uzdravení.

V současné době své onemocnění vnímá jako realitu, se kterou je zapotřebí se smířit a naučit se s ní žít. Nic už na tom nemůže změnit. Jejím jediným přáním je, aby se děti osamostatnily, a aby její smrt nepoznamenala jejich budoucnost. Na smrt ještě není zcela připravena. Často o ní přemýšlí. Má strach, ale současně se těší, že bude mít klid a že ji nebudou trápit bolesti.

Podle mého názoru je pacientka velice silná osobnost, která se obdivuhodným způsobem vyrovnává se svou situací. (1.)

3.2. Ošetrovatelské diagnózy

Dne 23. 1. 2006 jsem stanovila tyto ošetrovatelské diagnózy:

1. *Trvalá a dlouhotrvající bolest břicha* z důvodu onkologického onemocnění a metastatického procesu projevující se naříkáním, grimasováním, motorickým neklidem a nekvalitním spánkem.
2. *Strach z umírání a utrpení, strach o osud dětí* z důvodu zhoršujícího se zdravotního stavu, nemožnosti nadále plnit rodičovskou roli a nepříznivé ekonomické situace projevující se pocitem úzkosti, ohrožení, neklidu a nekvalitním spánkem.
3. *Porucha saturace potřeby lásky a sounáležitosti* z důvodu nevyjasněných vztahů v blízkém okolí projevující se pocitem osamělosti a nemožnosti podělit se o své trápení.
4. *Dušnost* z důvodu útlaku pravé plíce hepatomegalií a chronického plicního onemocnění projevující se obtížným nádechem, pocitem nedostatku vzduchu a úzkostí zejména při námaze.
5. *Snížená hydratace a nedostatečná výživa* z důvodu nauzey, zvracení a bolestí břicha projevující se pocitem žízně a snížením tělesné hmotnosti.
6. *Porucha soběstačnosti* z důvodu zhoršeného zdravotního stavu, zvýšené únavy a slabosti projevující se sníženou schopností vykonávat celkovou osobní péči a denní činnosti.
7. *Riziko infekce* z důvodu zavedení periferního žilního katétru do levého předloktí.

3.3. Ošetrovatelské cíle, plán ošetrovatelské péče a zhodnocení

1. **Trvalá a dlouhotrvající bolest břicha** z důvodu onkologického onemocnění a metastatického procesu projevující se naříkáním, grimasováním, motorickým neklidem a nekvalitním spánkem.

Cíl:

- U pacientky dojde ke zmírnění bolesti na únosnou míru – bude hodnotit svou bolest nejvýše bodem 2 (bolest nepříjemná) na vizuální analogové stupnici.
- Pacientka zná situace, které zhoršují nebo zmírňují bolest a přizpůsobuje činnost podle omezení daných bolestí.
- Pacientka bude spát alespoň 6 hodin denně - bolest pacientku nebude budit.

Plán:

- Vytvoření důvěryhodného vztahu s pacientkou, dát najevo zájem a plně se pacientce věnovat, nepodněcovat a nezlehčovat bolest.
- Zjistit lokalizaci bolesti, její vyzařování, změny v intenzitě bolesti v průběhu dne a charakter bolesti. Zhodnotit intenzitu bolesti dle určitých stupnic.
- Podávat léky proti bolesti v pravidelných časových intervalech, vždy dříve než odezní účinek předchozí dávky dle ordinace lékaře.
- Sledovat pravidelný účinek léčby a vedlejší účinky opiátů.
- Pomocí pacientce nalézt úlevovou polohu od bolesti.
- Naučit pacientku dýchacím technikám k dosažení celkové a svalové relaxace.
- Odvést pozornost pacientky od bolesti rozhovorem, čtením a jinou činností, nechat jí mluvit o svých problémech a snížit tak pocit úzkosti.
- Šetrně s pacientkou zacházet a doporučit ji eliminovat činnosti, které bolest zvyšují.
- Ke zmírnění meteorismu nacvičit techniku zavádění rektální rourky.
- Podávání anxiolytik a hypnotik na noc k usnadnění spánku dle ordinace lékaře.
- Minimalizace rušivých elementů na oddělení, zajistit klidné prostředí, přizpůsobit lůžko potřebám pacientky, vyvětrání pokoje a aktivizace pacientky přes den.

Realizace:

Po celou dobu mé péče pacientku trápily úporné bolesti celého břicha, nejvíce však v epigastriu. Úlevové polohy, které nejprve bolest zmírňovaly postupně přestávaly mít efekt (klečení, sed v křesle, předklon) Po náplastovém opiátu Durogesic 50 mg pacientka opakovaně zvracela. Terapii opiáty odmítla a byl nasazen Tramal 50 mg i.v. Po něm

pacientka pociťovala úlevu. Po dobu péče jsem hodnotila bolest pacientky a účinek léčby na vizuální stupnici. Pacientka bolest hodnotila bodem 1 – 3 viz příloha č. 5. Poučila jsem pacientku o tom, že by bylo vhodné, aby si vedla svůj vlastní deník bolesti.

Pacientka velice ráda prováděla dechová cvičení, která jí uklidňovala a pomáhala relaxovat. Snažili jsme se snížit fyzickou námahu pacientky, která bolest zvětšovala. Pacientka se bez problémů naučila techniku zavádění rektální rourky ke zmírnění meteorismu a pociťovala značnou úlevu.

Spánek není nadále kvalitní. Pacientka nemůže usnout, v noci se často probouzí. Spánek se však zlepšil po podávání Diazepamu. Pacientce velice pomáhala skutečnost, že není sama, že s ní někdo soucítí, že o svých pocitech může otevřeně mluvit.

Hodnocení:

Bolest pacientky je trvalá. Podařilo se jí však zmírnit a pomoci pacientce bolest překonávat.

2. **Strach z umírání a utrpení, strach o osud dětí** z důvodu zhoršujícího se zdravotního stavu, nemožnosti nadále plnit rodičovskou roli a nepříznivé ekonomické situace projevující se pocity úzkosti, ohrožení, neklidu a nekvalitním spánkem.

Cíl:

- U pacientky budou sníženy pocity strachu, úzkosti, nejistoty, ohrožení a další nepříjemné pocity.
- Pacientka vyjadřuje své pocity a postoje.

Plán:

- Vytvoření důvěryhodného vztahu s pacientkou, dát najevo zájem a snahu pomoci při řešení jejích problémů.
- Naslouchat pacientce, nechat ji vyjádřit své pocity - využívat komunikační dovednosti (naslouchání, podněcování, reflexe, sumarizování, mlčení).
- Pomoci pacientce uspořádat si myšlenky.
- Podporovat komunikaci s rodinou a nabádat rodinu k častým návštěvám pacientky.
- Zajistit dostupné formy pomoci – zajistit kontakt s psychologem, sociální pracovníci.
- Respektovat přání a rozhodnutí pacientky.
- Dávat pacientce naději, která je slučitelná se situací.

- Pomoci pacientce zapojit se do duchovních aktivit dle jejího vyznání a přání.

Realizace:

S pacientkou se mi podařilo navázat důvěryhodný vztah. Byla velice ráda, že může vyjádřit své pocity a svěžit se mi se svými obavami z budoucnosti. Myslím, že jen samotná možnost vypovídání se jí dala možnost uspořádat si myšlenky a sílu či naději řešit své problémy. Pacientka si promluvila se svými dětmi o tom, co budou dělat, až zemře, jak se o sebe postarají. Tento rozhovor byl jistě pro obě strany těžký, ale zároveň jim poskytl velkou úlevu. Paní M. se rozhodla, že kontaktuje i bývalého manžela, aby si s ním promluvila o budoucnosti dětí. Tento rozhovor však prozatím odložila.

Pacientka je ateistka a duchovní aktivity odmítla. Neměla ani zájem promluvit si s psychologem. Cenná pro ni byla schůzka se sociální pracovnící, která jí poskytla rady týkající se možností, jak řešit její finanční situaci a o možnostech sociální pomoci pro její děti. Informovala jsem pacientku o sdružení Cesta domů. Byla ráda, že takové sdružení existuje a je rozhodnuta ho po propuštění kontaktovat.

Hodnocení:

Negativní pocity neustále přetrvávají, ale výrazně se snížily po rozhovoru s dětmi a sociální pracovnící.

3. **Porucha saturace potřeby lásky a souměřitosti** projevující se pocitem osamělosti, nemožností podělit se o své trápení z důvodu nevyjasněných vztahů v blízkém okolí.

Cíl:

- U pacientky budou sníženy pocity osamělosti.
- Pacientka si uvědomí příčiny svých pocitů a bude mít vůli je řešit.

Plán:

- Vytvoření důvěryhodného vztahu s pacientkou.
- Dát pacientce najevo zájem a pochopení, snahu pomoci při řešení jejích problémů.
- Naslouchat pacientce, nechat ji vyjádřit své pocity a motivovat jí k rozhovoru o její rodině a blízkých osobách.
- Promluvit si s rodinou o pocitech pacientky a o jejich pocitech. Nabádat je k častým návštěvám pacientky.
- Respektovat přání a rozhodnutí pacientky.

Realizace:

Situace pacientky byla velice složitá. Po dlouhé době pacientka pochopila, že své děti spíše trápí tím, že se uzavírá do sebe a nechce s nimi mluvit o svých pocitech a o budoucnosti. Pochopila, že jsou dostatečně dospělí na to, aby její situaci pochopili, a aby se o ně mohla opřít. Rozhodla se s dětmi na toto téma promluvit. Kontaktovala i svého otce, se kterým se již velice dlouhou dobu nestýkala. Otec byl překvapen a rád. Přislíbil, že jí brzy navštíví. Během pobytu v nemocnici se tak nestalo.

Obě děti pacientku navštívily podle mých informací asi jen dvakrát. Nikdy jsem však nebyla přítomna. Uvědomovala jsem si vhodnost intervence s rodinou a chtěla jsem rodinu kontaktovat a promluvit si o pocitech pacientky. Podat jim informace o sociální pomoci, možnosti kontaktovat psychologa, i o formách hospicové péče, o různých sdruženích, která poskytují radu a pomoc rodinám těžce nemocných pacientů. Nepodařilo se mi se s rodinou osobně setkat. Chtěla jsem se pokusit o telefonický kontakt. Tuto možnost jsem prodiskutovala s pacientkou. Pacientce tato intervence připadala nevhodná. Rozhodla jsem se tedy celou záležitost konzultovat s ostatními kolegy. Rodinu pacientky při jedné z návštěv informoval ošetřující lékař.

Hodnocení:

Ošetrovatelský proces hodnotím jako zdařilý. Za velký úspěch pokládám to, že si pacientka uvědomila, že má právo na pomoc a rozhodla se své vztahy řešit.

4. **Dušnost** z důvodu útlaku pravé plíce hepatomegalií a chronického plicního onemocnění projevující se obtížným nádechem, pocitem nedostatku vzduchu a úzkostí zejména při námaze.

Cíl:

- U pacientky dojde k ulehčení dýchání.
- U pacientky nedojde k poklesu hodnot krevních plynů a ke vzniku cyanózy.
- Pacientka dokáže přizpůsobit svůj životní styl poruchám dýchání.

Plán:

- Sledovat a hodnotit kvalitu a formu dýchání, hloubku nádechu a výdechu, teplotu, barvu a prokrvení akraálních částí těla, charakter a objem hlenu a laboratorní hodnoty krevních plynů.

- Sledovat emoční reakce pacientky a nepříjemné pocity, které udává.
- Při stavech dušnosti být pacientce nablízku a pomoci jí překonat její strach. Jednat klidně a vlídně, aby se zmírnila její úzkost.
- Zvednutí záhlaví lůžka k usnadnění maximální inspirace a zajištění ventilace vzduchu.
- Zdůraznit důležitost přestávek mezi jednotlivými činnostmi a nutnost redukce namáhavých činností, které zvyšují dušnost.
- Poučít pacientku o nevhodnosti kouření a možnosti zhoršení dušnosti.
- Naučit pacientku relaxační techniky a techniky dechových cvičení, bráničního dýchání, zvýšení inspiračního úsilí nebo prodloužené expirace.
- Naučit pacientku využívat optimální polohy těla a nejúčinnějšího zapojení pomocných dýchacích svalů.
- Podávání kyslíkové terapie v případě nutnosti dle ordinace lékaře.

Realizace:

Po celou dobu mé péče byl dech spíše mělký a nepravidelný. Nedošlo k projevům cyanózy ani k poklesu hodnot krevních plynů. Kyslíková terapie nebyla zahájena.

Pacientka se snažila šetřit a omezovat činnosti, které zhoršují dušnost. Opakovaně zaujímal Fowlerovu polohu, ve které se cítila nejlépe a byla nejméně úzkostná. Při zhoršení dušnosti využívala i Ortopnoickou polohu. Velice ráda prováděla dechová cvičení, která jí pomáhala relaxovat. S pacientkou jsme mluvili o nevhodnosti kouření. Přislíbila jeho omezení.

Hodnocení:

Cíle byly částečně splněny. Dušnost se zmírnila zejména díky klidovému režimu pacientky.

5. Snížená hydratace a nedostatečná výživa z důvodu nauzey, zvracení a bolestí břicha projevující se pocitem žízně a snížením tělesné hmotnosti.

Cíl:

- U pacientky nedojde ke vzniku dehydratace a dalšímu úbytku tělesné hmotnosti.
- U pacientky bude nalezen způsob, jak normalizovat příjem potravy a snížit pocity nechutenství a nauzey.

Plán:

- Ve spolupráci s dietní sestrou podávat stravu nutričně vyváženou, kaloricky plnohodnotnou, čerstvě připravenou a esteticky upravenou.
- Zjistit stravovací návyky pacientky, kterým jídlům a tekutinám dává přednost a které nemá ráda. Dodržovat zásady stolování, zabránit nepříjemným pachům v průběhu podávání jídla.
- Stravu a tekutiny podávat v takovém množství a frekvenci denně, která zohledňuje aktuální možnosti organismu pacientky stravu zpracovat - podávat tekutiny a jídlo častěji, ale v menších dávkách.
- Podávat stravu tepelně, chemicky i mechanicky nedráždivou k usnadnění trávení a prevenci nevolnosti a zvracení.
- Aplikace infúzních roztoků a parenterální výživy dle ordinace lékaře k zajištění energetických potřeb organismu.
- Sledovat u pacientky celkový denní příjem potravy a její aktuální hmotnost.
- Sledovat vitální funkce pacientky, tělesné známky dehydratace, bilanci a koncentraci moče a její specifickou váhu, suchost sliznic, snížení turgoru kůže, stav zmatenosti a sledovat ztráty tekutin potem, střevem a zvracením.
- Doporučit pacientce omezit pití černé kávy, čaje i tekutin se zvýšeným obsahem cukrů.

Realizace:

Problémy s příjmem tekutin a potravy úzce souvisely s podáváním náplastového opiátu. Úpravou medikace proti bolesti se tyto problémy snížily. Bolest břicha, která se zhoršovala po příjmu tekutin a potravy se částečně zmírňovala podáváním menších dávek jídla v kratších časových intervalech. Tekutiny pacientka popíjela po douškách. Infúzní terapie byla podávána jen přechodnou dobu. Ve spolupráci s dietní sestrou jsme se snažili respektovat chuťové preference pacientky a vyhýbat se dráždivým a nadýmavým potravinám. Pacientce byl doporučen Nutridrink 3 x denně k pokrytí energetických potřeb organismu. Eliminovali jsme i sycené nápoje v rámci prevence bolesti břicha z nadýmání.

Pacientka byla vážena třikrát týdně. Při posledním vážení vážila 52 kg.

Hodnocení:

Dehydratace pacientky nevznikla, ani nebyla na hmotnosti.

6. **Porucha soběstačnosti** z důvodu zhoršeného zdravotního stavu, zvýšené únavy a slabosti projevující se sníženou schopností vykonávat celkovou osobní péči a denní činnosti.

Cíl:

- Pacientka bude provádět péči o sebe samou na úrovni svých schopností a možností.
- U pacientky bude saturována potřeba hygieny, bude poskytnuta pomoc při provádění denních činností.
- Do propuštění bude seznámena se všemi možnostmi profesionální i laické pomoci.

Plán:

- Zjistit míru schopnosti pacientky při provádění hygienické péče a v ostatních činnostech.
- Motivovat pacientku do aktivní sebeděle.
- Odstranit příčiny, které pacientce brání, aby se účelně zapojila do léčebného režimu.
- Provádět aktivní i pasivní rehabilitaci zaměřenou na udržení schopnosti sebeobsluhy.
- V případě, že pacientka sama nezvládne péči, bude jí poskytnuta profesionální pomoc.
- Využívat pomůcky a úprava prostředí pacientky.
- Respektovat únavu a slabost pacientky, provádět hygienu dle potřeby pacientky a ne dle chodu oddělení.
- Zajistit bezpečnost pacientky s ohledem na prevenci úrazů.
- Využít pomoci rodiny, zapojit je do péče.
- Povzbuzovat a motivovat pacientku k soběstačnosti.

Realizace:

V Barthelově testu jsem zjistila míru soběstačnosti pacientky. Pacientka lehce závislá na pomoci druhých viz příloha č. 4. Upravili jsme prostředí tak, aby bylo co nejvíce přehledné, aby pacientka měla potřebné věci na dosah. Při provádění hygieny potřebovala dopomoc sestry, která spočívala v doprovodu do sprchy a v přípravě potřebných pomůcek. Potřebovala pomoc při umývání zad, dopomoc při osušování a oblékání. Ve spolupráci s fyzioterapeutem jsem prováděla aktivní i pasivní rehabilitaci s ohledem na aktuální stav pacientky. Mezi jednotlivými činnostmi jsme dělali přestávky. Hygienickou péči, fyzioterapii a ostatní namáhavé činnosti bylo nejvhodnější provádět po aplikaci analgetik.

Rodina pacientky byla ošetrovatelským týmem poučena o přínosnosti jejich spolupráce na zachování soběstačnosti pacientky a byly podány informace o tom, jak správně a účelně poskytovat dopomoc a péči v oblasti hygieny, výživy a dalších oblastech.

Pacientka i její rodina byla poučena o službách agentur domácí péče a formách hospicové péče.

Hodnocení:

Pacientka po celou dobu aktivně spolupracovala se mnou i s fyzioterapeutem. Celkovou péči a denní činnosti se snaží vykonávat sama. Někdy je však nutná pomoc zdravotnického personálu. Vliv na soběstačnost má i aktuální zdravotní stav.

7. Riziko infekce z důvodu zavedení periferního žilního katétru do levého předloktí.

Cíl:

- Pacientka nejeví známky infekce.
- Pacientka zná možné projevy počínající infekce nebo paravenózního podání a je poučena o tom, že má ihned informovat zdravotnický personál při jejich výskytu.

Plán:

- Dodržování aseptického postupu při ošetřování místa zavedení periferní kanyly a při aplikaci intravenózních léků.
- Častá kontrola místa zavedení periferní kanyly.
- Dodržovat postup při ošetřování jednotlivých pacientů (umývání rukou, sterilní pomůcky)
- Sledování životních funkcí a výsledků vyšetření.
- Informování pacientky o projevech počínající infekce nebo paravenózního podání a poučení o tom, že má ihned informovat zdravotnický personál při jejich výskytu.

Realizace:

Proběhla realizace všech plánovaných aktivit. Místo vpichu není bolestivé, oteklé a okolí není zarudlé. Pacientka při aplikaci infúzní terapie nepocítuje nepříjemné pocity. Je poučena o nutnosti informovat ošetrovatelský personál při příznacích počínající infekce.

Hodnocení:

Infekce nevznikla. Ošetrovatelský proces byl úspěšný.

3.4. Edukace

Pacientku jsem poučila o nežádoucích účincích podávaných léků, o možnosti vést si svůj deník bolesti, o projevech vzniku infekce v souvislosti se zavedeným periferním žilním katétre a o nutnosti okamžitě informovat zdravotnický personál při jejich výskytu. Seznámila jsem jí s vhodností úpravy prostředí tak, aby jí co nejvíce vyhovovalo a byla tak zvýšena možnost její samostatné obsluhy a zajištěna bezpečnost, o vhodnosti dělat jednodušší činnosti v kratších časových intervalech jako prevenci vyčerpání a únavy, o vhodnosti šetřit energií tím, že bude určité aktivity vykonávat v sedě, místo vstaje. Dále jsem pacientku informovala o nabídce pečovatelských služeb, které by bylo vhodné využívat během péče v domácím prostředí, o sdružení Cesta domů, které se zabývá hospicovou péčí.

Další informace byly podány sociální pracovníci. Pacientka byla poučena o sociálních službách a dávkách sociální pomoci, o dalších možnostech, jak zlepšit její finanční situaci. Rozhovor byl zaměřen i na osud dcery paní M.

Ošetřující lékař vedl rozhovor s dětmi pacientky. Také je poučil o všech dostupných formách pomoci, o sdruženích, která poskytují pomoc rodinám těžce nemocných pacientů.

3.5. Ošetrovatelský závěr a ošetrovatelská prognóza

Stav pacientky je velice vážný a prognóza nepříznivá pro pokročilý metastatický proces a zhoršující se soběstačnost pacientky. Pacientka byla propuštěna do domácího opatrování, kde se o sebe starala sama za pomoci své rodiny. Důvodem propuštění bylo přání pacientky v klidu prožít dny svého života o samotě se svými nejbližšími v prostředí, které má ráda.

Setkání s touto pacientkou pro mě bylo velice přínosné, ale zároveň psychicky vyčerpávající. Doufám, že se mi alespoň částečně povedlo ulehčit jí její situaci.

Na závěr mé práce bych paní M. chtěla poděkovat za to, že mi s velkou laskavostí dovolila nahlédnout do svého života a nelehké životní situace. Také za to, že mi ukázala jiný pohled na život.

4. Zdroje informací a seznam použité literatury

1. Pacient - rozhovor
2. Vlastní pozorování
3. Dokumentace
4. Ošetřující lékař
5. BLUMENTHAL – BARBY , K.: *Kapitoly z thanatologie*
Praha: Avicenum, 1987
6. ČERVINKOVÁ, E.; VORLIČKOVÁ, H. aj.: *Ošetrovatelské diagnózy*
Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000
ISBN 80-7013-303-1
7. DOENGNES, M.; MOORHOUSE, M.: *Kapesní průvodce zdravotní sestry*
Praha: Grada Publishing, 2001
ISBN 80-247-0242-8
8. DVOŘÁČEK, J.: *Urologie praktického lékaře*
Praha: ISV nakladatelství, 2000
ISBN 80-85866-52-8
9. DVOŘÁČEK, J.; BABJUK, M. aj.: *Urologie 2. díl*
Praha: ISV nakladatelství, 1998
ISBN 80-85866-30-7
10. EICHENAUER, R.; VANHERPE, H.: *Urologie, klinika a praxe*
Praha, Scientia medica, 1996
ISBN 80-85526-36-0
11. KALVACH, Z.; MAREŠ, J. aj.: *Umírání a paliativní péče v ČR*
Praha: Cesta domů, 2004
ISBN 80- 239-2832-5
12. MISCONIOVÁ, B.: *Péče o umírající - hospicová péče*
Praha: Národní centrum domácí péče České republiky
13. STAŇKOVÁ, M.: *České ošetrovatelství 6, Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*
Brno: IDVPZ, 2001
ISBN 80-7013-323-6
14. SVATOŠOVÁ, M.: *Hospice a umění doprovázet.*
Praha: Ecco homo, 1995
ISBN 80 - 902049 - 0- 2

5. Seznam příloh

- Příloha č. 1 Vstupní ošetrovatelský záznam
- Příloha č. 2 Plán ošetrovatelské péče
- Příloha č. 3 Klasifikace nádorových onemocnění ledvin dle TNM systému a klasifikace dle Robsona
- Příloha č. 4 Barthelův test základních všedních činností
- Příloha č. 5 Základní nutriční screening
- Příloha č. 6 Zhodnocení a kontrola bolesti
- Příloha č. 7 Test instrumentálních všedních činností
- Příloha č. 8 Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové
- Příloha č. 9 Hodnocení psychického zdraví

Příloha č. 1

Ústav teorie a praxe ošetřovatelství, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

Vstupní ošetřovatelský záznam
(materiál k nácviku ošetřovatelského procesu)

Jméno a příjmení (vyplň iniciály)..... *S. M.*

Oslovení..... *PANI M.* Pojišťovna..... *IXP*

Rodné číslo (nevyplňuj)..... *1* Povolání..... *PÁNSKA HŘEŠŤOVNA, NYNÍ V INVAZIVNÍM*

Věk..... *52 LET* Vzdělání..... *STŘEDŠKOLSKÉ DŮCHOVN*

Vyznání..... *ATEISTKA* Národnost..... *ČESKÁ*

Adresa..... *PRAHA* Telefon..... *AND*

Osoba, kterou lze kontaktovat..... *SYN*

Datum přijetí:..... *23. 9. 2006*

Hlavní důvod přijetí:..... *NEVNESITELNÉ ROJESTI BŘIŠKA, NARŮSTAJÍCÍ ASCITES V DŮSLEDKU
PRAVIDELNĚHO ANTIKONCOLOVÉHO PŘEMĚNĚNÍ*

Lékařská diagnóza:

1. *ASCITES, ROJESTI BŘIŠKA PŘI ZÁKLADNÍ DIAGNÓZE KRAVITZŮV TUMOR*
2. *STAV PO PRAVOSTRANNĚ NEFRENITIDU V ROKU 2002. V ROKU 2004 RECIDIVA*
3. *HYPERTYRÉDOZA*
4. *CHOPN NA DOPADLÉ CHRONICKÉ KURÁLNĚ BRONCHITIDY*

Jak je nemocný informován o své diagnóze?..... *PACIENTKA JE DĚLE INFORMOVÁNA.*

Osobní anamnéza:..... *BEŽNĚ ŽEŽNĚ NEJDE, PŘEDTĚ ROJESTI BŘIŠKA, METASTÁZY
V R. 1992 KROU, 2002 - ARTERIOVENÓZNÍ PRAVĚ ŽILNINĚ, 2004 RECIDIVA, METASTÁZY
V JATŘECH, HYPERTYRÉDOZA, ST. P. ARTERIOVENÓZNÍ HEMORAGICKÝ ŽILNÍ, VARIKÝ BK.*

Rodinná anamnéza..... *MATKA ŽENĚLA V 50. LETECH NA I.M. PŤEL NA ŽIVU - ZORAV STAV NEJNA
SYN MOHUTIVNĚ ŽIVĚNÝ, FIBRÓZA JATEK. ŽENA ŽIVÁ - SVAZENĚ NEHA.*

Vyšetření..... *KREVNI VÝSLEDKY: I.M.C.H.F., ACC, BILIR., BILIRUBINEL
VÝSLEDKY HEP - ENZYMŮ SODNĚMI..... ATB PHL, ATB BŘIŠKA,
II. HAVONIMU, BŘIŠKA A PÁNVE, SONO BŘIŠKA*

Terapie

*VEROSPIRON 15 mg 1-0-1, HELICID 20 mg 0-0-1, VASOPRIN 50 mg 1/2-0-1/2,
NEVALI 40 mg, DIAZEPAM 5 mg NM, ESPRUCAN 1-0-1, RUMENTIN 395 RO 8H,
EVARSENIL 40 mg i.v., DEKAN 1 mg i.v. 20 X 10, TORACAM 1 mg i.v. NA VYŘADÁNÍ
ELUMIZA 100 mg s.c., DIALOSESIL 50 mg 3X1, TRACHAL 1 mg i.v. NA VYŘADÁNÍ*

Nemocný má u sebe tyto léky

PACIENTKA V SEBE NEHA ŽÁDNÉ LÉKY

Je poučen, že je nemá brát ano ne
jak je má brát ano ne

Obecná rizika (zatrhni, je-li u nemocného v anamnéze)

nikotinismus	ne	<u>ano</u>	pokud ano, kolik denně... <i>10 10 LET 15 CIGARET DENNĚ,</i>
alkoholismus	<u>ne</u>	ano	<i>NYNĚ MÁ 5 CIGARET DENNĚ.</i>
drogy	<u>ne</u>	ano	pokud ano, jaké a jak dlouho.....
alergie :	jídlo	<u>ne</u>	pokud ano, které.....
	léky	ne	<u>ano</u> pokud ano, které... <i>LETA 1990, 1990, 1990 KONTRASTNÍ LÁTKY,</i>
	jiné	<u>ne</u>	ano pokud ano, na co... <i>TRAMAL, BEXEN PER VS (ZVÁŘENÍ)</i>
dekubity (změř)	- <i>26 BODŮ V HODNOCENÍ DLE NORTONOVÉ - NENÍ ZVÝŠENÉ RIZIKO.</i>		
pneumonie (změř)	- <i>HODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU KOMPLIKACÍ V DÝCHACÍCH CESTÁCH 11 BODŮ - JE OHROŽENA.</i>		

Důležité informace o stavu nemocného:.....

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)? *KVŮLI BOLESTEM KŘÍČA - NEBAJI SE VYHÝBET*
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc?
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? *ANO, MÁM BOLESTI, USEM UNAVENÁ, SLABÁ, SPATNE SPIM.*
4. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane? *NEZVLÁDAM NUDNÁLNÍ AKTIVITY.*
5. Jaké to pro vás je být v nemocnici? *ZLEPŠÍ SE MŮJ STAV, ZHORNÍ SE BOLESTI.*
6. Kolik času podle vašeho odhadu strávíte v nemocnici? *NEVÍM, DO KDO SE MŮJ STAV NEZLEPŠÍ*
7. Máte dostatek informací o vašem léčebném režimu? *ANO.*
8. Máte dostatek informací o nemocničním režimu? *ANO.*
9. Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici?

upřesněte *PŘÁLA BYT SI, ABY SE ZMÍRNILA BOLEST.*

Stupeň soběstačnosti (je-li porušena, změřte stupeň poruchy)

Komunikace:

- stav vědomí	<u>pří</u> vědomí	somnolence	koma
- kontakt navázán	<u>dy</u> chle	s obtížemi	nenavázán
- komunikace	<u>be</u> z problémů	bariéry	nekomunikuje
- spolupráce	<u>sp</u> áhla spolupracovat	nedůvěřivost	odmítá spolupráci

Hodnocení nemocného

1. Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného ?
 pokud ano, upřesněte... ano ne
SLABOVÁ BOLEST BRÁDKA
- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím
 pokud ano, upřesněte... ano ne
 jak dlouho ? *BOLEST BRÁDKA, JAMBY II. NAFKUMIA DOPRICHOU
 IIZ DLOUHO, V POSLEDNÍCH DNECH VÝRAZNĚ ZHORŠENÍ*
- Na čem je vaše bolest závislá ? *ZHORŠUJE SE PŘI POHYBU A PO PŘÍJMU POTRAVY, V NOCI.*
- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíži) ? *VLEVOU PÁJINY- KACONIM, SED V MĚKČÍ, HLEČENÍ*
- Kde pociťujete bolest? *BOLEST VEJEDNO BRÁDKA S PŘEVAHOU V EPIGASTRIU.*
- Pokud budete mít u nás bolesti/potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění ? *PORÁDAT JEMNĚ PŘI BOLESTI*

Objektivní hodnocení sestry :

Pocit pohodlí (lůžko, teplo) *PACIENTKA JE S OHROUŽENÍM SPOKOJENA, LŮŽKO JÍ VYHOVUJE.*

Charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změřte):

*BOLEST JE SLABOVÁ, LOKALIZOVÁNA V EPIGASTRIU. JSOU PŘÍTOMNY VERBÁLNÍ I NEVERBÁLNÍ
 PŘÍZNAKY BOLESTI. PACIENTKA PŘI PŘÍJMU JEDNOTLIVOU BOLEST NA VIXVÁLNÍ ŠKÁLE
 STUPEŇ 4 (BOLEST KAVIA)*

2. Dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním ?
 pokud ano, upřesněte... ano ne
PO ROKU 1992 CHDPM.
- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice ?
 pokud ano, upřesněte... ano ne
 Jak jste je zvládal ? *DŮŠNOST, KTERÁ SE ZHORŠUJE PŘI NÁMAZE.
 NEHĚDNOST SE NABĚCHNOVÍ.*
- Máte nyní potíže s dýcháním ?
 pokud ano, co by vám pomohlo ? ano ne
VÍD, SNÍŽENÍ NÁMAHY, LEŽENÍ
- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů ?
 pokud ano, zvládnete to ? ano ne nevím
SNAD ANO.
- Kouříte ?
 pokud ano, kolik ? ano ne
NYNÍ S CIBARETY DENNĚ

Objektivní hodnocení sestry: *dušnost, frekvence, pravidelnost, rýma, kašel, sputum atd.*

*PACIENTKA JE DŮŠNÁ, ZEVNĚJŠÍ PŘI NÁMAZE. JE VÝHRDNÁ. DÝCHA FREKVENCI 18 DECHŮ
 ZA MINUTU. DECH JE HELMÝ A NEPRÁVIDELNÝ. NEJEVI ŽÁDNÉ PŘÍZNAKY DNEHOVNĚNÍ
 DÝCHAČÍCH CEST (CYANOZA, SIKIDOK, KAŠEL, RÝMA, DÝCHAČÍ ŠEJESTY, DÝCHAČNÍ ŠKAKÁNÍ).*

3. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám ? ano ne
- Potřebujete pomoc při mytí ? ano ne
- Potřebujete pomoc při čištění zubů ? ano ne

- Potřebujete pomoc při koupání či sprchování? ano ne
- Kdy se obvykle koupete/sprchujete? ráno odpoledne večer kdykoliv

Objektivní hodnocení sestry: soběstačnost, upravenost, zanedbanost atd.

SOBĚSTAČNOST PACIENTKY JE SNÍŽENA. ZHOTOVILA SI SPRÁVNÝ ZDRAVOTNÍ STAV. PACIENTKA VYKAZUJE AŽESPOŇ MINIMÁLNÍ POMOC ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU. JE TO ČISTINA ŽENA. PŮSOBI UPRAVENĚ.

4. Kůže

- Pozorujete změny na kůži? ano ne
- Máte obvykle kůži suchou mastnou normální
- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť? *PLEŤOVÝM KRÉMEM.*
- Svědí vás kůže? ano ne

Objektivní hodnocení sestry: celistvost, vyrážka, hematomy, opruzeniny, rány, jizvy, atd.

CELISTVOST KŮŽE JE PRAVĚNA V MÍSTĚ ZAVEDENÍ PERIFERNÍ KANYLY. BEZ ZNÁMĚK INFERENCE. JIZVA PO OPERACI KŮŽSTĚŽKY KTV, PO APPENDICITIDU, PO NEFREKTOMII. KŮŽE JE SPÍŠE SUCHÁ. NA HORNÍCH KONČETINÁCH HEMATOMY PO PŘEBĚHU KŮŽE. ŽÁDNÉ OPRUZENINY, RÁNY ANI VYRÁŽKY. PATNĚ ISOU TRÁVĚ HRUBÝ POD OČIMA A VARIKY IK.

5. Strava / dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup? dobrý vadný
- Máte zubní protézu? horní dolní žádnou
 - Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže? ano ne
 - pokud ano, upřesněte.....
 - Máte rozbolavělá ústa? ano ne
 - pokud ano, ruší vás to při jídle? ano ne
- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu přiměřenou vyšší (o kolik?)..... nižší (o kolik?) *0,5 kg.*
- c) Změnila se vaše váha v poslední době? ano ne
- pokud ano, o kolik kg jste zhubnul? *5 kg* přibral.....
- d) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu? ano ne
- Co obvykle jíte? *NEJEDLÍM ŽÁDNÉ S BRAMBOROVU MASÍ, BANÁNY, JABLKA S MAM.*
 - Je něco, co nejíte? ano ne
 - pokud ano, co a proč? *DŮŠEDNU MAMKY, HRACHOVU MASÍ CELEROVÝ SALÁT - NECHUŠNÁ!*
 - Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován? ano ne
 - pokud ano, upřesněte... *SNÁHA O ELIMINACII NADÝHAVÝCH JÍDEL - ZLUCNÍKOVÉ*
 - Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice? *PROBLÉMY.*
 - pokud ano, upřesněte... *SPRÁVNĚ BRÁNA DO PŘÍJMU POTRAVY.*
 - Co by mohlo váš problém vyřešit? *NEVÍM.*
 - Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? ano ne
 - pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat? *ANO.*

Objektivní hodnocení sestry: stav výživy, enterální výživa-dieta, parenterální výživa.

soběstačnost atd. VÁHA 50 KG, VÝŠKA 166 CM, BMI = 18,1. PACIENTKA MÁ PŮVÁHY. PŘECHODNOU DUBU BYLA NAORDINOVÁNA 1070 MLUHOXA 500 ml 150 ml/d. PO PŘÍJMU POTRAVY MÁ PACIENTKA POUZ NAUČBY, ZVRACÍ NESTAŘENĚ ŽYTNÝ POTRAVY.

9. Lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí ? ano ne
pokud ano, upřesněte: *ÚNAVA, SLABOST - DÁLŠÍ NEJEDNÁ*
- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím ? ano ne
pokud ano, upřesněte:
- Řekl vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil ?
 ano ne
pokud ano, upřesněte:
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění ?
 ano ne nevím
pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete ? *NEVÍM*

Objektivní hodnocení sestry:

MRŠENÍ TĚLA JE FYZIOLOGICKÉ. HODNOCENÍ PŮHYBŮ, SENZIMOTORICKÁ INTEGRACE, HYBNOST HŘUBŮ JE KRIVČENÁ VĚTV. NEBOŽÍVA MOHLEZÁČNÍ PŮHYBY. PŮHYBLIVOST JE NAUVĚBNA ÚNAVY A SLABOSTI PACIENTŮ.

10. Smyslové funkce

- Máte potíže se zrakem ? ano ne
pokud ano, upřesněte
- Nosíte brýle ? *NA ČTENÍ* ano ne
Pokud ano, máte s nimi nějaké problémy? *NE*
- Slyšíte dobře ? ano ne
pokud ne, užíváte naslouchadlo ? ano ne
jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl ?

Objektivní hodnocení sestry:

SMYSLOVÉ FUNKCE JSOU V PORÁDKU. V TĚTO OBLASTI NEHÁ PACIENTŮMA PROBLÉMY.

11. Fyzická a psychická aktivita

- Chodíte do zaměstnání ? Pokud ano, co děláte ? *INVAZIVNÍ DŮCHOD*
- Máte potíže pohybovat se v domácnosti ? ano ne
- Máte doporučeno nějaké cvičení ? ano ne
pokud ano, upřesněte:
- Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici ? ano ne
- Co děláte rád ve volném čase ? *CHODÍ NA PAVLAŽKY, PSYCHOLOGICKÉ KURZY, PLETENÍ, HÁČKOVÁNÍ, ČTENÍ, PŘEHLEDY, SLEDOVÁNÍ TELEVIZE. JINAK NEHÁ NA NIC NALADU.*
- Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici?
- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění ?

Objektivní hodnocení sestry:

PACIENTŮMA DLEHÁVA NEBO DOLEHÁVA POTŘEBA FYZIKÉ AKTIVITY JE SNÍŽENA. JSOU DŮSLEDKEM A NAUVĚBY, BILESTI BRILHA-TO NÁMAZE ZHROSENO.

12. Odpočinek / spánek

- Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání? *7-8 H.*
- Máte doma potíže se spánkem ano ne
pokud ano, upřesněte... *STRES, BŮLESI, BŮLESI... NE MOŽNOST VYSNOUT,*
- Kolik hodin obvykle spíte? *4 HODINY* *PROBLÉMY SE*
- Usínáte obvykle těžko? ano ne
- Budíte se příliš brzy? ano ne
pokud ano, upřesněte.....
- Co podle vás způsobuje vaše potíže? *BŮLESI BŮLESI - V NOCI JE HORŠÍ*
- Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát? *NE*
- Berete doma léky na spání? ano ne
pokud ano, které... *NEUROL NA NOC*
- Zdrímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho? *ANO... PŘES DEN ČASTO*

Objektivní hodnocení sestry:

Únava, denní a noční spánek apod.

PACIENTKA JEVI ZNAMKY ÚNAVY, LÉHEN IME POSPÁVA, RŮSOBI VYČERPANIA DVIMEN.

13. Sexualita

(otázky závisejí na tom, zda pacient považuje za potřebné o tom mluvit)

- Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem partnerském vztahu?
 ano ne
pokud ano, upřesněte... *PŘITELE NEHĀM. MYSLIM, ŽE SEXUÁLNÍ ŽIVIT*
- Očekáváte, že se změní po odchodu z nemocnice váš intimní život? *BT BTL NARUSEN*
 ano ne *BOLESTI, ÚNAVA, BŮSNOST.*
pokud ano, upřesněte.....

- pacient o sexualitě nechce hovořit
- otázky nebyly položeny

14. Psychologické hodnocení (podtrhni charakteristiku)

- | | | | |
|--|--------------------------|-----------------------|---------|
| - emocionalita | stabilní | <u>spíše stabilní</u> | labilní |
| - autoregulace | <u>dobře se ovládá</u> | hůře se ovládá | |
| - adaptabilita | <u>přizpůsobivý</u> | nepřizpůsobivý | |
| - příjem a uchování informací: | <u>bez zkreslení</u> | zkresleně (neúplně) | |
| - orientace
(časem, osobou, místem) | <u>orientován</u> | dezorientován | |
| - celkové ladění | úzkostlivý <u>smutný</u> | rozzlobený | |
| | skličný | apatický | |

15. Rodina/sociální situace

- S kým doma žijete? *S DĚVČI*
- Kdo je pro vás nejdůležitější (nejbližší) člověk? *SYN - JE JIJ ODPĚVÍ*
- Komu mohou být poskytnuty informace o vašem zdravotním stavu? *SYNOVI*
- Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu? *VELIKY DĚRA JE HLAVA, NEVÍ*
- Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat? *ANO, RODINA SE V SEBE POSTARAT.*
- Je na vás někdo závislý? *DĚRA, NYNI SE O NI STARÁ SYN.*
- Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? *NEVÍM, NEJSÍM SPATNĚ.*
- Kdo se o vás může postarat? *ČETI*

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci)

*BYDLENÍ S DĚVČI. SPĚŠNĚ PANEJAKÝ BYT. JE M V NEKVALITNÍ
EKONOMICKÉ SITUACI. INVALIDNÍ VŮZKOD NA ZAISTĚNÍ ŽIVOBŮTI
NEBŮDÍ*

Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetrovatelské péči

ČASŤ NE. HOJNĚ ČASŤ

Souhrnné hodnocení

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči

- *TRVALÁ BŮJEST BRŮCHA*
- *DŮSĚDNOST ZHRŠŤUJÍCÍ SE PO NĀMĀZE*
- *SNIŽENĀ SUBĚSTĀČNOST*
- *PROVCHA SPĀNKU Z DŮVODU BŮJESTI, KTERĀ SE V NĀU ZHRŠŤUJE*
- *SNIŽENĀ HYDRĀTACE, NEODSĀTEČNĀ VŮZKIVA*
- *STRACH O OSUD SYĚ ŽIVNĚ.*
- *RIZIKO INFEKCE - ZAVEDĚNĀ PERIFERNĀ ŽILNĀ KĀNŮLA.*

Plán ošetrovatelské péče

Ošetrovatelská diagnóza	Cíl	Plán		Hodnocení
1. Trvalá a dlouhotrvající bolest břicha z důvodu onkologického onemocnění a metastatického procesu projevující se nařikáním, grimasováním, motorickým neklidem a nekvalitním spánkem.	<ul style="list-style-type: none"> U pacientky dojde ke zmírnění bolesti na únosnou míru – bude hodnotit svou bolest nejvýše bodem 2 (bolest nepříjemná) na vizuální analogové stupnici. Pacientka zná situace, které zhoršují nebo zmírňují bolest a přizpůsobuje činnost podle omezení daných bolestí. Pacientka bude spát alespoň 6 hodin denně - bolest pacientku nebude budit. 	<ul style="list-style-type: none"> Vytvoření důvěryhodného vztahu s pacientkou, dát najevo zájem a plně se pacientce věnovat, nepodněcovat a nezlehčovat bolest. Zjistit lokalizaci bolesti, její vyzařování, změny v intenzitě bolesti v průběhu dne a charakter bolesti. Zhodnotit intenzitu bolesti dle určitých stupnic. Podávat léky proti bolesti v pravidelných časových intervalech, vždy dříve než odezní účinek předchozí dávky dle ordinace lékaře. Sledovat pravidelný účinek léčby a vedlejší účinky opiátů. Pomoci pacientce nalézt úlevovou polohu od bolesti. Naučit pacientku dýchacím technikám k dosažení celkové a svalové relaxace. Odvést pozornost pacientky od bolesti rozhovorem, čtením a jinou činností, nechat jí mluvit o svých problémech a snížit tak pocit úzkosti. Šetrně s pacientkou zacházet a doporučit jí eliminovat činnosti, které bolest zvyšují. Ke zmírnění meteorismu nacvičit techniku zavádění rektální rourky. Podávání anxiolytik a hypnotik na noc k usnadnění spánku dle ordinace lékaře. Minimalizace rušivých elementů na oddělení, zajistit klidné prostředí, přizpůsobit lůžko potřebám pacientky, vyvětrání pokoje a aktivizace pacientky přes den. 	31.1.06	Bolest pacientky je trvalá. Podařilo se jí však zmírnit a pomoci pacientce bolest překonávat.
2. Strach z umírání a utrpení, strach o osud dětí z důvodu zhoršujícího se zdravotního stavu, nemožnosti nadále plnit rodičovskou roli a nepříznivé ekonomické situace projevující se pocitem úzkosti, ohrožení, neklidu a nekvalitním spánkem.	<ul style="list-style-type: none"> U pacientky budou sníženy pocity strachu, úzkosti, nejistoty, ohrožení a další nepříjemné pocity. Pacientka vyjadřuje své pocity a postoje. 	<ul style="list-style-type: none"> Vytvoření důvěryhodného vztahu s pacientkou, dát najevo zájem a snahu pomoci při řešení jejích problémů. Naslouchat pacientce, nechat ji vyjádřit své pocity - využívat komunikační dovednosti (naslouchání, podněcování, reflexe, sumarizování, mlčení). Pomoci pacientce uspořádat si myšlenky. Podporovat komunikaci s rodinou a nabádat rodinu k častým návštěvám pacientky. Zajistit dostupné formy pomoci – zajistit kontakt s psychologem, sociální pracovníci. Respektovat přání a rozhodnutí pacientky. Dávat pacientce naději, která je slučitelná se situací. Pomoci pacientce zapojit se do duchovních aktivit dle jejího vyznání a přání. 	31.1.06	Negativní pocity neustále přetrvávají, ale výrazně se snížily po rozhovoru s dětmi a sociální pracovníci.
3. Porucha saturace potřeby lásky a sounáležitosti projevující se pocitem osamělosti, nemožnosti podělit se o své trápení z důvodu nevyjasněných vztahů v blízkém okolí.	<ul style="list-style-type: none"> U pacientky budou sníženy pocity osamělosti. Pacientka si uvědomí příčiny svých pocitů a bude mít vůli je řešit. 	<ul style="list-style-type: none"> Vytvoření důvěryhodného vztahu s pacientkou. Dát pacientce najevo zájem a pochopení, snahu pomoci při řešení jejích problémů. Naslouchat pacientce, nechat ji vyjádřit své pocity a motivovat ji k rozhovoru o její rodině a blízkých osobách. Promluvit si s rodinou o pocitech pacientky a o jejích pocitech. Nabádat je k častým návštěvám pacientky. 	29.1.06	Ošetrovatelský proces hodnotím jako zdařilý. Za velký úspěch pokládám to, že si pacientka uvědomila, že má právo na pomoc a rozhodla se své vztahy řešit.

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respektovat přání a rozhodnutí pacientky. 		
<p>4. Dušnost z důvodu útlaku pravé plíce hepatomegalií a chronického plicního onemocnění projevující se obtížným nádechem, pocitem nedostatku vzduchu a úzkostí zejména při námaze.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ U pacientky dojde k ulehčení dýchání. ▪ U pacientky nedojde k poklesu hodnot krevních plynů a ke vzniku cyanózy. ▪ Pacientka dokáže přizpůsobit svůj životní styl poruchám dýchání. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sledovat a hodnotit kvalitu a formu dýchání, hloubku nádechu a výdechu, teplotu, barvu a prokrvení akraálních částí těla, charakter a objem hlenu a laboratorní hodnoty krevních plynů. ▪ Sledovat emoční reakce pacientky a nepříjemné pocity, které udává. ▪ Při stavech dušnosti být pacientce nablízku a pomoci jí překonat její strach. Jednat klidně a vlídně, aby se zmírnila její úzkost. ▪ Zvednutí záhlaví lůžka k usnadnění maximální inspirace a zajištění ventilace vzduchu. ▪ Zdůraznit důležitost přestávek mezi jednotlivými činnostmi a nutnost redukce namáhavých činností, které zvyšují dušnost. ▪ Poučít pacientku o nevhodnosti kouření a možnosti zhoršení dušnosti. ▪ Naučit pacientku relaxační techniky a techniky dechových cvičení, bráničního dýchání, zvýšení inspiračního úsilí nebo prodloužené expirace. ▪ Naučit pacientku využívat optimální polohy těla a nejúčinnějšího zapojení pomocných dýchacích svalů. ▪ Podávání kyslíkové terapie v případě nutnosti dle ordinace lékaře. 	30.1.06	Cíle byly částečně splněny. Dušnost se zmírnila zejména díky klidovému režimu pacientky.
<p>5. Snížená hydratace a nedostatečná výživa z důvodu nauzey, zvracení a bolesti břicha projevující se pocitem žízně a snížením tělesné hmotnosti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ U pacientky nedojde ke vzniku dehydratace a dalšímu úbytku tělesné hmotnosti. ▪ U pacientky bude nalezen způsob, jak normalizovat příjem potravy a snížit pocity nechutenství a nauzey. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ve spolupráci s dietní sestrou podávat stravu nutričně vyváženou, kaloricky plnohodnotnou, čerstvě připravenou a esteticky upravenou. ▪ Zjistit stravovací návyky pacientky, kterým jídlům a tekutinám dává přednost a které nemá ráda. Dodržovat zásady stolování, zabránit nepříjemným pachům v průběhu podávání jídla. ▪ Stravu a tekutiny podávat v takovém množství a frekvenci denně, která zohledňuje aktuální možnosti organismu pacientky stravu zpracovat - podávat tekutiny a jídlo častěji, ale v menších dávkách. ▪ Podávat stravu tepelně, chemicky i mechanicky nedráždivou k usnadnění trávení a prevenci nevolnosti a zvracení. ▪ Aplikace infúzních roztoků a parenterální výživy dle ordinace lékaře k zajištění energetických potřeb organismu. ▪ Sledovat u pacientky celkový denní příjem potravy a její aktuální hmotnost. ▪ Sledovat vitální funkce pacientky, tělesné známky dehydratace, bilanci a koncentraci moče a její specifickou váhu, suchost sliznic, snížení turgoru kůže, stav zmatenosti a sledovat ztráty tekutin potem, střechem a zvracením. ▪ Doporučit pacientce omezit pití černé kávy, čaje i tekutin se zvýšeným obsahem cukrů. 	31.1.06	Dehydratace pacientky nevznikla, ani neubyla na hmotnosti.
<p>6. Porucha soběstačnosti z důvodu zhoršeného zdravotního stavu, zvýšené únavy a slabosti projevující se sníženou schopností vykonávat celkovou osobní péči a denní činnosti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientka bude provádět péči o sebe samou na úrovni svých schopností a možností. ▪ U pacientky bude saturována potřeba hygieny, bude poskytnuta pomoc při provádění denních činností. ▪ Do propuštění bude seznámena se všemi 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zjistit míru schopnosti pacientky při provádění hygienické péče a v ostatních činnostech. ▪ Motivovat pacientku do aktivní sebestaršiny. ▪ Odstranit příčiny, které pacientce brání, aby se účelně zapojila do léčebného režimu. ▪ Provádět aktivní i pasivní rehabilitaci zaměřenou na udržení 	31.1.06	Pacientka po celou dobu aktivně spolupracovala se mnou i s fyzioterapeutem. Celkovou péči a denní činnosti se snaží vykonávat sama. Někdy je však nutná pomoc zdravotnického personálu. Vliv na

	možnostmi profesionální i laické pomoci.	<p>schopnosti sebeobsluhy.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ V případě, že pacientka sama nezvládne péči, bude ji poskytnuta profesionální pomoc. ▪ Využívat pomůcky a úprava prostředí pacientky. ▪ Respektovat únavu a slabost pacientky, provádět hygienu dle potřeby pacientky a ne dle chodu oddělení. ▪ Zajistit bezpečnost pacientky s ohledem na prevenci úrazů. ▪ Využít pomoci rodiny, zapojit je do péče. ▪ Povzbuzovat a motivovat pacientku k soběstačnosti. 		soběstačnost má i aktuální zdravotní stav.
7. Riziko infekce z důvodu zavedení periferního žilního katétru do levého předloktí.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientka nejeví známky infekce. ▪ Pacientka zná možné projevy počínající infekce nebo paravenózního podání a je poučena o tom, že má ihned informovat zdravotnický personál při jejich výskytu. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dodržování aseptického postupu při ošetřování místa zavedení periferní kanyly a při aplikaci intravenózních léků. ▪ Častá kontrola místa zavedení periferní kanyly. ▪ Dodržovat postup při ošetřování jednotlivých pacientů (umývání rukou, sterilní pomůcky) ▪ Sledování životních funkcí a výsledků vyšetření. ▪ Informování pacientky o projevech počínající infekce nebo paravenózního podání a poučení o tom, že má ihned informovat zdravotnický personál při jejich výskytu. 	31.1.06	<p>Infekce nevznikla.</p> <p>Ošetrovatelský proces byl úspěšný.</p>

Příloha č. 3

Klasifikace dle TNM systému

T - tumor	
T0	primární tumor nezastižen
T1	nádor ≤ 7 cm v největším průměru, ohraničený na ledvinu
T2	nádor ≥ 7 cm v největším průměru, ohraničený na ledvinu
T3	nádor nádor se šíří do velkých cév nebo postihuje nadledvinu či pararenální tkáň, nepřesahuje však Gerotovu fascii
T3a	nádor postihuje nadledvinu nebo pararenální tkáň, nepřesahuje však Gerotovu fascii
T3b	nádor se makroskopicky propaguje do renálních žil nebo dolní duté žíly pod bránicí
T3c	nádor se šíří do dolní duté žíly nad bránicí
T4	nádor se šíří do okolních orgánů
T4a	nádor infiltruje prostatu, dělohu, pochvu
T4b	nádor prorůstá přes Gerotovu fascii
N - uzliny	
Nx	regionální uzliny nelze posoudit
N0	bez metastáz v regionálních uzlinách
N1	metastáza v solitární uzlině < 2 cm
N2	metastáza v jedné uzlině 2-5 cm nebo ve více uzlinách v největším průměru do 5 cm
N3	metastázy v uzlinách > 5 cm
M – metastázy	
Mx	vzdálené metastázy nelze posoudit
M0	bez vzdálených metastáz
M1	vzdálené metastázy
G – grading	
Gx	stupeň diferenciacce nelze posoudit
G1	dobře diferencovaný
G2	středně diferencovaný
G3/4	málo diferencovaný/anaplastický

Klasifikace maligních nádorů ledvin podle Robsona

I	nádor je omezen na parenchym ledviny
II	nádor se šíří do perirenálního prostoru
III	invaze nádoru do v. renalis, postižení regionálních lymfatických uzlin
IV	nádor prorůstá, metastazuje do sousedních orgánů

Příloha č. 4

BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ (ADL)

Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre:
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	(10)
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	(5)
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	(5)
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	(5)
	neprovede	0
5. kontinence stolice	plně kontinentní	(10)
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence moči	plně kontinentní	(10)
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	(10)
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	(10)
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	(10)
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	(5)
	neprovede	0
Celkové skóre:		

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

0 - 40 bodů vysoce závislý

45 - 60 bodů závislost středního stupně

65 - 95 bodů lehká závislost

100 bodů nezávislý

80 bodů = LEHKÁ ZÁVISLOST

Podle: Mahoney, F. L., Barthel, D. W.: Md. State Med. J., 14, 1965, s. 61-65.

Wade, S. L.: Arch. Phys. Med. Rehabil., 64, 1983, s. 20-26.

Topinková, E., Neuwirth, J.: Geriatrie pro praktického lékaře. Grade, Praha 1995.

Priloha č. 5

Základní nutriční screening

(zpracováno s použitím Nottinghamského dotazníku)

Datum <i>23. 1. 2006</i>		Oddělení		
Měno <i>S.</i>	Příjmení <i>H.</i>	Titul	Pojišťovna	Rodné číslo <i>/</i>
Pohlaví <i>ŽENA</i>	Hmotnost <i>50 kg</i>	Výška <i>166 cm</i>	BMI (kg:m ²) <i>18,1</i>	
Může-li pacienta změřit a zvážit			2	
Může-li od pacienta získat informace			3	
(v takovém případě nevyplňujeme body B,C,D)				
A) Věk	do 65 let	0		
	nad 65 let	1		
	nad 70 let	3		
B) BMI:	20-35	0		
	18-20, nad 35	1		
	pod 18	2		
C) Ztráta hmotnosti (nechtěná)	žádná	0		
	do 3 kg/3 měsíce	1		
	3 kg-6 kg/3 měsíce nebo volné šatstvo	2		
	více než 6 kg/3 měsíce	3		
D) Jídlo za poslední 3 týdny	beze změn v množství	0		
	poloviční porce	1		
	jí občas nebo nejí	2		
E) Projevy nemoci	žádné	0		
	bolesti břicha, nechutenství	1		
	zvracení, průjem nad 6/den	2		
F) Faktor stresu	žádný	0		
	střední	1		
	vysoký	2		
Střední faktor stresu - chronické onemocnění, diabetes meliitus, menší a nekomplikovaný chirurgický výkon Vysoký faktor stresu - akutní dekompenzované onemocnění, rozsáhlý chirurgický výkon, pooperační komplikace, umělá plicní ventilace, popáleniny, trauma, krvácení do GIT, hospitalizace na JIP či ARO Index: (A + B + C + D + E + F)				
0-3	0	bez nutnosti zvláštní intervence		
4-7	+	nutné vyšetření dietní sestrou, speciální dieta		
8 a víc	!	malnutrice ohrožující život či průběh choroby, bezpodmínečně nutná speciální nutriční léčba		
Vypočtené skóre: <i>7 bodů</i>				
Podpis zpracovatele: <i>Lucie Nováková</i>				

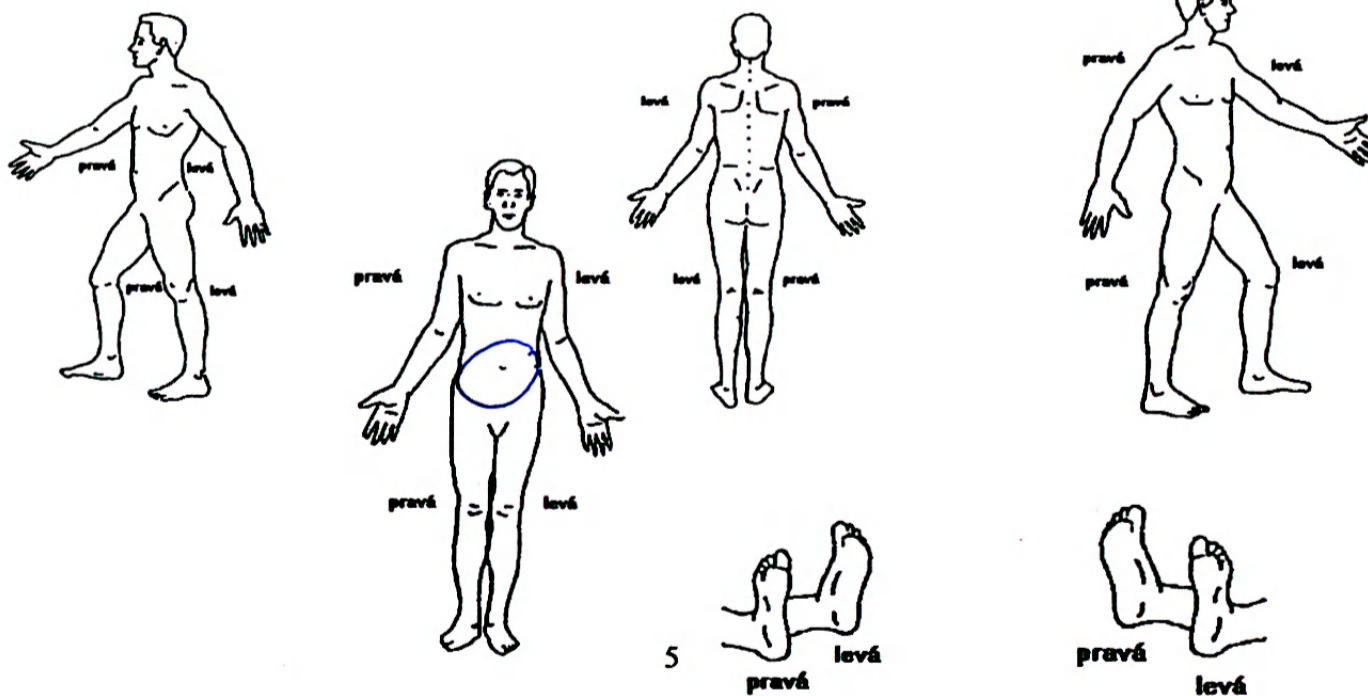
Příloha č. 6

Zhodnocení bolesti - kontrola bolesti

plníme vždy při zavedení přílohy „Kontrola bolesti“

Jméno a příjmení	S. M.			rodné číslo	/
Informace od nemocného:	Intenzita bolesti	Co pomáhá bolest zmírnit	Co bolest zhoršuje	Šíření bolesti	
		VĚVOVÉ PLODNY	NÁNAHA	NESÍŤÍ ŠE	
		KLID	PŘÍJEM POTRAVY		
		LEKY - DURALGESIC			
Trvání bolesti	trvalá	občasná	V klidu	při pohybu	SE ZHORŠUJE
Poznámka					
Časový průběh bolesti	ráno	v poledne	večer SE ZHORŠUJE	v noci	SE ZHORŠUJE
Bolestivé chování	ano	Ne	VERBÁLNÍ I NEVERBÁLNÍ PROJEVY BOLESTI (NÁŘÍKA, KAMASUJE)		
Dosavadní způsob léčby	Farmakologická: DURALGESIC 50 MG		Nefarmakologická: VĚVOVÉ PLODNY		
Intenzita bolesti	Stupeň		Poznámka:		
0 1 2 3 4 5	0 žádná 1 mírná 2 nepříjemná 3 intenzivní 4 4 krutá 5 nesnesitelná				

Lokalizace bolesti



Příloha č. 7

**Test instrumentálních všedních činností
(IADL - Instrumental Activity Daily Living)**

		bodové skóre
1. telefonování	vyhledá samostatně číslo, vytočí je	(10)
	zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	nedokáže používat telefon	0
2. transport	cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
	cestuje, je-li doprovázen	(5)
	vyžaduje pomoc druhé osoby, spec. upravený vůz	0
3. nakupování	dojde samostatně nakoupit	10
	nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby	(5)
	neschopen bez podstatné pomoci	0
4. vaření	uvaří samostatně celé jídlo	10
	jídlo ohřeje	(5)
	jídlo musí být připraveno druhou osobou	0
5. domácí práce	udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	(5)
	potřebuje pomoc při většině prací	0
	nebo se práce v domácnosti neúčastní	0
6. práce kolem domu	provádí samostatně a pravidelně	10
	provede pod dohledem	5
	vyžaduje pomoc, neprovede	(0)
7. užívání léků	samostatně v určenou dobu správnou dávkou, zná názvy léků	(10)
	užívá, jsou-li připraveny a připomenuty	5
	léky musí být podány druhou osobou	0
8. finance	spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	(10)
	zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	neschopen bez pomoci zacházet s penězi	0

0-40 bodů ZÁVISLÝ

41-75 bodů ČÁSTEČNĚ ZÁVISLÝ

76-80 bodů NEZÁVISLÝ

50 bodů

Kontrola bolesti

Doporučení k vyplnění:

Pokud ordinovaná léčba je dostačující a nemocný udává úlevu, nemusíme psát jednotlivé dávky analgetik a hodnocení úlevy, ale napíšeme: „Stávající analgetická léčba je dostačující“ a pokračujeme až při změně stavu.

datum	Čas	stupeň bolesti	úlevový zákrok	Název,dávka,způsob podání léku	Podpis sestry	Kontrola působení léku,reakce	čas	Stupeň bolesti	Podpis sestry
23.1.	14 ⁰⁰	4	VLEVOVÁ PLOCHA SED V KŘESLE	DUODÉSLIC 50 MG, NÁPLAST NA ZÁDA	Kom.	PACIENTKA NA TALE BŮLESI, INERANOVAN LEMAR	15 ³⁰	3	Mim.
23.1.	18 ⁰⁰	3	RECHOVÉ CVIČENÍ ROZHOVOR	/	Mim.	BŮLESI SE ZMÍRNILA, PACIENTKA JE MILENĚŠÍ	19 ⁰⁰	2	Mim.
24.1.	8 ⁰⁰	3	ROZHOVOR ZAVEDENÍ REHTÁRNÍ ROUKHY		Mim.	PACIENTKA POCITUJE VLEVO	8 ⁴⁵	2	Mim.
24.1.	11 ³⁰	2	ANTIVIKACE PACIENTY, OVEZENÍ PRZDANOSTI		Mim.				
25.1.	8 ⁰⁰	3	RECHOVÉ CVIČENÍ VLEVOVÁ PLOCHA	PREVENÍ NÁHART-MLI	Mim.	PACIENTCE SE TROCHU ULEVILO	8 ⁵⁰	2	Mim.
25.1.	12 ⁰⁰	3	PACIENTKA ZVRACI, MÁ NAUZEY-UKLONĚNÍ,	TORCLAN 1 mg i.v.		PACIENTKA JE LÉPE, NEZVRACI, NAUZEY TRVA	12 ³⁵	2-3	Mim.
28.1.	19 ⁰⁰	3	ROZHOVOR, OVEZENÍ PRZDANOSTI	TRAMAZ 50 mg i.v.	Mim.	JE JI LÉPE, BŮLESI JE SNESITELNA	19 ⁵⁰	2	Mim.
				DUODÉSLIC EK (NAUZEY, ZVRAČENÍ)					
30.1.	11 ⁰⁰	2	ZAVEDENÍ REHTÁRNÍ ROUKHY	RECHOVÉ CVIČENÍ-RELAXACE	Mim.	BŮLESI STŘINA, SNESITELNA		2	Mim.
30.1.	12 ⁰⁰	3		TRAMAZ 50 mg i.v.	Mim.	UČÍ SE LÉPE		2	Mim.

Příloha č. 8

Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoci	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita
úplná	4 do 10	4 normální	4 žádné	4 dobrý	4 dobrý	4 úplná	4 není	4 chodí
malá	3 do 30	3 alergie	3 *	3 zhoršený	3 apatický	3 částečně omezená	3 občas	3 doprovod
částečná	2 do 60	2 vlhká	2	2 špatný	2 zmatený	2 velmi omezená	2 převážně močová	2 sedačka
žádná	1 60+	1 suchá	1	1 velmi špatný	1 bezvědomí	1 žádná	1 stolice i moč	1 upoután na lůžko

* diabetes, horečka, anémie, kachexie, onemocnění cév, obezita, karcinom atd. podle stupně závažnosti 3 – 1 bod.
 Zvyšuje nebezpečí vzniku dekubitů je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko!).

Jméno: *S. M.*

Celkové bodové hodnocení: *26 bodů*

Datum: *22. 1. 06*

Stupnice hodnocení psychického zdraví

(Savage, Britton, 1967, Kolibiáš a spol. 1993)

Položky:	Skórovaná odpověď
1. Cítíte se většinu času dobře?	ne
2. Máte často obavy o své zdraví?	ano
3. Trpíte často bolestmi hlavy?	ano
4. Měl jste v poslední době závratě?	ano
5. Často se Vám třesou ruce při práci?	ano
6. Míváte záškuby ve svalech?	ano
7. V poslední době jste měl bolesti jen zřídka nebo vůbec ne?	ne
8. Vnímáte necitlivost v jedné nebo více částí těla?	ano
9. Máte vždy ruce a nohy dostatečně teplé?	ne
10. Je Váš spánek přerušovaný, povrchní nebo jinak narušený?	ano
11. Jdete většinou spát bez myšlenek, které by Vás trápily?	ne
12. Máte rád společnost, jste rád mezi lidmi?	ne
13. Často Vás něco trápí?	ano
14. Jste často plný elánu (energie)?	ne
15. Cítíte se často neúčinný?	ano

7 8000

Pacient zatrhne jen ty odpovědi, které se ho týkají.

Skóre 6 a více (souhlasí s odpovědi v testu) svědčí pro poruchu psychického zdraví.