

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Studijní obor: Ošetřovatelství 5341R003



Le Thi Hong Hanh

Ošetřovatelská kazuistika pacienta s diagnózou karcinom jícnu
Nursing Process in a Patient with a Diagnosis of the Esophageal Cancer

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečná práce: PhDr. Hana Horová

Datum obhájení práce

Praha dne:/...../.....

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem uvedl/a všechny použité informační zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby tato závěrečná práce byla archivována v Ústavu vědeckých informací 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a zde užívána ke studijním účelům. Za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

Souhlasím se zpřístupněním elektronické verze mé práce v Digitálním repozitáři Univerzity Karlovy v Praze (<http://repozitar.cuni.cz>). Práce je zpřístupněna pouze v rámci Univerzity Karlovy v Praze

Souhlasím

V Praze dne:.....

Le Thi Hong Hanh

.....

Poděkování:

Děkuji tímto PhDr. Haně Horové za odborné vedení bakalářské práce a za cenné rady, které mi pomohly při jejím zpracování.

Identifikační záznam:

LE THI, Hong Hanh. *Ošetřovatelská kazuistika pacienta s diagnózou karcinom jícnu. [Nursing Process in a Patient with Esophageal Cancer]*. Praha, 2010. 32s. 10 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetřovatelství 1. LF UK 2010. Vedoucí práce Horová Hana.

Abstrakt:

Tématem této bakalářské práce je „Ošetřovatelská kazuistika pacienta s diagnózou karcinom jícnu“. Práce je rozdělena na klinickou a ošetřovatelskou část. Klinická část se skládá ze dvou hlavních kapitol. První kapitola je zaměřena na teorii problematiky karcinomu jícnu. Je zde popsána stručná charakteristika vlastního onemocnění a jeho výskytu ve světě a v České republice. Dále popisuje příčinu a rizikové faktory, příznaky, diagnostiku, léčbu, prevenci a prognózu onemocnění. Druhá kapitola je zaměřena na vlastní hospitalizaci pacienta. V ošetřovatelské části jsou popsány jednotlivé kroky ošetřovatelského procesu, edukace klienta a jeho prognóza ve vztahu k následné ošetřovatelské péči.

Klíčová slova:

Karcinom jícnu, ošetřovatelská péče, potřeby, ošetřovatelské diagnózy, edukace.

Abstract:

Theme of this bachelor work is „nursing process in a patient with a diagnosis of the esophageal cancer“. The thesis is divided into a clinical and of nursing section. Clinical section consist of two main chapters. The first chapter focuses on the theories about the problems of esophageal cancer. In this chapter brief characteristic of own disease and incidence in the World and Czech republic. Next describes the causes and risk factors, symptoms, diagnosis, treatment, prevention and prognosis of the disease. The second chapter is focused on the own patient hospitalization. In the nursing section describes the individual steps of the nursing process, client education and his prognosis in relation to subsequent nursing care.

Key words:

Esophageal cancer, nursing care, needs, nursing diagnosis, education.

OBSAH

ÚVOD	8
1 KLINICKÁ ČÁST	9
1.1 Definice	9
1.2 Demografie a epidemiologie	9
1.3 Etiologie a rizikové faktory.	9
1.4 Příznaky nemoci	10
1.5 Komplikace	11
1.6 Diagnostika	11
1.7 Terapie	12
1.7.1 Chirurgická léčba	12
1.7.2 Endoskopické zavádění stentu	13
1.7.3 Radioterapie	13
1.7.4 Chemoterapie	13
1.8 Prevence	14
1.9 Prognóza	15
1.10 Základní identifikační údaje	16
1.11 Lékařská anamnéza	16
1.12 Lékařské diagnózy	17
1.12.1 Hlavní důvod hospitalizace	17
1.12.2 Ostatní lékařské diagnózy	17
1.13 Diagnostické metody	18
1.13.1 Fyziologické funkce	18
1.13.2 Laboratorní vyšetření	19
1.13.3 Další diagnostická vyšetření	21
1.14 Terapie	21
1.14.1 Farmakoterapie	21
1.14.2 Dietoterapie	22
1.14.3 Fyzioterapie a pohybový režim	22
1.15 Průběh hospitalizace	23

2 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	23
2.1 Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu	23
2.1.1 Náhled nemocného na nemoc a hospitalizaci, hodnocení sestrou	23
2.1.2 Základní fyziologické potřeby	23
2.1.3 Psychosociální potřeby	26
2.2 Ošetřovatelské diagnózy	27
2.3 Cíle, plány, realizace a hodnocení	27
2.4 Edukace	32
2.5 Závěr a ošetřovatelská prognóza	33
SEZNAM LITERATURY A DALŠÍCH ZDROJŮ	34
SEZNAM ZKRATEK	35
SEZNAM PŘÍLOH.	37

ÚVOD

Nádory trávicí trubice patří mezi nejčastější zhoubné novotvary a maligní nádor jícnu se podílí téměř jednou čtvrtinou na celkové úmrtnosti na tato onemocnění. Jejich průběh začíná často nenápadně, což bývá příčinou pozdního rozpoznání. Proto je potřeba věnovat větší pozornost jejich včasné diagnostice, neboť u lokalizovaných forem onemocnění může být výsledkem kurativní účinek s dobrou prognózou.

V průběhu studia jsem absolvovala praxi na různých interních odděleních. Nejvíce se mi líbilo na gastroenterologii. Protože mě tento obor zaujal a chtěla jsem si prohloubit znalosti z této oblasti, zpracovala jsem ve své bakalářské práci ošetrovatelskou kazuistiku 74letého pacienta s diagnózou karcinom jícnu.

Práce je zpracována se souhlasem pacienta.

1 KLINICKÁ ČÁST

1.1 Definice

Karcinom jícnu je maligní onemocnění vznikající maligní transformací dlaždicového (skvamózního) epitelu jícnu (epidermoidní karcinom) nebo metaplastického epitelu Barrettova jícnu či acinózních žláz lokalizovaných ve stěně jícnu (adenokarcinom). (1)

1.2 Demografie a epidemiologie

Karcinom jícnu patří mezi gastrointestinální malignity se zákeřným nástupem a špatnou prognózou. Toto onemocnění postihuje převážně starší věkové skupiny, přičemž nejvyšší výskyt je mezi 60. – 70. rokem, zřídka u dětí a mladých dospělých. Výskyt karcinomu jícnu je u mužů zhruba čtyřikrát častější. Zdaleka nejčastější je spinocelulární karcinom. Adenokarcinom tvoří méně než 15 % všech druhů rakoviny jícnu. Ostatní zhoubné nádory jícnu, jako jsou sarkomy, lymfomy, primární maligní melanom a malobuněčný karcinom, jsou velmi vzácné.

Výskyt rakoviny jícnu se také výrazně liší podle geografických regionů a rasy. Nejvyšší výskyt rakoviny jícnu je v Linxianu v Číně. Dále pak v Iránu, Rusku, Kolumbii a v Jihoafrické republice. V ČR byla v roce 1989 incidence 322 případů na 100 000 obyvatel. V roce 2006 již 503 případů na 100 000 obyvatel. (1, 3, 8, 9, 10)
(Dělení nádorů jícnu znázorňuje příloha 1)

1.3 Etiologie a rizikové faktory

Neznáme přesnou příčinu rakoviny jícnu, ale známe některé z rizikových faktorů.

Kouření cigaret a konzumace alkoholu

jsou dva nejvýznamnější rizikové faktory. Kuřáci cigaret, ve srovnání s nekuřáky, umírají na karcinom jícnu pětikrát častěji, konzumenti alkoholu mají ve srovnání s abstinenty 4 – 5 krát vyšší riziko onemocnění. Kombinace silný kuřák a silný piják zvyšuje riziko onemocnění 25 – 100 krát. Tabák a alkohol vyvolávají zejména dlaždicobuněčný karcinom jícnu.

Metaplazie epitelu v jícnu (Barrettův jícen)

Asi 7 % populace trpí gastrointestinálním refluxem, z toho asi u desetiny dojde v souvislosti s ním v distální třetině jícnu k metaplazii dlaždicového epitelu na cylindrický a k dalším změnám, které jsou popsány v gastroenterologické literatuře. Tato prekanceróza se nazývá Barrettův jícen. Adenokarcinom se u nemocných s Barrettovým jícnem vyskytuje 30 – 40 krát častěji. Dalšími rizikovými faktory jsou achalázie jícnu a reflexní ezofagitida.

Dietní vlivy

Avitaminózy (A, B, C, E), podvýživa, hyposiderinémie, chronická konzumace horkých nápojů a silně kořeněných jídel, nedostatek vlákniny, nitrosaminy v potravě a ve vodě, obezita. (1, 12)

1.4 Příznaky nemoci

Příznaky onemocnění se u pacienta s karcinomem jícnu objevují až v pokročilém stádiu choroby, což má za následek velmi špatnou prognózu. Nejčastějším příznakem, který pacienta dovede k lékaři, je **dysfagie a váhový úbytek**. Jícen je však elastický, takže ke klinicky závažné dysfagii dojde až při 50% zúžení jeho průměru, a proto je dolní dysfagie téměř vždy již příznakem pozdním, signalizujícím značně pokročilé onemocnění.

Odynofagie je druhým nejčastějším projevem rakoviny jícnu. Může být způsobena vředy v oblasti nádoru nebo bolestmi v polovině zad a hrudníku.

Nechutenství a hubnutí často vyplývá ze sníženého příjmu potravy.

Chrapot a změna hlasu je následkem ochrnutí hlasivek.

Těžký kašel a aspirace jsou obvykle výsledkem invaze nádoru do dýchacích cest nebo rozvojem píštěle mezi jícnem a tracheobronchiálním stromem.

Zjevné gastrointestinální krvácení jako hematemesis nebo meléna se manifestuje jen zřídka.

Chronické subklinické krvácení je hlavním faktorem pro chudokrevnost. Masivní krvácení se může vzácně objevit a může vyžadovat chirurgické ošetření v případě, že endoskopická terapie selže. (1, 8, 9)

1.5 Komplikace

Rakovina jícnu se snadno rozšíří přes tenké stěny jícnu. V důsledku absence serózy dojde k invazi do přilehlých struktur – průdušnice, levé a pravé průdušky, aortálního oblouku a descendentní aorty, perikardu, pleury a páteře. Nádorové pronikání do všech těchto struktur patří mezi nejzávažnější a někdy i život ohrožující komplikace.

Mnoho komplikací rakoviny jícnu je způsobeno obstrukcí a lokální invazí nádoru. Pacienti často podvědomě konzumují stravu měkkou nebo tekutou, aby zabránili dysfagii. Progresivní neschopnost polykat tuhou stravu vede ke snížení hmotnosti a nutričním nedostatkům. Při zaklínění stravy může dojít k těžké stenóze, která vyžaduje endoskopickou terapii. Zápach z úst může být přítomen v důsledku potravinové stázy a regurgitace.

Plicní komplikace

Aspirační pneumonie a plicní absces. Nádor může způsobit kompresi a obstrukci tracheobronchiální stromu, což vede k dušnosti, chronickému kašli a občas postobstrukčnímu zápalu plic. Ten je způsoben šířením nádoru píštělemi jícnové cesty do průdušnice a bronchu. Tím zvyšuje úmrtnost.

Přestože aortální oblouk a descendentní aorta leží v sousedství jícnu, rozšíření do těchto struktur je méně časté než invaze do dýchacích cest. Eroze přes aortální stěnu může vést k těžkému krvácení a je často fatální. Tumorové prorůstání do perikardu bylo hlášeno jako neobvyklá příčina arytmie a poruchy vedení vzruchu. (9)

1.6 Diagnostika

Klinické vyšetření

Ezofagogastroskopie

Histologické ev. i cytologické vyšetření

Kontrastní RTG vyšetření jícnu – pasáž jícnem (polykací akt)

Endosonografie jícnu

RTG srdce a plic

CT mozku, hrudníku a horního břicha

Laboratorní vyšetření včetně tumorových markerů

PET trupu

Scintigrafie skeletu

Bronchoskopie. (9)

(Diagnostický algoritmus karcinomu jícnu znázorňuje příloha 2)

1.7 Terapie

Terapie karcinomu jícnu se řídí stádiem onemocnění, respektive lokální pokročilostí nádoru. Základem je chirurgická léčba.

(Stádia pokročilosti u karcinomu jícnu znázorňuje příloha 3)

1.7.1 Chirurgická léčba

Uplatňuje se téměř u všech stádií onemocnění. Provádí se:

- kompletní resekce jícnu,
- totální ezofagektomie,
- radikální extirpace jícnu,
- transhiátová ezofagoectomie,
- distální jícnová resekce s nitrohruční anastomózou.

Pooperační mortalita

Po resekcích jícnu se pohybuje mezi 5 – 15 %. Častou lokální recidivou je šíření nádoru lymfatickými cévami mediastina, někdy i longitudinální šíření ve stěně zbylého jícnu. Až 40 % karcinomu jícnu se šíří za hranici 5 cm od makroskopického okraje nádoru. Mikroskopické ověření resekční hranice, lymfatických uzlin a perifokálního tuku je základem pro odhad prognózy onemocnění po operaci, zejména pro plánování případné další zajišťovací léčby.

Pětileté přežití po ezofagektomii pro karcinom jícnu je uváděno pouze mezi 10 – 20 %. Přesto je resekce jícnu nejlepší paliací dysfagie či afagie. Více než 50 % operovaných zůstává i při další progresi onemocnění bez dysfagických obtíží.

1.7.2 Endoskopické zavádění stentu

Provádí se u inoperabilního karcinomu jícnu působící dysfagické obtíže zavedením endoprotézy, respektive stentu. Stenty dělíme na několik různých typů, některé v současnosti zcela vytlačily dříve užívané, operačně zaváděné endoprotézy Harringova nebo Celestinova typu. Nelze-li při těžké dysfagii stent zavést, nezbyvá než provést gastrectomii.

Endoskopické makroskopické typy nádorů (pro karcinom jícnu lze stanovit

tyto klasifikační typy)

0 – Časný karcinom jícnu

I – Vyklenutý karcinom (polypózní – maligní polyp, verukózní – podobně jako karcinom anální, houbovitý – ulcerace se zbytky nádoru na okraj).

II – Vyhlobený karcinom.

III – Plochý karcinom, infiltrující – způsobuje rigiditu stěny jícnu bez zřetelného rozpadu povrchu.

IV – Pokročilý karcinom neklasifikovatelný

1.7.3 Radioterapie

Používá se nejčastěji ve formě zevního ozáření megavoltážní technikou tří nebo čtyř konvergentních polí, eventuálně rotační technikou. Jedná se o kurativní záměr, předoperační ozáření či paliativní ozáření. S úspěchem je využívána i brachyradioterapie.

1.7.4 Chemoterapie

U karcinomu jícnu je sice méně účinná než u jiných nádorů, přesto však se považuje za užitečnou léčebnou metodu. Uplatní se v různé formě:

- adjuvantní podání,
- neadjuvantní podání,
- konkombinantní chemoterapie,
- paliativní chemoterapie.

(Přehled doporučovaných kombinací cytostatik vhodných k léčbě karcinomu jícnu znázorňuje příloha 4)

Sledování

Individuálně dle symptomů, klinického stavu a léčebného záměru

U asymptomatických nemocných:

Klinická kontrola, anamnéza, odběry á 4 měsíce 1 rok, á 6 měsíců 2 roky, dále 1x ročně. Ezofagogastroskopie, eventuelně kontrastní rtg vyšetření, á 4 - 6 měsíců první 2 roky, dále 1x ročně, význam k odlišení lokální recidivy od pooperační nebo poradiační stenosis)

RTG S+P 1x ročně.

CT dle kliniky. (3, 5, 12)

(Zjednodušený algoritmus léčby karcinomu jícnu znázorňuje příloha 5)

1.8 Prevence

Riziko vzniku tohoto onemocnění lze výrazně snížit tím, že zamezíme působení některých rizikových faktorů. Rizikové faktory, jako je věk, pohlaví, rasa, nelze změnit. Jiné faktory, jako je např. životní styl, mohou být změněny. Jedná se především o užívání tabáku a alkoholu. Vyhýbání se těmto 2 faktorům je nejlepší způsob, jak snížit riziko vzniku karcinomu jícnu.

Dieta a cvičení jsou také důležité. Strava bohatá na ovoce a zeleninu, zejména pokud se konzumuje v syrovém stavu, je dobrá myšlenka, jak přispět k prevenci rakoviny jícnu. Vzhledem k tomu, že také obezita je spojena s vyšším rizikem vzniku tohoto onemocnění, především typu adenokarcinomu, tak fyzická aktivita a udržování zdravé hmotnosti snižují riziko výskytu.

Některé studie zjistily, že riziko vzniku rakoviny jícnu se sníží u lidí, kteří užívají aspirin nebo jiné nesteroidní protizánětlivé léky, jako je ibuprofen. Pravidelné užívání NSA je třeba pečlivě projednat se lékařem, určit potenciální přínosy a rizika.

Další rizikovou skupinou jsou osoby s diagnózou Barrettův jícen. Tyto klienty je důležité podrobit testování a sledovat, zda abnormální buněčné množení dál nepokračuje.

(8, 11)

1.9 Prognóza

Výsledky léčby karcinomu jícnu jsou velmi neuspokojivé. Medián přežití nemocných, u nichž se kompletní resekce jícnu podařila, je asi 18 měsíců. Těmto výsledkům se blíží výsledky konkombinantní chemoradioterapie. Medián přežití nemocných léčebných samotnou radioterapií je pouhých 12 měsíců.

Operační výkon tedy jen zřídka má kurativní charakter. Je to způsobeno nerozpoznanou diseminací již v době operace. Nejdůležitějším prognostickým faktorem délky života je klinické stádium při diagnóze. Mimo stádia onemocnění je také důležitý počet postižených mízních uzlin. Stahl udává následující pětileté přežití: I. st. 50 - 90%, II. st. 25 - 50%, III. st. 10-25%, IV. st. <10%. (1)

1.10 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: J. T

Oslovení: pane T.

Věk: 74 let

Vyznání: katolík

Vzdělání: SOU

Povolání: důchodce

Pojišťovna: VZP (111)

Pohlaví: muž

Adresa: Praha

Telefon: ano

Stav: vdovec

Datum přijetí: 26. 12. 2009

Důvod přijetí: Pacient byl přijat pro 3 dny trvající zvracení s příměsí krve - k dovyšetření.

Ošetřovala jsem: 26. – 30. 12. 2009

1.11 Lékařská anamnéza

Osobní anamnéza: st. p. drobné CMP s dysartrií v roce 2008, chronické ICHS, st. p. IM a „klinické smrti“ navozené maligní arytmií, st. p. impl. PM v roce 2008, chronická antikoagulační terapie, amaurosa vlevo (posttraumatická 1945, protéza bulbu), nedoslýchavost, operace: 0 (11/09 diagnostikován karcinom jícnu).

Alergická anamnéza: 0 (neguje)

Pracovní a sociální anamnéza: důchodce, dříve strojní zámečnick (práce v uranovém dole 8 let), nyní vdovec, žije sám v nájemním bytě. Vlastní děti neměl, s dětmi bývalé manželky se nestýká a nevdá mu to. Stravuje se u známých. Často ho navštěvuje vlastní sestra.

Abusus (toxická anamnéza): kouření – celoživotně, začal kouřit už od 10 let (asi 12 - 15 cigaret/denně, nyní 10cigaret/denně) alkohol – příl. málo piva, drogy – 0

Farmakologická anamnéza: Coryol 1/2 – 0 – 1/2; MonoMack 1/2 – 0- 0 ; Warfarin 5 mg střídá: 1 tbl – 1/2 tbl – 1/2 tbl (vysadil 15.11); Warfarin 3 mg 0 – ½ - 0; Holetar 0 – 0 – 1; Prestarium 1 – 0 – 0; Citalec 1 – 0 – 0.

Nynější onemocnění: pacient je přivezen sanitou v doprovodu své sestry pro anamnézu 3 dny trvajícího zvracení s příměsí krve. Dle pacienta již od poslední hospitalizace intermitentně zvrací, nyní od 23. 12. 2009 zvrací každý den asi 3 x žaludeční šťávy a krevní sraženiny černé barvy, charakteru kávové sedliny. Dnes 26. 12. 2009 se objevilo i několik kapek světle červené krve.

Subjektivně: cítí se unavený, dušnější, intermitentní vertigo po postavení. Od počátku onemocnění redukoval asi 10 kg. Mletou stravu toleruje.

Objektivně: SF: 66/min; TK: 110/80 mmHg; D: eupnoe; TT: afebrilní; hmotnost:70 kg; výška: 168 cm; vědomí: orientován plně, spolupracuje, klidný, celková hybnost bez omezení, bez cyanózy, bez ikteru, kůže bez eflorescencí, výživa – nadváha (uvedeno v chorobopise pacienta – BMI má 24,8), hydratace v normě, orient. neurologický nález bpn.; hlava a krk: přiměřený věk, foetor nikotin, protéza levého bulbu; hrudník: PM v l. subclaviu, jizva klidná, dýchání čisté a sklípkovité ozvy 2 ohraničené, srdeční frekvence normální; břicho: v niveu, dýchá celé, poklep, difúzní bubínkový, palpačně měkké, prohmatné, nebolestivé, pulzující objemná rezistence paraumbilikální vlevo, peristaltika +, bez peritoneálního dráždění, játra a slezina nehmatné, tapotment negativní; DK: bez otoků a známek TEN. (14)

1.12 Lékařské diagnózy

1.12.1 Hlavní důvod hospitalizace

- Neprůchodnost jícnu

1.12.2 Ostatní lékařské diagnózy

- Stenózující adenokarcinom distálního jícnu – indikován konzervativní postup pro interní polymorbiditu (inoperabilní Ca jícnu).
- Zaveden metalický stent (19. 11. 2009) – rozsáhlé, klinicky němé aneurysma abdominální aorty s nástěnným trombem, vs. st. data. (dle CT vyšetření aneurysma jdoucí na a. iliaca communis dextra a a. iliaca communis externa.

- ICHS, st. po IM a „klinické smrti“ navozené vs. maligní arytmii.
- Dilatace LK, těžce omezená EF 25 – 30%
- St. p. impl. PM v roce 2008
- Chronická antikoagulační terapie
- Rozsáhlé aneurysma celé hrotové části LK, staršího data.
- St. p. drobné CMP s dysartrií v roce 2008
- Amauróza vlevo (posttraumatická v roce 1945, protéza bulbu).
- nedoslýchavost
- hyperplazie prostaty

(14)

1.13 Diagnostické metody

1.13.1 Fyziologické funkce

Tabulka 1 Přehled fyziologických funkcí

datum	TK	P	TT
26. 12. 2009	110/80	73´	36,6°C
27. 12. 2009	110/75	69´	36,9°C
28. 12. 2009	100/80	75´	36,3°C
29. 12. 2009	105/90	76´	36,7°C
30. 12. 2009	110/75	73´	36,5°C

Pacient je při vědomí, orientovaný místem, časem, osobou.

Antropometrické údaje

Hmotnost: 70 kg

Výška: 168 cm

BMI: 24,8

1.13.2 Laboratorní vyšetření

Hematologické vyšetření

Tabulka 2 Krevní obraz + diferenciál

Název vyšetření	Výsledky 26. 12. 2009	výsledky 27. 12. 2009	výsledky 28. 12. 2009	Referenční hodnoty
Leukocyty	11,1. 10⁹ ↑	9,4. 10 ⁹	11,0. 10⁹ ↑	3,9 – 10,0 ⁹ /l
Erytrocyty	4,47. 10 ¹²	4,18. 10 ¹²	4,01. 10 ¹²	4,00 – 5,90 ¹² /l
Hemoglobin	143,0	129,0	125,0	135,0 – 172,0 g/l
Hematokrit	0,411	0,374	0,358	0,420 – 0,500 l/l
Objem ery.	91,9	89,4	89,3	84,0 – 105,0 fl
Hb ery.	32	31	31	27 – 34 pg
Hb koncentrace	0,35	0,35	0,35	0,30 – 0,37
Destičky	271. 10 ⁹	258.10 ⁹	253. 10 ⁹	150 – 400. 10 ⁹ /l
Aniocyty ery.	13,2	14,47	14,8	10,0 – 15,2
Objem destičky	7,0	8,1	7,8	7,8 – 11,0 fl
Aniocyty destičky	16,8	-	-	12,0 – 18,0
Normobl.	0,100 ↑	-	0,100 ↑	0 – 0
Myeloblast	0,00	-	0,00	0,00 – 0,00
Promyelo	0,00	-	0,00	0,00 – 0,00
Myelo	0,00	-	-	0,00 – 0,00
Meta	0,00	-	0,00	0,00 – 0,00
Neutro tyčinky	0,00	-	0,00	0,00 – 0,00
Neutro segment	0,85 ↑	-	0,70	0,40 – 0,70
Eozinofily	0,01	-	0,02	0,01 – 0,05
Basofily	0,00	-	0,00	0,00 – 0,01
Monofily	0,03	-	0,07	0,01 – 0,10
Lymfo	0,11	-	0,20	0,20 – 0,40
Atypický lymfo	0,00	-	0,00	-

Tabulka 3 Sedimentace

Název vyšetření	Výsledek 26. 12. 2009	Referenční hodnoty
FW	56/93 ↑	5 – 10/6 – 20 mm

Tabulka 4 Přehled koagulačních vyšetření

Název vyšetření	Výsledky 26. 12. 2009	Výsledky 28. 12. 2009	Referenční hodnoty
Qt	34,3 ↑	30,7 ↑	11,0 – 16,0 s
INR	3,43 ↑	2,98 ↑	0,80 – 1,20
Quick normal	12,9 ↑	12,9 ↑	0,80 – 1,20 sec.

Biochemické vyšetření

Tabulka 5 Přehled biochemického vyšetření

Název vyšetření	Výsledky	Výsledky	Referenční hodnoty
	26. 12. 2009	28. 12. 2009	
Biochemie plazma:			
Kreatinin	148 ↑	130 ↑	60 – 115 umol/l
Urea	9,9 ↑	11,0 ↑	3,0 – 8,7 mmol/l
AST	0,40	0,40	0,20 – 0,55 ukat/l
ALT	0,20	0,20	0,20 – 0,55 ukat/l
Bilirubin	8	8	5 – 20 mmol/l
ALP	0,90	0,90	0,7 – 2,6 ukat/l
GMT	0,71	0,71	0,10 – 0,70 ukat/l
Na	136	133	137 – 144 mmol/l
K	5,7	4,8	3,6 – 4,9 mmol/l
Cl	98	98	97 – 108 mmol/l
AMS	0,50	0,50	0,22 – 0,88 ukat/l
CRP	17,2 ↑	20,5 ↑	0,0 – 5,0 ukat/l
Troponin T	0,1		0,00 – 0,02 ug/l
Glukóza AS	8,40 ↑	5,40	3,70 – 5,60 mmol/l
Moč chemicky:			
Leukocyty	-	Pozitivní	-
pH moče	-	5,5	5,5 – 7,0 log. molc.
Bílkovina v moči	-	0	0 – 0 arb. J
Glukóza v moči	-	0	0 – 0 arb. J.
Ketolátky v moči	-	0	0 – 0 arb. J.
Urobilinogen	-	1 ↑	0 – 0 arb. J.
Bilirubin v moči	-	0	0 – 0 arb. J.
Krev v moči	-	1 ↑	0 – 0 arb. J.
Sed. UF:			
Erytrocyty	-	4	0 – 10 el/ul
Leukocyty	-	31 ↑	0 – 20 el/ul
Válce nepatologické	-	1	0 – 5 el/ul
Válce patologické	-	0 el/ul	-
Bakterie	-	negativní	0 – 2500
Kvasinky	-	0 arb. J.	-
Epitelie dlaždicové	-	0	0 – 20 el/ul
Epitelie kulaté	-	1	0 – 5 el/ul

Tabulka 6 Přehled glykemií

Název vyšetření	Výsledek 26. 12. 2009	Výsledek 28. 12. 2009	Referenční hodnoty
P - glukóza	8,4 ↑	5,4	3,7 – 5,6 mmol/l

1.13.3 Další diagnostická vyšetření

EKG (26. 12. 2009)

SR; prav; fr. 66/min; PQ 0,19; QRS 0,12; STE V3 – 6; v. s aneurysma přední stěny a hrotu; osa doleva; přev. int. v normě; bez akutní ložiskového vývoje.

Gastroskopie (28. 12. 2009)

Závěr: Funkční metalický stent jícnu, nyní bez stigmat krvácení do horní části GIT. Tumor v distální části jícnu až kardiie je dobře překlenut stentem.

Abdominální ultrasonografie (28. 12. 2009)

Závěr: Stacionární velké aneurysma abdominální aorty s nástěnným trombem.

(14)

1.14 Terapie

1.14.1 Farmakoterapie

Tabulka 7 Přehled infúzní terapie

Název roztoku	množství	druh	Délka a doba podání
Solutio natrii chlorati izotonica (Fyziologický roztok) F 1/1	500 ml	Krystaloidní izotonický	1,5 hod. (26. 12. 2009)
10% Glukóza G 10	500ml	Krystaloidní hypertonický	3 hod. (26. 12. 2009)

Tabulka 8 Přehled léků užívaných p. o. (26. 12. 2009)

Název léků, síla léku, forma léků	Dávkování	Indikační skupina	Generický název
Coryol 6,25 mg, tbl	½ - 0 - ½	vazodilatancium	carvediolum
Mono Mack depot, tbl	½ - 0 - 0	vazodilatancium	isosorbidi mononitras
Prestarium 5 mg, tbl	0 - ½ - 0 dle TK	antihypertenzivum	perindoprilum erbuminum
Citalec 20 mg, tbl	0 - 0 - 1	antidepresivum	citaloprami hydrobromidum
Warfarin 5 mg, tbl	ex	antikoagulancium	Warfarinum natricium
Warfarin 3 mg, tbl	0 - ½ - 0 (26. 12. 2009) dále ex	antikoagulancium	warfarinum natricium
Hypnogen tbl	0 - 0 - 0 - 1	hypnotika	zolpidemi tartras
MCP Hexal tbl (podat ½ hod. před jídlm)	1 - 1 - 1	antiemetikum	metoclopramidi dihydrochloridum monohydricum
Helicid 20 mg, cps.	1 - 0 - 1	antiulceróza	omeprazolom
Tramal 50 mg, cps.	0 - 1 - 1	analgetikum, anodynum	tramadoli hydrochloridum

1.14.2 Dietoterapie

Tabulka 9 Přehled dietoterapie

	26. 12. 2009	27. 12. 2009	28. 12. 2009	29. 12. 2009	30. 12. 2009
Dieta	Nic p.o	Tekutá + 2/d Nutridrink + kašovitá strava	Kašovitá strava	Kašovitá strava	Kašovitá strava

1.14.3 Fyzioterapie a pohybový režim

První den hospitalizace částečný klid na lůžku, druhý den bez omezení. Za pacientem docházel fyzioterapeut a trénoval s ním dechová cvičení.

(14)

1.15 Průběh hospitalizace

Pacient byl přijat na interní oddělení pro anamnézu 3 dny trvajících zvracení s příměsí krve. Pacient udával, že již od poslední hospitalizace (v listopadu 2009, kdy byl zaveden metalický stent), intermitentně zvrací, poslední dny asi 3 x denně, žaludeční šťávy s příměsí krve. Pacientovi byla nasazena nejdříve tekutá, později kašovitá strava. Provedená vyšetření ukázala, že stent je funkční, jícen průchodný. Od druhého dne hospitalizace nezvracel. Ustoupily bolesti při polykání, stav zlepšen. Pacient propuštěn do domácího ošetření pátý den. (13, 14)

2 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

2.1 Ošetrovatelská anamnéza a současný stav pacienta

2.1.1 Náhled nemocného na nemoc a hospitalizaci, hodnocení sestrou

Pacient přišel do nemocnice, protože zvracel krev. Neví, co způsobilo jeho nemoc. Má málo síly. Pobyt v nemocnici je pro něj velmi nepříjemný. Chtěl by, aby ho vyléčili. Říká: „Bylo mi poskytnuto dost informací, ale stejně si je nepamatuji“. S hospitalizací souhlasí a doufá, že se díky lékaři a ošetřujícímu personálu vylepší jeho zdravotní stav tak, aby mohl jít domů.

Pacient je plně orientován, i přes velkou únavu se snaží spolupracovat, cítí se smutně, ztrácí naději na uzdravení. Komunikace dobrá, bez omezení. Pacient je plně soběstačný.

(13,14)

2.1.2 Základní fyziologické potřeby

Dýchání

Problémy s dýcháním měl pacient už před hospitalizací. Mívá dušnost při námaze. Pacient je aktivní kuřák, kouří už od svých 10 let, kouřil více než 10 cigaret denně.

Nyní pouze do 10 cigaret denně. Nejeví žádné známky dušnosti, rýmu nemá, nekašle, není nachlazený. Dýchá volně, pravidelně, dechová frekvence je 18 dechů/min.

Hydratace

Pacient dříve pil až 2 litry tekutin denně. Od té doby, co onemocněl, se příjem výrazně snížil, pije jen 500 – 1000 ml/den. Rád pije šťávu, obvykle si dá půlku piva ráno a půlku večer. Momentálně pocit žízně neudává.

Pacient je dostatečně hydratován, je orientován, časem, místem, osobou. Kůže je normální, sliznice jsou vlhké. Nejeví žádné známky otoků na DK a ani na jiných částech těla. Na stole má konvici s čajem.

Výživa

Vzhledem ke svému onemocnění měl pacient doma dodržovat mletou nebo měkčí stravu, což většinou porušoval. Poslední 3 měsíce redukoval hmotnost o 10 kg. Od té doby, co mu zemřela manželka, si nevaří, ale pro jídlo dochází každý den za svou kamarádkou, která mu uvaří. Chutná mu vše, není vybíravý. Nejoblíbenější jídlo je „vepřo-knedlo-zelo“ a také guláš. Nemá rád luštěniny a kroupy. Má kompletní zubní protézu, nedělá mu problémy při kousání.

V nemocnici má pacient první den hospitalizace dietu nic per os. Sliznice dutiny ústní jsou vlhké, výživa přiměřená, BMI 24,8.

Vyprazdňování stolice

Doma problémy se stolicí neměl. Chodil na stolicí pravidelně, každý den. Obvykle se vyprazdňuje ráno. Projímadlo nikdy nepoužíval.

Nyní problémy se stolicí nemá. Inkontinencí netrpí, pacient je chodící.

Vyprazdňování moče

Doma problémy s močením neměl. Inkontinencí netrpěl. Má v anamnéze hyperplazii prostaty. Nestěžuje si na žádné obtíže při močení. Příměsi nesleduje.

Nyní problémy s močením nemá, nepocítuje ani pálení, ani řezání či jiné bolesti při močení. Pacient se vyprazdňuje na WC. Vzorek moče k vyšetření bez makroskopického nálezu.

Bolest

Doma už měl bolesti. Hlavně je pociťoval v krku, kam mu v listopadu zavedli stent a kromě toho ho bolely i klouby a záda. Bolest ho rušila i ve spánku, ale žádná analgetika neužíval. Noční bolest označuje na analogové škále číslem 3 (viz příloha 6).

Nyní bolest neudává a nemá žádné projevy bolestivého chování.

Spánek a odpočinek

Před onemocněním pacient neměl problémy se spánkem, ale od té doby, co onemocněl, ho bolest stále obtěžuje a nemůže kvůli tomu spát. Říká: „Bolí mě všude, hlavně v krku, kam mi v listopadu zaváděli tu trubičku a také klouby a záda.“ Léky na spaní nebral. Obvykle spí 8 hodin denně. Spí i během dne, každý den po obědě 2 hodiny.

Pacient je unavený, ale rozhovor nechce přerušit.

Teplota a pohodlí

Doma má pacient dostatek tepla, pokojová teplota se pohybuje kolem 23°C.

V nemocnici mu teplota vyhovuje, není mu ani zima ani horko. Pacient je na jednolůžkovém nadstandardním pokoji. Má výhled do přírody, což mu vyhovuje. Při příjmu je tělesná teplota 36,7°C.

Osobní hygiena a stav kůže

Doma o svou hygienu vždy pečoval. Obvykle se sprchuje jednou denně vždy před spaním. Kožní problémy nikdy neměl. Není alergický na žádné kosmetické prostředky.

Pacient je zcela soběstačný, zvládá vše. Při příjmu je na první pohled v čistotě. Svou osobní hygienu provádí sám. Kůže je normální, vlasy jsou umyté a upravené. Nehty jsou čisté, zastřižené.

Tělesná a duševní aktivita

Pacient je už v důchodu. Dříve rád chodíval na ryby. Nyní tráví čas hlavně sledováním televize. Subjektivně pociťuje únavu nebo bolesti.

Momentálně se cítí hodně unavený, jakákoliv aktivita ho vyčerpává. Pacienta trápí, že neví, kdy půjde domů. Objektivně působí unaveným dojmem.

Sexuální potřeby

Na toto téma pacient nechtěl hovořit.

2.1.3 Psychosociální potřeby

Bezpečí a jistota

Pacient žije doma sám, ale je v kontaktu se svou sestrou. Občas za pacientem chodí na návštěvu a pomůže mu. Má narušený pocit jistoty a bezpečí z důvodu nemoci.

Cítí strach a úzkost z toho, co bude dál. Doufá, že brzo půjde domů.

Zdraví

Pacientovi se nedostává uspokojení této potřeby od té doby, co závažně onemocněl. Ztratil důvěru v uzdravení, nemůže se ani spolehnout na léčbu svého onemocnění, ani na to, že se uzdraví. Výrazně změnil pořadí životních hodnot. Potřebu zdraví teď vyvyšuje nad ostatní, přesto nedodržuje doporučená omezení (kouření, úprava stravy). Tato potřeba je dlouhodobě neuspokojená a nejaktuálnější.

V nemocnici pacient své zdraví podceňuje. Říká, že už dlouho žít nebude. Pacient dále kouří.

Soběstačnost

Pacient je soběstačný. Žije sám v nájemném bytě, veškeré základní osobní potřeby a péči o domácnost zvládl sám. Občas mu pomáhá s úklidem v domácnosti jeho sestra.

V nemocnici je pacient zcela soběstačný.

Sociální a ekonomické jistoty

Pacient je sociálně a ekonomicky zabezpečen. Je v důchodu, nikdo na něm není závislý. Jeho důchod je, pro udržení jeho dosavadní životní úrovně, dostačující.

Adaptace na prostředí a nemoc

Pacient se na prostředí nemocnice adaptuje špatně. Raději by byl doma. Konstatuje, že jeho nemoc je nevléčitelná. Je mu jedno, kde je teď, ale nejraději by byl doma.

Duchovní potřeby

Pacient je věřící, ale do kostela chodí jen na vánoční mši. Přítomnost duchovního v nemocnici nevyžaduje.

Psychosociální hodnocení

Komunikaci zpočátku obtížně navazuje. Pacient ztrácí naději na uzdravení. Zpočátku je úzkostlivý a uzavírá se do sebe. Přesto se mi podařilo během sbírání ošetřovatelské anamnézy pacienta rozpovídat. Má snahu spolupracovat.

2.2 Ošetřovatelské diagnózy

(26. 12. 2009)

1. Porucha polykání z důvodu základního onemocnění projevující se bolestí.
2. Beznaděj z důvodu „neřešení základní diagnózy“ projevující se porušováním Léčebného režimu.
3. Porucha spánku vzhledem k bolesti projevující se únavou.
4. Riziko zkreslených informací z důvodu nedoslýchavosti.
5. Riziko poruchy výživy z důvodu bolesti a nedodržování dietního režimu.

2.3 Cíl, plán, realizace a hodnocení

1. Porucha polykání z důvodu základního onemocnění projevující se bolestí.

Cíl:

- Pacient udává zmírnění bolesti.
- Zná možnosti jejího ovlivnění.
- Konstatuje zlepšení polykání.

Plán:

- Vysvětlit pacientovi příčinu poruchy polykání a možnosti jejího zvládnutí.
- Poučit pacienta o stravě, kterou může jíst, případně spolupracovat s dietní sestrou a lékařem.
- Aplikovat analgetika dle ordinace lékaře.

Realizace:

Pacienta jsem poučila o vhodné stravě, která by mu mohla zlepšit jeho současný problém s polykáním. Poradila jsem mu, že když má chuť na vánoční cukroví, aby si ho namočil do čaje, tím se pak změkčí a nedráždí polykací cesty. Současně jsem poučila návštěvy o nevhodné stravě, která dráždí polykací cesty. Tuhou stravu je lepší nejdříve rozemlít či rozmixovat. První den je bolest mírná, pacient nepřijímá nic per os, polykáním bolest neprovokuje. Po podání večerního analgetika (Tramal 50 mg) udává vymizení bolesti do jedné hodiny. Poučila jsem pacienta o problémech s polykáním, které může způsobit kouření. I přes toto poučení pacient stále kouří a rezignuje na svůj problém. Ze začátku je edukace těžší, ale později si pacient uvědomuje svůj problém a snaží se spolupracovat. Dodržuje doporučení ohledně stravování a omezil kouření na 3 cigarety za den.

Hodnocení:

- Pacient udává zmírnění bolesti.
- Pacient konstatuje zlepšení polykání.
- Pacient rozumí poučení.
- Cíle splněny.

2. Beznaděj z důvodu „neřešení základní diagnózy“ projevující se porušováním léčebného režimu.

Cíl:

- Pacient bude mít dostatek informací o svém zdravotním stavu.
- Pacient udává snížený pocit obavy a strachu o průběh své nemoci.
- Pacient chápe nutnost dodržování léčebného režimu.

Plán:

- Zajistit pacientovi dostatek informací, které jsou v mé kompetenci. V případě, že bude chtít vědět víc, požádám o ně jeho ošetřujícího lékaře.
- Komunikovat s pacientem, podporovat a povzbuzovat ho.
- Vymezit si dostatek času na pacienta, naslouchat mu a chápat jeho obavy.
- Zapojit do spolupráce jeho sestru.

Realizace:

Pacientovi jsem podávala informace v oblasti výživy, úpravy stravy, kouření a několikrát dotazem jsem ověřila, zda jim rozumí. Vymezila jsem si dostatek času pro něho a povzbuzovala jsem ho při jakémkoliv výkonu. Naslouchala jsem jeho obavám a zapojila jsem do spolupráce všechny členy ošetřujícího personálu a také jeho rodinu (sestru). Další informace od lékaře nevyžaduje.

Hodnocení:

- Pacient má dostatek informací o svém zdravotním stavu a rozumí mému poučení.
- Nevím, zda má snížený pocit obavy a strachu, ale zdá se mi veselejší.

3. Porucha spánku vzhledem k bolesti projevující se únavou.

Cíl:

- Pacient bude mít zmírněnou bolest o 2 stupně a bude aktivně spolupracovat při její kontrole.
- Pacient bude mít klidný spánek.
- Pacient udává zmírnění únavy.

Plán:

- Analyzovat nevhodné podmínky pro spánek.
- Vysvětlit pacientovi příčinu bolesti a možnosti jejího zvládnutí.
- Monitorovat stupeň bolesti a změnu její intenzity.
- Doporučit úlevovou polohu, edukovat o možné mobilitě.
- Podávat analgetika dle ordinace lékaře.

Realizace:

Vyvětrala jsem pokoj pacienta. Vysvětlila jsem příčinu bolesti v místě, kde mu v listopadu zavedli stent. Poučila jsem pacienta o úlevové poloze na boku. Po dobu hospitalizace byl podáván na noc Tramal 50 mg 1 cps., po kterém dochází k úlevě bolesti v krku, ale i kloubů a zad. Pacient spí klidně celou noc (i dle hlášení sester), cítí se odpočatý.

Hodnocení:

- Pacient konstatuje, že po podání analgetika se jeho stav zlepšil a bolest ustala.
- Po spánku se cítil odpočatý a nepocítuje nepohodu.
- Cíl splněn.

4. Riziko zkreslených informací z důvodu nedoslýchavosti.

Cíl:

- Pacient rozumí podaným informacím.

Plán:

- Oslovovat pacienta jménem popřípadě lehkým dotykem upozornit, že mluvíme s ním.
- Zřetelně vyslovovat, nezvyšovat hlas.
- Dotazy ověřit, zda podaným informacím rozumí.

Realizace:

Při komunikaci s pacientem jsme já i ostatní personál dodržovali naplánované intervence. Zjistila jsem opakovanými dotazy, že informacím opravdu rozumí.

Hodnocení:

- Cíl splněn.

5. Riziko poruchy výživy z důvodu bolesti a nedodržování dietního režimu.

Cíl:

- Pacient udrží současnou hmotnost.
- Pacient dodržuje dietní opatření.

Plán:

- Zhodnotit stav výživy
- Pacientovy problémy konzultovat s nutriční terapeutkou
- Poučít pacienta o vhodném způsobu úpravy stravy.
- Kontrolovat množství přijaté stravy
- Sledovat, co přináší pacientova rodina.

Realizace:

Dle nutričního skóre dosahuje pacient 6 bodů (viz příloha 7) – je nutné vyšetření nutriční terapeutkou. Kontaktovala jsem ji. Pacientovi jsem zopakovala všechna opatření, kterými jsme řešili bolesti při polykání. Sledovala jsem, zda on i jeho sestra dodržují doporučený způsob úpravy stravy. V průběhu hospitalizace pacient spolupracoval s nutriční terapeutkou, přijímal upravenou stravu. Snědl vždy téměř celou porci. Vhodně upravená strava vedla k odstranění bolesti při polykání.

Hodnocení:

- Pacientova tělesná hmotnost se nesnižuje.
- Důležité je dále sledovat dodržování zásady kašovitě stravy.

2.4 Edukace

Edukace je jedna z činností, která by měla být samozřejmou součástí práce zdravotního personálu. Ty informace, které souvisejí s diagnózou, prognózou onemocněním a terapií, poskytuje lékař. Sestra se zaměřuje na informace, které se vztahují k přípravě na různá vyšetření, k řešení problémů, které nemoc pacientovi přináší, ke zlepšení jeho soběstačnosti. V případě funkční rodiny edukuje i její členy. U klientů, kteří jsou dobře informováni o své nemoci, lze předpokládat, že budou lépe spolupracovat. Zároveň je uklidníme a zmírníme jejich obavy.

V rámci ošetrovatelské péče o tohoto klienta jsem se podílela na edukaci. Poučila jsem ho o vhodné stravě, která mu nedráždí polykací cesty. Zároveň jsem zapojila do spolupráce sestru pacienta. Poučila jsem ji, aby při návštěvě bratra přinesla jídlo v tekuté nebo rozmixované podobě. Poradila jsem panu T., že pokud má chuť na vánoční cukroví nebo nějakou jinou tuhou stravu, ať si ji nejdříve nakrájí na malé kousky nebo namočí do čaje. Snažila jsem se ho poučit a informovat na základě znalostí, které jsem získala při studiu na fakultě. Potom jsem si několikrát ověřila, zda všemu rozuměl.

S tímto klientem byla spolupráce ze začátku obtížnější, ale druhý a další den hospitalizace se mi s ním již dobře spolupracovalo. V průběhu ošetřování tohoto klienta jsem zjistila, že doma nedodržel dietu, která je spojena s jeho nemocí. Spíše rezignoval. V průběhu praxe jsem často chodila na jeho pokoj a povídala jsem si s ním o vhodnosti stravy a zjistila jsem také, že během hospitalizace méně kouřil. Říkal mi, že strava v nemocnici mu nechutnala, ale pomohla mu.

2.5 Závěr a ošetřovatelská prognóza

Ve dnech od 26.12 – 30.12.2009 jsem se starala o pana J.T. Pacient byl při vědomí, orientován časem osobou i místem, i přes velkou únavu se snažil spolupracovat. Z počátku cítil se unavený, ztrácel naději kvůli svému onemocnění. Komunikace s ním byla dobrá, bez omezení, rád si popovídal. Pacient je plně informován o své diagnóze. V průběhu hospitalizace se jeho stav zlepšil. Nezvracel, bolesti ustoupily, zlepšila se kvalita spánku. Pan T. lépe spolupracoval, dodržoval dietní opatření. Uznával, že mu pomohla. Omezil kouření. Pacientova hmotnost se udržela. Měl velkou radost z toho, že se může vrátit domů.

Prognóza

Vzhledem k celkovému zlepšení stavu je pacient schopný se o sebe postarat sám. Není nutná následná profesionální ošetřovatelská péče. Pomoc s vedením domácnosti a stravováním zajistí sestra a přátelé. Od té doby, co byl pacient propuštěn do domácího prostředí, již nebyl znovu hospitalizován.

Sebereflexe

Péče o tohoto pacienta pro mě byla velkým přínosem. Podařilo se nám během krátkého časového úseku navázat dobrý vztah. Pacient byl velmi otevřený a upřímný. Nejtěžší pro mě bylo navázat první kontakt, ale pan J.T. mi svým jednáním vše usnadnil. Díky této zkušenosti jsem se naučila, jak pečovat o pacienty s touto diagnózou a jak navázat kontakt s takto nemocným klientem.

SEZNAM LITERATURY A DALŠÍCH ZDROJŮ

1. ADAM, Zdeněk, et al. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*. Praha: Grada, 2010. 684 s. ISBN 80-247-0896-5.
2. DOENGES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Myry Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
3. KLENER, Pavel. *Klinická onkologie*. Praha: Galén, 2002. 686 s. ISBN 80-7262-151-3.
4. KLENER, Pavel. *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén, 2006. 949 s. ISBN 80-7262-101-7.
5. MAŘATKA, Zdeněk, et al. *Gastroenterologie*. Praha: Karolinum, 1999. 490 s. ISBN 80-7184-561-2.
6. STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 1996. 136 s. ISBN 80-7184-243-5.
7. VOKURKA, Martin; HUGO, Jan. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 2000. 490 s. ISBN 80-85912-38-4.
8. HAIS, Karel; HODEK, Břetislav. *Velký anglicko-český slovník*. Praha: Leda, 2003. 2918 s. ISBN 80-7335-022-X.

Další zdroje informací

9. Www.health.am: *American medici network* [online] 2007.03.22 [cit. 2010.01.23].
What is cancer of the esophagus?. Dostupné z WWW:
<http://www.health.am/cr/more/what-is-cancer-of-the-esophagus>.
10. Www.uzis.cz [online]. 2008.04.23 [cit. 2010.01.23]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (institute of health information and statistics of the Czech republic).
Dostupné z WWW: http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100&archiv=1.
11. Www.cancer.org: *American cancer society* [online]. 2009.05.07 [cit. 2010.01.23].
cancer reference informatik. Dostupné z WWW:
http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_2X_can_esophagus_cancer_be_prevented_12.asp?sitearea.
12. KISS, Igor. *Google* [online]. 2009.30.09 [cit. 2010.01.23]. Karcinom jícnu jako epidemiologie označujeme... Dostupné z WWW: <www.mou.cz/file.html?id=78>.
13. Klient – pozorování, rozhovor
14. Dokumentace klienta

SEZNAM ZKRATEK

a.- arteria

BMI – Body Mass Index

bpn. – bez patologického nálezu

CA – karcinom

cca – přibližně

CMP – cévní mozková příhoda

cps. – kapsle

CT – počítačová tomografie

ČR – Česká republika

D – dech

DK – dolní končetiny

EKG – elektrokardiografie

ev. – eventuelně

FW – sedimentace

GIT – gastrointestinální trakt

ICHS – ischemická choroba srdeční

IM – infarkt myokardu

Impl. – implantace

i.v. - intravenózní

KO – krevní obraz

LK – levá komora

M – metastáza

Mx – vzdálené metastázy nelze hodnotit

M0 – bez vzdálených metastáz

M1 – jsou vzdálené metastázy

N – nodulus

Nx – regionální mízní uzliny nelze hodnotit

N0 – bez postižení regionálních mízních uzlin

N1 – postižení regionálních uzlin

NSA – nesteroidní antirevmatika
PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie
PET – pozitronová emisní tomografie
PM – Pacemaker (kardiostimulátor)
p.o. – per os
Q – Quickův test
R – vztah „R klasifikace k dalším pooperačním postupům“ (reziduální nemoc po chirurgické resekci)
R0 – žádná makro ani mikroskopická reziduální nemoc
R1 – mikroskopická reziduální nemoc
R2 – makroskopická reziduální nemoc
RTG – rentgenové vyšetření
SF – srdeční frekvence
st. – stupeň
st. p. – stav po
T – tumor
TEN – tromboembolická nemoc
Tis – carcinoma in situ
TK – krevní tlak
TNM – klasifikace nádorů
TT – tělesná teplota
T0 – nejsou známky primárního tumoru
T1 – tumor infiltruje lamina propria, muscularis mucosae nebo submukózní, ale nepřekračuje hranici mezi submukózou a muscularis propria
T2 - tumor infiltruje muskularis propria, ale nepřesahuje do periezo-fagické tukové tkáně.
T3 – tumor infiltruje tukovou tkáň, ale neinfiltruje okolní struktury.
T4 – tumor infiltruje okolní struktury.
VZP – všeobecná zdravotní pojišťovna

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Dělení nádorů jícnu

Příloha 2 Diagnostický algoritmus karcinomu jícnu

Příloha 3 Stádia pokročilosti u karcinomu jícnu

Příloha 4 Přehled doporučovaných kombinací cytostatik vhodných k léčbě karcinomu jícnu

Příloha 5 Zjednodušený algoritmus léčby karcinomu jícnu

Příloha 6 Vizuální analogová škála

Příloha 7 Dospělé nutriční skóre

Příloha 8 Vstupní ošetřovatelský záznam

Příloha 9 Plán ošetřovatelské péče

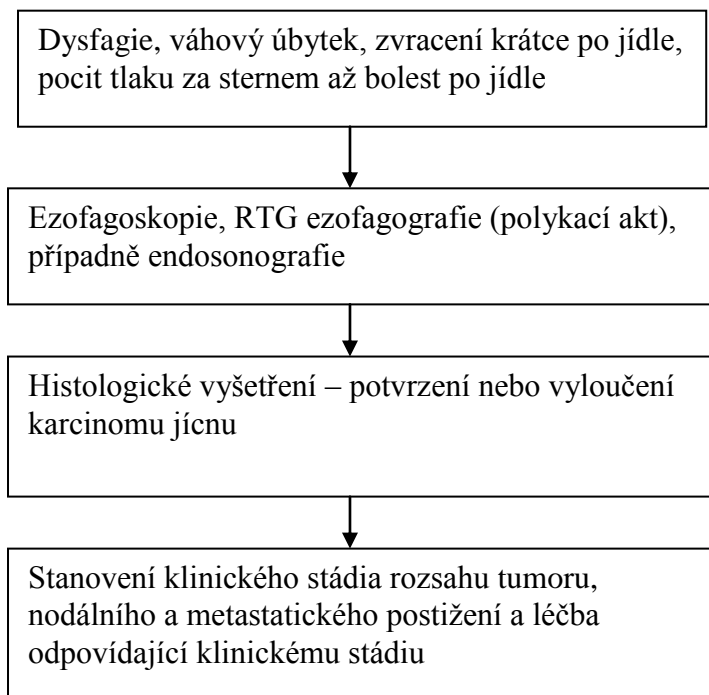
Příloha 1

Dělení nádorů jícnu (12)

ANATOMICKÉ LOKALIZACE	HISTOLOGIE (V souvislosti anatomii jícnu jde o 2 základní typy)
Nádory krčního jícnu (15-18 cm od řezáků, riziko přímého šíření do laryngu, trachey a prevertebrální fascie)	Spinocelulární karcinom jícnu (horní 2/3 jícnu – malignizace dlaždicobuněčného epitelu)
Nádory horního hrudního jícnu (18-24 cm od řezáků, od suprasternální linie v úrovni Th 4-5 ke karině, riziko přímé šíření do aorty, trachey a prevertebrální fascie)	Adenokarcinom jícnu (dolní 1/3 jícnu – malignizace epitelu mucinózních žláz ve stěně nebo malignizace metaplastického epitelu - Barrettův jícen)
Nádory střední hrudního jícnu (24-32 cm od řezáků, od bifurkace k gastroezofageální junkci riziko přímého šíření do aorty, perikardu, levého hlavního bronchu a nevertebrální fascie)	Méně časté histologické typy (adenosquamózní karcinom, karcinosarkom, malobuněčný karcinom)
Nádory dolního hrudního a abdominálního jícnu (32-34 cm od řezáků, riziko přímého šíření do aorty, perikardu, bránice a nevertebrální fascie)	Diferenciálně histologicky je nutno odlišit jiné nádory jícnu (maligní melanom, leiomyosarkom, nehodgkinský lymfom)

Příloha 2

Diagnostický algoritmus karcinomů jícnu (1)



Příloha 3

Stádia pokročilosti u karcinomu jícnu (3)

Stadium	Kód TNM
I	T1, N0, M0
IIA	T2, (T3), N0, M0
IIB	T1, (T2), N1, N0
III	T3, N1, M0 nebo T4, N0, M0
IV	Jakékoliv T, jakékoliv N, M1

Příloha 4

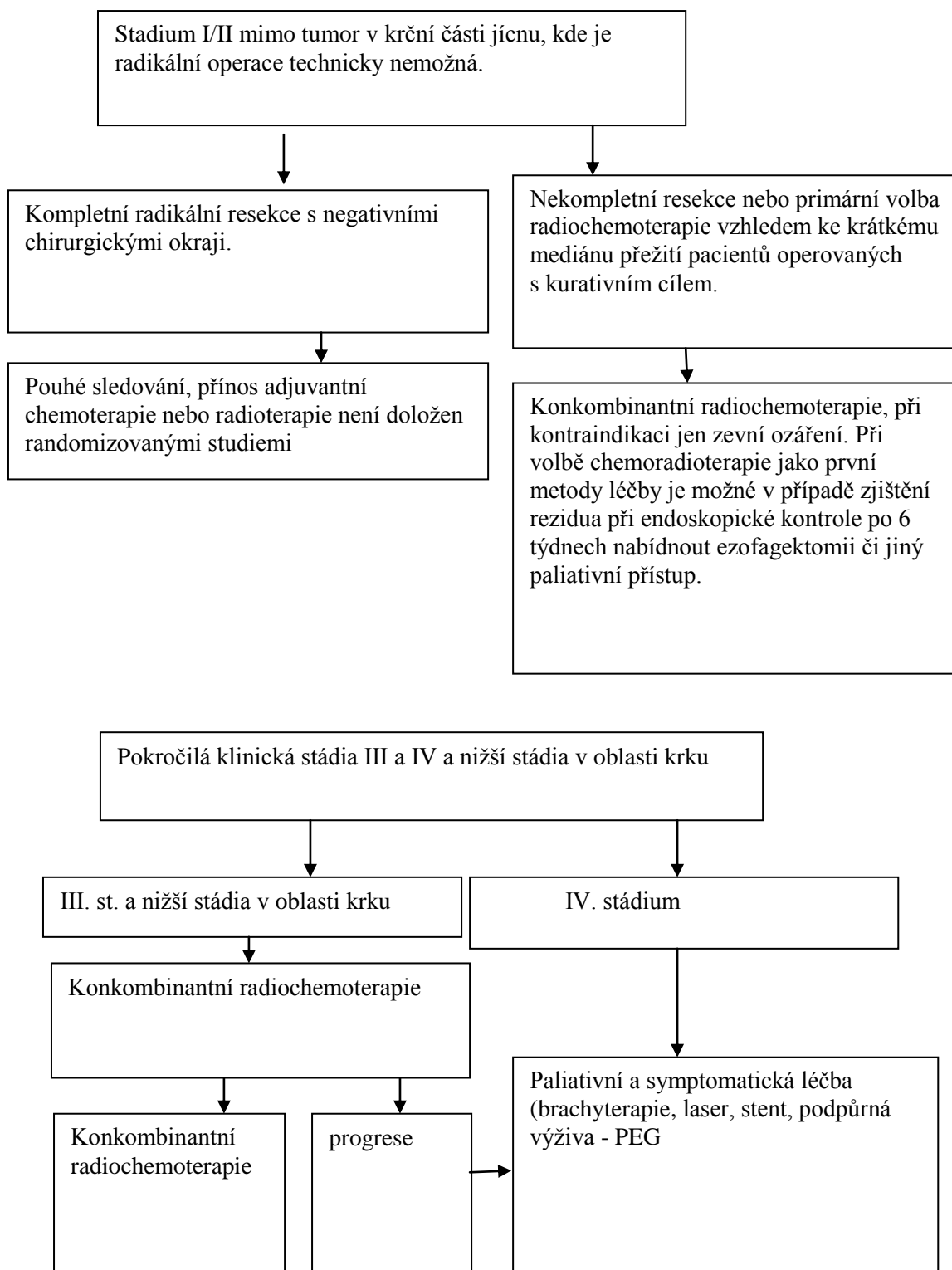
Přehled doporučených kombinací cytostatik vhodných k léčbě karcinomu jícnu

(3)

cytostatikum	Dávka (mg/m²)	Aplikační cesty	Dny podání	Opakování cyklu
Cisplatina	100	i.v	1.	1x/4 týdny
5-fluorouracil	1000	kont. inf.	1. - 8.	
Cisplatina	50	i.v	4.	1x/3 týdny
Mitoguazon	500	i.v	1. a 14.	
Methotrexát	40	i.v	1. a 14.	
Bleomycin	10	i.v	1. a 14.	
Cisplatina	75	i.v	1.	1x/4 týdny
Doxorubicin	30	i.v	1.	
5-fluorouracil	600	i.v	1. a 8.	

Příloha 5

Zjednodušený algoritmus léčby karcinomu jícnu (1)



Příloha 6

Vizuální analogová škála

Obr: Vizuální analogová škála 2



- Hodnocení podle vizuální analogové škály 2
- 0 - žádná bolest
- 1 - mírná
- 2 - střední
- **3 - silná**
- 4 - velmi silná
- 5 - nesnesitelná bolest

Příloha 7

Dospělé nutriční skóre

- Věk
 - 0 - do 65 let
 - **1 - nad 65 let**
- BMI
 - **0 - BMI 20-35**
 - 1 - BMI 18-20; nad 35
 - 2 - BMI pod 18
- Ztráta hmotnosti za 3 měsíce
 - 1 - ztráta 0-3 kg
 - 2 - ztráta 3-6 kg
 - **3 - ztráta nad 6 kg**
- množství jídla za poslední 3 týdny
 - **0 - beze změny**
 - 1 - poloviční porce
 - 2 - jí občas nebo nejl
- Projevy nemoci v současné době
 - **0 - žádné**
 - 1 - nechutenství, bolesti břicha
 - 1 - zvracení, průjem > 6 za den
- Stres
 - 0 - žádný
 - 1 - chronická nemoc, DM, menší nekomplikovaný chirurgický zákrok
 - **2 - akutní dekompenzace chronického onemocnění, rozsáhlý chirurgický zákrok, pooperační komplikace, UPV, popáleniny, trauma, hospitalizace ARO, JIP, krvácení do GIT**
- Nelze
 - 2 - nelze změřit a zvážit
 - 3 - nelze zjistit BMI, ztrátu hmotnosti a jídlo za poslední 3 týdny
- Vyhodnocení:
 - 0 - 3 není nutná nutriční intervence
 - **4 - 7 nutné vyšetření dietní sestrou**
 - 7 a více nutná speciální nutriční intervence

Ústav teorie a praxe ošetřovatelství, 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy
v Praze

VSTUPNÍ OŠETŘOVATELSKÝ ZÁZNAM

Jméno a příjmení: J. T.

Oslovení: pan T.

Rodné číslo:XXXXX.....

Věk: 74 let

Stav: vdova

Adresa: Praha

Osoba, kterou lze kontaktovat: sestra

Pojišťovna: VZP (111)

Povolání: důchodce

Vzdělání: SOU

Národnost: česká

Vyznání: katolík

Datum přijetí: 26. 12. 2009

Hlavní důvod přijetí: Nepříchučnost jícnu

Lékařská diagnóza: Steroidyjičci adenokarcinom distálního jícnu, nepříchučnost jícnu, ICHS, st. po IMA, "klinické smrti" navázané maligní azytmu, dilatace LK, těžce omezená EF 25-30%, chronická antikoagulační terapie, arauzeza vltav, nedolýchavá hyperplazie plicoty, st. po CMP v dysastrii v roce 2008

Jak je nemocný informován o své diagnóze?

Pacient je o své diagnóze dostatečně informován.

Osobní anamnéza: Stav po chronické CMP s dysastrii v roce 2008, chronické ICHS, st. po IMA, "klinické smrti" navázané maligní azytmu, stav po osplantaci PM v roce 2008, chronická antikoagulační terapie, arauzeza vltav, nedolýchavost, operace O.

Rodinná anamnéza:

Oba rodiče jsou zdraví, sestra je zdravá.

Vyšetření: fyziologické funkce, laboratorní vyšetření (koagulační vyšetření, glykémie, FW, K0, biochemie), fyzikální vyšetření gastrostomie, abdominální ultrasonografie, EKG.

Terapie: Farmakoterapie (iv. FG 500ml, G 10% 500ml (26. 12. 09)) (PO - Coxylole, 2tbl 112-0-112; Monomalk, depot, 1tbl 112-0-0; Prestarum 5mg, 1tbl 1tbl TKO-citalic 20mg 1tbl 0-0-1; Warfarin 5mg, 1tbl ex (26. 12.); Warfarin, 5mg 4tbl 0-0-0-0 (26. 12.); Hypnodyn 1tbl 0-0-0-0 (26. 12.); HEP Hexal 1tbl 1-1-1; Helicid 20mg 1tbl 0-0-0-0 (26. 12.); Tramal 50mg (ps 0-0-1); Diétotherapie (NPO (26. 12. 09) tekutá strava + 2x NUTRIL + denně lasovitá strava (27.-30. 12. 09)

Nemocný má u sebe tyto léky:

ne

Je poučen, jak je má brát?

ne

Obecná rizika:

(Zhodnoťte, využijte hodnotící škály)

nikotismus		ne	ano	pokud ano, kolik denně: 10 cigaret
alkoholismus		ne	ano	
drogy		ne	ano	pokud ano, jaké a jak dlouho:
alergie	jídlo	ne	ano	pokud ano, které:
	léky	ne	ano	pokud ano, které:
	jiné	ne	ano	pokud ano, na co:

dekubity

pneumonie

Důležité informace o stavu nemocného: pacient je nešťastný, orientován časem, místem a osobou. Je plně informován o své diagnóze, komunikace dobrá, bez omezení. Snaha spolupracovat. S hospitalizací souhlasí.

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)? protože jsem zvracel třetí den
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? nervy
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? ano, nemůžu jít všude, nemám tak silu, ztratil jsem poslední 3 měsíce váhy
4. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane? já bych chtěl, aby mě vyřešili
5. Jaké to pro vás je být v nemocnici? krásný
6. Kolik času podle vašeho odhadu strávíte v nemocnici? Teď v poslední léta je to dost
7. Máte dostatek informací a vašem léčebném režimu? ano, jsem dostatečně informován, ale stejně je nepo
8. Máte dostatek informací o nemocničním režimu? ano, mám
9. Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici? Upřesněte: nic nechci, chci odpočinout, usmívat se!

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

pacient je soběstačný. Všechny věci zvládá sám. Neptá se bytí perfek

Komunikace:

- | | | | |
|-------------------|---------------------|--------------|--------------|
| • stav vědomí | při vědomí | somnolence | kóma |
| • kontakt navázán | rychle později | s obtížemi | nenavázán |
| • komunikace | bez problémů | bariéry | nekomunikuje |
| • spolupráce | snaha spolupracovat | nedůvěřivost | odmítá |
| • spolupráci | | | |

HODNOCENÍ NEMOCNÉHO

1. Bolest a nepohodlí

- ✓ Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného? ano ne
pokud ano, upřesněte: *cítím bolest v hrudi, tam mi zavazeli už měsíc a pořád mi to tam tlačí a dělá tu bolest*
- ✓ Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím do nemocnice? ano ne
pokud ano, upřesněte: *ano, ten žaludek, začal jsem zvracet*
jak dlouho? *ale už je to měsíc*
- ✓ Na čem je vaše bolest závislá? *na jídle*
- ✓ Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíží)? *dam si cigaretu, když je to méně*
- ✓ Kde pociťujete bolest? *v prsou, v zádech, v břiše, v nohách*
- ✓ Pokud budete mít u nás bolesti/obtíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění?....
vyléčit a vyoperovat ten nádor

Objektivní hodnocení sestry:

pocit pohodlí (lůžko, teplo), projevy bolesti : *teple v nemocnici mi už není, mi ani teplo, ani zima, doma už měl bolesti, hlavně je pocit v hrudi, tam mi zavazeli dent v břiše a záda, ale už je na to zvyklý, lety proti bolesti nepoužívá, nyní bolest nemá, když se dotkne*

charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změřte): *kromě toho ho bolí i hlava*

2. Dýchání

- ✓ Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním? ano ne
pokud ano, upřesněte: *dušnost při námaze*
- ✓ Měl jste potíže před příchodem do nemocnice? ano ne
pokud ano, upřesněte: *prodlážděl jsem onemocnění a pořád jsem jak jste je zvládal? chvíli si odpočinu a potom jdu dále*
- ✓ Máte nyní potíže s dýcháním? ano ne
pokud ano, co by vám pomohlo?
- ✓ Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů? (pokud pacient odpověděl na předchozí otázku negativně, tuto otázku nepokládejte)
nevím ano ne
pokud ano, zvládnete to? *pokud mi tam nechají ten nádor, tak ano*
- ✓ Kouříte? ano ne
pokud ano, kolik? *kouřím 10 cigaret denně*

Objektivní hodnocení sestry:

dušnost, frekvence, pravidelnost, rýma, kašel, sputum atd.: *nyní nejsou žádné známky dušnosti, rýmu nemá, není nachlazený, ani zchlazený, dýchání volně, pravidelně, dechová frekvence je 18 dechů/min, což je norm*

3. Osobní péče

- ✓ Můžete si všechno udělat sám? ano ne
- ✓ Potřebujete pomoc při mytí? ano ne
- ✓ Potřebujete pomoc při čistění zubů? ano ne
- ✓ Potřebujete pomoc při koupání či sprchování? ano ne
- ✓ Kdy se obvykle koupete nebo sprchujete? večer, dvakrát každý den, nyní 3 dny v týdnu

Objektivní hodnocení sestry:

soběstačnost, upravenost, zanedbanost atd.: *Pacient je zcela soběstačný*

všechny oblasti hygieny zvláda sám. Sprchuje se obvykle 3 dny v týdnu. jinak se pouze umývá v koupeli. Vlasy jsou upravené, čisté, upravené. nehty jsou čisté a zastřižené.

4. Kůže

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

Objektivní hodnocení sestry:

celistvost, vyrážka, hematomy, opruzeniny, rány, jizvy atd.: *kůže je normální žádné známky hematomů, opruzeniny ani vyrážky. Sliznice jsou vlhké.*

5. Strava a dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup? dobrý vadný
 - Máte zubní protézu? dolní horní
 - 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?
- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu *přiměřenou* vyšší (o kolik) nižší (o kolik)
- c) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu? ano ne
pokud ano, o kolik kg jste zhubnul/přibral: *polední 3 měsíce 10 kg*
- d) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu? ano ne
 - Co obvykle jíte? *všechno, co mi upadá má kamarádka*
 - Je něco co nejíte? Proč? *luštěniny, kroupy, nějak mi tanče*
 - Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován? ano ne
pokud ano, upřesněte: *nevim, ale měl bych jíst mléko a tu*
 - Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice? ano ne
pokud ano, upřesněte: *při jídle obtížně jsem polykal, co by mohlo problém vyřešit? vyklepat a vyoperovat.*
 - Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? ano
pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat? *nevim, asi ano*

Objektivní hodnocení sestry

stav výživy, enterální výživa, dieta, parenterální výživa, soběstačnost: *pacient má kompletní zubní protézu, KTD. Nedělá mu problémy při koupání. polední 3 měsíce zhubnul 10 kg. Nijak v 3 měsících váha se nezměnila. BMI je 23*

6. Příjem tekutin

- ✓ Změnil jste příjem tekutin od té doby, co jste onemocněl?
zvýšil snížil nezměnil
- ✓ Co rád pijete? *čaj, ovocné šťávy, mléku, pivo, nápoje*
- ✓ Co nepijete rád? *vodku*
- ✓ Kolik tekutin denně vypijete? *asi 1500 ml*
- ✓ Máte k dispozici dostatek tekutin? *ano* *ne*

Objektivní hodnocení sestry:

(projevy dehydratace, soběstačnost při příjmu tekutin, tekutiny v dosahu): *pacient je*

hydrataován. Tekutiny vypije asi 1500 ml denně. Na stole konvice s džbánek, kafe, normální, sliznice jsou vlhké. Je orientován směrem místem a osobou. Nyní pocit žízně nemá. Nejeví žádné známky otoků DK, ani na jiných částech těla.

7. Vyprazdňování stolice

- ✓ Jak často chodíte obvykle na toaletu? *každý den*
- ✓ Máte obvykle *normální stolice*
zácpu
průjem
- ✓ Kdy se obvykle vyprazdňujete? *ráno*
- ✓ Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil? *ne*
- ✓ Berete si projímadlo? *nikdy příležitostně často pravidelně*
- ✓ Pokud ano, jaké
- ✓ Máte nyní problémy se stolicí? *ano* *ne*
- pokud ano, jak by se daly vyřešit:

Objektivní hodnocení sestry:

konzistence, barva, frekvence, příměsi atd. (pokud při vyplňování vstupního záznamu znám), meteorismus, flatulence:

problémy se stolicí nemá, inkontinenci netrpí. Stolica je, chodí na WC, stolice pravidelná, každý den. Příměsí nesleduje.

8. Vyprazdňování moči

- ✓ Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice? *ano* *ne*
pokud ano, upřesněte: *akozat před 4 lety jsem prodělal infekce ME*
jak jste je zvládal?
- ✓ Co by vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici?
- ✓ Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice? *ano* *ne*
pokud ano, myslíte, že to zvládnete?

Objektivní hodnocení sestry:

diuréza, barva atd.: *pacient problémy s močením nemá. Netrpí na tachy-ortózu s močením. Ani žádné anitrenové či bolestivé při močení. Příměsí nesleduje. Je soběstačný, chodí na WC.*

9. Lokomotorické funkce

- ✓ Máte potíže s chůzí? ano ne
pokud ano, upřesněte:
- ✓ 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? nevím ano ne
pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete?

Objektivní hodnocení sestry: *pacient je oběť, chodící. problémy s chůzí nemá.*

10. Smyslové funkce

- ✓ Máte potíže se zrakem? ano ne
pokud ano, upřesněte: *zhoršil jsem se, mám brýle na čtení*
- ✓ Nosíte brýle? ano ne
pokud ano, máte s nimi nějaké problémy? *žádné problémy*
- ✓ Slyšíte dobře? ano ne
pokud ne, užíváte naslouchadlo? ano ne
jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl? *pořádku vůbec neslyším, ale nahlas ano, jsem natočily.*

Objektivní hodnocení sestry:

pacient s patrně špatným sluchem. Při komunikaci je vždy potřeba mluvit nahlas a zpozornitelně. Jeho brýle na čtení, ale na dálku mu nedělá problémy.

11. Fyzická a psychická aktivita

- ✓ Chodíte do zaměstnání? Pokud ano, co děláte? *ne, jsem důchodce*
- ✓ Máte potíže pohybovat se v domácnosti? ano ne
- ✓ Máte doporučeno nějaké cvičení? Pokud ano, upřesněte: *ano, ale netvůř*
- ✓ Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici? ano ne
- ✓ Co děláte rád ve volném čase? *doma chodím na ryby*
- ✓ Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici? *divím se na ryby, žádné záliby, budu rád, když odpočívám*
- ✓ Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění?

Objektivní hodnocení sestry: *pacient doma chodí na ryby a v nemocnici rád se dívá na TV. Myslil by čítání novin a rád by odpracoval. Je v nemocnici mje natvř. Rád komunikuje*

12. Odpočinek a spánek

- ✓ Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání? 10 hodin
- ✓ Máte doma potíže se spánkem? ano ne
pokud ano, upřesněte: *Teď se polední dobu je, co mi potíže*
vede, tak nenechá mě spát
- ✓ Kolik hodin obvykle spíte? 8 hodin
- ✓ Usínáte obvykle těžko? ano ne
- ✓ Budíte se příliš brzo? ano ne
pokud ano, upřesněte *budím se kolem 4 hodin z té strany těla*
- ✓ Co podle vás způsobuje vaše potíže? *To je nervy, když to večer*
- ✓ Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát? *nechávil*
- ✓ Berete doma léky na spání? ano ne
pokud ano, které:
- ✓ Zdrímnete se i během dne? Jak často a jak dlouho? *ano, vždy po obědě*
každý den 2 hodiny

Objektivní hodnocení sestry:

únava, denní a noční spánek apod.: *pacient špatně usíná a*
budí se kvůli bolesti, zhruba ráno přes den
vždy po obědě každou den 2 hodiny, po spánku
nedokáže se zvednout, da se cítí celopocitý

13. Sexualita *Nyní se cítí dobře, usměje se*

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

- ✓ Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem partnerském vztahu?
..... ano ne
pokud ano, upřesněte:
- ✓ Očekáváte, že se změní po odchodu z nemocnice váš intimní život?
..... ano ne
pokud ano, upřesněte:

- pacient o *sexualitě* nechce hovořit

- otázky nebyly položeny z důvodu vysokého věku nemocného

Na tuto otázku pacient nechtěl hovořit.

14. Psychologické hodnocení

- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------|---------------------|---------|
| • emocionalita | stabilní | spíše stabilní | labilní |
| • autoregulace | dobře se ovládá | hůře se ovládá | |
| • adaptabilita | přizpůsobivý | nepřizpůsobivý | |
| • příjem a uchování informací | bez zkreslení | zkresleně (neúplně) | |
| • orientace | orientován | dezorientován | |
| • celkové ladění | úzkostlivý | smutný | |
| rozzlobený | sklíčený | apatický | |

občas i veselější

15. Rodina a sociální situace

- ✓ S kým doma žijete? *zám*
- ✓ Kdo je pro vás nejdůležitější člověk (nejbližší) člověk? *sestra*
- ✓ Komu mohou být poskytnuty inf. o vašem zdrav. stavu? *mě a sestru*
- ✓ Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu? *velký starost*
- ✓ Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat? *ano*
- ✓ Je na vás někdo závislý? *nikdo*
- ✓ Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? *to nevím*
- ✓ Kdo se o vás může postarat? *sestra*

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

pacient je sociálně a ekonomicky zabezpečen. Je v důchodu, nikdo na něm není závislý. Jeho důchod bude pro údržbu jeho bytů. Žádné zdravotní problémy.

Chečete mi ještě něco říci, co by vám pomohlo v ošetrovatelské péči:

ne, udržovat mě a nechte mě být doma

16. Souhrnné hodnocení nemocného

Shrnutí závěru důležitých pro ošetrovatelskou péči

pacient spolupracuje při vědomí, orientován časem, místem a osobou. Komunitace data bez omezení. I přes velkou únavu se snaží spolupracovat. Cítí se unavený. Ztratil možnost krevní skupiny onemocnění. Pacient je plně informován o své diagnóze. Spatry spánek má velmi těžký. Používá klystír. Vše 4 hodiny ráno. Je soběstačný. Bydlí sám. Prof. Ho dočká se tedy penzijního kamradů, která mu uložila. Nyní se cítí dobře a na pohledu je veselý a rád komunikuje. Hospitalizaci vzhledem

Příloha 9 Plán ošetrovatelské péče

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	CÍLE OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	PLÁNOVANÉ OŠETŘOVATELSKÉ AKTIVITY	HODNOCENÍ POSKYTNUTÉ PÉČE	DATUM
1. Porucha polykání z důvodu základního onemocnění projevující se bolestí.	<ul style="list-style-type: none"> Pacient udává zmírnění bolestí. Zná možnosti jejího ovlivnění. Konstatuje zlepšení polykání. 	<ul style="list-style-type: none"> Vysvětlit pacientovi příčinu poruchy polykání možnosti jejího zvládnání. Poučit pacienta o stravě, kterou může jíst, případně spolupracovat s dietní sestrou a lékařem. Aplikovat analgetika dle ordinace lékaře. 	<ul style="list-style-type: none"> Pacient udává zmírnění bolesti. Pacient konstatuje zlepšení polykání. Pacient rozumí poučení. Cíle splněny. 	27.12.2009 27.12.2009 27.12.2009 30.12.2009
2. Beznaděj z důvodu „neřešení základní diagnózy“ projevující se porušováním léčebného režimu.	<ul style="list-style-type: none"> Pacient bude mít dostatek informací o svém zdravotním stavu. Pacient udává snížený pocit obavy a strachu o průběh své nemoci. Pacient chápe nutnost dodržování léčebného režimu. 	<ul style="list-style-type: none"> Zajistit pacientovi dostatek informací, které jsou v mé kompetenci. V případě, že bude chtít vědět víc, požádám o ně jeho ošetřujícího lékaře. Komunikovat s pacientem, podporovat a povzbuzovat ho. Vymezit si dostatek času na pacienta, naslouchat mu a chápat jeho obavy. Zapojit do spolupráce jeho sestru. 	<ul style="list-style-type: none"> Pacient má dostatek informací o svém zdravotním stavu a rozumí mému poučení. Nevím, zda má snížený pocit obavy a strachu, ale zdá se mi veselejší. 	26.12.2009 30.12.2009

<p>3. Porucha spánku vzhledem k bolesti projevující se únavou.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacient bude mít zmírněnou bolest o 2 stupně a bude aktivně spolupracovat při její kontrole. • Pacient bude mít klidný spánek. • Pacient udává zmírnění únavy. 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyzovat nevhodné podmínky pro spánek. • Vysvětlit pacientovi příčinu bolesti a možnosti jejího zvládnutí. • Monitorovat stupeň bolesti a změnu její intenzity. • Doporučit úlevovou polohu, edukovat o možné mobilitě. • Podávat analgetika dle ordinace lékaře. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacient konstatuje, že po podání analgetika se jeho stav zlepšil a bolest ustala. • Po spánku se cítil odpočatý a nepocítuje nepohodu. • Cíl splněn. 	<p>27.12. 2009</p> <p>27.12. 2009</p> <p>30.12. 2009</p>
<p>4. Riziko zkreslených informací z důvodu nedoslýchavosti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacient rozumí podaným informacím. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oslovovat pacienta jménem popřípadě lehkým dotykem upozornit, že mluvíme s ním. • Zřetelně vyslovovat, nezvyšovat hlas. • Dotazy ověřit, zda podaným informacím rozumí. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacient rozumí podaným informacím. • Cíl splněn. 	<p>26.12. 2009</p> <p>26.12. 2009</p>
<p>5. Riziko poruchy výživy z důvodu bolesti a nedodržování dietního režimu.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacient udrží současnou hmotnost. • Pacient dodržuje dietní opatření. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zhodnotit stav výživy. • Pacientovy problémy konzultovat s nutriční terapeutkou. • Poučit pacienta o vhodném způsobu úpravy stravy. • Kontrolovat množství přijaté stravy. • Sledovat, copřináší pacientova rodina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientova tělesná hmotnost se nesnižuje. • Důležité je dále sledovat dodržování zásady kašovitě stravy. 	<p>30.12. 2009</p> <p>30.12. 2009</p>

