



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

Barbara Červinková

**Ošetrovatelská péče o pacientku s diagnózou zhoubný
novotvar vaječníku**

**Nursing care of the patient with diagnosis malignant
neoplasm of ovary**

Bakalářská práce

Praha, duben 2014

Autor textu: **Barbara Červinková**

Studijní program: ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: všeobecná sestra

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Zvoníčková**

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetrovatelství 3. LF UK

Odborný konzultant: **MUDr. Veronika Týcová**

Pracoviště odborného konzultanta: ON Kladno

Datum a rok obhajoby: červen 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická, nahraná do Studijního informačního systému - SIS 3.LF UK, jsou totožné.

V Praze dne 15. dubna 2014

Barbara Červinková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Marii Zvoníčkové za ochotu a pomoc při zpracování této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat za připomínky k práci a cenné rady během konzultací MUDr. Veronice Týcové.

Obsah

ÚVOD.....	6
1 KLINICKÁ ČÁST OBECNÁ	7
1.1 Anatomie a fyziologie ovaria.....	7
1.1.1 Ovarium.....	8
1.1.2 Ovariální cyklus.....	9
1.1 Nádory obecně	10
1.2 Nádory ovaria.....	12
1.2.1 Epidemiologie a histopatologie.....	12
1.2.2 Rizikové faktory.....	12
1.2.3 Klinické příznaky.....	12
1.2.4 Diagnostika nádorů ovaria.....	13
1.2.5 Léčba nádorů ovaria.....	13
1.2.6 Prognóza onemocnění.....	16
2 KLINICKÁ ČÁST SPECIÁLNÍ.....	17
2.1 Lékařská anamnéza.....	17
2.2 Provedená vyšetření.....	19
2.3 Průběh hospitalizace.....	20
3 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	21
3.1 Ošetrovatelský proces.....	21
3.2 Model základní ošetrovatelské péče dle V. A. Henderson.....	21
3.2.1 Složky základní ošetrovatelské péče dle V. A. Henderson.....	21
3.3 Fyzikální vyšetření sestrou.....	23
3.4 Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení pacientky dle V. A. Henderson....	24
3.5 Ošetrovatelské diagnózy aktuální.....	28
3.6 Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče.....	37
4 HODNOCENÍ PSYCHICKÉHO STAVU A POTŘEB PACIENTKY.....	38
4.1 Psychosociální dopad na pacientku a její rodinu	38
4.2 Edukace.....	39
4.2.1 Edukace pacientky a její rodiny.....	39
5 ZÁVĚR.....	41
6 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	42

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	43
8 SEZNAM PŘÍLOH.....	45

Úvod

Cílem této bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče u pacientky V. Š. (64let), která byla hospitalizována na oddělení onkologie s diagnózou zhoubný novotvar vaječníku. Přijata byla pro celkové zhoršení stavu čtyři dny poté, co jí byla aplikována chemoterapie. Pacientka byla hospitalizována 3 týdny, během nichž onemocnění rychle progredovalo, postupně ztratila schopnost sebezpeče v některých oblastech a stala se tak částečně závislou na pomoci druhých. Během celé hospitalizace probíhala velice dobře spolupráce s rodinou, která byla pacientce psychickou oporou. Členové rodiny se aktivně účastnili nácviku péče o nesoběstačnou pacientku.

Klinická část práce obsahuje stručný anatomický popis ovaria, jeho fyziologii a patologii, klinické příznaky nádorového onemocnění vaječníku, používané vyšetřovací a léčebné metody. Dále uvádím stručný popis průběhu hospitalizace.

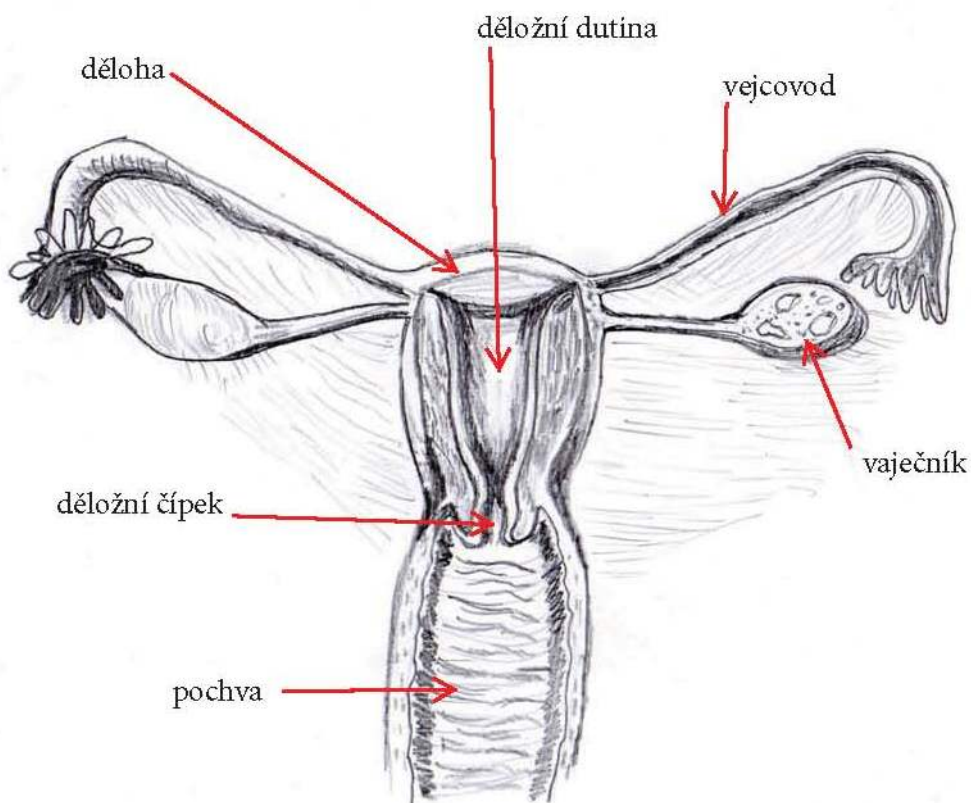
V ošetrovatelské části se zabývám ošetrovatelskou anamnézou zvolené pacientky, ošetrovatelskými diagnózami, plánem péče, realizací a hodnocením. Nemocnou jsem hodnotila dle modelu V. A. Henderson. Plán ošetrovatelské péče jsem zpracovala k osmému dni hospitalizace, kdy u nemocné došlo k výraznému zhoršení stavu i schopnosti sebezpeče. S pacientkou jsem se setkávala opakovaně a se zpracováním případové studie souhlasila. V hodnocení jsem vycházela z vlastního pozorování, z informací získaných od ostatních členů ošetrovatelského týmu, od pacientky, její rodiny a ze zdravotnické dokumentace.

V závěru práce uvádím seznam použité literatury, zkratk a příloh.

1 KLINICKÁ ČÁST OBECNÁ

1.1 Anatomie a fyziologie ovaria

Pro polohu a upevnění ženských pohlavních orgánů má zvláštní význam ligamentum latum uteri, široký vaz děložní - peritoneální duplikatura, řasa frontálně postavená uprostřed malé pánve, kraniálně vytažená z nástěnného peritonea spodiny a boků malé pánve. Řasa je uvnitř mezi oběma listy peritonea vyztužena vazivem. Ligamentum latum stojí uprostřed pánve frontálně, k bokům pánve zahýbá dozadu a přechází do nástěnného peritonea. V ligamentu latum uprostřed pánve stojí děloha, po jejích stranách jsou k hornímu okraji lig. latum připojeny vejcovody. K zadní ploše ligamentum latum je při stěně pánve vpravo i vlevo připojen vaječník peritoneální duplikaturou, zvanou mesovarium. V místě připojení mesovaria na ovarium je hilus ovarii, místo vstupu cév a nervů.



Obr. č. 1 Pohlavní ústrojí ženy (zdroj: vlastní)

1.1.1 Ovarium - vaječník

Vaječník je párová ženská pohlavní žláza. Je ložen při bočních stěnách malé pánve, zavěšen na zadní ploše široké řasy děložní. Má vejcovitý tvar a je ze stran zploštělý. U dospělé ženy má velikost cca 5x3x1,5cm. Produkuje ženské pohlavní buňky -vajíčka- a produkcí ženských pohlavních hormonů má též významné endokrinní funkce. Povrch ovaria má šedorůžovou barvu, v mládí je hladký, v době pohlavní dospělosti je hrbolatý vlivem vyklenujících se folikulů s vajíčky. Ve stáří je povrch ovaria svraštělý a celý orgán je zmenšený. Povrch ovaria kryje jednovrstevný kubický epitel, který se na ovariu nepřeměnil v plochý dlaždicový epitel jako jinde na povrchu peritonea. (Čihák, 2002, s. 336-344)

Mikroskopicky se vaječníky skládají z vrstvy korové a z dřene. Dřeň tvoří vazivo, cévy a nervy vstupující do vaječníku a malé množství svaloviny. Korová vrstva je hlavní funkční částí vaječníku. V kůře jsou již při narození uložena nezralá vajíčka, oocyty. (Dylevský, 1990; s. 180)

V ovarii se tvoří pod vlivem adenohipofyzárních gonadotropinů (FSH a LH) pohlavní hormony: estrogeny, gestageny a androgeny. Folikulární buňky produkují estrogeny, progesteron produkují buňky žlutého tělíska. Obě struktury tvoří malé množství androgenů.

Nejúčinnějším estrogenem je estradiol, menší význam mají estron a estriol. V plazmě jsou estrogeny transportovány ve vazbě na albumin a na specifické vazebné proteiny. Pouze třetina hormonů je ve volné podobě. Inaktivace estrogenů probíhá v játrech. Vylučovány jsou převážně močí, jako sulfáty a glukuronidy.

Estrogeny mají trofický, růstový a diferenciací vliv, vliv na specifické cílové buňky. V pubertě navozují růst vnitřních a vnějších pohlavních orgánů. Stimulují růst a vývoj prsů. Mají vliv na rozvoj sekundárních pohlavních znaků. Vyvolávají proliferaci vaginálního dlaždicového epitelu, stimulují sekreci řídkého hlenu žlázkami krčku dělohy. Vyvolávají změnu konzistence hlenové zátky děložního hrdla. V pohlavní dospělosti navozují proliferační fázi menstruačního cyklu. Mechanismem zpětné vazby ovlivňují produkci gonadotropinů během cyklu. Zvyšují citlivost ovarii na hormony adenohipofýzy, v cílových tkáních zvyšují

počet receptorů pro progesteron. Na počátku puberty zvyšují aktivitu osteoblastů, později facilitují uzavírání růstových štěrbin. Zvyšují zpětnou resorpci sodíku a vody v ledvinách. Mají tlumivý vliv na erythropoetin, snižují erythropoezu, zvyšují krevní srážlivost. V plazmě snižují hladinu cholesterolu, řídí vývoj sexuálního chování a jeho změny během cyklu.

Nejdůležitějším gestagenem je progesteron, který se tvoří v corpus luteum ovaria, malé množství tvoří thekální buňky před ovulací. V plazmě je buď volný, nebo ve vazbě na albumin. Odbouráván je v játrech a jeho metabolity jsou vylučovány hlavně močí.

Progesteron má především účinek gestagenní tj. příprava a udržení těhotenství. Projevuje se hlavně vlivem na endometrium - přeměna na sekreční charakter sliznice nutný pro nidaci vajíčka. Snižuje kontraktilitu gravidní dělohy, snižuje produkci hlenu žlázkami děložního hrdla a zvyšuje jeho viskozitu. Ovlivňuje sekreci gonadotropinů, stimuluje rozvoj lobulů a alveolů mléčné žlázy a vyvolává jejich sekreční aktivitu. Ovlivněním termoregulačního centra v hypotalamu zvyšuje bazální teplotu.

Androgeny se tvoří převážně v nadledvinách. V ovariích se produkuje asi 40% z celkového množství. V plazmě jsou vázané na beta globuliny a na albuminy. Ve volné formě je jen 1%. Metabolizují se v játrech, metabolity jsou vylučovány močí.

Androgeny řídí růst axilárního a pubického ochlupení, udržují libido a jsou prekurzory estrogenů. (Trojan, 2003; s. 519-522)

1.1.2 Ovariální cyklus

Ovulační cyklus začíná v pubertě a končí mezi 40-50 lety věku ženy, kdy ustává pravidelné dozrávání folikulů. Toto období se nazývá klimakterium.

Ovariální cyklus má dvě fáze. Fází folikulární, kdy roste a zraje vajíčko a fází luteální, která zahrnuje ovulaci a období tvorby a funkce žlutého tělíska. Oba vaječníky se přitom chovají jako jeden orgán. Ovulace se v obou vaječnicích střídá, ne však pravidelně. Vedle pravidelných ovulací může docházet i k ovulacím nepravidelným, mimo cyklus. (Čihák, 2002; s. 342)

Ve folikulární fázi ovariálního cyklu je vlivem FSH potencován růst primárního folikulu a v něm produkce estrogenů. K FSH se připojuje LH a spolu s ním působí na receptory buněk předovulačního folikulu. Jeden z 6-12 rostoucích folikulů se zvětšuje rychleji a vytvoří tzv. Graafův folikul, který vyčnívá nad povrch ovaria. Folikulární fáze trvá 12-14 dnů od 1. dne poslední menstruace. Asi 14. den cyklu nastane ovulace, kdy Graafův folikul zduří a praskne. Následně se vajíčko vyplaví do dutiny břišní, kde je zachyceno fimbriemi vejcovodu. Po ovulaci akumulují buňky folikulu vlivem LH lipid lutein, vytváří se corpus luteum (žluté tělísko) - luteální fáze cyklu. Buňky membrana granulosa (folikulární buňky tvořící obal oocyty a žlutého tělíska) proliferují, hladké endoplazmatické retikulum žlutého tělíska produkuje estradiol a zejména progesteron, jehož biologická aktivita je zaměřena především na endometrium. Do vrstvy granulózniích buněk žlutého tělíska začnou prorůstat kapiláry, které se plní krví. Největší stupeň vaskularizace je 4. - 9. den po ovulaci. Estrogeny a progesteron působí tlumivě na sekreci LH a FSH, což po dobu sekreční fáze brání zrání dalšího folikulu. Stejně působí i inhibin žlutého tělíska. Pokud nedojde k oplození, corpus luteum postupně involuje, zmenšuje se jeho prokrvení, klesá produkce progesteronu a estrogenů, což následně vyvolá zvýšené vyplavování FSH z adenohipofýzy a je zahájen nový ovariální cyklus. (Trojan, 2003; s. 521-522)

1.2 Nádory obecně

Definice, klasifikace

Zhoubné nádory lze definovat jako skupinu nemocí, jejichž společným znakem je neomezený růst buněk. Normální mechanismus kontrolující růst buněk je trvale poškozen. Konečným výsledkem je nárůst buněčné hmoty nádoru, který napadá a ničí normální tkáň. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012; s. 53)

Příčiny vzniku nádorů jsou zevní (fyzikální, chemické a biologické) a vnitřní, genetické.

Nádory lze dělit na benigní a maligní. Benigní nádory mají omezený růstový potenciál, zůstávají na místě svého vzniku, nezakládají vzdálená ložiska - metastázy a obvykle nemají větší negativní účinek na organismus. Dají se zpravidla dobře léčit s dobrou prognózou. Maligní nádory rostou zpravidla rychle,

infiltrují a destruuji okolí a vytvářejí vzdálená ložiska. Pokud se včas neléčí, způsobují smrt organismu. Šíření nádoru je dvojího druhu: přímým šířením čili pokračujícím místním růstem nebo zakládáním vzdálených dceřiných ložisek – metastazováním. Metastazování může probíhat trojím způsobem: porogenním, hematogenním a lymfogenním. Porogenní metastazování je šíření maligních buněk v tělních dutinách nebo šterbinách, kde nepřítomnost anatomických překážek umožňuje volný pohyb buněk jako je tomu např. u karcinomu vaječníku, který se šíří po povrchích orgánů dutiny břišní. Hematogenní metastazování, pokud nádorové buňky vniknou do krevní cévy a krevním tokem jsou zaneseny na vzdálené místo, kde vytvoří nové ložisko. Lymfogenní metastazování je analogické zakládání nových ložisek v průběhu lymfatických cest a jejich lymfatických uzlin. Mízní cévy ovšem nakonec ústí do krevního systému, což vede k tomu, že šíření lymfatickými cestami může přejít v šíření maligních buněk krevní cestou.

Nádory se klasifikují podle histologické struktury, biologických vlastností a podle anatomické lokalizace. Klasifikační systém UICC (Union International Contre le Cancer) se označuje jako TMN klasifikace a určuje anatomický rozsah nádorového onemocnění pomocí hodnocení tří kategorií:

T - rozsah primárního nádoru

N – stav regionálních mízních uzlin a v některých případech i uzlin juxta regionálních

M – přítomnost či nepřítomnost vzdálených metastáz

Rozsah nádorového procesu v jednotlivých kategoriích TNM systému je určován přidáním čísla za písmeno. Čím vyšší je číslo, tím je rozsah nádoru či jeho šíření v dané kategorii vyšší. Není-li možné klasifikace stanovit z důvodů neprovedení vyšetření, musí se použít pro kategorizaci symbolu X. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 53-58)

Stadia TNM jsou založena na klinické nebo patologické klasifikaci. Definice kategorií T, N, M odpovídají stadiím FIGO. Stadia FIGO klasifikace jsou založena na chirurgickém stagingu gynekologických malignit.

1.3 Nádory ovaria

1.3.1 Epidemiologie a histopatologie

Maligní nádory ovaria tvoří asi čtvrtinu všech gynekologických nádorů. Až tři čtvrtiny zhoubných nádorů ovarií se zjišťuje ve velice pokročilém stadiu, což má za následek poměrně vysokou mortalitu. Ovariální nádory nejčastěji postihují ženy mezi 50- 75 lety věku. Vzácně se mohou objevit u žen pod 30 let. V ovariální oblasti jde nejčastěji o karcinomy tj. epiteliální nádory. Některé ovariální karcinomy mají charakter nádorů s nízkým maligním potenciálem a jsou ve své malignitě hraniční. Karcinomy vaječníku rostou relativně pomalu, ale mají velkou tendenci vytvářet implantační metastázy na peritoneu a podporovat vznik ascitu. Současně metastazují do pánevních, paraaortálních, mediastinálních a nadklíčkových uzlin. Krevní cestou se šíří do jater a plic. Kromě karcinomu se v ovariální oblasti mohou vyskytnout zhoubné nádory ze stromatu ovaria (nádory z buněk granulózy) a nádory ze zárodečných buněk tzv. germinální nádory.

1.3.2 Rizikové faktory

Přesná etiologie není známá. Významnou roli zde sehrávají estrogeny. Každá ovulace představuje porušení povrchového epitelu ovaria, který pak znovu proliferuje. Ochranný vliv má gravidita, laktace i hormonální antikoncepce navozující anovulační cykly. Zvýšené riziko je také u žen, které nerodily. Dalším rizikovým faktorem je například konzumace živočišných tuků a obezita. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012; s. 374)

Přibližně 5-10% nádorů vaječníků vzniká na podkladě vrozených mutací genů BRCA1 a BRCA2. Dalším rizikovým faktorem je věk a rasa. Hormonální léčba sterility vede k 3-4 násobnému vzestupu rizika vzniku onemocnění. Z benigních onemocnění je zvýšené riziko u pacientek s endometriózou, syndromem polycystických ovarií a s opakovanými pánevními záněty. (Novotný, Vítek a kol., 2012; s. 322)

1.3.3 Klinické příznaky

Ovariální karcinomy rostou pomalu. V pánvi a dutině břišní mají relativně velký prostor a proto příznaky nemoci bývají poměrně chudé a především pozdní.

Časná i pozdní stadia bývají provázena gastrointestinálními obtížemi jako je nárůst objemu břicha, pocit plnosti, nadýmání, obtíže s přijímáním potravy. Často je zde i bolest v oblasti pánve či břicha popřípadě zad. Ve srovnání se zdravými ženami jsou tyto symptomy častější (20-30x vs. 2-3x za měsíc), intenzivnější a kratší doby trvání (méně než 1 rok). To je významné v diagnostickém algoritmu, kde by mělo být v popředí komplexní gynekologické vyšetření před gastroenterologickým vyšetřením tak, aby nedošlo ke zbytečné prodlevě ve stanovení správné diagnózy. (Novotný, Vítek a kol., 2012; s. 323)

1.3.4 Diagnostika nádorů ovaria

Fyzikální vyšetření bývá v počátečních stádiích v normě, později mohou být hmatné rezistence v břiše eventuelně přítomnost ascitu. K základním vyšetřením patří též standardní gynekologické vyšetření včetně transvaginálního ultrazvuku, provedení ultrazvuku břicha a malé pánve. Z dalších zobrazovacích metod se využívá CT břicha a malé pánve, RTG hrudníku. Někdy se provádí laparoskopie s odběrem materiálu na histologii. Z biochemických metod sem patří stanovení hladin onkomarkerů, konkrétně CA 125, který bývá zvýšen u karcinomů. Hladiny alfafetoproteinu (AFP), choriogonadotropinu (HCG) a laktátdehydrogenázy (LDH) bývají zvýšené u germinálních nádorů ovaria. Vzhledem k možnosti dědičně podmíněnému karcinomu vaječníků je významný i odběr rodinné anamnézy.

1.3.5 Léčba nádorů ovaria

Strategie léčby onkologických pacientů je vždy záležitostí multidisciplinárního týmu. V něm je nejčastěji chirurg, gynekolog, radiační a klinický onkolog, histopatolog, psycholog.

Chirurgická léčba

Základní metodou léčby je chirurgie (kromě IV. klinického stadia). Laparotomie umožní určit rozsah onemocnění a získání dostatečného množství biotického materiálu k histologickému vyšetření. Cílem operace je určit rozsah nádoru a dále buď úplné tj. radikální odstranění nádoru, nebo není-li to možné, provést optimální zmenšení nádoru – debulking. Za radikální výkon se považuje

hysterektomie s oboustrannou adnexektomií a omentektomií. Současně se provádí apendektomie, příslušná lymfadenektomie a cytologické vyšetření ascitu nebo laváže z peritoneální dutiny. Provádí se též vícečetný bioptický odběr z ponechaných struktur. Čím je zbytkový nádor menší, tím je lepší prognóza.

Chemoterapie

Chemoterapie má nezastupitelnou roli v léčbě nádorů ovaria. Indikována je jako pomocná léčba u nepokročilých karcinomů i u karcinomů pokročilých. Používají se deriváty platiny, především karboplatina v kombinaci s taxany. Význam má i intraperitoneální chemoterapie.

Radioterapie

Zevní radioterapie má svůj význam v paliativní léčbě, kde přináší velmi dobrou symptomatickou úlevu. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012; s. 375-376)

V červenci 2012 začala probíhat multicentrická prospektivní randomizovaná studie v devíti nizozemských gyneko-onkologických centrech, která má za cíl určit, zda sekundární cytoredukční chirurgie následovaná chemoterapií s platinovým derivátem prodlužuje dobu přežití, ve srovnání s pacientkami léčenými pouze chemoterapií s platinovým derivátem u platina senzitivního karcinomu ovaria, primárního peritoneálního karcinomu nebo karcinomu vejcovodu. Studie bude probíhat 96 měsíců a její výsledky budou jistě zajímavé a významné pro rozhodování o terapii těchto nádorových onemocnění.

Symptomatická léčba (podpůrná)

Podpůrná léčba má za úkol usilovat o co nejlepší kvalitu života nemocných a také jejich blízkých v průběhu onkologického onemocnění. Je zaměřena na mírnění obtíží vyvolaných přímo nádorem a protinádorovou léčbou. Spadá sem i mírnění psychických a psychosociálních obtíží, které onemocnění i léčba přináší. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012; s. 76)

Pacienti často trpí úzkostí a depresemi, které plynou z obav z nemoci, budoucnosti, smrti. Vhodné je podávání anxiolytik - benzodiazepinů a antidepresiv.

Jedním z obávaných příznaků nádorového onemocnění je bolest. Rozpoznání typu bolesti a její terapie je velice důležitá. Pro správné nastavení analgezie je nutné zjistit mechanismus vzniku bolesti, lokalizaci, intenzitu a její charakter. K léčbě bolesti se využívá především farmakoterapie mnohdy v kombinaci s nefarmakologickými postupy, kam patří mimo jiné masáže, rehabilitace, psychoterapie. Dávku a druh analgetika určuje lékař podle stavu nemocného a intenzity bolesti, kterou pacient udává. V hodnocení bolesti je důležité si všimnout i neverbálních projevů bolesti.

K péči o onkologicky nemocné patří i nutriční podpora, jejímž cílem je předcházet nebo mírnit příznaky omezující příjem stravy a prohlubujících malnutrici. Zde je vhodné pacienty opakovaně edukovat v oblasti výživy a doplnit stravu například suplementy formou sippingu. (Tomáška, 2012; s. 63)

Paliativní léčba

Jde o komplexní podpůrnou léčbu nemocných s pokročilým onemocněním v posledních fázích jejich života. Cílem je co nejlepší kvalita života nemocných i jejich blízkých během onkologického onemocnění. V klinické onkologii se za paliativní léčbu považuje veškerá léčba, která nevede k vyléčení – paliativní chemoterapie, paliativní radioterapie a další, jejichž cílem je prodloužení života a zmírnění symptomů a komplikací nádorového onemocnění. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012; s. 218)

V paliativní péči je důležitá mezioborová spolupráce celého ošetrovatelského týmu, včetně sester, sociálních pracovníků a psychologů. Nedílnou součástí je i spolupráce s duchovními a dobrovolníky.

S paliativní péčí úzce souvisí i péče hospicová. V současné době je pacientům k dispozici řada organizací, které zajišťují komplexní paliativní péči v lůžkovém hospici i v domácím prostředí pacientů, včetně poradenské a odlehčovací služby. To má jistě dobrý vliv na psychiku pacientů, kteří se v domácím prostředí cítí lépe než v nemocnici.

1.3.6 Prognóza onemocnění

Hlavním faktorem, který určuje prognózu je určení stadia onemocnění a stupně diferenciacie nádorových buněk tzv. grade. Většina onemocnění je diagnostikována v pokročilém stavu (stadium III-IV), kde je prognóza značně nepříznivá. Karcinomy ovaria často recidivují. Lepší prognózu mají mladší pacientky tj. pod 50 let věku, v dobrém celkovém stavu a po radikální chirurgické léčbě se žádným či minimálním zbytkovým nádorem. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012; s. 376)

2 KLINICKÁ ČÁST SPECIÁLNÍ

2.1 Lékařská anamnéza

Osobní údaje: paní V. Š., narozena 1948,64 let

Hospitalizována: od 8. 10. 2012 do 29. 10. 2012

Nynější onemocnění: Pacientka byla v červenci 2012 vyšetřena obvodním gynekologem pro bolesti v podbříšku a v obou tříslech. Léčena pro infekci močových cest. Obtíže neustupovaly, pacientka pozorovala narůstající objem břicha a problémy se stolicí ve smyslu úporné zácpy. V srpnu 2012 byla pacientka hospitalizována na chirurgickém oddělení, kde bylo provedeno CT vyšetření. Zjištěn tumor levého vaječníku. Následně byla provedena abdominální hysterektomie s bilaterální adnexektomií, odebrána biopsie z levého vaječníku. Peroperačně byly zjištěny četné metastázy na serózách peritoneální dutiny, střeva, omentum spotřebované metastázami tak, že nelze oddělit od tračnicku. Nález uzavřen jako inoperabilní. Histologicky verifikován serózní karcinom. Pacientka indikována k paliativní chemoterapii. Ta byla podána 3. 10. a 4. 10. 2012. Nyní přichází pro celkové zhoršení stavu, kterému dominuje zvracení a celková slabost.

Osobní anamnéza: arteriální hypertenze na terapii

st.p. operaci očí pro strabismus (v 5 letech)

st.p. biopsii levého vaječníku 8/2012

st.p. hysterektomii s bilaterální adnexektomií 8/2012

st.p. podání 1. série chemoterapie Taxol + CisPlatina 10/2012

Farmakologická anamnéza:

LOKREN tbl (1-0-0)

LS: antihypertenzivum, betablokátor

I: léčba hypertenze, mírné až středně těžké formy

NÚ: závratě, bolest hlavy, slabost, zpomalení srdeční frekvence

PRESTARIUM NEO 5mg tbl (1-0-0)

LS: antihypertenzivum, ACE inhibitor

I: léčba hypertenze, srdečního selhání

NÚ: kašel, otok obličeje, závratě, mdloby, zrychlený či nepravidelný tep, nauzea, zvracení

ANOPYRIN 100mg tbl (1-0-0)

LS: antitrombotikum

I: léčba nestabilní anginy pectoris, léčba akutního srdečního infarktu, profylaxe reinfarktu

NÚ: žaludeční a střevní obtíže, bolest žaludku, krvácení

TULIP 20mg tbl (0-0-1)

LS: statin

I: hyperlipiémie

NÚ: bolest v krku, alergická reakce, bolest hlavy, nevolnost, zácpa, zažívací obtíže, bolest kloubů, svalů, hepatopatie

Alergologická anamnéza: neguje

Gynekologická anamnéza: menses od 13 do 55 let, bez problémů, pravidelná, gravidita 3x spontánní porod 3x (první porod ve 20 letech), kojila vždy cca 3 měsíce, UPT 0, hormony užívala v období klimakteria cca 1,5 roku, neví jaké

Rodinná anamnéza: u rodičů kardiovaskulární choroby, děti zdravé, onkologické onemocnění v rodině neudává

Pracovní anamnéza: ve starobním důchodu, dříve zubní instrumentářka

Sociální anamnéza: žije s manželem a dcerou v rodinném domku, s dětmi se stýká

Abusus: alkohol příležitostně, kouří 2-3 cigarety denně, černá káva 2x za den, drogy neužívá

Status praesens:

Pacientka při vědomí, orientovaná, chodící, soběstačná, spolupracuje. Mírná kachexie, počínající dehydratace, kůže prokrvená, bez ikteru a cyanózy, subfebrilní, bez známek dušnosti, unavená.

výška 165cm, hmotnost 58kg, TK 130/80, P75', TT 37,1°C, D16'.

Hlava: mezocefalická, poklepově nebolestivá, výstupy n. trigeminus nebolestivé, inervace n. III a VII bez poruchy, zornice izokorické, fotoreakce ++, skléry bílé, spojivky růžové, jazyk plazí středem, růžový, bez povlaku.

Krk: krční páteř pohyblivá, hrdlo klidné, tonzily nezvětšené, štítná žláza nezvětšená, náplň krčních žil nezvýšená.

Hrudník: souměrný, mammy bez hmatné rezistence, dýchání čisté, sklípkové, poklep plný, akce srdeční pravidelná.

Břicho: břicho měkké, prohmatné pouze laterálně, jinak dutina břišní vyplněna tuhou rezistencí velikosti cca 20x20 cm, palpačně mírná bolestivost v levém podbřišku, bez známek peritoneálního dráždění, tapottement negativní, inguinální uzliny nezvětšené.

Dolní končetiny: bez otoku, bez známek zánětu, varixy 0.

2.2 Provedená vyšetření:

8. 10. 2012 *krevní obraz* ery: $4,2 \cdot 10^{12}/l$, leuko: $2,1 \cdot 10^9/l$, Hb: 124g/l, HCT 0,36, trombo: $286 \cdot 10^9/l$

8. 10. 2012 *nativní snímek břicha vstoje:* chudá střevní náplň, bez známek ileózního stavu, bez známek pneumoperitonea, zvětšená játra, spondylóza Th a L páteře, osteochondróza L4.

9. 10. 2012 *Biochemické vyšetření krve:* S-Na 126mmol/l; S-K:4,4mmol/l; S-Cl 87mmol/l; S-urea 6,4mmol/l; S-kreat 60umol/l; S-ALT 0,92ukat/l; S-AST 0,51ukat/l; S-ALP 0,88ukat/l; S-GMT 1,33ukat/l S- bili 8umol/l; S-gluk 6,7mmol/l

Léčebný plán: symptomatická léčba

2.3. Průběh hospitalizace

Pacientka byla přijata pro celkové zhoršení stavu, kterému dominovalo zvracení a celková slabost. V průběhu hospitalizace probíhala intenzivní antiemetická a antidiarhoická terapie po které obtíže ustoupily. Minerálový rozvrat byl korigován infúzemi. Během léčby se u pacientky rozvinul subileózní stav. Chirurzem byl doporučen konzervativní postup. Pro fragilitu cévního řečiště byl pacientce zaveden implantabilní venózní port. V klinicky relativně stabilizovaném stavu byla pacientka na žádost rodiny propuštěna domů 29. 10. 2012. Pacientka i rodina byla seznámena s prognózou onemocnění. Rodina byla poučena o možnosti telefonické i osobní konzultace v ambulanci kdykoliv. Pacientka i rodina byla též informována o možnostech pomoci agenturou domácí péče.

3 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

3.1. Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je systematický přístup k ošetřování nemocných, který řeší jejich individuální problémy a je zaměřený na tělesné, psychické, sociální a duchovní potřeby jednotlivce, rodiny a komunity. Zahrnuje plánování, poskytování péče a hodnocení její efektivity. (Staňková, 1998; s37-38)

3.2. Model základní ošetřovatelské péče podle V. A. Henderson

Virginie Avenell Henderson ztotožňuje zdraví se samostatností, soběstačností a nezávislostí jedince. Zdraví vnímá jako schopnost jedince uspokojovat samostatně 14 základních potřeb. Člověka chápe jako bytost s potřebami biologickými, psychosociálními a spirituálními.

Ošetřovatelská péče je pak pomoc jedinci udržet si svou soběstačnost a nezávislost na svém okolí při uspokojování potřeb. Jestliže jedinec nemá dostatek sil, vědomostí či vůle, dochází k poruše nezávislosti, projevům neuspokojených potřeb spojených s poruchou zdraví a přítomností choroby. V těchto situacích sestra nahrazuje úbytek soběstačnosti pacienta vhodnou ošetřovatelskou péčí. Identifikuje rozsah nesoběstačnosti ve čtrnácti oblastech základních potřeb jedince. Plánuje vhodné intervence, které následně realizuje a hodnotí. Plán péče respektuje věk, schopnosti pacienta i patologické stavy a symptomy. Měl by být modifikovaný v určitých časových intervalech a vždy podle aktuálních potřeb a rozsahu soběstačnosti jedince. Ošetřovatelský plán musí být v souladu s medicínským plánem terapie. Cílem ošetřovatelského týmu je co nejdříve obnovit pacientovu soběstačnost a nezávislost na okolí tak, aby mohl žít plnohodnotným životem. Jestliže to není možné, provází ho na cestě ke klidnému odchodu ze života. (Pavlíková, 2006; s. 43-51)

3.2.1 Složky základní ošetřovatelské péče podle V. A. Henderson

Složky (komponenty) základní ošetřovatelské péče vychází ze čtrnácti základních potřeb jedince, definovaných V. A. Henderson. Jedná se o tyto složky:

1. pomoc pacientovi normálně dýchat

2. pomoc pacientovi při příjmu potravy a tekutin
3. pomoc pacientovi při vylučování
4. pomoc pacientovi při udržování optimální polohy (chůze, sezení, ležení, změna polohy)
5. pomoc pacientovi při spánku a odpočinku
6. pomoc pacientovi při výběru vhodného oděvu, při oblékání a svlékání
7. pomoc pacientovi při udržování tělesné teploty ve fyziologickém rozmezí
8. pomoc pacientovi při udržování tělesné čistoty, upravenosti a ochraně pokožky
9. pomoc pacientovi vyvarovat se nebezpečí z okolí a předcházet zranění sebe i druhých
10. pomoc pacientovi při komunikaci s ostatními, při vyjadřování potřeb, emocí, pocitů a obav
11. pomoc pacientovi při vyznávání jeho víry
12. pomoc pacientovi při práci, produktivní činnosti
13. pomoc pacientovi při odpočinkových a rekreačních aktivitách
14. pomoc pacientovi při učení, při objevování, uspokojování zvědavosti (což vede k normálnímu vývoji a zdraví)

Aktivity sestry jako vykonavatelky základní ošetrovatelské péče zahrnují pomoc jedinci při uspokojování jeho čtrnácti potřeb. Sestra pouze asistuje, rozhodovat a jednat za pacienta může pouze v případě jeho úplné závislosti. (Pavlíková, 2006; s. 43-51)

Model ošetrovatelské péče jsem vybrala tak, aby co nejlépe zhodnotil stav a potřeby mé klientky. Zvolený model V. A. Henderson nejlépe vystihuje přístup sestry k pacientům s narušenou soběstačností.

3.3 Fyzikální vyšetření sestrou

Paní V. Š., ročník 1948, věk 64 let, přijata k symptomatologické léčbě pro celkové zhoršení stavu, kterému dominuje zvracení a celková slabost.

Osmý den hospitalizace.

Status praesens:

Pacientka je při vědomí, snaží se spolupracovat, orientovaná místem i časem. Je ležící, slabá, mírně kachektická. Na lůžku se otočí s dopomocí.

Výška: 165cm

Hmotnost: 58kg

Fyziologické funkce: TK 120/70, P75', TT 36,8°C, D 16'

Dýchání je čisté, sklípkové, sliznice nosní dutiny bez známek sekrece, patrové oblouky dutiny ústní růžové, hladké, jazyk růžový, lehce povleklý, plazí ve střední čáře. Chrup sanován.

Akce srdeční je pravidelná.

Břicho je po stranách měkké, prohmatné, palpačně nebolestivé. V centrální oblasti břicha je hmatná kulovitá rezistence velikosti cca 20x20cm.

Hybnost velkých i malých kloubů je přiměřená věku, nebolestivá. Dolní končetiny jsou bez otoků a známek zánětu. Bez varixů.

Stav výživy: počínající kachexie.

Kůže je prokrvená, bez ikteru a cyanózy. Turgor kůže přiměřený. Kůže v místě vstupu periferní žilní kanyly je bez známek zánětu, hematomů. Na celém těle je kůže spíše suchá, na genitálu a okolí konečníku zarudlá. Paty dolních končetin jsou mírně rozpraskané.

Vylučování: zahuštěná, tmavá moč; stolice průjmovitá vodnatá tmavá.

Hodnocení sebedpěče podle Barthelové: 30 dosažených bodů v testu, pacientka je vysoce závislá na péči druhých

Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové: 18bodů, riziko je střední, aktivní pohyb na lůžku je zachován, s malou dopomocí se pacientka otočí na bok.

Riziko pádu, hodnocené screeningovým nástrojem dle Conleyové je střední, dosáhla 7 bodů z 19.

Riziko malnutrice je vysoké vzhledem k nevolnosti, zvracení a průjmu pacientky. Trpí nechutenstvím. Pacientka jí velmi omezené množství nabízené porce jídla 5x denně. Příjem tekutin per os je cca 800 ml za den. BMI je 21,3 (norma), ovšem zde je možné zkreslení hmotnosti vzhledem k narůstající rezistenci v břiše. Pacientka viditelně kachektizuje.

Bolesti má pacientka v oblasti epigastria. Bodavé, svíravé na stupni číslo 5 (střední bolest). Bolest ustupuje po podání opiátu, pomáhá též úlevová poloha na zádech s pokrčenými koleny.

3.4 Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení pacientky podle V.

A. Henderson

Stav nemocné jsem posuzovala osmý den hospitalizace, kdy u ní došlo ke zhoršení stavu a zhoršení soběstačnosti. Pacientka nebyla schopna chůze.

Informace jsem získávala rozhovorem s paní V.Š. a její rodinou, vlastním pozorováním a od ostatního personálu.

Pomoc pacientce normálně dýchat

Pacientka po celou dobu hospitalizace objektivně dýchá bez potíží, bez známek klidové či námahové dušnosti, rýmy či kašle.

Pomoc pacientce při příjmu potravy a tekutin

Pacientka měla naordinovanou dietu č. 11 (výživná) vzhledem k základnímu onemocnění a kachektizaci. Protože pacientka trpí pocitem plnosti, nauzeou, zvracením a průjmami, byla jí v 10 hodin dieta změněna na protiprůjmovou. Pacientka je schopna se sama najíst, ale jí velmi pomalu, protože se cítí velice slabá. Při jídle sedí v lůžku se zdviženou zadní částí lůžka. Používá stoleček k lůžku. V ruce neudrží skleničku s tekutinou, proto pije z plastových lahviček s neprotékajícím uzávěrem po doušcích. Přestože pacientka trpí nechutenstvím, snaží se přijímat potravu i tekutiny.

Pomoc pacientce při vylučování

Pacientka je kontinentní. Vzhledem ke slabosti a únavě není schopná chůze na toaletu ani přesunu na klozetové křeslo. Proto se vyprazdňuje na podložní mísu. Pacientka si uvědomuje ztrátu soběstačnosti a vysazování na podložní mísu je jí nepříjemné. Zpočátku se pacientce jen velmi těžko daří se na míse uvolnit a vyprázdnit se. U ruky má k dispozici signalizaci, aby mohla přivolat personál v případě potřeby. Při průjmu má obavy o včasné vysazení na mísu. Po domluvě s pacientkou nasazujeme pro jistotu plenkové kalhotky. Stolice odchází několikrát denně, průjmovitá, vodnatá, tmavá. Za včerejšek měla stolici devětkrát.

Pomoc pacientce při udržování optimální polohy (chůze, sezení, ležení, změna polohy)

Vleže v lůžku s použitím jedné postranice je pacientka spokojená. Má k dispozici elektrické polohovací lůžko, které může samostatně ovládat a například si upravovat výšku lůžka pod hlavou. S malou dopomocí se sama přetočí na bok.

Používá svůj vlastní malý polštářek pod hlavu. K podávání stravy se s pomocí personálu posazuje v lůžku. Uvědomuje si riziko pádu.

Pomoc pacientce při spánku a odpočinku

Pacientka usíná bez potíží, ale vzhledem k celkové slabosti a únavě má větší potřebu spánku i přes den. Pohyb v lůžku i například podávání stravy ji velice unavuje a v průběhu dne pospává. Na dotek či oslovení se ihned budí. V noci spala 6 hodin v kuse.

Pomoc pacientce při výběru vhodného oděvu, při oblékání a svlékání

Vzhledem k tomu, že pacientka zvrací a trpí průjmem je nutné často během dne i noci pacientku převlékat. Domluvila jsem se s pacientkou na oblékání nemocniční košile anděl, protože je méně náročná na oblékání a svlékání a sama pacientka ve stolku tolik vlastních pyžam nemá. Pacientka i její rodina souhlasí. Jsme domluvené, že jakmile se stav pacientky zlepší, může si opět oblékat vlastní košile a pyžama.

Pomoc pacientce při udržování tělesné teploty ve fyziologickém rozmezí

Pacientka nemá výkyvy tělesné teploty. Občas je zimomřivá a vyžaduje druhou příkrývku. Cítí se dobře, pokud má pod hlavou vlastní malý polštářek.

Pomoc pacientce při udržování tělesné čistoty, upravenosti a ochraně pokožky

Pacientka dokáže s dopomocí personálu provést základní hygienu. Hygiena probíhá na lůžku. Pacientka si sama opláchne žínkou a ručníkem osuší horní polovinu těla. Potřebuje pomoc při mytí spodní části těla a zad. Velice vítá promazání zad kafrovou mastí. Hygienu dutiny ústní zvládne sama. Učesat se zvládne. Pokožku celého těla má suchou a je třeba ji natírat tělovým krémem. Paty ošetřují vazelínou. Rty si pacientka ošetřuje balzámem. Kůže v oblasti genitálu a konečníku je začervenalá a podrážděná z důvodu průjmu. Každý den za pacientkou chodí rodina, která jí s večerní hygienou velice ochotně pomáhá. Pacientka vnímá pozitivně, že ji nemusí pomáhat personál.

Pomoc pacientce vyvarovat se nebezpečí z okolí a předcházet zranění sebe i druhých

Paní V.Š. trpí slabostí a někdy závratí. Na bolest (udává bolest v oblasti epigastria na stupni číslo 5 tj. střední bolest) užívá v pravidelných intervalech opiát. Poslední medikaci dostala v 8,00hodin. Je plně orientovaná. Pro svojí větší jistotu má u lůžka během dne zdviženou jednu postranici a na noc obě. Navíc jí postranice pomáhá i při změně polohy na bok. Pacientka má k dispozici signalizační zařízení k přivolání personálu. To je schopná bezpečně použít v případě potřeby.

Pomoc pacientce při komunikaci s ostatními, při vyjadřování potřeb, emocí, pocitů a obav

Pacientka komunikuje bez potíží, spolupracuje velice ochotně. Přesto je někdy skleslá a smutná ze ztráty soběstačnosti, z obav z nemoci a budoucnosti. Je jí nepříjemné žádat o pomoc. V průběhu hospitalizace s pacientkou často mluvíme o jejím stavu. Pomáhá jí připomínat i drobné pokroky a zlepšení zdravotního stavu i soběstačnosti. Povzbuzuji ji k tomu, aby se na vše, co ji zajímá, neostýchala zeptat lékaře i ostatních členů ošetřovatelského týmu. Kontakt s rodinou ji vždy povzbudí. Návštěvy rodiny a přátel má neomezené. Kolem lůžka má rozmístěné fotografie dětí a vnoučat s obrázky, které jí vnoučata namalovala.

Pomoc pacientce při vyznávání její víry

Pacientka není věřící. Ona ani její rodina nevyžadují kontakt s knězem, či jiným církevním představitelem.

Pomoc pacientce při práci a produktivní činnosti

Klientka je ve starobním důchodu. Dříve pracovala jako zubní instrumentářka. Rodina i pacientka uvádí, že před onemocněním ráda sportovala, četla a pracovala na zahrádce a věnovala se vnoučatům. Nyní je zesláblá natolik, že nemá do čtení chuť, protože ji velice rychle unaví. Při rehabilitaci však spolupracuje a snaží se cvičit i v lůžku sama bez fyzioterapeutky.

Pomoc pacientce při odpočinkových a rekreačních aktivitách

Pacientka je unavená, v průběhu dne často pospává. Má možnost poslouchat rádio nebo sledovat filmy na notebooku, který jí rodina přinesla.

Pomoc pacientce při učení, objevování, uspokojování zvědavosti

Pacientka velice dobře chápe svůj stav, ochotně spolupracuje a snaží se přijmout jej. Zároveň je ochotná naslouchat radám i doporučením personálu. Denní režim oddělení chápe, chápe i nutnost některých omezení, která jsou spojená s jejím momentálním stavem.

3.5 Ošetrovatelské diagnózy aktuální

Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila 8. den hospitalizace. Řazení jednotlivých diagnóz je podle naléhavosti a nutnosti intervencí.

1. Riziko aspirace z důvodu zvracení; riziko dehydratace z důvodu sníženého příjmu a ztráty tekutin zvracením a průjmem

Ošetrovatelský cíl:

- nemocná ví, jaká opatření zamezí aspiraci zvratků a řídí se jimi, zaujímá vhodnou polohu
- při podávání nápojů a stravy nedojde k aspiraci
- nemocná má dostatečný příjem tekutin
- příjem a výdej je v rovnováze
- pacientka rozumí daným informacím

Ošetrovatelský plán péče:

- zajistit nemocné základní potřeby, jednorázové pomůcky při zvracení

- poučit nemocnou jakou polohu při zvracení zaujmout, mobilizovat nemocnou do vhodné polohy
- sledovat stav pacientky a včas rozpoznat příznaky aspirace zvratků
- prověřit, že má k dispozici signalizační zařízení a umí ho použít
- kontrolovat vitální funkce, stav kůže a vlhkost jazyka
- sledovat příjem a výdej tekutin, množství a frekvenci zvratků a stolic
- zajistit nemocné vhodné tekutiny (chladný čaj, minerálku), podávat stravu ohřátou na max. 40°C, tekutiny budou podávány z neprotékající lahve či hrnečku o objemu do 200 ml
- aplikovat infuzní terapii a léky dle ordinace lékaře

Realizace a hodnocení ošetřovatelského plánu:

Nemocná si stěžovala na nauzeu. Na stolek u lůžka jsem jí dala jednorázový sáček na zvracení. Vysvětlila jsem pacientce rizika spojená se zvracením v poloze vleže a doporučila polohu v polosedě, lehce natočenou na bok, případně polohu na boku. Pacientce jsem pomohla tuto polohu zaujmout a ukázala jsem jí, jak sáček na zvracení použít. Signalizační zařízení je umístěné na stolku vedle lůžka pacientky tak, že na něj bez problému dosáhne. Dopoledne zvracela 2x žaludeční šťávy. Lékaře jsem informovala o průjmovité stolici i zvracení pacientky. Ten naordinoval infuzní terapii včetně podání antiemetika (Zofran 8mg i. v.), které jsem v 8 hodin aplikovala do periferního žilního katétru. V 8,30 jsem dle ordinace lékaře aplikovala intravenózně infuzi FR1/1 1000ml + 210ml NaCl 10%+ 1amp. Degan + 40mg Helicid rychlostí 80ml/hod, ke korekci minerálového rozvratu a jako antiemetickou terapii. Vše jsem zaznamenala do dokumentace. Za hodinu pacientka cítila mírné zlepšení pocitu na zvracení. Zbytek dne již nezvrací, nicméně ji trápí průjem. Během dne měla pacientka 8 vodnatých, tmavých stolic. Donesla jsem nemocné chladný čaj a doporučila pití po lžičkách či malých doušcích s přestávkami, aby si svlažovala ústa. K dispozici jsem jí také dala

vlhčené štětičky Pagavit na otírání úst. Paní V.Š. jsem změřila TK 120/70, P 75´(normální hodnoty). Jazyk měla vlhký. Bilance tekutin byla díky infuzní terapii vyrovnaná. Zvracení i defekace pacientku velice vyčerpává, ale přesto se snaží co nejlépe spolupracovat a dodržovat všechna doporučení personálu. Když je třeba, použije signalizační zařízení k přivolání sestry. Nemocná přijímala stravu na lůžku. Vzhledem ke slabosti nebyla schopná sedět s dolními končetinami z lůžka, neboť se neudržela a hrozilo riziko pádu. Pacientka tedy seděla v lůžku s podepřenými zády tak, aby mohla sama jíst a zároveň abychom předešli možnému riziku vdechnutí kousků jídla. Pečivo jsem pacientce nakrájela na kousky, které poté již sama vkládala do úst. Neměla sílu udržet skleničku s tekutinou, proto veškeré nápoje měla v malé lahvi s neprotékajícím uzávěrem v dosahu na stolku. Z malé lahve pacientka pila po malých doušcích. Lépe se jí držela a neměla obavu z rozlití nápoje. Lahev jsem pravidelně doplňovala tekutinou dle výběru nemocné. Pacientka i rodina velice dobře spolupracovala. Nemocná, ač trpěla nechutenstvím se snažila jíst a pít po malých dávkách. Rodina se zajímala o to, co mohou nemocné přinést k jídlu eventuálně pítí.

2. Bolest z důvodu základního onemocnění

Ošetřovatelský cíl:

- nemocná udává zmírnění bolesti na stupeň minimálně 2-3
- dokáže se sama posadit v lůžku

Ošetřovatelský plán péče:

- zjistit lokalizaci, charakter a intenzitu bolesti dle numerické hodnotící škály 0-10
- umožnit/pomoci pacientce zaujmout úlevovou polohu
- zajistit klid na pokoji
- aplikovat předepsané analgetikum dle ordinace lékaře: Morphin 1% 10mg s. c. každých 8 hodin (8h-16h-24h)

- sledovat účinnost analgetika v intervalech po 4 hodinách

Realizace a hodnocení ošetrovatelského plánu:

V 7 hodin ráno si paní V. Š. stěžovala na bolest v oblasti epigastria. Bolest byla patrná i z neverbálních projevů: byla napjatá, hledala úlevovou polohu. Udávala bodavou, svíravou bolest na stupni 5-6 (střední intenzita bolesti). Bolest se stupňovala při zvracení. Provedla jsem záznam do dokumentace a informovala lékaře. Pacientka měla naordinovaný Morphin 1% 10mg s.c. á 8 hodin. Podala jsem medikaci dle ordinace v 8 hodin ráno. Pomohla jsem pacientce zaujmout úlevovou polohu v polosedě s mírně pokrčenými končetinami, částečně na boku. Tato poloha byla výhodná i s ohledem na nauzeu a zvracení, při kterém hrozilo riziko aspirace. Pravidelně jsem kontrolovala stav pacientky. V průběhu dne jsem společně s pacientkou sledovala účinek analgezie. Hodinu po podání analgetika a po nastavení úlevové polohy, pocítila nemocná snížení intenzity bolesti ze stupně 5-6 na stupeň 2. Když byla bolest mírnější, zvládla se sama posadit v lůžku. V 15,30 se bolest opět zhoršila na stupeň 4. Po podání analgetika v 16 hodin bolest ustoupila a pacientka udávala zlepšení na stupeň 1-2. Medikaci jsem podala za směnu 2 krát. Během mé služby byla pacientka velice slabá, unavená, vyčerpaná průjmem a nauzeou. Snažila se po troškách jíst i pít. Pokud to šlo, pospávala.

3. Deficit sebeděče v oblasti hygieny, oblékání, příjmu potravy a vyprazdňování z důvodu celkové slabosti

Ošetrovatelský cíl:

- nemocná bude s pomocí personálu zapojená do nácviku všedních denních činností
- udrží si stávající schopnost sebeděče v oblasti vyprazdňování (dokáže upozornit sestru na svou potřebu)

Ošetřovatelský plán péče:

- pravidelně hodnotit míru soběstačnosti
- zajistit pomoc při defekaci, močení; připravit pomůcky k lůžku pacientky (podložní mísu, toaletní papír, mycí pěnu, Menalind krém)
- zajistit edukaci rodiny v péči o nesoběstačného pacienta v domácím prostředí
- pacientku chválit, motivovat, povzbuzovat ve snaze o samostatné provádění činností
- hygiena s pomocí (nejraději rodiny)

Realizace a hodnocení ošetřovatelského plánu:

Podle testu základních všedních činností dle Bartelové dosáhla pacientka 30 bodů, což svědčí o vysokém stupni závislosti. Hygienická péče probíhala pouze na lůžku. Pacientka si omývala obličej a horní polovinu těla a poté se sušila ručníkem. Velmi špatně nesla vlastní "neschopnost" sebeobsluhy, ale byla ráda, že alespoň částečně hygienu zvládá. Záda a dolní polovinu těla jsem omývala, mydlila, oplachovala a sušila. S malou pomocí se pacientka zvládala otáčet na boky, a tudíž výměna lůžkovin proběhla bez potíží. Vždy bylo pro pacientku velice příjemné promazávání zad kafrovou mastí. Během výkonu jsem pacientce opakovaně vysvětlovala důležitost promazávání suché pokožky tělovým krémem. Pacientka měla ve stolku vlastní tekuté mýdlo, tělový krém i krém na obličej. Po jejich použití se cítila lépe, vůně, kterou dobře znala jí uklidňovala. Vzhledem k častým stolicím bylo potřeba pravidelně po hygieně ošetřovat místo kolem konečníku Menalind pastou. Hygienu dutiny ústní zvládala pacientka sama, česání taktéž. V průběhu hygieny jsem na pacientku nespěchala a povzbuzovala jí v samostatnosti. Ranní hygiena byla pro nemocnou o něco snazší, protože byla po nočním spánku více odpočínutá. Pacientka si přála večerní toaletu vykonávat s rodinou., většinou s pomocí dcery. Dceři jsem vysvětlila, jak nejlépe manipulovat s ležícím, jak ošetřovat oblast genitálu a konečníku. Vše bez problému pochopila.

Sestry byly vždy, když bylo třeba k dispozici, například při výměně lůžkovin. Pacientka se při hygieně s dcerou cítila lépe. Měla větší pocit intimity a zároveň nemusela žádat o pomoc personál. Vzhledem ke stavu pacientky bylo třeba téměř u všech činností asistovat či pomáhat. Pacientka se snažila sama aktivně účastnit. Je nutné ji nadále podporovat v aktivitě a zlepšovat či alespoň udržet co nejdéle schopnosti, které má.

4. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PŽK

Ošetřovatelský cíl:

- včas odhalit počínající známky infekce

Ošetřovatelský plán péče:

- sledovat místo zavedení
- dodržovat aseptické postupy při aplikaci léků do PŽK
- sledovat délku zavedení katétru
- dbát na pravidelnou výměnu sterilního krytí (jednou za 24 hodin) v místě zavedení PŽK, kanyla je zavedena 24 hodin na předloktí LHK
- informovat lékaře o počátečních příznacích infekce v místě zavedení i příznacích celkových

Realizace a hodnocení ošetřovatelského plánu:

Po provedení ranní toalety jsem asepticky převázala zavedený periferní žilní katétr, zkusila jeho průchodnost a ujistila se, že pacientka subjektivně necítí pálení ani jiný dyskomfort v ruce, v níž je katétr zaveden. Opakovaně jsem se ptala i při každé intravenózní aplikaci léku a v průběhu podávání infuze. Žilní katétr byl zaveden 24 hodin.

Známky infekce se neprojevíly, katétr byl plně funkční, pacientka s jeho zavedením nemá žádný problém.

5. Potenciální riziko pádu z důvodu celkové slabosti, závratě a podávané medikace

Ošetřovatelský cíl:

- u pacientky nedojde k úrazu ani pádu
- pacientka rozumí daným informacím

Ošetřovatelský plán péče:

- zhodnotit riziko pádu
- poučovat pacientku i její rodinu opakovaně o nebezpečí a riziku pádu, způsobu prevence a daných opatřeních
- bezpečně upravit lůžko a jeho okolí (vhodné kompenzační pomůcky, osvětlení)
- zajistit pomůcky (zábrana, hrazda)
- zajistit, aby pomůcky denní potřeby byly u lůžka
- zajistit zvýšený dohled všech členů ošetřovatelského týmu nad nemocnou

Realizace a hodnocení ošetřovatelské péče:

V hodnocení rizika pádu dle Conleyové vyšlo paní V.Š. riziko středního stupně. Do dokumentace jsem udělala záznam a informovala ostatní personál o nutnosti zvýšeného dohledu u nemocné. Pacientka byla orientovaná, plně si uvědomovala rizika spojená s celkovou slabostí i užíváním opiátových analgetik. Souhlasila s tím, že u lůžka bude mít zábrany (postranice). Přes den z jedné strany lůžka a na noc z obou stran. Domluvila jsem se s klientkou, že bez dohledu personálu či rodiny se nebude pokoušet vstávat. Všechny pomůcky, signalizační zařízení, elektrický ovladač lůžka a lahev s nápojem jsem dala na stůl po pravé ruce pacientky. Výklopná deska stolku byla natočena tak, aby nemocná pohodlně dosáhla na lahvičku i ostatní pomůcky včetně sáčku na zvracení. Na noc si

klientka přála mít raději rozsvícené malé světlo, aby se v případě potřeby lépe orientovala. Pacientku i její rodinu jsem informovala o nebezpečí pádu, použití pomůcek i opatřeních.

U pacientky nedošlo k pádu. Pacientka ví, jak použít a kde má všechny pomůcky. Nemocná se cítila bezpečněji. Všechna opatření ona i její rodina plně respektovala.

6. Riziko porušení kožní integrity z důvodu imobilizace a průjmu

Ošetrovatelský cíl:

- pacientka bude mít čistou, neporušenou a hydratovanou kůži
- zná důležitost polohování v lůžku

Ošetrovatelský plán péče:

- zajistit šetrnou hygienu, v oblasti konečníku a genitálu po každém vyprázdnění
- používat vhodné ochranné prostředky k ochraně kůže
- pravidelná kontrola predilekčních míst
- pomoc s polohováním, zaujmutím pohodlné polohy
- pečlivá úprava lůžka
- používání antidekubitární matrace plněné vzduchem

Realizace a hodnocení ošetrovatelského plánu:

Pacientce jsem ráno provedla toaletu celého těla a pokožku ošetřila krémem. Večerní toaletu pacientka většinou zvládala s pomocí dcery. Během každé hygieny jsem promazávala a masírovala predilekční místa, zejména oblast sakrální, lopatek, kyčlí a obou pat dolních končetin. Oblast genitálu a konečníku jsem šetrně omývala po každém vyprázdnění. Vzhledem častým stolicím jsem okolí konečníku ošetřovala Menalind pastou, aby nedošlo k opruzeninám. Na

lůžko jsem umístila antidekubitární matraci plněnou vzduchem. Vysvětlila jsem pacientce, k čemu matrace slouží a jak funguje. Dále jsem zdůraznila důležitost změny polohy jako prevenci proleženin. Pacientka vzhledem k nauze a zvracení a bolesti v oblasti epigastria zaujímal nejraději polohu na zádech v polosedě s mírně pokrčenými koleny. Výšku lůžka pod zády si mohla měnit sama, pomocí ovladače elektrického lůžka. Paní V. Š. informacím rozuměla, po vysvětlení zvládala i obsluhu elektrického ovladače polohování lůžka. Při výměně lůžkovin byla schopná se s dopomocí otočit na bok. Bylo třeba vždy pečlivě upravit lůžkoviny, aby nedocházelo k otlakům. Fyzioterapeutka pacientkou naučila, jak má cvičit v lůžku. Ošetřovatelský plán byl splněn částečně. Přes veškerá preventivní opatření a ošetřování je kůže v oblasti konečníku díky průjmu začervenalá. Pacientka neměla žádné proleženiny.

7. Strach z onemocnění a ztráty sociální jistoty

Ošetřovatelský cíl:

- zmírnění strachu pacientky
- pacientka spolupracuje s ošetřovatelským týmem
- nemocná je klidná a plně informovaná o ošetřovatelském plánu

Ošetřovatelský plán péče:

- akceptovat pacientku a vytvořit důvěryhodný vztah
- promluvit s pacientkou o jejím strachu
- informovat nemocnou o všech ošetřovatelských výkonech
- seznámit ji s prostředím, provozem oddělení
- zajistit kontakt s ošetřujícím lékařem a psychologem
- návštěvy

Realizace a hodnocení ošetřovatelského plánu:

S nemocnou jsem při každém ošetřovatelském výkonu navázala rozhovor. Všechny ošetřovatelské výkony jsem nemocné vždy předem vysvětlila. Povzbuzovala jsem ji v jejím snažení a chválila každý pokrok. Vždy jsem jí vyslechla a snažila se ji povzbudit k vyjádření obav, starostí a myšlenek, které ji trápí. Pacientka vyjadřovala své nepříjemné pocity ze ztráty soběstačnosti, nespokojenost se svým fyzickým i psychickým stavem. Měla pocit, že je na obtíž. Měla obavu o svou budoucnost. Nejvíce ji trápilo, že si není schopná sama dojít na toaletu a pocit na zvracení. Vysvětlila jsem, že se na ni nikdo nezlobí a na obtíž není. Snažila jsem se jí navést k tomu, aby si dávala malé cíle a radovala se z maličností. Každá návštěva rodiny jí dělala radost, byla jí oporou. Ošetřujícímu lékaři jsem sdělila obavy pacientky.

Nemocná znala chod oddělení a personál. Podařilo se navázat vzájemnou důvěru. Pacientka se svěřovala se svými obavami. Po domluvě s ošetřujícím lékařem se pacientka rozhodla kontaktovat psychologa. Návštěvy měla paní V.Š. neomezené. Rodina byla nemocné velkou oporou. Podařilo se zmírnit obavy pacientky. Soustředila se na drobné pokroky a pomalu se vyrovnávala se svou situací.

3.6 Dlouhodobý plán ošetřovatelské péče

Paní V. Š. byla hospitalizována na oddělení onkologie 3 týdny. Onemocnění bylo závažné, s nejistou prognózou. Během této doby bylo třeba pokračovat ve většině krátkodobých diagnóz s pravidelným přehodnocováním míry soběstačnosti nemocné, aktualizací ošetřovatelských plánů i intervencí. Po stabilizaci stavu pacientky, kdy byla rodina rozhodnutá o paní V. Š. pečovat doma, byl dlouhodobý plán zaměřen také na přípravu rodiny. Před propuštěním pacientky domů měla její rodina, díky spolupráci se sociální sestrou, kontakty na agenturu domácí péče. Vzhledem k prognóze pacientky byl předán i kontakt na domácí hospic a kontakt na psychologa. Zajištěny byly i některé pomůcky jako např. chodítka. Rodina zakoupila i polohovací polštář. Dcera i manžel nemocné byli podrobně edukováni v péči o částečně nesoběstačného pacienta, byli seznámeni s postupem v případě výskytu nečekaných nebo nově vzniklých ošetřovatelských problémů.

4 HODNOCENÍ PSYCHICKÉHO STAVU A POTŘEB PACIENTKY

Pacientka byla na naše oddělení přijata pro celkové zhoršení stavu, čtyři dny po podání paliativní chemoterapie. Její diagnóza byla závažná. Již při předchozí hospitalizaci byla lékaři seznámena s prognózou svého onemocnění. Hospitalizaci pro zhoršení stavu provázeného zvracením a průjmem snášela velice špatně. Nejvíce ji sužovala ztráta soběstačnosti. V průběhu hospitalizace se zvracení a průjem podařilo zvládnout, nicméně základní onemocnění se zhoršovalo. Pacientka sama cítila, že se rezistence v břiše zvětšuje, tvoří se ascites. Uvědomovala si, jak slábně. Ze své situace byla smutná až depresivní. Musela se vyrovnávat se závažným stavem a špatnou prognózou onemocnění. Přesto se snažila vyhovět všem pokynům zdravotníků. Personálu důvěřovala, a proto nejspíš ochotně spolupracovala. Během hospitalizace postupně přehodnocovala životní priority a začala vnímat i malé pokroky jako úspěch. Před propuštěním do domácího ošetřování působila na rozdíl od své rodiny, smířeně.

4.1 Psychosociální dopad na pacientku a rodinu

Psychosociální dopad na pacientku i její rodinu byl veliký. V minulosti nijak vážně nestonala, žila aktivním a poměrně zdravým životním stylem. Dříve zubní instrumentářka, která byla krátce v důchodu, plánovala, jak na sebe s manželem, dětmi i vnoučaty budou mít více času, budou společně cestovat. Bohužel od prvních příznaků ke zjištění závažné diagnózy uplynulo několik týdnů. Po operaci, která odhalila rozsáhlé inoperabilní metastázy na peritoneu, střevech a omentu, byla indikována k paliativní chemoterapii. Po podání první série chemoterapie se její stav začal prudce zhoršovat. S tím souvisela i částečná ztráta soběstačnosti.

Rodina pacientky se rozhodla, že se bude o paní V.Š. starat v domácím prostředí sama. S tímto rozhodnutím nastaly v rodině velké změny. Nikdo z členů rodiny nebyl zdravotník, přesto neváhali. Celá situace byla pro rodinu jistě náročná, neboť se naprosto měnily role jejích členů. Z pečující manželky, maminky a babičky byla paní V. Š. náhle milovanou osobou, která potřebuje pomoc druhých. Dcera nemocné byla na mateřské dovolené a mohla tak většinu

dne trávit s maminkou. Ostatní členové rodiny se také zapojili do péče. Ohotně naslouchali radám zdravotníků ohledně ošetřování maminky.

4.2 Edukace

Slovo edukace pochází z latinského *educare*, *educare*. To v jazyce českém znamená vést vpřed, vychovávat. Edukace obsahuje výchovu a vzdělávání jedince. Ve zdravotnictví má svou nezastupitelnou roli a je součástí každodenní péče o pacienta, klienta. V průběhu péče, pacienta seznamujeme s diagnostickými i léčebnými postupy, plány péče atd. Edukací ovlivňujeme pacientovi postoje k nemoci, jeho chování, zlepšujeme jeho znalosti i dovednosti.

V oblasti edukace onkologických pacientů vznikl v Masarykově onkologickém ústavu v Brně zajímavý projekt. Ten se týká skupinové edukace pacientů. Zavedení projektu předcházela průzkum, který zjišťoval témata, která pacienty nejvíce zajímají. Těmito tématy byla zejména chemoterapie a výživa, péče o pokožku při radioterapii a sociální podpora. Výhodou tohoto způsobu edukace je jistě i sdílení zkušeností pacientů a vzájemná podpora. Zkušenosti z projektu vedou k rozšiřování edukačních aktivit s použitím moderních technologií. Internet, virtuální poradenství, webkamera, poradenství pomocí programu Skype má jistě budoucnost. Nabízí totiž pomoc pacientům bez ohledu na vzdálenost od edukátora.

4.2.1 Edukace pacientky a její rodiny

Témata edukace pacientky se vyvíjela dle jejího aktuálního stavu. Bylo nutné pacientku edukovat v oblasti výživy. Zde bylo třeba se zaměřit na vhodné potraviny při zvládnání nauzey. Doporučena byla netučná, lehce stravitelná jídla. Z nápojů pak zejména chlazené nápoje, ředěné ovocné šťávy, neperlivá voda a čaj. Po stabilizaci stavu bylo paní V. Š. doporučeno užívání Nutridrinku ať ve formě nápoje tak ve formě pudinku. Fyzioterapeutka a sestry pacientku i její rodinu edukovali v oblasti polohování a nácviku rehabilitace. Díky vzájemné spolupráci se podařilo předejít vzniku dekubitů a zároveň pacientce pomoci ve zlepšení schopnosti sebeobsluhy. V průběhu hospitalizace byl pro fragilitu cévního řečiště zaveden implantabilní venózní port. S tím souvisela edukace před

zavedením i po zavedení portu. Podaným informacím paní V.Š. dobře rozuměla. V čase před propuštěním do domácí péče bylo třeba edukovat i rodinu, nejvíce dceru a manžela nemocné. Rodina byla seznámena s prognózou pacientky a ošetrovatelským plánem. Dostala kontakt na agenturu domácí péče, kontakt na klinického psychologa. Zároveň byla seznámena s možností hospicové péče či v případě potíží, návratu do nemocnice. Se zdravotníky rodina komunikovala velice otevřeně. Prošla nácvikem péče o nemocnou. Před propuštěním pacientky věděli, koho z dalších zdravotníků mají kontaktovat v případě potřeby, včetně praktického lékaře.

5 ZÁVĚR

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila případovou studii nemocné s karcinomem ovaria. V klinické části jsem čtenáře seznámila s anatomickými poměry, podstatou onemocnění i možnostmi léčby. V další části se věnuji informacím o nemocné, popisují průběh hospitalizace. V poslední části se zabývám ošetrovatelskou anamnézou a z ní vycházejícími ošetrovatelskými problémy a postupy. Popsala jsem případ pacientky, kterou jsem ještě před jejím onemocněním dobře znala. Na žádost rodiny byla pacientka po 21. dnech hospitalizace v relativně stabilizovaném stavu propuštěna do domácí péče.

Z hlediska prognózy se dá očekávat progresse příznaků nemoci. Rodina byla připravená o paní V. Š. pečovat. Bylo pro mne emočně velice náročné pacientku ošetřovat a sledovat jak chřadne. Zároveň jsem si uvědomila, jak důležitá je v takových případech empatická, laskavá a vlídná péče nejen pro pacienta samotného, ale i pro jeho rodinu. Umění naslouchat, umožnit pacientovi projevit své pocity, obavy i smutek, je nedílnou součástí ošetrovatelství v paliativní péči. Jsem ráda, že jsem paní V. Š. mohla být nablízku v obtížné životní situaci.

Tři týdny po propuštění byla pacientka opět přijata pro zhoršení stavu. Po třech dnech v nemocnici zemřela obklopena rodinou. Od stanovení diagnózy až po úmrtí pacientky uplynuly 4 měsíce.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie II*. 2. Upravené a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2002. 470 s. ISBN 80-247-0143-X
2. DYLEVSKÝ, I., TROJAN, S. *Somatologie 2*. 2. Vydání. Praha: Avicenum, 1990. 312 s. ISBN 80-201-0063-6
3. HENDERSON, V. A. *Základní principy ošetrovatelské péče, ICN pro Mezinárodní radu sester*, London, 1960
4. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. Vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2
5. KOCOURKOVÁ J., SÝKOROVÁ, Z., KŘÍŽOVÁ, J. Skupinová edukace pacientů. *Sestra*, 2014, roč. 24, č. 3, str. 32-33. ISSN 1210-0404
6. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. Vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1
7. NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. Vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 248 s. ISBN 80-247-1150-8
8. NOVOTNÝ, J., VÍTEK, P., et al. *Onkologie v klinické praxi: standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů*. 1. Vydání. Praha: Mladá fronta, 2012. 531 s. ISBN 978-80-204-2663
9. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. Vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 160 s. ISBN 978-80-247-1211-6
10. SAMSON, Michal. Bolest u onkologických pacientů. *Sestra*, 2014, ročník 24, č. 4, str. 34-35. ISSN 1210-0404

11. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství 1: Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie. Ediční řada – Praktické příručky pro sestry*. 1. Vydání. Brno: IDVPZ, 1998. 50 s. ISBN 80-7013-263-9
12. ŠACHLOVÁ, M., Tomiška, M., Sláma, O. *Doporučené postupy nutriční péče u pacientů v paliativní péči: stanovisko pracovní skupiny pro výživu České společnosti paliativní medicíny ČLS /JEP*. 1. Vydání. Praha: Ambit Media, 2012. 21 s. ISBN 978-80-904596-5-6
13. TOMÍŠKA, Miroslav. *Prevence nevolnosti a zvracení po chemoterapii. Acta medicae*, r.2012, roč. 1., č. 2, s. 62-65. ISSN 1805-398X
14. TROJAN, Stanislav et al. *Lékařská fyziologie*. 4. Přepřacované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. 772 s. ISBN 80-247-0512-5
15. VAN DE LAAR, Rafli et al. *Cytoreductive surgery followed by chemotherapy versus chemotherapy alone for recurrent platinum-sensitive epithelial ovarian cancer (SOCceR trial): a multicenter randomised controlled study. Cytoreductive surgery followed by chemotherapy versus chemotherapy alone for recurrent platinum-sensitive epithelial ovarian cancer (SOCceR trial): a multicenter randomised controlled study* [online]. 2014 [staženo 2014-03-25]. DOI: 10.1186/1471-2407-14-22. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/14/22>
16. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H., et al. *Klinická onkologie pro sestry 2.*, přepřacované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2012. 448 s.+2 strany barevné přílohy. ISBN 978-80-247-3742-3
17. VORLÍČEK, Jiří. *Onkologie*. 1. vydání. Praha: Triton, 2012. 250 s. ISBN 978-80-7387-603-6

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

UICC – Union Internationale Contre le Cancer, mezinárodní klasifikační systém nádorů

FSH – folikulostimulační hormon

LH – luteinizační hormon, lutropin

FIGO – Mezinárodní federace gynekologie a porodnictví; klasifikační systém gynekologických nádorů

UPT – umělé přerušování těhotenství

CT – počítačová tomografie, počítačová tomografie

UZ – ultrazvuk

RTG – rentgen

LHK – levá horní končetina

PŽK – periferní žilní katétr

BMI – body mass index, index tělesné hmotnosti

tbl – tableta

inj – injekce

LS – léková skupina

I – indikace

NÚ – nežádoucí účinek

TK – tlak krevní

P – puls

TT – tělesná teplota

D – dech

ATD – antidekubitární

9 SEZNAM PŘÍLOH

1. Anamnestický dotazník (zdroj: Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK Praha)
2. Plán krátkodobé ošetřovatelské péče (zdroj: vlastní)
3. Realizace a hodnocení ošetřovatelské péče (zdroj: vlastní)

Ošetřovatelská anamnéza

Oddělení : ONKOLOGICKÉ ODĚLENÍ ON KLADNO
 Datum a čas odběru anamnézy : 15. 10. 2012, 6-18
 Jméno (iniciály) : V.Š. Pohlaví : ŽENA Věk : 64 LET
 Datum přijetí : 8.10.2012 Datum propuštění : 19.10.2012
 Stav : VDANA Povolání :

Rodina informována : ano ne

Diagnóza při přijetí (základní) : KARCINOM OVARIA, ZHORŠENÍ STAVU - NARŮŽEA, ZVRACENÍ, PROČEM K SYMPTOMATICE LÉČBY

Chronická onemocnění : ARTERIALNÍ HYPERTENZE

Infekční onemocnění : NE ANO
 Režimová opatření : ZUŠENÍ DOHLED

Léčba:
 Operační výkon : Pooperační den :
 Farmakoterapie : MORPHIN 11 10mg s.c. a 8h (8-16-24)
ZOFAN 8mg i.v. a 24h (8)
1000ml FL. 1/1 + 10ml NaCl 10% +
40mg HELICID / 80ml za hodinu

Jiné léčebné metody :

Má nemocný informace o nemoci : ano ne částečně

Alergie : ano ne jaké :

Fyziologické funkce : P : 75' TK : 120/70 D : 16' SpO2 : 98% TT : 36,8°C

Hmotnost : 58kg Výška : 165cm

1) Vědomí

stav vědomí : při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC :
 Orientovaný Dezorientovaný

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba).....*DOSUD VAŽNĚ NESTONALA*.....

Úrazy: ano ne jaké:.....

Prodělaná dětská onemocnění : *BEŽNÁ DĚTSKÁ ONEMOCNĚNÍ, NESTOUKĚ*.....

Infekční onemocnění : ano ne jaká :.....

6) Výživa, metabolismus

Dieta: *PROTIPRŮVÍVONÁ (PPI-I)* Nutriční skóre:.....

Chuť k jídlu : ano ne

Potíže s přijímáním potravy : ano ne jaké: *ROZIT PĚNOSTI, NÁUZEJA*.....

Jakým druhům potravin dává přednost : *ŽÁDNÉ NEPŘEDNOSTI NE*.....

Užívá doplňky výživy : ano ne jaké :.....

Enterální výživa *NYMÍ VI MÁLO* Parenterální výživa *ANO*.....

Denní množství tekutin : *cca 800 ml* Druh tekutin : *ČAJ, VODA*.....

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době : ano ne o kolik : *- 8 kg (3 MĚSÍCE)*.....

Umělý chrup : ano ne horní dolní

Potíže s chrupem : ano ne

7) Vyprazdňování

problémy s močením : ano pálení řezání retence inkontinence
 ne

problémy se stolicí : ano průjem zácpa inkontinence
 ne

stolice pravidelná : ano ne

poslední stolice : *15. 10. 2012*

Způsob vyprazdňování podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení:.....

Rektální odvodný systém:.....

Stomie.....

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim : *NEOMEZENÍ; VZHLÉDEM KE STAVU RAB POUŽE NA KŮŽKU*

Barthel test: *306 VYSOKÉ ZÁVISLÍ*

Riziko pádu: ANO skóre... *96 STŘEDNÍ RIZIKO* NE

Pohyblivost : chodící samostatně chodící s pomocí

ležící pohyblivý ležící nepohyblivý

pomůcky jaké : HRAZDA, AID MATRACE
POSTRANICE LUŽKA

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : 6 hodina usnutí : 22³⁰
poruchy spánku : ano ne jaké : ZUŠEVNÁ' POTŘEBA BĚHEM DNE
hypnotika : ano ne
návyky související se spánkem : MA' RADA MALÝ ROUSTÁREK POD HLAVOU

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem : ano ne jaké : HURĚ VIDÍ NA BLÍZKO
potíže se sluchem : ano ne jaké :
porucha řeči : ano ne jaká :
kompenzační pomůcky : ano ne jaké : BYLE

orientace : orientován
 dezorientovaný místem časem osobou

11) Sebevědomí, sebeúcta – hodnocení psychosociálního stavu

je raději : sám v kolektivu S RODINOU
co si myslí o svém zevnějšku a o sobě : UVIÍMÁ, ŽE HUBNE A ZTRACÍ SILU, TRÁPÍ VI
pocit zlosti, vzteku : ano ne NESOBĚSTACNOST
pocit strachu : ano ne z čeho : Z NEMOCI
pocit úzkosti : ano ne Z NESOBĚSTACNOSTI
jak klient vyjadřuje negativní emoce : PLAČE
emocionální stav : LABILNÍ, PLACHTIVA'
Úroveň komunikace a spolupráce : KOMUNIKUJE BĚZ PROBLÉMU, SNÍŽÍ SE
SE MAXIMÁLNĚ SPOLUPRACOVAT

12) Role, vztahy

vztah klienta k ostatním lidem : S PERSONÁLEM SPOLUPRACUJE, USTRČENÁ, SNÍŽÍ SE
bydlí doma sám : ano ne UVAHUJET
kdo bude o klienta pečovat po propuštění : MANŽEL A DĚTA S RODINOU
kontakt s rodinou : ano ne
SPOLUPRÁCE S RODINOU JE NA UPRÁDNĚ ÚROVNI

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©

13) Reprodukce, sexualita

počet porodů : 3.....

počet potratů : 0.....

antikoncepce : ano ne jaká :

pravidelnost menstruace : ano ne Klimakterium : ano ne

problémy s prostatou : ano ne jaké :

pohlavní onemocnění : ano ne jaké :

zvláštnosti v sexuálním chování : /.....

14) Stres, zátěžové situace

psychický stav : klidný rozrušený úzkostný depresivní strach

prožívá nějaké napětí : ano ne jaké, z čeho : STRACH Z NEMOCI Z BUDOUCNOSTI

způsob odreagování : NAUŠTEJPA RODINY, ČTENÍ.....

kouření : ano ne kolik : 2-3/DEN

alkohol : ano ne kolik : PŘÍLEŽITOSTNĚ VÍNO

drogy : ano ne jaké :

15) Víra

Víra ano ne jaká :

16) Invazivní vstupy

Drény : ano ne jaké : Datum zavedení:

Permanентní močový katétr : ano ne

i.v. vstupy : ano periferní datum zavedení: 14.10.12 kde: PŘEDLOKTÍ LHK

Stav : BEZ ZŮPÄEK SPÄJETV

centrální datum zavedení: kde:

stav :

ne

Sonda : ano ne jaká : datum zavedení :

Stomie : ano ne jaká:..... stav :

Endotracheální kanyla : ano ne č.ETR :datum zavedení:

Tracheotomie : ano ne č.: od kdy:

Arteriální katétr : ano ne

Epidurální katétr: ano ne

Jiné invazivní vstupy:.....

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

1. Barthelové test základních všedních činností (ADL - activities of daily living)

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
5. kontinence moči	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
6. kontinence stolice	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0

30 bodů

Zdroj: Staňková, M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

0-40 bodů: vysoce závislý

45-60 bodů: závislost středního stupně

65-95 bodů: lehce závislý

100 bodů: nezávislý

2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	< 10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobrý 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Není 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Část. omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	< 60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč+stolice 1

18 bodů

Zdroj: Staňková, M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

3. Hodnocení nutričního stavu

NRS – Nutricional Risk Screening

Je BMI (kg/m ²) pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	NE

Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Zdroj: Grofová, Z., Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry, Grada 2007

4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

Rizikové faktory pro vznik pádu	
Anamnéza:	
<input type="checkbox"/> DDD (dezorientace, demence, deprese)	3 body
<input type="checkbox"/> věk 65 let a více	2 body
<input type="checkbox"/> pád v anamnéze	1 bod
<input type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladi na lůžkové odd.	1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> zrakový/sluchový problém	1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepresiva, laxativa)	1 bod
Vyšetření	
<input checked="" type="checkbox"/> Soběstačnost	
- úplná	0b
- částečná	2b
- nesoběstačnost	3b
<input checked="" type="checkbox"/> Schopnost spolupráce	
- spolupracující	0b
- částečně	1b
- nespoupracující	2b
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetřovatelského personálu)	
<input type="checkbox"/> Míváte někdy závraťe?	ANO 3 body
<input type="checkbox"/> Máte v noci nucení na močení?	ANO 1 bod
<input type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout ?	ANO 1 bod
Celkem: 7 bodů	
0-4 body	Bez rizika
5 - 13 bodů	Střední riziko
14 - 19 bodů	Vysoké riziko

Ošetřovatelské zhodnocení

PACIENTKA PŘI VĚDOMÍ, LEŽÍCÍ. SPOLUPRACUNE. VE VELIKÉ STÁŘI, S DOPOMOCÍ SE DOKÁŽE OTOČIT NA BOK.

PACIENTKA POTŘEBNĚ DOPOMOC TĚMĚŘ VE VŠECH OBVASTECH.

V HODNOCENÍ BARTHEL JEJÍ DOSAHLA 25 BODŮ, RIZIKO PÁDU JE STŘEDNÍ.

RIZIKO VŘEŠKŮ DEKUBITŮ JE STŘEDNÍ. PACIENTKA TRPÍ BOLESTÍ V OBLASTI STAVIDEL. JE TŘEBA sledovat bolest a reakci na analgetika.

STAV NUTRIČNÍ JE U PACIENTKY ZHOŘSELÝ. VRAKEDY K NÁRŮKŮ, ZUBŘENÍ A PRŮJMU DOSAHLA PARENTERÁLNÍ VÝŽIVY. ENTERÁLNÍ VE OMEZENÍ. FYZIOLOGICKÉ JCE V NORMĚ. MÍSTO ÚSTUPU PÁK KUDNĚ.

NUTRIČNÍ PÉČE O SUCHOU POKOŽKU. NUTRIČNÍ PSYCHICKÁ PODPORA B. ČEK!

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK

Plán krátkodobé ošetrovatelské péče			
Ošetrovatelská diagnóza	Ošetrovatelské cíle	Ošetrovatelské intervence	Stanovila
1. RIZIKO ASPIRACE Z DŮVODU ZURÁVENÍ, RIZIKO DEHYDRATACE Z DŮVODU SNIŽENÉHO PŘÍJMU A ZTRÁTY TEKUTIN KURÁŽNÍMI A PŘÍJEMEM	<ul style="list-style-type: none"> - ZAJIŠTĚNÍ KOMERČNÍ ASPIRACE, VHDNUTÍ POLNHA - KEDYŽ K ASPIRACI - DOSTATEK TEKUTIN - PŘÍJEM A ÚTĚS VÝROVNĚ - RŮZNÝMI INFORMACIAMI 	<ul style="list-style-type: none"> - ZAJIŠTIT ŽÁD. POTŘEBY, POUŽÍVAT PŘI ZURÁVENÍ (SÍDEK) - VHDNUTÍ POLNHA - JEDNOTNÝ STUP, VEŠS ROKOVANÍM PŘÍJEM - MĚŘENÍ VÍMÍ ROZDĚL SNIŽOVÁNÍ - KONTROLA ÚT. FOK. KURŽE, VÝROVNĚ - SLEDOVAT PŘÍJ. FREKVENCÍ KURŽEL A STOLIC V. "HODNOTY" - VHDNUTÍ TEKUTIN - APLIKOVAT INFUZE A LÉKA DLE ORD. LÉKAŘE 	Červinková Barbara
2. BOLEST Z DŮVODU KŮSTERNÍHO ONEMOCNĚNÍ	<ul style="list-style-type: none"> - ZMÍRNĚNÍ BOLESTI NA ŠKÁLE 1-3 - ZOKÁŽE ŽE SÁTA - DOSTAT V LŮŽKU 	<ul style="list-style-type: none"> - ZJIŠTIT LOKALIZACI, CHARAKTER - INTENZITU BOLESTI NA ŠKÁLE 0-10 - VYHÝBNIT ZPŮSOBNÝM ÚČINNOSTI POLNHA - ZAJIŠTIT KLID NA POKOJI - APLIKOVAT PŘEDPISANÉ ANALGETIKA - SLEDOVAT ÚČINNOST ANALGETIKA a "HOD" 	Červinková Barbara
3. DEFICIT SEBEPEČE V OBLASTI HYGIENY, ODĚVU, PŘÍJMU POTRAVINY A VYPRÁZDNŮVNÍ Z DŮVODU CELKOVÉ SLABOSTI	<ul style="list-style-type: none"> - S POTRUBÍ "AKTIVNÍ" ZAPOJENÍ DO ÚČINNÉ ČINNOSTI - UČENÍ SI STÁHÁNÍ - SCHOPNOSTI A OBL. PŘÍJMU POTRAVINY A VYPRÁZDNŮVNÍ 	<ul style="list-style-type: none"> - PŘÍMĚLNĚ HODNOCIT MÍRU SLEPĚCHENÍ - ZAJIŠTIT MÍRU PŘI VYPRÁZDNŮVNÍ - POTRUBÍ K LŮŽKU - ZAJIŠTIT EDUKAČNÍ ROVNÝ V PĚTI A NEJEDNĚNÍM PŘI - PŘÍJMU POTRAVINY - KONTROLA ČINNOSTI, HYGIENY, POKROČENÍ - HYGIENA S POTRUBÍ (VŠETNĚ ROVNÝ) 	Červinková Barbara
4. RIZIKO RŮZNÝCH INFEKCE Z DŮVODU KŮSTERNÍ PŘI	<ul style="list-style-type: none"> - VEŠS ODHADIT - PŘÍJMU POTRAVINY KŮSTERNÍ INFEKCE 	<ul style="list-style-type: none"> - SLEDOVAT MÍSTO ZAPLETENÍ - PŘÍJMU POTRAVINY PŘI PŘÍJMU LÉKŮ - DO PŘI - SLEDOVAT MÍRU ZAPLETENÍ KŮSTERNÍ - PŘÍJMU POTRAVINY V PĚTI, MĚŘENÍ - 24h - INFORMOVAT LÉKAŘE A POKROČENÍ PŘÍJMU POTRAVINY INFEKCE V MÍSE KŮSTERNÍ 	Červinková Barbara
5. POTENCIÁLNÍ RIZIKO PÁDU Z DŮVODU CELKOVÉ SLABOSTI, ZÁBLUDNUTÍ A PODOZŘENÍ MEDIKACE	<ul style="list-style-type: none"> - KEDYŽ K ÚRAZENÍ ANI PÁDU - PACIENTKA RIZIKO DŮVODŮ INFORMACIAMI 	<ul style="list-style-type: none"> - ZHODNOCIT RIZIKO PÁDU - OPRAKOVANĚ EDUKOVAT PACIENTKU - BODNŮVŮ A ZAJIŠTIT PŘÍJMU POTRAVINY A VYPRÁZDNŮVNÍ - NEJEDNĚNÍM LÉKAŘE V PĚTI A OČELI - SLEPĚCHENÍ, ÚSTĚVNÍ - POTRUBÍ ŽÁD. POTŘEBY V LŮŽKU - KŮSTERNÍ MÍRU 	Červinková Barbara
6. RIZIKO PORUŠENÍ KŮSTERNÍ INTEGRITY Z DŮVODU MOBILIZACE A PŘÍJMU	<ul style="list-style-type: none"> - PACIENTKA BŮDE MÍT ČISTOU, NEPORUŠENOU KŮSTERNÍ - ZAJIŠTĚNÍ MOBILIZACE V LŮŽKU 	<ul style="list-style-type: none"> - ZAJIŠTIT ŽÁD. HYGIENU PO KAŽDÉM VYPRÁZDNĚNÍ - POUŽÍVAT OCHRANNÉ PŘÍSTŘEDÍ NA KŮSTERNÍ - KONTROLA PŘÍJMU POTRAVINY - POTRUBÍ S POKROČENÍM PŘÍJMU POTRAVINY LÉKAŘE - POKROČENÍM PŘI PŘÍJMU 	Červinková Barbara
7. STRAČA Z ONEMOCNĚNÍ A ZTRÁTY SOCIÁLNÍ VÍSTOTY	<ul style="list-style-type: none"> - ZAJIŠTĚNÍ STRAČU PACIENTKY - PAC. SPOUŠTĚNÍ S OŠETŘ. TYPETI - NEJEDNĚNÍM VE KLIDNĚ, PŘÍJMU POTRAVINY A VYPRÁZDNŮVNÍ 	<ul style="list-style-type: none"> - AKCE PROVÁDĚT PACIENTKU A VYPRÁZDNŮVNÍ ÚSTĚVNÍ - PŘÍJMU POTRAVINY S PAC. O ÚČINNOSTI - INFORMOVAT O ÚČINNOSTI ÚČINNĚ - ZAJIŠTĚNÍ S POKROČENÍM, PŘÍJMU POTRAVINY - KŮSTERNÍ KONTAKT S POKROČENÍM - MŮŽE 	Červinková Barbara

