

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA
S KARCINOMEM PANKREATU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LUCIE KUBÁTOVÁ

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ o. p. s.
PRAHA 5**

Vedoucí práce: MUDr. Martin Ralbovský, PhD.

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 31.3.2009

Datum obhajoby:

Praha 2009

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.

Praha 31. března 2009

.....

ABSTRAKT

KUBÁTOVÁ,L. *Ošetrovatelská péče u pacienta s karcinomem pankreatu* Praha, 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.. Bakalář všeobecná sestra.
Školitel: MUDr. Martin RALBOVSKÝ PhD.

Hlavní tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče u pacienta s karcinomem pankreatu. Teoretická část práce charakterizuje anatomii pankreatu, typy nádorů pankreatu, rizikové faktory a možnosti léčby. Praktická část práce je rozbořením konkrétní kasuistiky pacientky s karcinomem pankreatu. Kasuistika má přiblížit studentům nutnost práce pomocí ošetrovatelského procesu. Dále je zde proveden edukační proces u této pacientky a to s cílem vystihnout veškerou nutnou edukaci, která je potřeba pro dobrou spolupráci mezi pacientem a sestrou.

Klíčová slova: karcinom pankreatu, ošetrovatelský proces, edukace

KUBATOVA, L. *Nursing care of patient with pancreatic cancer, Prague. 2009*
Bachelor degree. Medical college,o.p.s.. Bachelor degree
Supervisor: MUDr. Martin RALBOVSKÝ, PhD.

Main topic of presented bachelor degree is nursing of patient with pancreatic cancer. Theoretical part is covering pancreas anatomy, tumour types, risk factors and treatment modalities. Clinical part is covering assessment of particular case report examples with pancreatic cancer. Aim of the case report is to describe the need of nursing process to students followed by educational process in this case with aim to catch all needed education needed for good relationship and cooperation between patient and nurse.

Key words: pancreatic cancer, nursing process, education

PŘEDMLUVA

Pokud řekneme slovo karcinom, každý si představí blízkou smrt a to v bolestech. Ve slovníku nalezneme pod slovem karcinom toto: „Karcinom (z řeckého *karkinôma*) je nádorové onemocnění, vycházející z epitelu, tedy např. z vrstev kůže či sliznic, jde tedy o nádory z tkání ektodermálního či entodermálního původu. Označení rakovina se původně vztahovalo pouze na karcinomy, dnes se však v běžném jazyce rozdíl stírá. Většina karcinomů pochází z krycího epitelu, nebo žlázového epitelu. Karcinomy tvoří cca 80% maligních nádorů.“ (Wikipedie, otevřená encyklopedie, www.wikipedia.cz) Tato práce vznikla z důvodu, že na našem pracovišti se pacientům s karcinomem pankreatu věnuje velká pozornost. Spolupracujeme na několika grantech a výzkumných záměrech, kde karcinom pankreatu je hlavním tématem. Snahou mojí práce je přiblížit studentům problematiku karcinomu pankreatu. Má práce vznikla jako kasuistika a to proto, že je na kasuistice nejlépe vidět použití ošetrovatelského procesu. Dále je zde vidět nutnost a potřeba edukace. Podklady pro práci jsem čerpala jak z knižních, tak i z časopiseckých pramenů.

Práce je určena studentům v oboru všeobecná sestra.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucímu bakalářské práce MUDr. Martinovi Ralbovskému PhD. za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytl při vypracovávání bakalářské práce.

Seznam použitých zkratk

AJCC:	American Point Committe on Cancer
Amp.:	ampule
ARO:	anesteziologicko resuscitační oddělení
ASA:	American society of Anaesthesiology
BMI:	body mast index
Cca:	asi
CD:	cíl dlouhodobý
CK:	cíl krátkodobý
Cm:	centimetr
Cps:	kapsle
CT:	výpočetní tomografie
D:	dech
DK:	dolní končetiny
EKG:	elektrokardiograf
EPT:	endoskopická papilotomie
ERCP:	endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie
EUS:	endoskopická ultrasonografie
F:	french (velikost)
Hbg:	sloupec rtuti
i.v.:	intra venosně
JIP:	jednotka intenzivní péče
Kg:	kilogram
LDK:	levá dolní končetina
ml:	mililitr
MR:	magnetická rezonance
Oš.dg.:	ošetřovatelská diagnóza
P:	puls
RHB:	rehabilitace
RTG:	roentgen
s.c:	subcutálně (podkožně)
Stp:	stav po
SONO:	abdominální ultrazvukové vyšetření
Tbl:	tableta
TK:	krevní tlak
TT:	tělesná teplota
UICC:	Union Internationale Contre le Cancer
USG:	abdominální ultrasonografie
VK:	výsledná kritéria

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Anatomie.....	11
2 Klinická charakteristika onemocnění	13
2.1 Definice, charakteristika	13
2.2 Etiologie, patofyziologie.....	14
2.2.1 Věk.....	14
2.2.2 Etnické vlivy	14
2.2.3 Kouření	14
2.2.4 Alkohol	14
2.2.5 Vlivy stravy.....	14
2.2.6 Fyzická aktivita.....	15
2.2.7 Profesionální vlivy	15
2.2.8 Hormonální vlivy	15
2.2.9 Radiace.....	15
2.2.10 Dědičné vlivy	15
2.2.11 Genetické vlivy	15
2.3 Klinický obraz.....	17
2.4 Průběh, formy, komplikace, prognóza.....	18
2.4.1 Průběh onemocnění.....	18
2.4.2 Formy	18
2.4.3 Komplikace	19
2.4.4 Prognóza	19
2.5 Diagnostika	21
2.5.1 Laboratorní vyšetření	21
2.5.2 Onkomarkery	21
2.5.3 Abdominální ultrasonografie (USG)	21
2.5.4 Výpočetní tomografie (CT)	21
2.5.5 Magnetická rezonance (MR)	21
2.5.6 Endoskopická ultrasonografie (EUS)	22
2.5.7 Selektivní angiografie	22
2.5.8 Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie (ERCP)	22
2.5.9 Histologické a cytologické vyšetření	22
2.5.10. Endoskopická ultrasonografie s aspirační biopsií (EUS)	22
2.5.11. Klasifikace UICC/AJCC	22
2.6 Terapie	23
2.6.1 Chirurgická léčba	23
Radikální operační léčba.....	23
Paliativní operační léčba.....	24
2.6.2 Konzervativní léčba	24
2.6.3 Onkologická terapie	25
2.6.4 Farmakoterapie	26
2.6.5 Dietoterapie.....	26
2.6.6 Pohybový režim	26
2.6.7 Psychoterapie	27

2.7 Prognóza	28
3 Ošetrovatelská péče u pacienta s onemocněním	29
3.1 Ošetřování nemocných.....	29
3.1.1 Příjem na oddělení, volba pokoje, poloha nemocného	29
3.1.2 Sledování nemocných	29
3.1.3 Možné ošetrovatelské diagnózy	29
II PRAKTICKÁ ČÁST	31
4 Posouzení stavu pacienta.....	31
4.1 Identifikační údaje	31
4.2 Výtah z lékařské dokumentace	31
4.2.1 Lékařská anamnéza	31
4.2.2 Vyšetření	32
4.2.3 Závěr při příjmu	33
4.3 Terapie	34
4.3.1 Chirurgická léčba	34
4.3.2 Konzervativní léčba	34
4.3.3 Farmakoterapie	34
4.3.4 Dietoterapie.....	35
4.3.5 Pohybový režim	35
4.3.6 Psychoterapie	36
4.3.7 Fyzikální vyšetření sestrou	36
4.4 Posouzení stavu potřeb klienta dle „Functional Health Patterns“	39
4.4.1 Vnímání zdraví	39
4.4.2 Výživa metabolismus.....	39
4.4.3 Vylučování	39
4.4.4 Aktivita, cvičení	39
4.4.5 Spánek, odpočinek	40
4.4.6 Vnímání, smysly	40
4.4.7 Sebepojetí.....	40
4.4.8 Role, mezilidské vztahy	40
4.4.9 Sexualita, reprodukční schopnosti	40
4.4.10 Stres, zátěžové situace	41
4.4.11 Víra, životní hodnoty	41
4.4.12 Jiné	41
5 Ošetrovatelská péče	42
5.1 Seznam ošetrovatelských diagnóz	42
5.2 Plán ošetrovatelské péče	43
6 Edukace pacienta/klienta	48
6.1 Edukační list	48
6.2 Edukační záznam – realizace	48
6.3 Edukační plán	48
6.3.1 Cíl edukačního plánu	48
6.3.2 Význam.....	48
6.3.3 Technika.....	49
6.3.4 Kontrolní otázky pro sestru.....	50

6.3.5 Postup při zaškolení pacienta, klienta	50
6.3.6 Kontrolní otázky pro pacienta, klienta	52
7 Zhodnocení ošetrovatelské péče	53
8 Prognóza	54
9 Závěr	55
10 Seznam informačních zdrojů	56
10.1 Seznam literatury	56
10.2 Internetové zdroje	57
11 Přílohy	58
11.1 Seznam příloh	58
11.2 Záznam stavu individuálních potřeb klienta (vyplněná ošetrovatelská dokumentace)	58

ÚVOD

Ve své bakalářské práci se chci věnovat problematice ošetrovatelské péče u pacienta s karcinomem pankreatu. Na tento nádor umírá 7 % mužů a 6 % žen, jak uvádí Doc. Zavoral. Karcinom pankreatu je v četnosti výskytu ve světě na 4. místě u mužů a 5. místě u žen. Česká republika má primát. U mužů je karcinom pankreatu na prvním místě a u žen na šestém místě. Nejčastěji diagnostikujeme tento nádor ve věkové skupině od 60 do 80 let. Ovšem již nyní se setkáváme s diagnózou nádoru pankreatu i u mladších jedinců. Toto téma jsem si vybrala proto, že celosvětově se zvyšuje procento nemocných pacientů s touto diagnózou.

Cílem mé práce byla realizace ošetrovatelského procesu u pacienta s tímto onemocněním. Dále jsem chtěla přiblížit tuto tematiku širší odborné veřejnosti.

Práci jsem rozdělila na dvě části a to na teoretickou a praktickou. V teoretické části popisují onemocnění obecně, anatomii, fyziologii a objasňují podstatu ošetrovatelského procesu. V praktické části jsem popsala realizaci ošetrovatelského procesu u pacienta s karcinomem pankreatu, kterého jsem ošetřovala. Na základě ošetrovatelské anamnézy jsem si stanovila ošetrovatelské diagnózy. U každé jsem si stanovila plán péče a naplánovala ošetrovatelský cíl. Své naplánované intervence jsem realizovala. Výsledky péče jsem poté vyhodnotila společně s pacientem.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Anatomie

Pankreas – slinivka břišní

Pancreas je uložen hluboko v dutině břišní horizontálně a táhne se napříč od duodena, doleva ke slezině. Je to protáhlá šedorůžová až nažloutlá žláza s vnitřní a vnější produkcí. Vylučuje trávicí enzymy do duodena. Je dlouhý 14 – 18 centimetrů. Dělí se na hlavu, tělo a ocas.

Caput pancreatis

hlava slinivky je uložena v duodenálním ohbí před tělem L₂. Je připojena ke stěně duodena a processus uncinatus – hákovitý výběžek zasahuje až ke střední čáře. Úpon mesocolon transversum kříží vepředu hlavu pankreatu. Nad úponem naléhá pylorická část žaludku a pod úponem leží kličky tenkého střeva. Za hlavou slinivky vzniká vena portae a to soutokem vena mesenterica superior a vena lienalis. Probíhá zde také žlučovod a to ductus choledochus.

Corpus pancreatis

tělo slinivky je uloženo před aortou, směřuje nahoru a doleva až k levé ledvině. Místo, kde se kříží s aortou je tuber omentale – hrbol na přední ploše, který naléhá na zadní plochu žaludku. Dolní plocha se stýká s flexura duodenojejunalis. Na řezu má charakteristický trojúhelníkový tvar. Po horním okraji jde arteria lienalis a po zadním okraji jde vena lienalis.

Cauda pancreatis

ocas slinivky je zužující se a míří k hilu sleziny. Ligamentum pancreaticolienalis je řasa peritonea na zadní stěně. Tudy vede arteria a vena lienalis od konce kaudy až do hilu sleziny.

Stavba pankreatu – spojuje v sobě dva typy žláz a to s exokrinní a endokrinní funkcí. (ČIHÁK, 1988)

Exokrinní část

vylučuje sekret, který je bohatý na trávicí enzymy a ty odvádí do duodena. Je to serosní žláza, která je pokrytá tenkým vazivovým pouzdrém a to vstupuje i do vlastní hmoty žlázy a jemnými septy jí rozděluje na nestejně velké lalůčky – lobuly. Lobuly se skládají z acinů a jejich stěny tvoří serosní buňky s produkcí až dvou litrů pankreatické šťávy za den. Šťáva je silně zásaditá a její funkcí je neutralizace kyselé žaludeční tráveniny v duodenu. Trypsiny štěpí bílkoviny a aktivují se až v duodenu. Pankreatická lipáza štěpí emulgované tuky na glycerol a mastné kyseliny. Aktivuje ho žluč. Pankreatická amyláza štěpí škrob na jednoduché cukry a dále společně s dalšími enzymy až na glukózu. Vývodné cesty slinivky vychází od acinů, ve kterých začínají

úzké vsunuté vývody. Vývody se spojují v intra a interlobulární vývody. Interlobulární ústí do hlavních vývodů a to jsou ductus pancreaticus a ductus pancreaticus accesorius. Ductus pancreaticus je hlavním vývodem slivky. Jeho délka je 10 – 12 centimetrů. Míří celou délkou slivky a ústí do duodena většinou společně se žlučovodem na papilla duodeni major. Ústí je opatřeno svěračem z hladké svaloviny musculus sphincter ductus pancreatici. Ductus pancreaticus accesorius je přídatný a variabilní vývod. Odvádí pankreatickou šťávu pouze z hlavy slivky. Většinou bývá jednou větví spojen s hlavním vývodem a ústí do duodena na papilla duodeni minor. (ČIHÁK, R. 1988)

Endokrinní část

je tvořena skupinami buněk v exokrinní části. Tyto buňky jsou roztroušeny a tvoří drobné ostrůvky insulae pancreaticae – Langerhansovy ostrůvky. Počet těchto ostrůvků je různý, ale pohybuje se okolo 1 – 2 milionů. Povrch je vazivový a jsou zde retikulární a kolagenní vlákna. Více ostrůvků je v cauda pancreatis. Jsou obklopeny sítí sinusoid vně i uvnitř. Buňky jsou uspořádány do nepravidelných trámčů. Produkují přímo do krve hormon insulin. Insulin reguluje hladinu krevního cukru a udržuje její hodnotu v normálu. Reguluje průnik cukru do buněk a při vyšší hladině ukládá cukr do svalů a jater. (ČIHÁK, R. 1988)

Tepenné zásobení

je z větví truncus coeliacus a větvemi arteria mesenterica superior. Žilní odtok je do vena mesenterica superior a do vena lienalis. Odtud potom do vena portae.

Inervace

parasympatická je z nervus vagus a jde v plexus coeliacus. Dráždění parasympatiku zvyšuje prvotně prokrvení a druhotně se zvyšuje sekrece. Sympatická vlákna jdou z ganglií hrudního sympatiku.

2 Klinická charakteristika onemocnění

2.1 Definice, charakteristika

Podle odborné literatury incidence karcinomu pankreatu má neustále rostoucí tendenci. Maximum nárůstu je na severoamerickém kontinentě, v Evropě a Japonsku. V Africe, Střední a Jižní Americe, Asii a Oceánii je na významně nižších hodnotách. Česká republika patří mezi státy s nejvyšším nárůstem nádorů pankreatu na světě. Společně s Českou republikou má největší incidenci tohoto onemocnění ještě Maďarsko, Lotyšsko, Slovensko a Rakousko.

Zatímco v letech 1977 – 2002 to bylo 13,08 na 100.000 obyvatel, v roce 2002 to bylo již 15,88 na 100.000 obyvatel. (ZAVORAL, M. et al.,2005) Tento karcinom je osmým nejčastějším onemocněním s výskytem 1400 nových případů za rok. Karcinom pankreatu je závažným problémem, protože je to onemocnění s rychlou progredující malignitou a s 80 % letalitou během jednoho roku. (RYSKA,M. a kolektiv HPB 3/2008) Většina nemocných umírá do jednoho roku od stanovení diagnózy. Nejvyšší výskyt byl zaznamenán v Praze a nejnižší v kraji Vysočina. Prognóza pacientů s tímto onemocněním je nejhorší a průměrná doba přežívání se pohybuje kolem 6 měsíců. Důvodem pro pozdní diagnostiku nádoru je fakt, že je diagnostikován ve velmi pozdním stádiu onemocnění. Problémem i nadále zůstává to, že nádor nemá žádné zjevné projevy. Nejčastěji diagnostikujeme tento nádor u mužů od 65 do 74 let. U žen je to o 5 let později. Ovšem nyní lékaři diagnostikují nádor pankreatu i u mladších mužů okolo 35 let.

2.2 Etiologie, patofyziologie

Rizikové faktory nejsou prakticky známé. Také souvislost s výskytem diabetu není spolehlivě prokázána. I přes všechny pokroky v diagnostice a léčbě je karcinom pankreatu jedním z nejzávažnějších nádorových onemocnění s vysokou mortalitou. (ZAVORAL, M. et al., 2005)

2.2.1 Věk

Odborná literatura uvádí, že onemocnění karcinomem pankreatu v prvních třiceti letech je raritní a pokud již mladší jedinec onemocní, máme podezření na primární genetickou příčinu. U vyšších věkových skupin je rychlá incidence tohoto onemocnění. Nejvyššího maxima dosahuje okolo sedmdesáti až osmdesáti let. Jelikož se prodlužuje délka života, lze očekávat i další nárůst onemocnění.

2.2.2 Etnické vlivy

Nejvyšší incidence je zjištěna u Afroameričanů v USA, obyvatel severní Evropy, Polynésanů na Havaji a Maorů na Novém Zélandu. (ZAVORAL, M. et al., 2005) K vyššímu výskytu u afroamerických mužů přispívá silnější kuřáctví, anamnéza diabetu a rodinná zátěž. U žen je to abúzus alkoholu a obezita.

2.2.3 Kouření

Aktivní kuřáctví je spojeno s dvojnásobným až trojnásobným rizikem vzniku karcinomu pankreatu. Odborná literatura předpokládá, že cigaretový kouř působí specifickým efektem tabákových N – nitrosaminů nebo sekrecí těchto sloučenin do žluči a jejich refluxem do pankreatického vývodu. Karcinogenní efekt u chronických kuřáků pomíjí až po patnáctileté abstinenci. U pasivního kouření není tento efekt jednoznačně potvrzen. (ZAVORAL, M. et al., 2005)

2.2.4 Alkohol

Souvislost mezi požíváním velkého množství alkoholu a karcinomem pankreatu se nepotvrdila. Je ovšem na druhou stranu jasné, že pacienti požívající větší množství alkoholu, jsou aktivními kuřáky. Souvislost je pouze u nemocných s hereditární pankreatitidou a u nemocných s chronickou pankreatitidou. U těchto nemocných je vyšší incidence onemocnění.

2.2.5 Vlivy stravy

Vysokoenergetický příjem potravy, masa, cholesterolu a smažených pokrmů je prokázána asociace výskytu karcinomu pankreatu. Vysoký příjem přirozených antioxidantů jako je zelenina, ovoce, vláknina a vitamín C působí naopak. U osob, které mají vysoký BMI a ještě mají vysoký kalorický příjem je riziko vysoké.

2.2.6 Fyzická aktivita

Je důležitá vzhledem k vývoji obezity. U osob s obezitou je dokázána souvislost. Onemocnění se projevuje velkým váhovým úbytkem. Je proto potřeba váhový úbytek sledovat hodně zpět. Osoby s obezitou jsou fyzicky málo aktivní a to vzhledem k jejich váze. Obezita vede k inzulinorezistenci a naopak fyzická aktivita zvyšuje glukózovou toleranci a tím má dobrý vliv na míru vzniku rizika u obézních nemocných.

2.2.7 Profesionální vlivy

Délka užívání hormonální antikoncepce a častější vznik onemocnění nebyly potvrzeny. Postmenopauzální hormonální substituce riziko neovlivňuje. Naopak je nárůst rizika u prvorodiček ve vyšším věku. (ZAVORAL, M. et al.,2005)

2.2.8 Hormonální vlivy

Délka užívání hormonální antikoncepce a častější vznik onemocnění nebyly potvrzeny. Postmenopauzální hormonální substituce riziko neovlivňuje. Naopak je nárůst rizika u prvorodiček ve vyšším věku. (ZAVORAL, M. et al.,2005)

2.2.9 Radiace

Radioterapie, stejně jako souvislost s haváriemi v atomových elektrárnách a vystavení osob účinkům radiačního záření při výbuších atomových bomb se nepotvrdila.

2.2.10 Dědičné vlivy

Asi 5 % onemocnění má souvislost s dědičností. U příbuzných prvního stupně je incidence popisována u 76/100 000 a v rodinách s postižením tří a více členů incidence vzrůstá až na 300/100 000. Nově byl popsán familiární syndrom sdružující projevy pankreatitidy, diabetu a karcinomu pankreatu. (ZAVORAL, M. et al.,2005)

Hereditární pankreatitida se řadí k prekancerózám a tito nemocní mají riziko vzniku karcinomu větší 40 až 60krát oproti běžné populaci. Choroba vykazuje epigenetické rysy dědičnosti a riziko je až 70 %, pokud je tato choroba dědičná od otce. (ZAVORAL, M. et al.,2005)

2.2.11 Genetické vlivy

V posledních desetiletích dochází k výraznému rozvoji genetických a molekulárně biologických poznatků o karcinomu pankreatu. Mezi geny, které nejčastěji vykazují genetické alterace u karcinomu pankreatu řadíme následující geny.

K-ras: je na krátkém raménku 12 chromosomu v lokalizaci p12.1.. Tento gen je detekovatelný již v časném stádiu vývoje karcinomu PanIN-1A. Mutace tohoto genu je přítomna i u jiných maligních nádorů, jako je kolorektální karcinom.

Gen p16: je přítomen na 9 chromosomu v lokalizaci p21. a je jedním z nejdůležitějších genů. Absence genu vede k nekontrolovatelnému buněčnému růstu. Inaktivace p16 byla zpozorována také u syndromu familiárního maligního melanomu.

Gen p53: je lokalizován na 17 chromosomu v poloze p13.1.. Tento gen je pozorován až u pokročilých forem karcinomu pankreatu.

Vrozené mutace jsou příčinou Liova-Fraumeniho syndromu, který je charakterizován dispozicí ke vzniku různého druhu nádorů.

Gen DPC 4: je lokalizován na 18 chromosomu v poloze q21.1.. Je detekován v pozdním stádiu karcinomu. Tento gen řídí signální dráhy růstových faktorů, které regulují systémy buněčného cyklu. Inaktivace tohoto genu nebyla pozorována u jiných karcinomů.

Gen HER2: je lokalizován na 17 chromosomu v poloze q21.1.. Tento gen byl pozorován i u karcinomu prsu. (ZAVORAL, M. et al.,2005)

2.3 Klinický obraz

Adenokarcinom pankreatu může být lokalizován ve všech částech slinivky, ale málokdy je difúzně postižen celý pankreas. Těžko se také rozlišuje prvotní karcinom postihující žlučové cesty a pankreas.

Karcinom hlavy pankreatu se projevuje typickou triádou příznaků a to bolestí, hubnutím a progredujícím ikterem. V časném stádiu onemocnění nejsou obtíže nápadné a určitého charakteru. S postupnou infiltrací okolních orgánů je zřetelný úbytek hmotnosti, ikterus a zvětšující se bolesti v epigastriu.

Zpočátku je bolest tupá a postupně se stává trvalou, krutou až nesnesitelnou. Bolest udává až 90 % nemocných s progresí do břicha a zad. Třetina nemocných udává bolest již při první návštěvě lékaře a nemocných s bolestí přibývá s progresí onemocnění. Příčinou bolestí je prorůstání nádoru do retroperitonea s postižením parapankreatických a perisplenických pletení. Ke zmírnění bolesti běžně užívaná analgetika nepomáhají. Je sice možné indikovat analgetika opiátového typu, ale tyto léky způsobují další komplikace. Jednou z možností je provedení thorakoskopické nebo peroperační chemické splanchniectomie. Tyto výkony bývají nyní nahrazeny chemickou splanchniectomií pod CT kontrolou nebo během endoskopického vyšetření.

Ztráta hmotnosti až anorexie je spojená s odporem k masu. Nemocný má kovovou příchut' v ústech. Připojuje se průjem, celková slabost a nauzea se zvracením. Zvracení bývá prvotním příznakem obstrukce duodena nebo metastatického rozsevu po peritoneu. V literatuře se uvádí, že každý třetí nemocný má poruchu pasáže duodenem.

Obstrukční ikterus bývá přítomen u poloviny nemocných pacientů a u čtvrtiny je v břiše hmatná objemná rezistence. Obstrukční ikterus vede k poruše metabolismu hepatocytů, syntézy proteinů a absorpce tuků. To vede k maldigesci, pruritu a periferním edémům.

Diabetes mellitus je přítomen u nemocných s karcinomem pankreatu u 20 – 40 % a to ve formě poruchy glukózové tolerance. U starších nemocných může být nevysvětlitelná bolest v epigastriu, úbytek hmotnosti a abnormální glykemická křivka jediným vysvětlujícím a objektivním nálezem pro toto onemocnění.

2.4 Průběh, formy, komplikace, prognóza

2.4.1 Průběh onemocnění

Onemocnění probíhá skrytě. Ve většině případů je nádorové onemocnění diagnostikováno až v pokročilém stádiu. Příznakem je již zmíněná triáda tj. ikterus, bolest a porucha vyprazdňování žaludku. Pokud dojde k nálezů nádoru v časném stádiu, je to většinou náhodným nálezem při vyšetření z jiného důvodu.

2.4.2 Formy

Duktální karcinomy: tvoří více než 90 % exokrinních nádorů. Duktální karcinom roste infiltrativně do okolí a prorůstá do duodena, mesenterických a slezinných cév. Metastazuje do regionálních lymfatických uzlin. Nádory kaudy prorůstají do sleziny, levé nadledviny, příčného tračníku a měkké tkáně retroperitonea.

Adenokarcinom z vývojových buněk: roste jako polypoidní intraduktální léze nebo infiltrativně proniká do tkáně. Až 61 % je lokalizováno v hlavě pankreatu. Adenocarcinomy mohou dorůst do velikosti několika centimetrů. Větší jsou v těle a kaudě než v hlavě. Metastazuje do lymfatických uzlin, jater, plic a nadledvin

Adenoskvamózní karcinom: klinický obraz a biologické chování je podobné duktálnímu karcinomu. Hlavní složkou je skvamózní složka s dlaždicovými buňkami.

Pleomorfní karcinom: tvoří je pleomorfní bizardní buňky s více jádry. Jsou charakteristické obrovskou nádorovou hmotou s rozsáhlými nekrotickými a hemoragickými ložisky. Tyto nádory jsou velice agresivní. Šíří se perineurálně, lymfatickými a krevními cévami. Záhy metastazují.

Karcinom z obrovských mnohojaderných buněk: histologicky připomíná kostní nádory z velkých buněk. Tento typ má lepší prognózu ve srovnání s pleomorfním nebo duktálním adenokarcinomem.

Mucinózní karcinom: je složený z nahromaděného mucinu, který obsahuje malé shluky nádorových buněk. Připomíná koloidní karcinom prsu a trávicího ústrojí.

Karcinom z malých buněk: tento druh je složen z malých buněk s nehojnou cytoplasmou. Je podobný plicním karcinomům. Metastázy jsou intenzivní a proto je problematické identifikovat místo původu.

Mucinózní cystadenokarcinom: je poměrně vzácný. Tento nádor dělíme na dvě varianty a to na nezhoubný serosní cystadenom a zhoubný mucinózní cystický nádor. Varianta nezhoubného cystadenomu se má operovat stejně, jako by vykazoval známky malignity. Tyto nádory postihují většinou ženy středního věku. Jejich lokalizace je v těle a kaudě. Cystické nádory tvoří cysty, které obsahují lepkavý mucin. Ten může být obarven v důsledku krvácení nebo nekrózy. Tento druh nádoru může být řešen pouze operační léčbou. V době diagnózy je nádor již velmi pokročilý a s generalizací metastáz do jater. Tento druh nádoru má velmi špatnou prognózu.

Intraduktální papilární mucinózní karcinom: je tvořen pouze jednou velkou cystou s masou s velkým množstvím sept. Projevuje se jako mnohočetná ložiska cysticky dilatovaných pankreatických vývodů. Tento karcinom postihuje nejčastěji hlavu pankreatu, ale může se rozšířit do těla a kaudy. Tento nádor postihuje muže. Chirurgické výsledky léčby jsou relativně uspokojivé.

Solidní pseudopapilární karcinom: tento nádor se vyskytuje pouze u 0,2 – 0,7 % všech neendokrinních nádorů. Vyskytuje se ve všech částech pankreatu. Velikost nádoru je několik centimetrů.

Jsou dobře ohraničené, ale téměř vždy utlačují přilehlé struktury. Vzácné je i jejich metastazování. Postihuje ženy v reprodukčním věku. K chirurgické radikalitě stačí pouhá excize nádoru a to z důvodu malé pohotovosti k invazivního růstu.

Karcinom z acinózních buněk: tento typ nádoru představuje přibližně 1 %. V době stanovení diagnózy je již rozsáhlý a již s metastázami do lymfatických uzlin, jater a plic. Někdy se projeví až jako nekróza podkožního tuku. Postihuje jakoukoliv část pankreatu. Postihuje starší pacienty, ale byl popsán i u malých dětí, kde představuje nejčastější maligní nádor.

Pankreatoblastom: je to poměrně vzácný druh nádoru. Projevuje se oktetem a rezistencí v břiše. Nádor postihuje hlavu nebo tělo pankreatu a má infiltrativní charakter. Metastázy jsou poměrně vzácné. Jejich velikost je několik centimetrů v průměru. Postihuje chlapce a to ve věku od 3 týdnů do 8 let.

Ampulární a periampulární karcinom: lokalizuje se do oblasti D2 úseku duodena. Pochází ze sliznice ampuly Vaterovy papily, ze sliznice duodena okolo Vaterské papily, z výstelky distálního pankreatického vývodu a ze sliznice distálního žlučového. Většinou se nedá přesně stanovit lokalita a to z důvodu velké masy a infiltrace okolí. Projeví se velice brzy a to zvyšuje jejich dobrou prognózu po provedení chirurgického výkonu. Z důvodu včasného rozpoznání nejsou přítomny metastázy.

2.4.3 Komplikace

Mezi časně komplikace po operačních výkonech patří pooperační pankreatitida, pooperační krvácení, únik pankreatické šťávy a opožděné vyprazdňování žaludku. U pacientů, u kterých byla zvolena konzervativní terapie, můžeme pozorovat perforace duodena, migrace stentu, vznik píštělí, pankreatitida, cholangoitida, polékové alergická reakce a vycestování stentu do duodena.

2.4.4 Prognóza

Nejdůležitější pro stanovení prognózy onemocnění je rozsah nádorového postižení a vztah k okolní tkáni a orgánům.

Tabulka č.1

stádium	I	II	III	IVa	IVb
Roční přežití	78 %	60 %	65 %	21 %	10 %
Dvouleté přežití	44 %	60 %	30 %	0 %	10 %

Jeho stanovení určuje další radikalitu chirurgického zákroku nebo využití konzervativního řešení.

Tabulka č.2

	Radikální výkon	Paliativní výkon
Roční přežití	65 %	21 %
Dvouleté přežití	43 %	14 %

Většina pacientů je chirurgicky ošetřena až v pokročilých stádiích onemocnění. Pokud je proveden radikální výkon, je významně lepší prognóza týkající se délky přežití. Dalším významným faktem je kvalita života po chirurgickém zákroku nebo při použití konzervativní terapie. Onkologická terapie do určité míry zlepšuje léčebné výsledky a lze ji využít u nemocných ve všech stádiích nemoci. Její účinnost již byla prokázána na různých klinických studiích. Vždy je třeba brát na zřetel čas do progresu nemoci, celkové přežívání, léčebné odpovědi a zlepšení kvality života nemocných. (ZAVORAL, M. et al.,2005)

2.5 Diagnostika

2.5.1 Laboratorní vyšetření

Nemá pro stanovení diagnózy karcinomu pankreatu prakticky žádný význam. Anemie je přítomná u nemocných, kde nádor prorůstá do duodena nebo žaludku. Hodnoty sérového bilirubinu a alkalické fosfatázy jsou vysoké při obstrukčním ikteru, ale naopak transaminázy jsou v normě nebo mírně zvýšené. Sérové amylázy nebo v moči jsou nulové nebo dosahují mírného zvýšení a to i v případě, kdy nádorovou obstrukcí je postižen Wirsungův vývod sekundární pankreatitidou. U třetiny nemocných pozorujeme patologickou glykemickou křivku.

2.5.2 Onkomarkery

Jsou zatím jen malým přínosem. Využití těchto metod ke stanovení diagnostiky je prozatím nepřínosné. Nabývá však na důležitosti z důvodu sledování efektivity léčby a určení stadia tzv. stagingu onemocnění. Karcinomembryonální antigen (CEA) je pozitivně detekován v krvi u 15 % nemocných. CA 19-9 sérové koncentrace u malých nádorů jsou nulové nebo mají velice nízkou hodnotu. Jejich nárůst spatřujeme společně s nárůstem nádoru. Proto tento onkomarker není vhodný pro screening nebo jako jediné vyšetření pro vyloučení diagnózy karcinomu pankreatu.

2.5.3 Abdominální ultrasonografie (USG)

Je prvním a nejdostupnějším vyšetřením. USG spolehlivě zobrazí pankreas s hlavním vývodem, játra, žlučník, žlučové cesty a parapankreatické cévní struktury. Další výhodou je provedení cílené punkce pankreatu a tím získání vzorku pankreatické tkáně. Podmínkou je získání vzorku z nádorového ložiska. Citlivost této metody je uváděna okolo 83 %. Bohužel ne vždy je vzorek z nádorového ložiska a tím je dána negativita.

2.5.4 Výpočetní tomografie (CT)

Je již v dnešní době snadno dostupným vyšetřením. CT má řadu výhod a to jsou lepší prostorová orientace, přesnější posouzení vztahu pankreatu k okolním orgánům s možností určení charakteru tkáně. Toto vyšetření by se mělo provádět vždy s podáním kontrastní látky a to z důvodu, že nádorová masa má stejnou denzitu jako okolní normální tkáň. CT je nezastupitelné i z důvodu stanovení stagingu, zhodnocení resekability nádoru, přítomnosti angioinvaze a metastáz.

2.5.5 Magnetická rezonance (MR)

Další významná metoda. MR může být při stanovení diagnózy karcinomu pankreatu přesnější než CT a to zejména u malých nádorů.

2.5.6 Endoskopická ultrasonografie (EUS)

Má nezastupitelnou úlohu při stanovení předoperačního stagingu. Při velikosti nádoru, který je větší než 2 centimetry je jeho spolehlivost 100 %. Na druhou stranu, pokud je nádor menší než 2 centimetry je spolehlivost pro stanovení diagnózy menší než 30 %. Při tomto vyšetření lze detailně zobrazit struktury v těsném sousedství pankreatu, velké cévy, žlučový strom, parapankreatické mízní uzliny a jaterní tkáň. Přínosem tohoto vyšetření je možný odběr tkáně na bioptické vyšetření.

2.5.7 Selektivní angiografie

Nepoužívá se tak často a s rozvojem neinvazivních metod jako je CT, MR a EUS ustupuje do pozadí. Lze však na něm prokázat invazi do parapankreatických cév, trombózu portální nebo lienální žíly.

2.5.8 Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie (ERCP)

Je nejspolehlivější vyšetřovací metodou. Karcinom pankreatu může způsobit změny pankreatického i žlučového vývodného systému. U nádorů hlavy pankreatu přecházejících na duodenum je možnost využití duodenoskopu během ERCP. Dále máme možnost odběru bioptických vzorků z postiženého úseku.

2.5.9 Histologické a cytologické vyšetření

Je důležité z hlediska stanovení stagingu a stanovení povahy nádoru a s tím spojenou volbou nejúčinnější léčebné techniky.

2.5.10. Endoskopická ultrasonografie s aspirační biopsií (EUS)

Je výhodná z důvodu odběru materiálu přímo z nádoru. Je standardně používán při stanovení předoperačního stagingu. Na rozdíl od odebrání biopsie pod CT a Sono kontrolou, kdy je diskutabilní, že může dojít k rozsevu implantačních metastáz. To z důvodu, že bioptická jehla prochází celou stěnou břišní a někdy i nitrobřišními strukturami, je použití EUS bez tohoto rizika. Jeho výhodou je také to, že rozpozná i menší léze, které nejsou detekovatelné na CT. Dá se také posoudit invaze do portálního žilního systému a postižení lymfatických uzlin.

2.5.11. Klasifikace UICC/AJCC

Je používána pouze pro karcinom pankreatu. Dále se dělí dle lokalizace na nádory hlavy, těla, ocasu a celého pankreatu. Vždy hodnotíme T – klasifikace primárního nádoru a jeho lokalizace, N - klasifikace postižení lymfatických uzlin a M - klasifikace vzdálených metastáz. Nově se používá japonská klasifikace JPN.

JPN klasifikace – staging onemocnění. (ZAVORAL, M. et al.,2005)

2.6 Terapie

2.6.1 Chirurgická léčba

Chirurgické výkony u tumorů pankreatu jsou velice technicky náročné. Vyžadují nejen perfektní chirurgický výkon, ale také dokonalou intenzivní pooperační péči. Chirurg se podílí na předoperační diagnostice a načasování optimální doby výkonu. Nejčastěji je karcinom pankreatu diagnostikován okolo 60 roku a výše. To ovlivňuje i rozhodování chirurga o vhodnost zákroku a jeho rozsahu. Celkový stav pacienta je ovlivněn již jeho přidruženými chorobami. Vždy přihlížíme na kvalitu života po operačním výkonu.

Předoperační staging stanovujeme na základě několika údajů jako je:

- velikost nádoru
- přítomnost nádorového rozsevu po peritoneu
- přítomnost jaterních metastáz na základě předoperační ultrasonografie
- přítomnost pozitivních uzlin N 1 – 3
- potvrzení nebo vyloučení infiltrace stěny vena portae a vena mesenterica superior po protěti krčku pankreatu
- peroperační histologie tkáně z nesečnických ploch

Chirurgickou léčbu dělíme na radikální a paliativní operační výkon.

Radikální operační léčba

O radikálním výkonu hovoříme v případě, kdy předoperační staging je T1-3, N0-1, M0.

Proximální pankreatoduodenektomie

Je indikována při již zmíněném stagingu a lokalizaci tumoru v hlavě pankreatu, v oblasti Vaterovy papily, distálního žlučovodu a přilehlé části duodena. Indikací je tumor menší než 5 centimetrů při neprorůstání do vena portae a vena mesenterica superior, uzlin N3 a vzdálených metastáz M1. Na začátku výkonu je provedena cholecystektomie. Vždy zjišťujeme, zda není infiltrována portální a horní mesenterická žíla. Výkon dokončujeme anastomózou pankreatogatroanastomózou nebo lépe pankreatojunoanastomózou end-to-side (koncem ke straně), dále našíváme hepaticojunoanastomózu end-to-side a duodenojejunoanastomózu end-to-side. Pokud resekujeme žaludek provedeme gastrojejunoanastomózu na exkludovanou kličku jejuna dle Rouxe. (ZAVORAL, M. et al.,2005)

Levostranná (distální) pankreatektomie

Levostranná pankreatektomie se provádí pouze v 10 % případů a to z důvodu pozdní manifestace příznaků a tudíž i stanovení diagnózy. Nádor je lokalizovaný v oblasti těla a kaudy. Přetínáme ligamentum gastrocolicum, mobilizujeme velkou křivaturu žaludku a lienální flexuru tlustého střeva. Dále podvazujeme arterii lienalis a provádíme disekci kaudy pankreatu s širokým okolím peripankreatické lymfatické tkáně. Provádíme splenectomii. (ZAVORAL, M. et al.,2005)

Totální pankreatektomie

Totální pankreatektomie je indikována pouze v ojedinělých případech. Odstraňujeme celý pankreas. Resekát obsahuje žlučník, distální část žlučových cest, duodenum, slezinu, velké omentum a eventuálně část žaludku. Dále provedeme lymfadenektomii a nakonec hepatikojejunoanastomózu end-to-side a gastrojejunoanastomózu end-to-side. (ZAVORAL, M. et al.,2005)

Rozšířená radikální operace

Jedná se o pankreatoduodenektomii doplněnou o disekci lymfatických uzlin. Odstraňujeme lymfatické uzliny podél obou kurvatur žaludku, paraaortální uzliny a z oblasti jaterního hilu. Po tomto výkonu je doložena delší doba přežívání. (ZAVORAL, M. et al.,2005)

Paliativní operační léčba

Paliativní operační léčba je prováděna asi u 85 % nemocných a to z důvodu pozdní stanovení diagnózy a s tím související nemožností provedení radikálního operačního výkonu. Průměrná délka života je od 6 – 8 měsíců. Cílem paliativního výkonu je zmírnit nebo odstranit symptomy onemocnění a zlepšit kvalitu života. (ZAVORAL, M. et al.,2005)

Cholecystojejunoanastomóza

Je indikována u nemocných s překážkou v odtoku žluči. Vždy musí být žlučník bez konkrementů. (ZAVORAL, M. et al.,2005)

Choledochoduodenoanastomóza

Je prováděna na řadě pracovišť. Nevýhodou této spojky je nebezpečí, že nádor způsobí obstrukci duodena. (ZAVORAL, M. et al.,2005)

Hepaticojejunoanastomóza

Je nejnáročnější z paliativních výkonů. Tento operační výkon je u nemocných proveden nejčastěji. (ZAVORAL, M. et al.,2005)

Gastroenteroanastomóza

Při neresekabilitě tumoru a obstrukci duodena bychom měli zabezpečit volný odtok potravy ze žaludku do tenkého střeva. Pokud předpokládáme delší přežívání nemocného je tento výkon výhodou a to z důvodu kvality života. Naopak u nemocného s předpokladem krátkodobého přežívání anastomóza kvalitu života nezlepší. (ZAVORAL, M. et al.,2005)

2.6.2 Konzervativní léčba

Konzervativní terapie je nedílnou součástí péče o pacienty s karcinomem pankreatu. Nejčastějším důvodem je obstrukční ikterus, který je přítomen až u 70 % nemocných. Endoskopicky lze řešit také obstrukci části žaludku a duodena a krvácení do horní části trávicí trubice. Nejčastějším endoskopickým výkonem zůstává zavedení biliární drenáže s použitím plastických nebo samoexpandibilních kovových stentů.

Terapie obstrukčního iktetu

Indikací k zavedení je vysoká komorbidita nemocného nebo stav, kdy předpokládáme dobu přežití kratší než 4 měsíce. Zavádění biliární drenáže je technicky náročný výkon. Výhodou zavedení plastických endoprotéz je jejich možná výměna při okluzi. Nejčastěji jsou používány polyetylenové nebo teflonové plastické stenty o průměru 10 – 11,5 F. Průměrná doba zavedení stentů je 4,5 měsíce. Mezi časné komplikace po zavedení stentů patří cholangitida, pankreatitida, poléková alergická reakce, aspirace a perforace duodena. Pozdní komplikací může být migrace stentu, perforace duodena, vznik píštěle či dislokace do lumen tenkého střeva. Samoexpandibilní kovové stenty mají výhodu v tom, že díky potažení střední části plastovou folií, neprorůstá nádorová masa do lumen endoprotézy. Dále mají větší vnitřní průměr a tedy i delší dobu průchodnosti. Tyto stenty mají tvarovou paměť, která je tvořena drátěnou sítí. Ta se po opuštění ze zaváděcího katétru roztáhne v průběhu několika hodin od zavedení na žádaný průměr. (ZAVORAL, M. et al.,2005)

Terapie duodenální obstrukce

Indikací k zavedení samoexpandibilního stentu je komorbidita nemocného. Chirurgická léčba je efektivnější, ale u některých pacientů je nutné využít stentů. Endoprotézy jsou zaváděny po vodiči pod skiaskopickou kontrolou. K paliativním výkonům se využívá dekompresní perkutánní endoskopická gastrostomie s jejunostomií k aplikaci enterální výživy. Mezi komplikace patří perforace duodena vzácněji i cholangitida. (ZAVORAL, M. et al.,2005)

Terapie bolesti

Při neztížitelných bolestech způsobených infiltrací nádoru do plexus coeliacus se indikuje blokáda pod endosonografickou kontrolou. Je aplikován cytoimplantát allogenní smíšené lymfocytární kultury přímo do tumoru. Není zatím publikována žádná významnější toxická reakce při použití cytoimplantátu. (MICHÁLEK, P. a kolektiv *HPB bulletin*. 9/2001/4)

2.6.3 Onkologická terapie

Onkologická terapie má své místo, jak u nemocných po chirurgických zákrocích, tak i u nemocných při užití konzervativní terapie. Po chirurgickém zákroku lze použít pooperační chemoterapii, radioterapii a chemoradioterapii. (ZAVORAL, M. et al.,2005)

Adjuvantní lokoregionální chemoterapie

Adjuvantní chemoterapii lze aplikovat systémově nebo lokoregionálně infúzí. U aplikace infúzí je to cestou arteria hepatica, vena portae nebo truncus coeliacus. Podařilo se dokázat několika klinickými studiemi, že aplikace lokoregionální chemoterapie prodloužilo přežívání a zároveň se snížil počet vzdálených metastáz.

Adjuvantní systémová chemoterapie

Tato léčba vychází ze studie, kde se dokázal pozitivní vliv adjuvantní chemoterapie 5-fluoruracilem a leukovorinem.

Adjuvantní chemoradioterapie

Tato terapie by neměla být využívána u nemocných s karcinomem pankreatu a to z důvodu zhoršení dlouhodobých výsledků. Tento způsob léčby byl tedy opuštěn.

Adjuvantní radioterapie

Také tento způsob léčby se nepoužívá a to z důvodu nedostatku důkazů o účinnosti.

Neoadjuvantní chemoterapie

Opět na základě klinických studií se prokázal přínos využití neoadjuvantní chemoterapie u nemocných po konzervativní léčbě. Důležitá je otázka zvýšení kvality nemocných a nízké toxicity. Nejúčinnějším lékem byl gemcitabin. Ten je aplikován v 30minutové infúzi. Bylo dosaženo zvýšené odpovědi nemocných a zvýšení mediánu přežití.

2.6.4 Farmakoterapie

Farmakoterapie u nemocných s nádorem pankreatu spočívá zejména v aplikaci analgetik.

2.6.5 Dietoterapie

Důležitá je vyvážená strava bohatá na vitamíny, vlákninu a minerály. Maso je doporučováno bílé dále ryby a měli bychom se vyhýbat hovězímu masu. Omezení uzenin, kde je nadbytek dusičnanů a dusitanů. Z vlákniny lze doporučit zelí, kapustu, brokolici a další zbytkovou zeleninu. Vláknina má pro organismus blahodárny vliv. Riziková je obezita, nadbytek cukrů, kouření, nadměrná konzumace alkoholu. Přípravě jídla by se měla věnovat dostatečná pozornost. Jídlo by mělo být připraveno co nejrychleji. Neměli bychom jíst často smažená, grilovaná a pečená jídla. Jídlo by také nemělo být opakovaně ohříváno.

Po dobu onkologické terapie se doporučuje lehká strava. Dobré je také jíst pravidelně a mít alespoň dvě svačiny. Důležitý je přísun vitamínů, vlákniny a tekutin. Z důvodu onkoterapie je většinou snižena chuť k jídlu. Přidat můžeme také vitamín E a C. Po ukončení terapie přecházíme na pestrou a vyváženou stravu.

2.6.6 Pohybový režim

Jedním z faktorů prevence je také fyzická aktivita. Naopak obezita je jedním z rizikových faktorů.

Po operaci začínáme s vertikalizací nemocných již první pooperační den, pokud to jejich stav umožňuje. Vertikalizace je důležitá z hlediska prevence tromboembolických komplikací. Dále provádíme rehabilitaci horních a dolních končetin v lůžku. Dechová rehabilitace je další z důležitých rehabilitačních technik. Je to z důvodu prevence bronchopneumonie. Pokud to stav pacienta dovoluje, začínáme s chůzí již první pooperační den.

2.6.7 Psychoterapie

Psychický stav většiny pacientů je špatný a to z důvodu uvědomění si vlastního zdravotního stavu. Pacient zná svou diagnózu již před přijetím k operačnímu výkonu, ale po operaci si většina nemocných teprve připustí vážnost své nemoci. Je proto velice důležité nepodcenit tento stav. Z počátku je důležité, aby si pacient uvědomil svou chorobu.

„Nemoc, stejně jako zdravotní postižení, klade zvýšené nároky na adaptaci člověka, na jeho volní úsilí a motivaci, neboť u nemocného nejde jen o to smířit se s faktem svého onemocnění a přijmout pasivně vše, co sebou choroba přináší, ale nemocný je postaven před úkol překonávat problémy s nemocí spojené, před úkol vyrovnat se změněným zdravotním stavem, akceptovat ho a přijímat jako fakt další nutné nepříjemné i bolestivé (případně devalvující) diagnostické a terapeutické postupy. Pro nemocné je tedy choroba obvykle těžkým břemenem, zátěží a jeho reakce na tuto zátěž nemusí být vždy v souladu s očekáváním zdravotníků stejně jako členů rodiny, přátel a spolupracovníků.“ (JOBÁNKOVÁ, M, 2003, stR. 54)

Dále je nutné si uvědomit, že po sdělení definitivní diagnózy je třeba dát nemocnému čas na uvědomění si dané situace. Pokud se zeptáme „Je Vám vše jasné a nemáte další dotazy“ většina pacientů neví. Nejsou schopni si celou věc tak rychle uvědomit. Teprve v následujících hodinách nebo dnech se dostavuje nedostatek odpovědí ze strany zdravotníků.

Potřeba spolupráce s psychology je veliká. Často stačí, aby pacient o této možnosti využití věděl. Bohužel i nadále v naší společnosti zůstává představa, že psycholog = psychiatr a zápis do dokumentace. Změnit tento mýtus zůstává většinou na zdravotních sestřích. Kolikrát stačí nabídka, že přijde sestra a bude s pacientem pracovat ve smyslu odreagování se od bolesti. Poté dojde k navázání spolupráce a otevření člověka další spolupráci. V nemocnici je možnost pacientům nabídnout práci jak psychologa, tak i sestry specializující se na oblast edukace v psychologii. Pacienti tuto službu využívají a jsou rádi, že se jim věnuje někdo, kdo nepatří na dané pracoviště, kde jsou momentálně ošetřováni.

2.7 Prognóza

Prognóza pacientů s nádorem pankreatu je ve většině případů špatná. Po paliativním výkonu je délka přežívání uváděna od 5 – 12 měsíců. Při radikálním výkonu je přežívání od 6 – 18 měsíců. Vždy je nutné přihlížet ke kvalitě života pacienta a popřípadě potlačovat příznaky rozvoje onemocnění, tlumit bolest a věnovat nemocnému holistický přístup. (ZAVORAL, M. et al.,2005)

3 Ošetrovatelská péče u pacienta s onemocněním

3.1 Ošetrování nemocných

3.1.1 Příjem na oddělení, volba pokoje, poloha nemocného

Pacientka L.A. měla přání nadstandardního pokoje, kde na oddělení je možnost ubytování příbuzného. Její přání bylo odůvodněno tím, že si přeje, aby s ní mohl být na pokoji manžel. Pacientce bylo vyhověno, ale vysvětlila jsem jí, že po operaci bude uložena na jednotce intenzivní péče (JIP), kde s ní manžel nebude moci být během celého dne a v noci. Pacientka to pochopila a manžel na JIP pravidelně docházel na odpolední návštěvy. Pacientka s touto diagnózou nevyžaduje další specifika při volbě pokoje a příjmu na oddělení.

3.1.2 Sledování nemocných

Pacienti s problematikou karcinomu pankreatu jsou hospitalizováni před operačním zákrokem na standardním oddělení. Po operačním zákroku jsou uloženi na JIP nebo anesteziologicko–resuscitačním oddělení (ARO) a to dle aktuálního stavu na operačním sále. Dle dalšího vývoje stavu jsou přeloženi zpět na standardní oddělení okolo 6 pooperačního dne. Jejich sledování zdravotního stavu odpovídá tedy zaměření oddělení, kde jsou hospitalizováni. Sledujeme vitální funkce pacienta tj. TK, P, D, TT, saturaci kyslíkem, monitorujeme EKG, příjem a výdej tekutin a jejich bilanci, odpady z drénů, žaludeční sondy a věnujeme se celkovému stavu a to jak tělesnému, tak i psychickému. Podle toho přizpůsobujeme léčbu a ošetrovatelskou péči. Vždy je nutný individuální přístup k pacientovi.

3.1.3 Možné ošetrovatelské diagnózy

Strach/úzkost ze smrti

ve spojení se situačními krizemi, hrozící či již nastalou změnou zdravotního/socioekonomického stavu, plnění rolí, způsobu interakce; strach ze smrti, oddělení od rodiny, interpersonálního přenosu pocitů; projeví se znepokojením, pocity nepřiměřenosti/bezmocnosti, nespavostí, zvýšeným napětím, neklidem, koncentrací na vlastní osobu, aktivací sympatiku.

Smutek, anticipační

ve vztahu k potenciální normálního pocitu spokojenosti (ztráta části těla, funkce), pociťované separaci od blízkých osob vzhledem k změně životního stylu nebo smrti; projeví se hněvem, skleslostí, stažením se do sebe, pocitem přiškrcení, změnami, které se týkají jídla, spánku, úrovně aktivity, libida a způsobu komunikace.

Bolest (akutní)/chronická

v souvislosti s chronickým procesem (komprese nervu, infiltrace nervů nebo jejich krevního zásobení, obstrukce v průběhu nervu, zánět) nebo vedlejšími účinky léků; k projevům patří verbální stížnosti, zaměření na vlastní osobu/zúžení zájmu, porucha svalového tonu, výraz bolesti v obličeji, rozrušení/antalgické polohy, vegetativní změny a neklid.

Únava

je způsobena sníženou metabolickou produkcí energie, zvýšenými energetickými požadavky (zvýšený metabolismus), nadměrnými psychickými/emočními nároky a chemickými poruchami v těle (vedlejší účinky léků, chemoterapie); projeví se neustálým/zdrcujícím nedostatkem energie, neschopností zvládnout každodenní obvyklou rutinu, poklesem výkonnosti, porušenou schopností soustředit se, netečností, lhostejností a nezájmem o okolí.

Udržování domácnosti porušené

vzhledem k postižení, nedostatku zdrojů a/nebo neadekvátním podpůrným systémům; projeví se verbalizací problémů, žádostí o pomoc a chyběním potřebného vybavení nebo pomůcek.

Zvládání situace rodinou (s rušivým/negativním dopadem na pacienta)

souvisí s chronickou povahou nemoci a invalidizací pacienta, pokračující potřebou léčby, omezením životního stylu a projeví se popřením nemoci/zoufalostí, depresí a projektivním chováním, neúměrným schopnostem pacienta či jeho potřebě samostatnosti.

Zvládání situace rodinou neúčinné, možnost zlepšení může souviset s faktem, že potřeby jednotlivce jsou úspěšně uspokojovány a adaptivní úkoly účinně zadány, což vytvoří prostor pro novou seberealizaci; projeví se hovořením o vlivu krize na vlastní hodnotový systém, priority, cíle nebo vztahy.

Zvládání situace rodinou neúčinné, možnost zlepšení

může souviset s faktem, že potřeby jednotlivce jsou úspěšně uspokojovány a adaptivní úkoly účinně zadány, což vytvoří prostor pro novou seberealizaci; projeví se hovořením o vlivu krize na vlastní hodnotový systém, priority, cíle nebo vztahy.

II PRAKTICKÁ ČÁST

4 Posouzení stavu pacienta

4.1 Identifikační údaje

Žena L.A. 68 let. Bydlí v centru Prahy v rodinném domku společně s manželem. Nyní v důchodu. Před odchodem do důchodu pracovala jako průvodkyně turistů a i nyní se nadále věnuje své původní profesi. Již ne v tak velkém rozsahu. Díky svému povolání poznala celý svět. Nyní provádí turisty jen v rámci České republiky.

4.2 Výtah z lékařské dokumentace

4.2.1 Lékařská anamnéza

RA: Otec zemřel v 78 letech na selhání ledvin, matka zemřela v 72 letech na cévní mozkovou příhodu. Má sestru, která se léčí s hypertenzí, jinak je zdravá.

OA: Běžné dětské nemoci, vážněji nestonala., V roce 1968 appendectomie a v roce 1987 cholecystectomie a operace varixů. Úrazy neguje.

AA: Alergie na jahody a vitamín C.

Abusus: Nekuřák, alkohol pije příležitostně.

FA: Anopyrin 100 mg. tbl. 1x ráno a Kreon 10 000j cps. 3x denně před jídlem

SA: žije s manželem, nyní v důchodu, ale pracuje příležitostně jako průvodce turistů

NO: Pacientka vyšetřována od září 2007 pro tlaky v epigastriu a nechutenství. Pacientce bylo provedeno ERCP, EUS, CT a bylo vysloveno podezření na tumor hlavy slinivky břišní. Histologický nález je jednoznačný.

Stav při přijetí:

Hlava a krk: zornice izokorické, reagují na osvit, výstupy hlavových nervů nebolestivé, krční lymfatické uzliny nezvětšeny, nebolestivé, štítnice nezvětšena, karotidy tepou symetricky. Hrdlo klidné, tonzily nezvětšené.

Hrudník: symetrický, dýchání je poslechově čisté, sklípkové a bez vedlejších fenoménů. Mammologicky preventivně nález negativní.

Srdce: akce je pravidelná, ozvy ohraničené. Poklep je plný a jasný.

Břicho: v nivěu, měkké, prohmatné, nebolestivé a bez patologických rezistencí. Játra a střeva nezvětšené, tapot bilaterálně negativní. Bez známek peritoneálního dráždění. Genitál v normě. Jizva po appendectomii a cholecystectomii.

Per rektum: tonus svěrače fyziologický, v dosahu prstu rezistenci nehmatám. Douglas nevyklenut, stolice bez příměsí krve a hlenů.

DK: bez otoku a známek zánětu, pulzace hmatné v celém rozsahu a průběhu. LDK po operaci varixů

4.2.2 Vyšetření

SONO břicha: stav po cholecystectomii, dilatace hepatocholedochu, naznačená dilatace intrahepatálních žlučovodů. Edém hlavy pankreatu, či jiná etiologie popisované struktury – dilatace ducti Wirsungi

ERCP: V D 2 deformace, prosáknutí, ložisková zarudnutí, odpovídající stp. pankreatitidě eventuálně tumoru pankreatu. Lokalizovaná Vaterská papila – vzdučnatá, orificium je zřetelná. Obtížněji společný žlučovod – je v intrapancreatické části nitkovitě stenotický, dále dilatace na 18 mm, homogenní náplní. Nitrojaterní žlučovody lehce dilatované. Provedena endoskopická papilotomie (EPT), brush cytologie, dilatace stenosis na 10 F a zavedení 10 F s odtokem stagnační žluče.

Závěr: těsná stenosa intrapancreatické části choledochu, EPT, dilatace stenosis, brush cytologie. V.s. tumor pankreatu, ale PS neplněn

Cytologie z ERCP: cytologické nátěry s erytrocyty a s cylindrickými epiteliemi izolovaně či ve shlucích, které jsou blandního vzhledu, některé trsy epitelii vykazují mírné reaktivní změny. Nález je onkologicky negativní.

ENDOSONO: v oblasti hlavy pankreatu ložisko 20x23mm, kterým prochází biliární stent – lymfadenopatie není přítomna, nejsou jednoznačné známky angioinvasze. Provedena biopsie ložiska ze tří vpichů.

Histologie z endosonografie: ve velkém počtu natřených skel zachyceny četné krevní buňky. Zcela ojediněle zachycena drobná skupinka atypických buněk, jejichž původ z maligního epitelového žlázového nádoru je vysoce pravděpodobný.

CT: Játra a slezina nezvětšeny, slezina bez ložisek, žlučovody intrahepaticky mírně širší, obsahují plyn, v choledochu DBE. V játrech několik hypodenzních ložisek, dvě z nich mají denzitu cyst, ale jedno drobné (6mm) v levém laloku pravděpodobně solidní, postkontrastně mírně hypodenzní – meta.

Hlava pankreatu zvětšená, infiltrovaná mírně nehomogenním tumorem velikosti cca 32x29x24mm. Velké žíly a tepny v okolí pankreatu bez zjevné infiltrace tumorem, těsnější vztah tumoru jen k VMS. Dilatace duktus Wirsungi v těle a kaudě.

Obě ledviny obvyklé velikosti a tvaru, bez dilatace dutého systému, parapelvicky cysty vlevo, bez ložisek v parenchymu. Nadledvinky nezvětšeny. Močový měchýř bez zesílené stěny. Lymfatické uzliny v retroperitoneu nezvětšeny.

Závěr: tumor hlavy pankreatu, DBE v choledochu, aerobilie s dilatací intrahepatálních žlučovodů. Několik drobných cyst v játrech, v.s. ale též minimálně jedna drobná metastáza v levém jaterním laloku.

PET CT: Na tomografických řezech nacházíme v oblasti středního mezogastria vpravo od střední čáry – při mediálním okraji jater větší ložisko významně zvýšené akumulace radiofarmaka. Jinde v zobrazeném trupu zřetelná ložiska významně zvýšené akumulace radiofarmak nenacházíme. Ve střevech, v dutém systému ledvin a v močovém měchýři nacházíme zvýšenou akumulaci radiofarmaka, což lze považovat za fyziologickou variantu.

Závěr: ložiskově významně zvýšená konzumpce glukózy v mezogastriu vpravo od střední čáry při mediálním okraji jater je významně zvýšená konzumpce glukózy suspekci z neoplazie nenacházíme.

RTG srdce a plic: bez patologického nálezu, v plicním parenchymu čerstvé ani ložiskové změny nejsou patrné. Kresba plicní i hilová je přiměřená, adheze na bránici oboustranně. KF úhly volné, stín srdce nezvětšen

4.2.3 Závěr při příjmu

Tumor hlavy pankreatu

4.3 Terapie

4.3.1 Chirurgická léčba

Pacientka přijata den před plánovanou operační revizí.

Operační nález: V celkové narkóze přistoupeno k laparotomii. Nenacházíme metastázy na peritoneu, na konvexitě levého laloku suspektně metastázy. Vyšetřujeme celá játra palpačně a ze dvou suspektních ložisek na konvexitě odebíráme rychlou biopsii. Patolog nenachází metastázy. Nenacházíme uzliny N2 a N3, v hlavě pankreatu tuhý útvar velikosti cca 3 – 4 cm v průměru. Celý pankreas tuhý, výrazně dilatovaný hepatocholedochus šíře cca 2 cm. K lůžku žlučníku po předchozí cholecystectomii přitaženo duodenum. Po jeho odloučení provádíme kocherizaci duodena a po discisi arteria gastroduodenalis shledáváme, že je nádor operabilní. Proto discidujeme ductus hepaticus, žluč s hnědavým bělavým obsahem posíláme na bakteriologii. Oba hlavní nitrojaterní žlučovody vyplachujeme teplým fyziologickým roztokem. Chronická cholangitida je zjevná. Po protěti duodena cca 4-5 cm distálně od pyloru dokončujeme pancreatoduodenectomii dle Traverso (PDE) s lymfadenectomií zvyklým způsobem. Tkáň tuhá, k zadní straně hlavy pankreatu přitaženo duodenum. Resekční plocha pankreatu odeslána na rychlou biopsii prokazující chronické zánětlivé změny. Nenacházíme angioinvasi. Po kontrole hemostázy našíváme na první kličku jejunální nejprve PDE end-to-side, ductus pancreaticus šíře cca 1 cm, poté hepatojejunoanastomosu end-to-side šíře cca 2 cm a nakonec duodenojejunoanastomosu end-to-side s protaženou výživnou jejunální sondou. Opětovná kontrola hemostázy. Zprava 2 penrousy drény pod játra a pod HJA. Uzavření operační rány po anatomických vrstvách.

Nemocná snesla výkon hemodynamicky stabilní, krevní ztráta do 500 ml, délka operace 3 hodiny a 50 minut. ATB: Sulperazon 2 gr., dále pokračovat. ASA III. Pacientka po výkonu umístěna na chirurgický JIP.

4.3.2 Konzervativní léčba

Pacientce prvotně provedeno ERCP s papilotomií a zavedením DBE s efektem. Obtížněji společný žlučovod – je v intrapankreatické části nitkovitě stenotický, dále dilatace na 18 mm, homogenní náplň. Nitrojaterní žlučovody lehce dilatované. Provedena dilatace stenosis na 10 F a zavedení 10 F s odtokem stagnační žluče.

4.3.3 Farmakoterapie

Pacientce ordinován Anopyrin 100mg tableta 1x denně a Kreon 10 000j cps. 3x denně před jídlem. Po operačním výkonu ordinován Quamatel 1 amp. i.v., Fraxiparine 0,3 ml s.c., analgetika dle potřeby. Při dimisi je pacientce doporučen již jen Anopyrin.

4.3.4 Dietoterapie

Po konzervativní terapii ordinována šetřící žlučnicková dieta. Po operačním výkonu byla pacientka pouze na čajové dietě a to zpočátku jen na 500 ml. Postupně čaj přidáván až do doporučení volného příjmu tekutin.

Jelikož byla pacientce během výkonu zavedena enterální sonda, měla naordinovanu enterální výživu. V den operace byla aplikována pouze 5 % glukosa v dávce 10 ml za hodinu. Následující den byl ordinován Nutrison standard 20 ml za hodinu, 2. den byl Nutrison zvýšen na dávku 50 ml. Po třech dnech je ordinován bujón v poledne a večer a i nadále Nutrison v dávce 50ml. Nutridrink 3x denně dle chuti pacientky a přesnídávkou 2x denně. Pacientka dávala přednost jogurtové chuti Nutridrinku a jablečné přesnídávkou. Od 4. pooperačního dne podávána bramborová kaše s doplňky a enterální sonda byla extrahována. Od 6 dne ordinována šetřící dieta s omezením tuků. Jelikož během hospitalizace pacientka neměla váhový úbytek, nebylo třeba doplňovat k běžné stravě další nutriční doplňky. Pacientce jsem nabídla edukaci nutričního terapeuta. Ten provedl podrobnou edukaci o dietě jak s pacientkou, tak hlavně s manželem a dcerou, která se bude o pacientku po propuštění starat. Při dimisi doporučena i nadále šetřící dieta. Pacientka přesně ví, co je pro ní z jídelníčku vhodné.

4.3.5 Pohybový režim

Po operaci byla pacientka uložena na JIP lůžko. Ráno pacientka pozvolna vertikalizována zdravotní sestrou. Dopomoc sestry při hygieně byla nutná. Po provedení hygieny je pacientka slabá a bylo potřeba, aby byla uložena zpět na lůžko. Rehabilitační sestra s pacientkou provádí dechová cvičení na lůžku a posiluje s ní horní a dolní končetiny. Pacientce prováděna masáž zad 2x denně. Masáž je pacientce velice příjemná a jak tvrdí, tak i osvěžující. Od 2. pooperačního dne pacientka zvládá sama hygienickou péči. Rehabilitační sestra dochází každý den a i nadále provádí dechová cvičení, cviky končetin na lůžku a doprovází pacientku při chůzi na boxu JIPu. Masáž zad prováděna po celou dobu hospitalizace. Od 3. pooperačního dne pacientka zvládá bez větších problémů veškerou denní činnost. Pacientka edukována během pohybu o správné vertikalizaci z lůžka a pohybovém režimu. Před propuštěním jsem pacientce vysvětlila nutnost, proč by neměla nosit těžká břemena. Podrobně jsem jí vysvětlila důvody nenosit těžká břemena a to z důvodu pooperační kýly. Pacientka se podivovala, že nesmí 3 měsíce zvedat větší zátěž než jsou 3 kilogramy. Nákupy bude realizovat manžel.

4.3.6 Psychoterapie

Během pobytu pacientka využívá přítomnosti manžela, který s ní tráví celé odpoledne na JIPu. Po přeložení na standardní pokoj je manžel přítomen také celé odpoledne. Paní L.A. pravidelně čte denní tisk, který měla k dispozici hned ráno. Manžel jí pravidelně nosí její oblíbený tisk a časopisy. Dále pacientka poslouchala rádio a na standardním oddělení sledovala zpravodajské pořady v televizoru. U paní L.A. jsem pozorovala příznaky úzkosti a deprese, které by vyžadovaly nutnost návštěvy psychologa. Pacientka tuto možnost zprvu razantně odmítala, ale po operaci si návštěvu sama vyžádala. Psychoterapeut provedl pohovor a pracoval s pacientkou relaxačními technikami. Po rozhovoru a relaxačních technikách se pacientka cítila lépe. Psychoterapeut navštívil pacientku celkem 3krát. Nebylo nutné podávat jakákoliv antidepresiva.

4.3.7 Fyzikální vyšetření sestrou

Při přijetí jsem provedla komplexní vyšetření a přikládám nálezy, které jsem u pacientky zjistila. Dále jsem použila měřicí škálovací techniky.

TK 115/70 mm Hg sloupce

P - 74'

D - 12

TT 36,2°C

výška 166 cm

váha 50 kg

BMI 19

Pacientka při vědomí, je klidná a spolupracuje. Je orientovaná místem, časem a prostorem.

Barthelův test denních aktivit – 100 bodů

Tabulka č.3

příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
přesun na lůžko, židli	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku neprovede	15 10 5 0
chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
celkem		100

Zjištění rizika vzniku dekubitu dle Nortonové – 32 bodů

Tabulka č.4

schopnost spolupráce	věk	stav pokožky	další nemoci	tělesný stav	stav vědomí	pohyblivost	inkontinence	aktivita
úplná 4	do 10 4	normální 4	žádné 4	dobrý 4	dobrý 4	úplná 4	není 4	chodí 4
malá 3	do 30 3	alergie 3	3	horší 3	apatie 3	částečně omezená 3	občas 3	s doprovodem 3
částečná 2	do 60 2	vlhká 2	2	špatný 2	zmatený 2	velmi omezená 2	převážně močová 2	sedáčka 2
žádná 1	60 + 1	suchá 1	2	velmi špatný 1	bezvědomí 1	žádná 1	stolice i moč 1	leží 1

Hodnocení nutričního stavu – 2 body

Tabulka č.5

	0 bodů	1 bod	2 body	hodnocení
BMI pacient mladší než 70 let	> 20,5	18,5 – 20,5	< 18,5	2
pacient starší než 70 let	> 22	20 - 22	< 20	
nechtěné zhubnutí v posledních 3-6 měsících a dále hubne	< 5 kg	5 – 10 kg	> 10 kg	0
celkový příjem stravy za den (zlomkem obvyklého množství)	> 3/4	> 1/4 - 3/4	0 – 1/4	0

Zjištění rizika pádu – 1 bod

Tabulka č.6

pohyb	neomezený	0
	používá pomůcek	1
	potřebuje pomoc k pohybu	1
	neschopen přesunu	1
vyprazdňování	nevyžaduje pomoc	0
	v anamnéze nykturie/inkontinence	1
medikace	Neužívá rizikové léky	0
	Užívá léky ze skupiny diuretik, antiepileptik, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní léky nebo benzodiazepiny	1
smyslové poruchy	žádné	0
	vizuální, sluchové, smyslový deficit	1
mentální status	orientován	0
	občasná/noční desorientace	1
	historie desorientace/demence	1
věk	18 – 75	0
	75 a více	1
pád v anamnéze		1

4.4 Posouzení stavu potřeb klienta dle „Functional Health Patterns“

4.4.1 Vnímání zdraví

Pacientka nebyla ve svém životě významně nemocná. Udává, že její zdraví bylo do září 2007 dobré. V dětství měla jen běžné dětské choroby. Nynější stav vnímá „jako dar, protože konečně po roce vyšetřování se bude něco dít a řešit“. Intervenci psychologa zprvu odmítá, ale po operaci si přeje návštěvu psychologa využít. Pacientka má pocit, že je poslední dobou více nemocná než jiní lidé. Hospitalizována byla třikrát a to po plánovanou operaci varixů na LDK, cholecystectomii a appendectomii.

4.4.2 Výživa metabolismus

Pacientka měří 166 cm, váha 50 kg, BMI 19 a má normální stav výživy. V posledních 3 měsících zhubla 3 kg. Myslí si, že se stravuje zdravě. Při bližším rozhovoru jsem zjistila, že díky zaměstnání, byla průvodkyně a nyní tuto práci provozuje také, ale již ne na plný úvazek, má změněné stravovací návyky. Jelikož byla celou pracovní dobu venku, stávalo se, že celý den nejedla a pila málo. Na pravidelný oběd nechodila, nyní obědvá. Když přišla z práce domů, to bylo okolo 18 hodiny, najedla se. Nyní jí pravidelně 5krát denně. V jídelníčku převažují klasická domácí jídla jako jsou omáčky, smažená jídla a jako přílohy knedlíky a brambory. Moučníky doma nepeče. Paní L.A. dále jí okolo 21 hodiny a to především zeleninu. Po hospitalizaci na interním oddělení dodržuje šetřící dietu a stravuje se zdravěji. Byla nutnost edukace o šetřící dietě a změně stravovacích návyků. Pacientce jsem doporučila větší příjem bílého masa jako jsou ryby a kuřecí maso. Jako přílohy jsou vhodné brambory, rýže a těstoviny. Také vyšší příjem ovoce a zeleniny byl pro pacientku novinkou. Jako tekutiny jsem doporučila minerální vody, ale je nutné jejich pravidelné střídání a to z důvodu jiného minerálního složení. Vhodnější jsou méně sycené vody. Dále čaj a to zelený nebo bílý, bylinkové dle chuti. Na slazení je vhodný med.

4.4.3 Vylučování

Pacientka nemá problémy s vyprazdňováním moči. Je plně kontinentní. Také problémy se stolicí nejuje. Stolicí má pravidelně ráno a bez příměsi krve, normální barvy. Změny s vyprazdňováním neudává. Po operaci měla tři dny zaveden permanentní močový katétr. Po odstranění katétru močila volně a bez příměsi. Pálení nebo inkontinenci jsem nezaznamenala.

4.4.4 Aktivita, cvičení

Pacientka díky svému dřívějšímu povolání průvodkyně turistů pravidelně hodně chodí. Denně nachodila okolo 5 – 10 kilometrů. Nyní provádí turistiku jen příležitostně. Dále nyní chodí s manželem na procházky se psem a pracuje na zahrádce své chalupy, kam spolu s manželem pravidelně jezdí. Poslední dobou udává, že se snadněji unaví a musí někdy vynechat procházky a manuální práci na chalupě. Jinak je plně soběstačná. Bartelův test základních všedních činností 100 bodů před operací. Po operaci je nutné, aby část sebeobsluhy převzala sestra. Pacientka již od 2. dne soběstačná.

Dle testu rizika vzniku dekubitu dle Nortonové je výsledek stanoven tak, že pacientka nemá riziko vzniku dekubitů. Výsledek testu je 32 bodů. Za pacientkou pravidelně docházela rehabilitační sestra a prováděla s ní dechová cvičení, posilovala horní a dolní končetiny a doporučila, jak správně vstávat z lůžka. Před dimisí pacientka edukována o nutnosti fyzického šetření a nošení břemen jen do 3 kilogramů.

4.4.5 Spánek, odpočinek

Doma je pacientka zvyklá spát 6 hodin ve větrané chladnější místnosti. Za hospitalizace na standardním oddělení je pacientka uložena na nadstandardním pokoji, kde udržuje své zvyky z domova. Na JIPu pacientka prospává i během dne. Nutnost spánku je po operaci větší.

4.4.6 Vnímání, smysly

Pacientka je klidná, spolupracuje, je orientována v čase a prostoru. Má problémy se zrakem a proto nosí brýle. Jiné smyslové pomůcky nemá. Po operaci na JIP pacientce doneseny brýle, aby je měla neustále po ruce.

4.4.7 Sebepojetí

Pacientka je nevěřící. Říká: „Každý má svůj osud někde napsaný a většinou ho nemůže ovlivnit“. Bere život tak, jak přijde. V aktivním životě hodně cestovala díky svému povolání. Procestovala celý svět a rozhovor s ní je pro každého zážitkem. Má velké znalosti různých kultur, civilizací a mentality lidí. Viděla hodně bíd a chudoby, ale také hojnost a blahobyt. Díky svému povolání si uvědomila své priority. Nyní je již v důchodu, ale občas provádí turisty po České republice a nejvíce po Praze. Její původní zaměstnání bylo i jejím koníčkem a je ráda, že se k němu občas vrací. Doufá, že tomu bude i nadále. Nedovede si představit nečinnost. V nemocnici byla potřeba návštěva a intervence psychologa. Ten provedl s pacientkou relaxační techniky a pacientka byla klidná a vyrovnaná.

4.4.8 Role, mezilidské vztahy

Paní L.A. je manželka a matka jednoho dítěte. Má sestru. V nemocnici je celé odpoledne na standardním oddělení přítomen manžel. Na JIP docházel manžel pravidelně a trávil s pacientkou celé odpoledne. Pacientka se na něj vždy velmi těší. Dcera přicházela každý den v odpoledních hodinách. Také vnučka přišla občas na návštěvu s rodiči. Z vnučky má velikou radost a roli babičky si užívá. Rodina je pro paní L.A. velice důležitá. Nejkrásnějším zážitkem jsou chvíle strávené s vnučkou. Ta je velice bystrá a manuálně zručná. Pacientka říká „Díky vnučce ožívám a vždy o několik let omládnou. Užívám si vnučky více než své dcery. Mám více času na hraní a již jiný pohled na svět. To, co jsem dceři zakazovala, vnučce s úsměvem dovolím a toleruji. Stárí je moudrostí světa a děti jeho radostí a světlem.“

4.4.9 Sexualita, reprodukční schopnosti

Paní L.A. má jednu dceru a rozvětvenou rodinu. S manželem má velice blízký vztah a manžel je pro ní oporou.

Pacientka již není v reprodukčním věku. Měla jeden potrat a to v 9 týdnu těhotenství. Po potratu již neotěhotněla. To jí velice dlouho trápilo. Vždy chtěla mít více dětí a velice toužila po synovi. Nyní říká „Snad mi to dcera vynahradí na vnoučatech“. Nyní je babičkou 10leté vnučky Kateřiny.

4.4.10 Stres, zátěžové situace

Pacientka bere celý život s nadhledem. Zátěžové situace zvládá také dobře. Říká: „Co život přináší, to člověk musí brát s pokorou a láskou k svým bližním“. Svou nemoc bere jako novou životní zkušenost.

4.4.11 Víra, životní hodnoty

Pacientka je bez vyznání jakékoliv víry. Dle testu na posouzení aktuálního psychického stavu je vše v normě. Na JIPu byla nutná intervence psychologa. Ten s pacientkou prováděl dechová a relaxační cvičení. To přispělo k jejímu uklidnění. Mezi její životní priority patří rodina a zdraví.

4.4.12 Jiné

Pacientka má starosti o svého psa. Manžel se snaží být s manželkou co nejvíce a starostlivost o psa přebrala jejich dcera. Stejně má paní L.A. pocit, že se mu nevěnují všichni dostatečně a zvíře trpí steskem po ní.

5 Ošetrovatelská péče

5.1 Seznam ošetrovatelských diagnóz

1. Bolest akutní střední intenzity v oblasti operační rány, z důvodu operačního zákroku, která se projevila verbalizací, ale i neverbálními projevy. Pacient zaujímá plevovou polohu.
2. Aktivita, intolerance v souvislosti s nadměrnou zátěží organismu, z důvodu operačního výkonu, projevující se snížením fyzické a psychické aktivity. Péče o sebe sama nedostatečná, snížená v oblasti hygieny a vyprazdňování.
3. Výživa porušená, nedostatečná v souvislosti se sníženým příjmem potravy, z důvodu operačního zákroku, projevující se snížením tělesné hmotnosti
4. Infekce, riziko vzniku_v souvislosti se snížením obrany organismu, z důvodu operačního zákroku – operační rány a zavedených invazivních vstupů

5.2 Plán ošetrovateľskej péče

Ošetrovateľská diagnóza č.1 (oš. dg.)

Bolest akutní střední intenzity v oblasti operační rány, z důvodu operačního zákroku, která se projevila verbalizací, ale i neverbálními projevy. Patientka zaujímá úlevovou polohu.

Definice: nepříjemný smyslový a emoční prožitek, způsobený skutečným nebo možným poškozením tkání nebo popisovaný v pojmech takového poškození (Mezinárodní asociace pro výzkum bolesti). Nástup je náhlý nebo pomalý, intenzita od mírné po závažnou, lze předvídat odeznění po době kratší než 6 měsíců.

Cíl krátkodobý (CK): pacientka bude pociťovat úlevu až na mírnou a to nejpozději do 1 hodiny

Dlouhodobý cíl (DK): pacientka pociťuje maximální snížení bolesti na intenzitu 1 a to do 2 dnů

Výsledná kritéria (VK): pacientka neverbalizuje bolest a zaujímá normální polohu těla do 7 dnů po operačním zákroku

Intervence: Posuď etiologii vyvolávajících a přidružených faktorů
Posuď možné patofyziologické nebo psychologické příčiny bolesti
Ber v úvahu lokalizaci chirurgického zákroku
Posuď vnímavost pacienta, jeho chování a fyziologickou odpověď
Uvědom si, zda je pacient dominantní či submisivní osobnost
Posuzuj bolest vždy znovu, kdykoliv se objeví
Akceptuj pacientovo líčení bolesti
Uvědom si kulturní a vývojové vlivy, určující reakci na bolest
Pozoruj neverbální projevy
Posuzuj popisovanou bolest s ohledem na možné základní poruchy nebo orgánovou dysfunkci
Sleduj základní fyziologické parametry
Posuď pacientovu znalost léčby bolesti včetně toho, co od léčby očekává
Vezmi v úvahu i předchozí zkušenosti s bolestí
Pomoz pacientovi najít způsob, jak zmírnit nebo zvládnout bolest
Usiluj společně s pacientem o prevenci bolesti
Pomocí stupnice 0 – 10 urči, nakolik je pacient akceptovat bolest
Pobízej pacienta k vyjádření pocitů souvisejících s bolestí
Postarej se o klidné prostředí a uklidňující zaměstnání
Pečuj o pohodlí nemocného
Doporuč relaxační cviky
Pobízej pacienta k zabavení se poslechem rádia, sledováním televizoru nebo hovorem s ostatními
Seznam nemocného se zákroky a včas ho upozorni na bolestivé okamžiky
Nalezni způsoby, jak se vyhnout bolesti nebo ji omezit na nejmenší možnou míru
Podávej analgetika dle indikace až do maximální dávky

Povšimni si, kdy se bolest dostavuje
Doporuč pacientovi dostatečně odpočívat, aby se zabránilo únavě
Nabídní způsoby, jak zmírnit bolest, včetně technik
Zprostředkuj individuální fyzikální terapii nebo cvičení
Prodiskutuj s blízkými nemocného, jak mohou pomoci

Realizace: Zjistila jsem lokalitu, druh, četnost a intenzitu výskytu a vyvolávající nebo zhoršující faktory
Aplikovala analgetika dle ordinace lékaře
Sledovala jsem účinnost analgetik dle verbálních a neverbálních projevů
Sledovala jsem, jaké výkony nebo pohyby vyvolávají bolest
Sledovala jsem fyziologické funkce (puls, krevní tlak, tělesnou teplotu, dech)
Informovala jsem pacientku o možné úlevové poloze
Sledovala jsem psychický stav
Edukovala jsem rodinu, jak sledovat u nemocné bolest

Vyhodnocení: Pacientka hodnotila snížení bolesti ze střední intenzity na mírnou
Intenzita a frekvence aplikace analgetik se snižovala a poté jsem podávala pouze analgetika per os
Bolest již neverbalizovala
Zaujímal normální polohu
Chůze byla normální

Oš. dg. č. 2

Aktivita, intolerance v souvislosti s nadměrnou zátěží organismu, z důvodu operačního výkonu, projevující se snížením fyzické a psychické aktivity.

Definice: stav, charakterizovaný nedostatkem fyzické či psychické energie, nutné k vykonání nebo dokončení potřebných či zamýšlených každodenních činností

Cíl krátkodobý (CK): pacientka bude schopna základních denních činností do 1 dne od operace zcela samostatně

Dlouhodobý cíl (DK): pacientka bude schopna běžných denních činností do 3 dnů od operace

Výsledná kritéria (VK): pacientka bude plně aktivní do 7 dnů po operaci

Intervence: Povšimni si faktorů podílejících se na únavě
Posuď aktuální omezení ve srovnání s běžným stavem (Barthelův test)
Věnuj pozornost pacientovým stížnostem na slabost
Posuď kardiopulmonální odpověď na tělesnou aktivitu včetně základních fyziologických parametrů
Zjisti schopnost pacienta stát a přemísťovat se a případnou potřebu pomoci nebo pomůcek
Porovnej skutečnou potřebu pohybu a přání
Posuď emoční/psychické faktory, které mají vliv na současnou situaci
Všimni si faktorů souvisejících s léčbou
Uprav aktivitu nemocného tak, aby nedocházelo k přetížení

Povzbuzuj pacienta, aby vyjádřil pocity, které přispívají k jeho stavu nebo jsou jím vyvolány
Zapoj v maximální možné míře pacienta i jeho blízké do plánování činností
Pomáhej pacientovi s různými činnostmi
Uprav okolní prostředí tak, aby pacient mohl pohodlněji a bez bolesti spolupracovat při běžných denních činnostech
Využij služeb speciálních oborů
Plánuj maximální aktivitu v rámci schopností pacienta
Zjisti očekávání pacienta a těch, kteří o něj pečují, na začátku a průběžně
Pouč pacienta a jeho blízké, jak sledovat odpověď na aktivitu a rozpoznat podle objektivní/subjektivní příznaky, ukazující na nutnost snížit úroveň aktivity
Plánuj postupné zvyšování aktivity podle tolerance pacienta
Veď nemocného k pozitivnímu postoji, navrhní užívání relaxačních technik

Realizace: Sledovala jsem faktory podílející se na únavě
Posuzovala jsem kardiopulmonální odpověď na zátěž
Posoudila jsem psychické faktory, které měli vliv na současnou situaci
Dopomáhala jsem s hygienickou péčí
Zajistila jsem všechny pomůcky k lůžku a na dosah ruky
Střídala jsem aktivitu a odpočinek
Podpořila jsem pozitivní atmosféru a klidné prostředí
Spolupracovala jsem se speciálními obory (fyzioterapeut, nutriční specialista)
Zapojila jsem blízké do plánování činností

Vyhodnocení: Pacientka je od 2 pooperačního dne soběstačná při zvládnutí základních denních činností.
Běžné denní činnosti pacientka zvládala s pomocí manžela. Její organismus nereagoval výkyvy pulsu a krevního tlaku. Byla kardiopulmonálně kompenzovaná.
Manžel i pacientka rozpoznali, kdy je třeba odpočinku a uměli naplánovat činnosti a odpočinek.

Oš. dg. č. 3

Výživa porušená, nedostatečná v souvislosti se sníženým příjmem potravy, z důvodu operačního zákroku, projevující se snížením tělesné hmotnosti

Definice: stav, kdy příjem živin nekryje metabolické potřeby

Cíl krátkodobý (CK): pacientka bude schopna dodržet příjem tekutin od 2 dne od operace

Dlouhodobý cíl (DK): váha je během hospitalizace stabilizovaná, váhový úbytek je menší než 2 kilogramy a dodržuje pitný režim

Výsledná kritéria (VK): pacientka je plně zatížena stravou a zná vhodné a nevhodné

potraviny, dietu a laboratorní výsledky – parametry výživy, jsou ve fyziologickém rozpětí do dimise

Intervence: Zhodnot, zda není pacient v malnutrici
Zjisti, zda pacient nebo jeho blízcí chápou nutriční potřeby
Prodiskutuj stravovací zvyklosti včetně preferovaných jídel
Posud' lékové interakce, účinky nemoci
Zjisti psychologické faktory, náboženské nebo kulturní vlivy
Prober s pacientem jeho obvyklý způsob pohybové aktivity
Posud' hmotnost, věk, tělesnou stavbu, sílu, úroveň aktivity a odpočinku
Seznam se s laboratorními výsledky
Konzultuj s nutričním terapeutem stav výživy a zapoj ho do spolupráce
Proved' úpravu léčby a diety dle indikace
Podávej léky dle indikace
Umožni pacientovi výběr jídel dle vlastní chuti
Vyhni se pokrmům, které pacient špatně snáší
Pečuj o hygienu dutiny ústní
Pobízej pacienta k dostatečnému a pravidelnému příjmu tekutin
Sleduj vývoj tělesné hmotnosti pacienta
Zdůrazni význam vyvážené stravy
Pacienta s plánovanou operací pouč o předoperační i pooperačních potřebách a úpravách stravy

Realizace: Sledovala jsem příjem a výdej tekutin
Doporučila jsem změnu stravovacích návyků
Sledovala jsem hmotnost pacientky, kožní turgor a stav sliznic
Sledovala jsem frekvenci zvracení, průjmu a odpad z drénů
Aplikovala jsem enterální výživu dle rozpisu a tolerance
Spolupracovala jsem s lékařem a nutričním terapeutem
Edukovala jsem pacientku a manžela o šetrící dietě

Vyhodnocení: Pacientka byla od 2 dne schopna dodržovat pitný režim. Její kožní turgor je dobrý.
Během hospitalizace pacientka nemá váhový úbytek.
Během hospitalizace pacientka přijímá stravu volně a bez problémů 4-5x denně.
Pacientka je edukována o dietě společně s manželem.

Oš. dg. č.4:

Infekce, riziko vzniku v souvislosti se snížením obrany organismu, z důvodu operačního zákroku a zavedených drénů a invazivních vstupů

Definice: stav zvýšeného rizika invaze patogenních mikrobů do organismu

Cíl krátkodobý (CK): pacientka nebude mít známky infekce do 3 dne od operace

Dlouhodobý cíl (DK): operační rána se hojí per primam, okolí CŽK je klidné, bez sekrece a známek zánětu

Výsledná kritéria (VK): pacientka bude bez známek infekce po celou dobu hospitalizace

Intervence: Povšimni si rizikových faktorů výskytu infekce

Pátřej po místních známkách infekce v místě vstupu kanyl, sutur, chirurgických incizí a ran
Zhodnot' a dokumentuj stav kůže v místech zavedení vodičů
Mysli na možnost sepse
Odeber vhodné vzorky tkání/tekutin na vyšetření
Řádně si myj ruce a dodržuj hygienickou dezinfekci rukou, bariérový ošetrovatelskou péči, aseptické postupy při ošetření operační rány a při manipulaci s CŽK nebo PŽK
Sleduj návštěvy, aby se včas zabránilo vystavení pacienta infekci
V případě indikace zaveď izolaci k omezení rizika infekce
Dle indikace prováděj/vyžaduj předoperační sprchování
U všech invazivních vstupů pečlivě dodržuj sterilní techniku
Dle potřeby/indikace měň obvazy
Prováděj časnou mobilizaci pacienta
Pečuj o adekvátní zavodnění, močení vsedě nebo vstoje
Pečlivě pečuj o močový katétr a perineální oblast
Asistuj při lékařských zákrocích
Sleduj/prováděj podávání léků
Dle indikace podávej profylaktické podávání antibiotik
Vysvětli pacientovi, co je pro něj potřebné z hlediska výživy a připomeň význam pravidelného cvičení
Pouč pacienta o způsobech, jak chránit kůži, pečovat o rány a bránit rozšíření infekce
Zdůrazni nutnost doužívání antibiotika dle ordinace lékaře

Realizace: Vysvětlila jsem pacientce nutnost přípravy před operací

Pravidelně jsem kontrolovala místa invazivních vstupů a operační ránu
Postupovala jsem přísně asepticky při manipulaci s invazivními vstupy
Převazy jsem prováděla asepticky, dle potřeby a při indikaci lékaře
Dbala jsem na řádnou dezinfekci rukou
Časně jsem pacientku mobilizovala a prováděla rehabilitaci
Dle ordinace lékaře jsem sledovala příjem a výdej tekutin
Edukovala jsem pacientku a manžela v péči o operační ránu

Vyhodnocení: Pacientka neměla známky infekce z důvodu zavedení invazivních

vstupů
Pacientka neměla známky infekce operační rány
Pacientka znala péči o operační ránu
Pacientka byla zcela bez známek jakékoliv infekce

6 Edukace pacienta/klienta

Slovem edukace rozumíme poučení pacienta a jeho rodiny o způsobu léčby, jeho postupu a očekávaném výsledku. Na edukační činnosti se podílí lékař, který pacientovi vysvětlí způsob a provedení operace. Dále pacienta informuje o alternativním řešení, komplikacích a rizicích. Dle specializace poskytují lékaři většinou přehled o svém zaměření. Ošetřující lékař informuje pacienta uceleně.

Sestra má většinou více času než lékař a poskytuje pacientovi informace o způsobu ošetrovatelské péče, přípravě na vyšetření, předoperační a pooperační péči. Sestra zná a pozoruje psychický stav pacienta a věnuje se pacientovi i v této oblasti. Dle ošetrovatelské anamnézy stanovuje plán péče a nutnost edukace v jednotlivých oblastech. Edukace musí být srozumitelná a jednoduchá. Zdravotníci omezují používání cizích a neznámých slov. Dbáme na individualitu pacienta a plně se jí přizpůsobujeme. Pokud si to pacient přeje, zapojujeme do edukace také rodinu.

Vždy dbáme na zpětnou vazbu volbou vhodných otázek. Musíme si uvědomit, že nové věci si pacient zapamatuje pouze při opětovném sdělení. Dobré jsou také různé brožurky a letáčky. Nejlepší formou edukace je manuální provádění, které doprovázíme slovem. Ne vždy je ovšem možné. Pacient má také právo na možnost volby nebo edukaci odmítnout.

6.1 Edukační list

Edukační list přikládám jako přílohu této ročníkové práce.

6.2 Edukační záznam – realizace

Realizaci edukace přikládám jako přílohu této ročníkové práce.

6.3 Edukační plán

6.3.1 Cíl edukačního plánu

K edukaci pacientky jsem si vybrala následující témata edukace: seznámení se s oddělením a předoperační přípravu, sledování bolesti, dietu, pohybový režim a nutnost rehabilitace.

6.3.2 Význam

Edukace pacienta a rodiny je důležitá z hlediska správné spolupráce. Pokud pacient spolupracuje a je správně edukován, více nám důvěřuje a nepoddá se tak rychle nezvyklé nebo nepříjemné situaci, pokud o ní ví.

6.3.3 Technika

K seznámení pacientky s oddělením jsem použila provedení pacientky a praktickou ukázkou oddělení. Navázání kontaktu představením se a uvedení pacientky a tím i její seznámení s oddělením je prvním kontaktem pacientky s personálem oddělení. Pokud má pacientka všechny potřebné informace o chodu oddělení, rozmístění místností na oddělení, seznámení s právy pacientů, signalizací a dalším rozvrhem dne, je klidnější a má představu o dalším postupu léčby.

Předoperační přípravě jsem věnovala další téma edukace. Pacientce jsem vysvětlila, že za ní během odpoledne přijde anesteziologická a instrumentační sestra. Ty pacientku edukovaly o postupu anestézie, přivezení na operační sál a jeho manipulaci s ní. Sestry pacientce ukázaly na fotkách operační sál a popsaly postup na sále. Já jsem jí vysvětlila, že od večera bude lačná a od půlnoci nebude pít. Dále jsem jí vysvětlila nutnost oholení operačního pole, které jsem oholila ráno v den operace. Poté se pacientka vysprchovala. V neposlední řadě jsem vysvětlila nutnost nasazení elastických punčoch před operačním výkonem pomohla jsem jí je správně nasadit.

Sledování a monitorace bolesti je po operačním zákroku další edukační téma. Již před operací jsem pacientce vysvětlila princip sledování bolesti pravítkem. Na straně pacientky jsou na obou stranách obličeje. Na jedné straně je směřící se obličej a na druhé zamračený, smutný obličej. Na straně sestry je stupnice od jedné do deseti. Pacientka si vybere na pravítku symbol nejbližší její bolesti a sestra přečte na straně druhé stupeň bolesti. Vždy jsem se pacientky ptala na lokalitu jeho bolesti, druh, trvání nebo vyvolávající příčinu. Dle ordinace a na přání pacientky jsem aplikovala analgetika. Vysvětlila jsem možnost úlevové polohy, které pacientka využívala.

Dietní režim po operačním výkonu je zaměřen na postupnou realimentaci nemocné. Pacientce jsem vysvětlila šetřící dietu a všechny vhodné a nevhodné potraviny. Na téma diety jsem se bavila také s manželem. Dále jsem vše poskytla i v tištěné formě.

Rehabilitace je zaměřena zpočátku na dechovou rehabilitaci, na rehabilitaci horních a dolních končetin, postupnou a pozvolnou vertikalizaci. Pravidelně jsem prováděla masáž zad, která byla pacientce velice příjemná. Před propuštěním jsem pacientce vysvětlila nutnost, proč by neměla nosit těžká břemena, a to z důvodu pooperační kýly. Pacientka se podívovala, že nesmí 3 měsíce zvedat větší zátěž než jsou 3 kilogramy.

6.3.4 Kontrolní otázky pro sestru

Tabulka č.7

Kontrolní otázky:	Správné odpovědi:
Jak seznámíme pacienta s oddělením ?	Provedením po oddělení, ukázáním všech prostor, chodem oddělení a signalizací.
Proč holíme operační pole a provádíme celkovou očistu ?	Z důvodu prevence infekce operační rány
Jak správně vertikalizujeme pacienta ?	Z boku přes pokrčené končetiny na lůžku, obě ruce se opřou o podložku a současně se vzepřením na rukou spouští DK
U kterých pacientů provádíme poklepovou masáž zad ?	U pacientů po operačním výkonu jako prevenci bronchopneumonie, k mobilizaci sekretů z plic, u onemocnění respiračního traktu a u pacientů s horší ventilací.
Co je to šetřící dieta ?	Dieta s omezením tuků, s vyloučením kořeněných jídel a velkého množství vlákniny.
U kterých pacientů ordinujeme šetřící dietu ?	U pacientů po operačním zákroku na zažívacím traktem.
Jaký je příznak sepse ?	Zvýšená TT, třesavka, leukocytóza, ^ CRP, změna P, TK, D
Jak rozpoznáte infikovanou ránu ?	Zarudnutí, změna sekretu vytékajícího z rány
Kdy edukujeme rodinu ?	Pokud si to pacient nebo rodina přeje, pokud pacient nezvládne sebeobsahu, při konkrétní indikaci.

6.3.5 Postup při zaškolování pacienta, klienta

Seznámení s oddělením a předoperační příprava pacienta

- » Představ se pacientovi
- » Seznam klienta s oddělením, signalizací a rozmístěním místností
- » Odeber ošetřovatelskou anamnézu, stanov si ošetřovatelské diagnózy, sestav plán péče a začni s jejich realizací
- » Proveď ordinace lékaře a vše vysvětli pacientovi
- » Vysvětli pacientovi předoperační přípravu, pouč ho jak s příjmem tekutin a lačněním
- » Seznam pacienta s nutností oholit operační pole a osprchovat se - proved' ráno v den operace
- » Obeznam pacienta s operačním plánem
- » Pomoz pacientovi správně nasadit elastické punčochy
- » Připrav pacienta na operační sál, odeber pacientovi šperky, zajisti vyjmutí zubní protézy, brýle nebo čočky
- » Při všech výkonech komunikuj s pacientem
- » Pokus se ho zbavit strachu a nejistoty
- » Vše zaznamenej do dokumentace pacienta

Sledování bolesti

- « Zajisti klidné prostředí
- « Pravidelně sleduj bolest – její intenzitu, lokalitu, stupeň, co jí vyvolává
- « Aplikuj analgetika dle ordinace lékaře a přání pacienta
- « Sleduj účinek analgetik
- « Posud' etiologii vyvolávajících a přidružených faktorů
- « Posud' možné patofyziologické nebo psychologické příčiny bolesti
- « Ber v úvahu lokalizaci chirurgického zákroku
- « Posud' vnímavost pacienta, jeho chování a fyziologickou odpověď
- « Akceptuj pacientovo líčení bolesti
- « Uvědom si kulturní a vývojové vlivy, určující reakci na bolest
- « Pozoruj neverbální projevy
- « Posuzuj popisovanou bolest s ohledem na možné základní poruchy nebo orgánovou dysfunkci
- « Sleduj základní fyziologické parametry
- « Posud' pacientovu znalost léčby bolesti včetně toho, co od léčby očekává
- « Vezmi v úvahu i předchozí zkušenosti s bolestí
- « Pomoz pacientovi najít způsob, jak zmírnit nebo zvládnout bolest
- « Usiluj společně s pacientem o prevenci bolesti
- « Pomocí stupnice 0 – 10 urči, nakolik je pacient akceptovat bolest
- « Pobízej pacienta k vyjádření pocitů souvisejících s bolestí
- « Postarej se o klidné prostředí a uklidňující zaměstnání
- « Pečuj o pohodlí nemocného
- « Doporuč relaxační cviky

Pohybový režim a nutnost rehabilitace

- » Postarej se o klidné prostředí
- » Pečuj o pohodlí nemocného
- » Rehabilitaci prováděj jen pokud je pacient odpočatý
- » Dbej na aplikaci analgetik před rehabilitací
- » Sleduj projevy bolesti nebo únavy ať verbální nebo neverbální
- » Sleduj celkový stav nemocného během rehabilitace
- » Vysvětli pacientovi nutnost provádět dechovou rehabilitaci, rehabilitaci horních a dolních končetin
- » Začni s postupnou a pozvolnou vertikalizací
- » Pravidelně prováděj masáž zad a dbej na odkašlávání po masáži jako prevenci bronchopneumonie
- » Před propuštěním pacientovi vysvětli nutnost, proč by neměl nosit těžká břemena.
- » Podrobně mu osvětli důvody nenosit těžká břemena a to z důvodu pooperační kýly
- » Vše zaznamenej do dokumentace pacienta

Dieta

- « Zhodnot', zda není pacient v malnutrici
- « Pacienta s plánovanou operací pouč o předoperační i pooperačních potřebách a úpravách stravy
- « Zjistí, zda pacient nebo jeho blízcí chápou nutriční potřeby
- « Prodiskutuj stravovací zvyklosti včetně preferovaných jídel
- « Posud' lékové interakce, účinky nemoci
- « Zjistí psychologické faktory, náboženské nebo kulturní vlivy
- « Prober s pacientem jeho obvyklý způsob pohybové aktivity
- « Posud' hmotnost, věk, tělesnou stavbu, sílu, úroveň aktivity a odpočinku
- « Konzultuj s nutričním terapeutem stav výživy a zapoj ho do spolupráce
- « Proveď úpravu léčby a diety dle indikace
- « Umožni pacientovi výběr jídel dle vlastní chuti
- « Vyhni se pokrmům, které pacient špatně snáší
- « Pečuj o hygienu dutiny ústní
- « Pobízej pacienta k dostatečnému a pravidelnému příjmu tekutin
- « Sleduj vývoj tělesné hmotnosti pacienta
- « Zdůrazni význam vyvážené stravy

6.3.6 Kontrolní otázky pro pacienta, klienta

Tabulka č.8

Proč máte být od půlnoci lačný a nepít tekutiny ?	Z důvodu možného vdechnutí žaludečního obsahu při operaci.
Proč máte nasazené elastické punčochy ?	Z důvodu ležení po operaci. Mohla by se utrhnout cévní sraženina.
K čemu slouží pravitko bolesti ?	Ukážu na něm, jak moc mě rána bolí. Pokud je bolest malá nebo není, vyberu usmívající obličej. Pokud je bolest větší nebo velká, vyberu mračící a plačící obličej.
Jak máte po operaci správně vstát ?	Z boku s pokrčenými nohami se opřu o ruce a zároveň spouštím nohy.
Proč máte po operaci drény ?	Odvádí tekutinu, která by jinak zbyla v břiše.
Můžete sprchovat operační ránu ?	Mohu, sprcha masíruje ránu a rychleji se hojí.
Jak těžké můžete nosit břemena ?	Do tří kilogramů. Jinak hrozí kýla.
Jaké tekutiny jsou vhodné po operaci ?	Čaj a neperlivá voda.
Jak často byste měl jíst a kolik vypít tekutin ?	4 – 5x denně a vypít přes 2 litry tekutin
Jaké potraviny jsou pro Vás nevhodné ?	Tučné, kořeněné, se slupkou, přepálené a smažené.

7 Zhodnocení ošetrovatelské péče

Ošetrovatelská péče u pacientky proběhla dle stanoveného plánu péče. Všechny intervence, které jsem si naplánovala jsem provedla. Během hospitalizace jsem společně s pacientkou zvládla její bolest. Pacientka byla ráda, že netrpěla bolestí. Také se nám společně povedlo velice rychle zvládnout běžné denní činnosti. Pacientka se snažila začlenit zpět do svých denních rituálů a aktivit. Po operaci byla více unavena, ale regenerace jejího organismu probíhala rychle. Pacientka během pobytu byla ohrožena rizikem vzniku infekce, ale příznaky jakékoliv infekce jsem nezjistila. Její fyziologické funkce byly stabilní a operační rána neměla známky infekce. Důraz na dietu po operačním zákroku pacientka chápala. Některé návyky bylo třeba poopravit a vysvětlila jsem pacientce jejich nevhodnost. Dietní režim jsem probrala také s manželem pacientky, protože nyní se bude starat o nákupy stravy společně s dcerou. Při propuštění mi sdělila, že se pobytu v nemocnici bála, ale její obavy nebyly naplněny a to díky vstřícnosti všech pracovníků. Jejich chování je prý velice profesionální a lidské.

8 Prognóza

Prognóza pacientky je dobrá. Nádor byl radikálně odstraněn. Dále lékař doporučil onkologickou terapii. Pacientka byla plně informována.

9 Závěr

Problematika nádoru pankreatu se stává velice aktuální. Roste počet pacientů s touto diagnózou. Bohužel, jak jsem uvedla výše, nádor bývá diagnostikován v pokročilém stádiu. Důvodem pozdní diagnostiky je fakt, že nádor nemá dlouho žádné příznaky. U některých pacientů diagnostikujeme nádor jen při náhodném vyšetření pro jiný problém.

Nádor pankreatu je diagnostikován u populace mezi 65 – 74 rokem. Musím ovšem konstatovat, že i mladší pacienti jsou postiženi tímto onemocněním. Z rizikových faktorů je třeba zmínit aktivní kuřáctví, které je spojeno s dvojnásobným až trojnásobným rizikem vzniku karcinomu pankreatu. Dále je uváděna negativita vysokoenergetického příjmu potravy, masa, cholesterolu a smažených pokrmů. U osob s obezitou je dokázána souvislost. Stopové kovy se ve vyšších koncentracích kumulují v pankreatu a tito jedinci častěji onemocní karcinomem pankreatu. Jsou to zejména pracovníci v metalurgických provozech, při obrábění kovů a práci s pesticidy. Dalším kovem, který má suspektní účinek na tkáň pankreatu je chrom. Hormonální léčba nemá vliv na nádor pankreatu, ale je prokázán nárůst rizika u prvorodiček ve vyšším věku. Asi 5 % onemocnění má souvislost s dědičností. Nově byl popsán familiární syndrom sdružující projevy pankreatitidy, diabetu a karcinomu pankreatu. Hereditární pankreatitida se řadí k prekancerózám a tito nemocní mají riziko vzniku karcinomu větší oproti běžné populaci. Choroba vykazuje epigenetické rysy dědičnosti a riziko je až 70 %, pokud je tato choroba dědičná od otce.

Klinický průběh je charakterizován triádou příznaků – bolest, váhový úbytek a ikterus. Tato triáda je přítomna až v pozdějších stádiích onemocnění.

Léčba se dělí konzervativní nebo chirurgickou. Konzervativní léčba nemá vliv na délku přežívání, ale na jeho kvalitu. Operační léčba při radikálním výkonu, který je doplněn onkologickou terapií je prognosticky lepší. Paliativní chirurgická léčba má za cíl kvalitu života nemocných. Nemá však vliv na délku přežívání.

Ošetrovatelská péče je zaměřena na pacienta a jeho potřeby, rizika a cíle. K ošetrovatelským diagnózám, které jsou charakteristické pro nádor pankreatu, patří bolest, porucha výživy, strach a úzkost, omezení aktivity, riziko infekce z důvodu invazivních vstupů a operačního výkonu. Vše vyžaduje kvalitní komunikaci a diplomacii ze strany sester. Pacient si často nechává zásadní informace pro sebe, uzavírá se do ulity a popírá chorobu. Zde je vždy důležitá spolupráce sestry, rodiny a specializovaných zdravotníků, jako je psycholog, psychiatr a například i kaplan. Vždy si musíme naplánovat společně s pacientem cíle léčby a jejich splnitelnost.

Edukace patří k základní součásti léčby. Vždy edukujeme pacienta o všech výkonech a zákrocích, které jsou naplánovány. Při potřebě nebo na přání pacienta do edukace zapojujeme i rodinné příslušníky.

10 Seznam informačních zdrojů

10.1 Seznam literatury

- 1 ABRAHAMAS, P.; DRUGA, R. *Lidské tělo atlas anatomie člověka*. Ottovo nakladatelství, Praha: 2003. ISBN 80-7181-955-7.
- 2 BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Grada Publishing: 2005. ISBN 80-247-1197-4
- 3 BĚLINA, F. Chirurgická léčba cystických nádorů pankreatu. *HPB bulletin*. 15/2007/1. s.39-41. ISSN 1210-6755.
- 4 ČIHÁK, R. *Anatomie 2*. Avicenum: 1988. ISBN 08-060-88.
- 5 DÍTĚ, P.; NOVOTNÝ, I.; NECHUTOVÁ, H. Pankreatická bolest a možnosti její léčby. *HPB bulletin*. 16/2008/3. s.41-43. ISSN 1210-6755.
- 6 DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Grada Publishing: 2001. ISBN 80-247-0242-8.
- 7 DUJSÍKOVÁ, H.; DÍTĚ, P.; ŠEVČÍKOVÁ, A. a kolektiv. Hranice laparoskopie v onkochirurgii pankreatu. *HPB bulletin*. 16/2008/3. s.49-51. ISSN 1210-6755.
- 8 FILIPOVÁ, H. ; DUTKA, J.; FENDRYCH, P. ; PEREGRIN, J. Zobrazovací metody v diagnostice karcinomu pankreatu. *HPB bulletin*. 10/2002/1. s.11-12. ISSN 1210-6755.
- 9 GÜRLICH, R.; KMENT, M.; NOVOTNÝ, J.; ŠTIRAND, P.; OLIVERIUS, M.; MARUNA, P. Solidní pseudopapilární tumory pankreatu. *HPB bulletin*. 15/2007/1. s.2-5. ISSN 1210-6755.
- 10 JOBÁNKOVÁ, M. a kolektiv *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně: 2003. ISBN 80-7013-390-2.
- 11 KARÁSEK, J. Karcinom pankreatu – chemoterapie a radioterapie. *HPB bulletin*. 10/2002/1. s.18-19. ISSN 1210-6755.
- 12 KUBÁTOVÁ, L. Diabetes mellitus po totální pankreatektomii. *Sestra*. 7-8/2005. s.38. ISSN 12-0404
- 13 LEFFLER, J. Návrh standardu léčby karcinomu pankreatu. *HPB bulletin*. 10/2002/1. s. 20-23. ISSN 1210-6755.
- 14 LEFFLER, J.; KREJČÍ, T. Cystické nádory pankreatu. *HPB bulletin*. 15/2007/1. s.42- 44. ISSN 1210-6755.
- 15 Lemon 2. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno: 1996. ISBN 80-7013-238-8
- 16 Lemon 3. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno: 1996. ISBN 80-7013-244-2
- 17 Lemon 5. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno: 1996. ISBN 80-7013-247-7
- 18 MANN, M. *Chirurgická léčba zhoubných nádorů trávicí trubice*. Kyjov. ISBN 80-201-0080-6.
- 19 MICHÁLEK, P.; HÁJEK, P.; DUTKA, J.; FRONĚK, J.; STRNAD, R. Léčba bolesti u nemocných s karcinomem pankreatu. *HPB bulletin*. 9/2001/4. s.107-111. ISSN 1210-6755.
- 20 O'CONNOR, M. ; ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Grada Publishing: 2003. ISBN 80-247-1295-4.
- 21 REJCHRT, S. Diagnostika cystických tumorů pankreatu. *HPB bulletin*. 15/2007/1. s.35-37. ISSN 1210-6755.

- 22 RICHARDS, A.; EDWARDS, S. *Repertorium pro zdravotní sestry*. Grada Publishing: 2004. ISBN 80-247-0932-5
- 23 RYSKA, M. Karcinom pankreatu – koho a jak léčit (a zda vůbec ?). *HPB bulletin*.10/2002/suplement 1. s. 126-130. ISSN 1210-6755.
- 24 RYSKA, M.;STRNAD,R.;BĚLINA,F. a kolektiv Radikální resekce u nemocných s karcinomem hlavy pankreatu. *HPB bulletin*.16/2008/3. s. 51-56. ISSN 1210-6755.
- 25 SILBERNAGL, S.; Lang. F. *Atlas patofyziologie člověka*. Grada: 1993. ISBN 80-7169-968-3.
- 26 SKALA, E. *Rakovina slinivky břišní*. Liga proti rakovině Praha, ISBN – neuvedeno.
- 27 SOFAER, B. *Bolest příručka pro zdravotní sestry*. Grada Publishing: 1997. ISBN 80-7169-309-X
- 28 STAŇKOVÁ, M. *Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. Institut pro další vzdělávání ve zdravotnictví v Brně: 2001. ISBN 80-7013-323-6
- 29 STRNAD, R.; KVIČEROVÁ, H. Cystické tumor pankreatu. *HPB bulletin*. 15/2007/1. s.41- 42. ISSN 1210-6755.
- 30 ŠÁLEK, C. Klasifikace a etiopatogeneze cystických tumorů pankreatu. *HPB bulletin*.15/2007/1. s. 32-34. ISSN 1210-6755.
- 31 VISOKAI, V. ; LIPSKÁ, L. Radikální a paliativní léčba duktálního karcinomu pankreatu. *HPB bulletin*. 10/2002/1. s.13-15. ISSN 1210-6755.
- 32 ZAVORAL, M. Epidemiologie karcinomu pankreatu. *HPB bulletin*. 10/2002/1.s.6-8. ISSN 1210-6755.
- 33 ZAVORAL, M. Endoskopická diagnostika karcinomu pankreatu. *HPB bulletin*. 10/2002/1. s.9-10. ISSN 1210-6755.
- 34 ZAVORAL, M. et al. *Karcinom pankreatu*. Galen, Karolinum: 2005. ISBN 80-7262-348-6.

10.2 Internetové zdroje

- 1 Česká a slovenská gastroenterologie a hematologie [online]. Praha: Chirurgie pankreatu potvrzuje přínos »evidence-base medicine«. Dostupné na <http://www.csgh.info/detail.php?stat=161>
- 2 Masarykův onkologický ústav-oddělení klinické biochemie [online]. Praha: II. Jednotlivé nádorové markery. Dostupné na <http://www.mou.cz/mou/upload/jednotl.html>
- 3 Molekulární genetika [online]. Praha: Pracoviště molekulární genetiky. Dostupné na <http://lem.ocol.cz/cs/info/molekularni-genetika>
- 4 Nádory pankreatu [online]. Praha: Význam EUS u nádorů pankreatu. Dostupné na <http://www.ikem.cz/www?docid=1001165>
- 5 III. Pankreatický klub v Brně [online]. Praha: Nové poznatky k epidemiologii nádorů pankreatu. Dostupné na <http://www.hpb.cz/cz/cas/04-3/brno/main05.html>
- 6 Projekt algos [online]. Praha: Analgetická radioterapie. Dostupné na http://www.algos.cz/pro_odborniky/uloha_analgeticke_radioterapie.html
- 7 Slinivka [online]. Praha: Problémy po operacích zhoubných nádorů slinivky břišní. Dostupné na <http://www.muni.cz/prezent1/slinivka.htm>
- 8 Wikipedia, otevřená encyklopedie. Dostupné na <http://www.wikipedia.cz>

11 Přílohy

11.1 Seznam příloh

- 11.1.1 Záznam o edukaci
- 11.1.2 Edukační záznam – realizace
- 11.1.3 Téma edukace – sledování bolesti
- 11.1.4 Téma edukace – aktivita, cvičení
- 11.1.5 Téma edukace – výživa porušená

11.2 Záznam stavu individuálních potřeb klienta (vyplněná ošetrovatelská dokumentace)



ZÁZNAM O EDUKACI list č.1

Vypracoval/a: Kubátová

Studijní skupina 3. DVS

Dne 2.9.2008

JMÉNO, (iniciály)	PŘIJMENÍ:	L.A.	ODDĚLENÍ:	Chirurgie				
LÉKAŘSKÁ DIAGNÓZA:	1) tumor hlavy pankreatu		EDUKOVANÝ JE:	<input checked="" type="checkbox"/> PA pacient	<input checked="" type="checkbox"/> RO rodina	<input type="checkbox"/> OST ostatní		
	2)		VZTAH K ZARÍZENÍ:	<input checked="" type="checkbox"/> hospitalizovaný				
	3)			<input type="checkbox"/> ambulantní				
	4)			<input type="checkbox"/> účastník vzdělávací akce				
	5)			<input type="checkbox"/> jiné:				
EDUKACE ZAMĚŘENA:	JE	<input checked="" type="checkbox"/> vstupní informace	POUŽÍVÁNÍ POMŮCEK, ZÁVISLOST NA PŘÍSTROJI:					
		<input checked="" type="checkbox"/> jednorázové vzdělávání	<input type="checkbox"/> naslouchadla	<input type="checkbox"/> inzulín				
		<input checked="" type="checkbox"/> průběžné vzdělávání	<input type="checkbox"/> respirační terapie	<input type="checkbox"/> stomie				
		<input checked="" type="checkbox"/> reedukace	<input type="checkbox"/> zubní protéza	<input type="checkbox"/> medikace				
		<input checked="" type="checkbox"/> informace při propuštění	<input type="checkbox"/> berle/vozík	<input type="checkbox"/> neschopnost řeči				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> dialýza	<input checked="" type="checkbox"/> brýle				
	<input type="checkbox"/>	MEDIKACE OVLIVŇUJÍCÍ EDUKACI:					<input type="checkbox"/>	
FORMA EDUKACE:	REAKCE NA EDUKACI:		EXISTUJÍCÍ BARIÉRA:		KOMUNIKAČNÍ			
<input checked="" type="checkbox"/> UK - ukázka	<input checked="" type="checkbox"/> DT - dotazy		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sluch	<input checked="" type="checkbox"/> zrak	<input type="checkbox"/> chuť	<input type="checkbox"/> hmat	<input type="checkbox"/> čich
<input checked="" type="checkbox"/> LE -letáček	<input checked="" type="checkbox"/> VP - verbální pochopení		<input type="checkbox"/>					
<input checked="" type="checkbox"/> VE -verbálně	<input type="checkbox"/> OV - odmítnutí výuky		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> cizí jazyk:				
			jazyková					

<input type="checkbox"/> VI - video	x NO – nutno opakovat	<input type="checkbox"/> řeč, čtení, psaní:	<input type="checkbox"/> afázie	<input type="checkbox"/> dysf azie	<input type="checkbox"/> apra xie	<input type="checkbox"/> dysle xie	<input type="checkbox"/> koftání
<input type="checkbox"/> TV - televize	<input type="checkbox"/> NE - nezám	<input type="checkbox"/> etnické:					
x PI - písemně	<input type="checkbox"/> NP - neschopnost pochopit	<input type="checkbox"/> duchovní:					
x IN - instrukce	<input type="checkbox"/> PD - prokázána dovednost	<input type="checkbox"/> psychické:	<input type="checkbox"/> stres	<input type="checkbox"/> úzkost	<input type="checkbox"/> deprese	<input type="checkbox"/> jiné	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> neschopnost řeči	<input type="checkbox"/> afázie.....			<input type="checkbox"/> jiné	
EDUKAČNÍ POTŘEBA V OBLASTI:		<input type="checkbox"/> iatrogenní	<input type="checkbox"/> lékař	<input type="checkbox"/> sestra	<input type="checkbox"/> léky	<input type="checkbox"/> jiné	
x 1. VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ	<input type="checkbox"/> 7. SEBEPOJETÍ	<input type="checkbox"/> biorytmus	x „sova,,	<input type="checkbox"/> „skřivan,,	<input type="checkbox"/> bolest:	<input type="checkbox"/> NE	x ANO
x 2. VÝŽIVA, METABOLISMUS	<input type="checkbox"/> 8. ROLE - MEZILID. VZTAHY	<input type="checkbox"/> akutní nemoc	<input type="checkbox"/> NE x ANO		<input type="checkbox"/> prognóza:	dobrá	
<input type="checkbox"/> 3. VYLUCOVÁNÍ	<input type="checkbox"/> 9. SEXUALITA, REPRO. SCH.	PLÁNOVANÉ TÉMA EDUKACE: název					
x 4. AKTIVITA, CVIČENÍ	<input type="checkbox"/> 10. STRES., ZÁTĚŽ. SITUACE	Seznámení pacienta s oddělením a předoperační příprava					
<input type="checkbox"/> 5. SPÁNEK, ODPOČINEK	<input type="checkbox"/> 11. VÍRA, ŽIVOT. HODNOTY	Sledování bolesti					
<input type="checkbox"/> 6. VNÍMÁNÍ, SMYSLY	x 12. PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA	Dieta					
		Pohybový režim a nutnost rehabilitace					
EDUKAČNÍ ANAMNÉZU ODEBRAL/A, podpis:		Kubátová		<input type="checkbox"/>			
DNE:	2.9.2008	ZDROJ INFORMACÍ:		Brožurky, letáčky, písemně			



EDUKAČNÍ ZÁZNAM – REALIZACE

DATUM Od - do	EDUKAČNÍ POTŘEBA V OBLASTI: (číslo) TÉMA EDUKACE: (název, vypsát) FORMA EDUKACE: (zkratka)	REAKCE NA EDUKACI: (zkratka)	DOPORUČENÍ/ŘEŠENÍ:	PŘÍJEMCE EDUKACE (vztah k nemocnému)	EDUKÁTOR: (podpis)
25.8 -2.9	1. Vnímání zdraví		Po operaci znovu provést	pacient	Skupinová sestra
	Téma: Sledování bolesti		ukázkou používání pravítka		Kubátová
	Forma: Verbálně, praktickou ukázkou	Verbální pochopení	k monitoraci bolesti		
25.8. -2.9.	2. Výživa, metabolismus		Opakovaně provést a pro -	Pacient, rodina	Skupinová sestra
	Téma: Dieta		konzultovat dietní opatření		Kubátová
	Forma: Verbální, letáček, písemně	Dotazy, verbální pocho -	jak s pacientkou, tak i s		Nutriční terapeut
		pení, nutno opakovat	manželem. Kontaktovat		Khauerová
			opět nutričního terapeuta.		
27.8. -2.9.	4. Aktivita, cvičení	Verbální pochopení,	Opakovaně sledovat efekt	Pacient, rodina	Skupinová sestra
	Téma: Nutnost rehabilitace po operacích	nutno opakovat	edukovat manžela o fyzic		Kubátová
	račním výkonu		kém šetření a možných		Fyzioterapeut

	Forma: verbální, instrukce, ukázka		cvicích.		Krejčíková
25.9.	12. Jiné	Dotazy, verbální pocho - pení	Sledovat efekt	Pacient	Skupinová sestra
	Téma: Předoperační příprava				Kubátová
	Forma: verbální				



TÉMA EDUKACE - Sledování bolesti

TÉMA EDUKACE:	Sledování bolesti				
EDUKÁTOR:	Kubátová				
EDUKANT:	L.A.	ORGANIZAČNÍ FORMA:			
PODMÍNKY:		<input checked="" type="checkbox"/> x individuální	<input type="checkbox"/> týmová	<input type="checkbox"/> diferencovaná	
ČAS: od - do	25.8. - 2.9.2008	<input type="checkbox"/> skupinová	<input type="checkbox"/> hromadná	<input type="checkbox"/>	
VÝUKOVÉ CÍLE: <i>kognitivní, afektivní, psychomotorické</i>	Kognitivní, efektivní	DIDAKTICKÉ POMUCKY:			
		<input checked="" type="checkbox"/> x model	<input type="checkbox"/> textový materiál	<input type="checkbox"/> televize	
		<input type="checkbox"/> zobrazení	<input type="checkbox"/> počítač	<input type="checkbox"/>	
METODY:		POUŽITÉ METODY:			
a) <i>SLOVNÍ (např. vysvětlení, přednáška, rozhovor, diskuse, dramatizace, písemná práce, práce - učebnicí, knihou, letákem aj)</i>		Slovní, názorně demonstrační			
b) <i>NÁZORNĚ DEMONSTRAČNÍ (např. pozorování, předvádění, modely, demonstrace obrázků, projekce, TV, ideo aj)</i>					
c) <i>PRAKTICKÉ ČINNOSTI: (např. nácvik pohybových činností, nácvik pracovních dovedností, grafické a výtvarné činnosti)</i>					
		MOTIVACE K VÝUCE:	<input checked="" type="checkbox"/> x ANO	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/>
OBSAH TÉMATU:		OVĚŘOVÁNÍ ÚROVNĚ DOSAŽENÝCH CÍLŮ U EDUKANTA:			
Vysvětlení nutnosti sledování intenzity bolesti na pravítku bolesti. Výsledkem je snížení bolesti na mírnou intenzitu až vymizení bolesti. Bolest ovlivňuje celkový stav organismu a jeho únavu. Pokud pacient trpí bolestí není schopen provádět		<input type="checkbox"/> průběžné	<input type="checkbox"/> dílčí	<input type="checkbox"/> závěrečné	
		<input checked="" type="checkbox"/> x rozhovorem	<input type="checkbox"/> testem	<input type="checkbox"/> analýzou modelových úloh	
		<input type="checkbox"/> zkoušením	<input type="checkbox"/> srovnáním	<input checked="" type="checkbox"/> x kladením otázek	

základní a běžné denní činnosti a úkony.			<input type="checkbox"/> prezentací	<input type="checkbox"/> obhajobou	<input type="checkbox"/> individuální výstup
			<input checked="" type="checkbox"/> předvedením	<input type="checkbox"/> učení ostat.	<input type="checkbox"/> srovnání s ostatními eduk.
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> praktické provedení
EFEKT - EVALVACE VÝSLEDKŮ VÝUKY EDUKÁTOREM:					
			<input checked="" type="checkbox"/> ÚPLNÝ	<input type="checkbox"/> ČÁSTEČNÝ	<input type="checkbox"/> ŽÁDNÝ
SEBEHODNOCENÍ EDUKOVANÉHO: EFEKT					
			<input checked="" type="checkbox"/> ÚPLNÝ	<input type="checkbox"/> ČÁSTEČNÝ	<input type="checkbox"/> ŽÁDNÝ
DOPORUČENÍ: fyzické šetření, monitorace bolesti					
EDUKACI podpis	PROVEDL/A	Kubátová	DNE	2.9.2008	



TÉMA EDUKACE - Aktivita, cvičení

TÉMA EDUKACE:	Aktivita, cvičení		
EDUKÁTOR:	Kubátová		
EDUKANT:	L.A.	ORGANIZAČNÍ FORMA:	
PODMÍNKY:		<input checked="" type="checkbox"/> x individuální	<input type="checkbox"/> týmová <input type="checkbox"/> diferencovaná
ČAS: od - do	25.8. - 2.9.2008	<input checked="" type="checkbox"/> x skupinová	<input type="checkbox"/> hromadná <input type="checkbox"/>
VÝUKOVÉ CÍLE: <i>kognitivní, afektivní, psychomotorické</i>	Kognitivní, efektivní, psychomotorické	DIDAKTICKÉ POMUCKY:	
		<input type="checkbox"/> model	<input checked="" type="checkbox"/> x textový materiál <input type="checkbox"/> televize
		<input type="checkbox"/> zobrazení	<input type="checkbox"/> počítač <input type="checkbox"/>
METODY:	POUŽITÉ METODY:		
<i>a) SLOVNÍ (např. vysvětlení, přednáška, rozhovor, diskuse, dramatizace, písemná práce, práce - učebnicí, knihou, letákem aj)</i>	Slovní, názorně demonstrační, praktické		
<i>b) NÁZORNĚ DEMONSTRAČNÍ (např. pozorování, předvádění, modely, demonstrace obrázků, projekce, TV, ideo aj)</i>			
<i>c) PRAKTICKÉ ČINNOSTI: (např. nácvik pohybových činností, nácvik pracovních dovedností, grafické a výtvarné činnosti)</i>			
	MOTIVACE K VÝUCE:	<input checked="" type="checkbox"/> x ANO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
OBSAH TÉMATU:	OVĚŘOVÁNÍ ÚROVNĚ DOSAŽENÝCH CÍLŮ U EDUKANTA:		
Vysvětlení nutnosti rehabilitace v lůžku, chůze a posilování svalstva. Rehabilitace	<input checked="" type="checkbox"/> x průběžné	<input type="checkbox"/> dílčí	<input type="checkbox"/> závěrečné
slouží jako prevence tromboembolické nemoci, snížení svalové síly a jako	<input checked="" type="checkbox"/> x rozhovorem	<input type="checkbox"/> testem	<input type="checkbox"/> analýzou modelových úloh
součást celkové regenerace organismu.	<input type="checkbox"/> zkoušením	<input type="checkbox"/> srovnáním	<input checked="" type="checkbox"/> x kladením otázek
	<input type="checkbox"/> prezentací	<input type="checkbox"/> obhajobou	<input type="checkbox"/> individuální výstup

			<input checked="" type="checkbox"/> předvedením	<input type="checkbox"/> ostat. učení	<input type="checkbox"/> srovnání s ostatními eduk.
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> praktické provedení
EFEKT - EVALVACE VÝSLEDKŮ VÝUKY EDUKÁTOREM:					
			<input checked="" type="checkbox"/> ÚPLNÝ	<input type="checkbox"/> ČÁSTEČNÝ	<input type="checkbox"/> ŽÁDNÝ
SEBEHODNOCENÍ EDUKOVANÉHO: EFEKT					
			<input checked="" type="checkbox"/> ÚPLNÝ	<input type="checkbox"/> ČÁSTEČNÝ	<input type="checkbox"/> ŽÁDNÝ
DOPORUČENÍ: fyzické šetření					
EDUKACI podpis	PROVEDL/A	Kubátová, Krejčíková	DNE	2.9.2008	



TÉMA EDUKACE - Výživa porušená

TÉMA EDUKACE:	Výživa porušená		
EDUKÁTOR:	Kubátová		
EDUKANT:	L.A.	ORGANIZAČNÍ FORMA:	
PODMÍNKY:		<input checked="" type="checkbox"/> individuální	<input type="checkbox"/> týmová <input type="checkbox"/> diferencovaná
ČAS: od - do	25.8. - 2.9.2008	<input type="checkbox"/> skupinová	<input type="checkbox"/> hromadná <input type="checkbox"/>
VÝUKOVÉ CÍLE: <i>kognitivní, afektivní, psychomotorické</i>	Kognitivní, efektivní	DIDAKTICKÉ POMUCKY:	
		<input type="checkbox"/> model	<input checked="" type="checkbox"/> textový materiál <input type="checkbox"/> televize
		<input type="checkbox"/> zobrazení	<input type="checkbox"/> počítač <input type="checkbox"/>
METODY:		POUŽITÉ METODY:	
<i>a) SLOVNÍ (např. vysvětlení, přednáška, rozhovor, diskuse, dramatizace, písemná práce, práce - učebnicí, knihou, letákem aj)</i>		Slovní	
<i>b) NÁZORNĚ DEMONSTRAČNÍ (např. pozorování, předvádění, modely, demonstrace obrázků, projekce, TV, ideo aj)</i>			
<i>c) PRAKTICKÉ ČINNOSTI: (např. nácvik pohybových činností, nácvik pracovních dovedností, grafické a výtvarné činnosti)</i>			
		MOTIVACE K VÝUCE:	<input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
OBSAH TÉMATU:		OVĚŘOVÁNÍ ÚROVNĚ DOSAŽENÝCH CÍLŮ U EDUKANTA:	
Vysvětlení nutnosti dodržování pitného režimu. Edukace o vhodnosti potravin a jejich přípravy. Nutnost příjmu potravy 4 - 5x denně a to vzhledem k základnímu onemocnění.		<input checked="" type="checkbox"/> průběžné	<input type="checkbox"/> dílčí <input type="checkbox"/> závěrečné
		<input checked="" type="checkbox"/> rozhovorem	<input type="checkbox"/> analýzou modelových úloh
		<input type="checkbox"/> zkoušením <input type="checkbox"/> srovnáním	<input checked="" type="checkbox"/> kladením otázek
		<input type="checkbox"/> prezentací <input type="checkbox"/> obhajobou	<input type="checkbox"/> individuální výstup

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	předvedením	ostat. učení	srovnání s ostatními eduk.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> praktické provedení		
	EFEKT - EVALVACE VÝSLEDKŮ VÝUKY EDUKÁTOREM:		
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ÚPLNÝ	ČÁSTEČNÝ	ŽÁDNÝ
	SEBEHODNOCENÍ EDUKOVANÉHO: EFEKT		
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ÚPLNÝ	ČÁSTEČNÝ	ŽÁDNÝ
	DOPORUČENÍ: dodržovat dietní opatření		
EDUKACI podpis	PROVEDL/A	Kubátová, Khauerová	DNE 2.9.2008



OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE dle M. Gordonové

Vypracoval/a: Kubátová Studijní skupina: 3DVS Dne 3.9.2008

Jméno, příjmení: (iniciály) L.A.		Oddělení:	Chirurgie	
Pohlaví:	<input checked="" type="checkbox"/> žena		Pooperační den:	6.
Narozen:	3.8.1940	Věk: 68	Den pobytu:	8.
Vztah k zařízení:	<input checked="" type="checkbox"/> hospitalizace	<input type="checkbox"/> ambulantní	Příjem:	<input checked="" type="checkbox"/> 1. přijetí
Důvod přijetí:	<input type="checkbox"/> dg. vyšetření	<input type="checkbox"/> akutní operace	<input type="checkbox"/> přeložen.....	
	<input type="checkbox"/> akutní onemocnění	<input checked="" type="checkbox"/> plánovaná operace	<input type="checkbox"/> opakované přijetí	
	<input type="checkbox"/> chron. onemocnění	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sociální situace:				
Žije sám:	<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE	kde:	Sta v:	vdaná
Zaměstnání dnes:	důchodkyně		Jak chce být oslofován: paní	
Zaměstnání dříve:	průvodkyně turistů		Kontakt se sociální sestrou: <input type="checkbox"/> Ne	
Příbuzná nebo osoby které můžeme informovat				
Jméno:	Jan A.	Adresa	Praha 6	
Vztah nemocnému:	manžel	Telefon	732.....	
Lékařská diagnóza:	1) tumor hlavy pankreatu	Důvod přijetí:	operace	
	2) stp. operaci varixů LDK	Alergie:	<input checked="" type="checkbox"/> ANO-jahody, vit. C	<input type="checkbox"/> NE
	3) stp. appendektomii	Riziko:	<input type="checkbox"/> ANO	<input checked="" type="checkbox"/> NE
	4) stp. cholecystektomii		Hbs Ag <input type="checkbox"/> poz	<input checked="" type="checkbox"/> neg
	5)		HIV <input type="checkbox"/> poz	<input checked="" type="checkbox"/> neg
Fyzikální vyšetření sestrou				
Celkový vzhled:	dobrý	Výška:	166 cm	
Úprava, hygiena:	upravený	Hmotnost:	sta bilní <input type="checkbox"/> ANO	<input checked="" type="checkbox"/> NE
Puls:	rychlost: 102´	pravidelnost: an	zvyšování	okg
Krevní tlak:	při přijetí: 115/70	aktuální: 120/75	snížení	o 3 kg
Dýchání:	rychlost: 12	pravidelnost: an	Chybějící části těla:	nemá
Tělesná teplota:	při přijetí: 36,6°C	aktuální: 36,8°C	Chůze:	Bez problémů
Kůže:	barva: fyziologická	léze: nemá	Riziko pádu:	<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE
Riziko vzniku dekubitů: (dle Nortonové) vzniká při 25 bodech a méně				

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoci	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita
úplně	10 d	normální	žádné	dobře	dobře	úplně	není	í chod
malá	30 d	alergie		horší	apatie	částečně omezená	občas	s dopro- vodem
částečná	60 d	vlhká		špatný	zmatený	velmi omezená	převážně močová	sedač- ka
žádná	60+	suchá		velmi špatný	bez vědomí	žádná	stolice i moč	leží
Dne: 3.9.2008 (součet bodů) 32								
Zkrácený mentální bodovací test (dle Gaida)				Zjištění rizika pádu Skóre vyšší než 3, riziko pádu				
Za každou správnou odpověď 1 bod, nesprávná 0. Méně než 7 bodů, jedná se o zmatenost				Pád v anamnéze				
1	Věk	1	B	Pohybový	neomezený používá pomůcky	Medikace	ne užívá rizikové léky	
2	Kolik je asi hodin	1			potřebuje pomoc k pohybu		užívá léky ze skupiny diuretik, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní léky, benzodiazepiny	
3	Adresu	1		Vyprazdňování	nevyžaduje pomoc			
4	Současný rok	1			v anamnéze nykturie/inkontinence vyžaduje pomoc			
5	Kde je hospitalizován	1		Věk	18 - 75			
6	Poznání alespoň dvou osob (např. lékař a sestra)	1			75 a více			
7	Datum narození	1		Mentální status	orientován	Smyslové poruchy	žádné	
8	Jméno současného prezidenta	1			občasná/ noční inkontinence		vizuální, sluchový, smyslový deficit	
9	Odečíst zpět od 20 do 1 nebo vyjmenovat měsíce pozpátku	1			historie desorientace/demence			
Celkové skóre: 9				Celkové skóre: 1				

Invaze	perif. žilní katétr	<input type="checkbox"/>	ANO	x NE	Vyšetření: TK, P, TT - 2x denně	
	central. žilní.katétr	<input checked="" type="checkbox"/>	ANO	6 den		<input type="checkbox"/> NE
	močový katétr	<input type="checkbox"/>	ANO	x NE		
	drén	<input type="checkbox"/>	ANO	x NE		
	sonda	<input type="checkbox"/>	ANO	x NE		

Léky:	název	dávkování	zp.aplikace	lék. skup.
	Helicid 20mg.	0-0-1	per os	Antiulceroti-kum
	Fraxiparine	0,3 ml v 18.00	s.c	antikoagulancium
	Novalgin	1-1-1	per os	analgetikum

Infúze:				

Ostatní ordinace:			
P+VT		koupele	sprchování 1x denně
kyslík		stomie	
REH	chůze, dech	led	
bandáže	DK	převazy	na sucho
inhalace			

Ošetřovatelská anamnéza dle M. Gordonové

							I. posouzení	f.	
1.	Vnímání zdraví								
můj zdravotní stav:	<input type="checkbox"/> dobrý	<input checked="" type="checkbox"/> dobří část.	<input type="checkbox"/> narušený	<input type="checkbox"/> špatný					
pro udržení zdraví:	<input type="checkbox"/> sportuji	<input checked="" type="checkbox"/> x procházky	<input type="checkbox"/> zahradničím				nybí se unaví snadněji		
	<input type="checkbox"/> dodržuji výživu	zdrav.	<input type="checkbox"/> nic	<input type="checkbox"/>					
nemoci za poslední rok:	akutní hospitalizace			úrazy:	neudává				
lékařská doporučení dodržuji:	<input checked="" type="checkbox"/> důsledně	<input type="checkbox"/> občas	<input type="checkbox"/> nedodržuji	<input type="checkbox"/> jiné				dieta	
při objevení současných obtíží jsem:	<input checked="" type="checkbox"/> x navštívil lékaře		<input type="checkbox"/> užil léky						

		<input type="checkbox"/> porad. s jinými zdravotníky	<input type="checkbox"/> jiné	
2.	Výživa, metabolismus			
stav výživy:	<input checked="" type="checkbox"/> změna váhy v poslední době	<input type="checkbox"/> ↑ o / <input checked="" type="checkbox"/> ↓ o	3/kg	
chuť k jídlu:	<input checked="" type="checkbox"/> dobrá	<input type="checkbox"/> nechutenství		
stav výživy:	<input checked="" type="checkbox"/> přiměřený	<input type="checkbox"/> podvýživa	<input type="checkbox"/> obezita	<input type="checkbox"/> mírná nadváha
způsob přijímání stravy	<input checked="" type="checkbox"/> per os	<input type="checkbox"/> sonda	<input type="checkbox"/> pumpa	<input type="checkbox"/> stomie
forma stravy:	<input checked="" type="checkbox"/> normální	<input type="checkbox"/> kašovitá	<input type="checkbox"/> tekutá	<input type="checkbox"/>
porucha polykání:	<input checked="" type="checkbox"/> NE ANO	<input type="checkbox"/> stav chrupu:	<input checked="" type="checkbox"/> dobrý	<input type="checkbox"/> protéza <input type="checkbox"/> jiné
potíže:	<input type="checkbox"/> nauzea	<input type="checkbox"/> zvracení	<input type="checkbox"/> pálení žáhy	<input type="checkbox"/>
typický denní příjem jídla:	<input checked="" type="checkbox"/> snídaně	<input type="checkbox"/> dopol.	<input checked="" type="checkbox"/> svačina	<input checked="" type="checkbox"/> oběd
	<input checked="" type="checkbox"/> večeře	<input type="checkbox"/> odpol	<input type="checkbox"/> svačina	<input type="checkbox"/> druhá večeře
přidávky:	<input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO jaké Nutridrink, přesnídávka			
dietní omezení doma	<input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO jaké šetřící dieta			
dietní omezení:	<input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO číslo 4	pouč en:	<input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> jiné	Nutná reedukace
schonost najíst:	sám se	<input checked="" type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> krmen <input type="checkbox"/> jiné
příjem tekutin za 24 hod	<input type="checkbox"/> < 0,5 l	<input type="checkbox"/> 0,5 - 1 l	<input checked="" type="checkbox"/> 1,5 - 2 l	<input type="checkbox"/> > 2 l
k dispozici tekutin:	dostatek	<input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE proč?		
pocit sucha v ústech:	<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> defekty v ústech <input type="checkbox"/> ↓ pocit žízně			
kožní turgor:	<input checked="" type="checkbox"/> dobrý	<input type="checkbox"/> snížený	stav sliznic:	<input checked="" type="checkbox"/> růžové <input type="checkbox"/> bledé <input type="checkbox"/>
stav vlasů:	<input checked="" type="checkbox"/> dobrý	<input type="checkbox"/> vypadávají	stav nehtů:	<input type="checkbox"/> dobrý <input type="checkbox"/> narušený
3.	Vylučování - moče, stolice, potu			
místo kce:	<input checked="" type="checkbox"/> bez problémů	<input type="checkbox"/> inkontinence	<input type="checkbox"/> problematická	
změna v poslední době	<input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>			měla zavedený PMK
vylučování moče	<input checked="" type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s pomocí na WC	<input type="checkbox"/> na lůžku	<input type="checkbox"/>
obtíže při močení	<input type="checkbox"/> pálení	<input type="checkbox"/> řezání noci	<input type="checkbox"/> v porcích	<input type="checkbox"/> v men. <input type="checkbox"/> bolestivé
retence moči	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> urostomie/den	<input type="checkbox"/> moč. katétr / den	
příměsy v moči	<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> jaké			
stolice				

	vyprazdňování střeva	<input checked="" type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s pomocí na WC	<input type="checkbox"/> na lůžku	<input type="checkbox"/> stomie	
	stolice	<input checked="" type="checkbox"/> pravdělná	<input type="checkbox"/> zácpa.....x za týden	<input type="checkbox"/> průjemx den		
	barva	hnědá	inkontinence	<input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> úplná <input type="checkbox"/>		
	vyprazdňovací návyky	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO				
	změna v poslední době	<input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO	jaká po operaci neměl stolici pravidelně			
	užívání preparátů na vyprázdnění	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	jaké jak dlouho			
	obtíže během vyprazdňování	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	jaké			
4.	Aktivita, cvičení					
	pocit dostatečné síly a životní energie			<input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		
	cvičí m:	<input checked="" type="checkbox"/> necvičím	<input type="checkbox"/> občas	<input type="checkbox"/> pravidelně	typ cvičení:	
	faktory brání aktivě:	<input type="checkbox"/> těl. dušnost	<input type="checkbox"/> sval. křeče	<input type="checkbox"/> parézy/plegie		
	<input type="checkbox"/> srdeční onem.	<input type="checkbox"/> plic. onem.	<input type="checkbox"/> pohyb. aparát	<input type="checkbox"/> jiné		
	do ma	<input checked="" type="checkbox"/> problémů	<input type="checkbox"/> bez oporou	<input type="checkbox"/> s neschopen		
	í nyn	<input checked="" type="checkbox"/> problémů	<input type="checkbox"/> bez oporou	<input type="checkbox"/> s neschopen	<input type="checkbox"/>	
	chybějící části těla	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO jaké				
	kompensační pomůcky	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO jaké				
	úroveň soběstačnosti - funkční úroveň					
	<input checked="" type="checkbox"/> nezávislý	<input type="checkbox"/> 0- prostředek	<input type="checkbox"/> 1-vyžaduje pom.	<input type="checkbox"/> 2-potř. min.pomoc, dohl.		
	<input type="checkbox"/> 3-potřebuje pomoc, pomůcky		<input type="checkbox"/> 4-potřeb.úplný dohled		<input type="checkbox"/> 5-sám nic	
	<input type="checkbox"/> nájíst se	<input type="checkbox"/> umýt se	<input type="checkbox"/> vykoupat se	<input type="checkbox"/> se obléci	<input type="checkbox"/> pohybovat se	
	prevence imobilizačního. syndromu			<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO jaká		
	pohyb režim v nemocnici: 0 č. volný			znalost <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO míra		
	držení těla:	<input checked="" type="checkbox"/> vzpřímené	<input type="checkbox"/> změněné jak			
	koordinace:	<input checked="" type="checkbox"/> dobrá	<input type="checkbox"/> narušená jak			
5.	Spánek, odpočinek					
	<input checked="" type="checkbox"/> kvalitní spánek cel. noc		<input type="checkbox"/> problémy usínáním	<input type="checkbox"/> s	<input type="checkbox"/> budí se jak často:	
	<input checked="" type="checkbox"/> spí přes den, kolik hod:		<input type="checkbox"/> léky na spaní <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO jaké			
	cítí se:	<input checked="" type="checkbox"/> odpočatý	<input type="checkbox"/> nevyspalý	<input type="checkbox"/> jiné		
	rušivé faktory	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	jaké		zvyky:	nadstandard
6.	Vnímání					
	vědomí:	<input checked="" type="checkbox"/> jasné	<input type="checkbox"/> zastřené	<input type="checkbox"/> somnolence	<input type="checkbox"/> bezvědomí	

sluch:	<input checked="" type="checkbox"/> dobrý	<input type="checkbox"/> zhoršený P -L ucho	<input type="checkbox"/> neslyší P-L ucho	<input type="checkbox"/> neslyšící	
	kompenzační pomůcky:		<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO P-L ucho jaké		
zrak:	<input type="checkbox"/> normál	<input type="checkbox"/> nevidomí	<input type="checkbox"/> zhoršený P-L oko	<input checked="" type="checkbox"/> na blízko	<input type="checkbox"/> na dálku
	kompenzační pomůcky:		<input type="checkbox"/> NEMÁ	<input checked="" type="checkbox"/> MÁ <input checked="" type="checkbox"/> brýle <input type="checkbox"/> čočky <input type="checkbox"/> jiné	
řeč:	<input checked="" type="checkbox"/> plynulá	<input type="checkbox"/> narušená	<input type="checkbox"/> němý	<input type="checkbox"/> jiné	
udržuje kontakt:	<input checked="" type="checkbox"/> otevřený		<input type="checkbox"/> uzavřený	<input type="checkbox"/> spíše odmítá	<input type="checkbox"/> jiné
vědomí:	<input checked="" type="checkbox"/> jasné	<input type="checkbox"/> zastřené	<input type="checkbox"/> somnolence		<input type="checkbox"/> bezvědomí
orientace:	<input checked="" type="checkbox"/> plně orientován		<input type="checkbox"/> částečně		<input type="checkbox"/> dezorientovaný
	dezorientovaný:		<input type="checkbox"/> osobou	<input type="checkbox"/> časem	<input type="checkbox"/> místem
paměť:	<input checked="" type="checkbox"/> neporušená	<input type="checkbox"/> zapomíná	<input type="checkbox"/> staropaměť	<input type="checkbox"/> zapomíná část.	
pozornost:	<input type="checkbox"/> úmyslná	<input type="checkbox"/> neúmyslná	<input checked="" type="checkbox"/> stálá	<input type="checkbox"/> roztržitý	<input type="checkbox"/> jiné
styl učení:	<input checked="" type="checkbox"/> logické	<input type="checkbox"/> mechanické	<input type="checkbox"/> napodobováním		<input type="checkbox"/> jiné
bolusť:	<input type="checkbox"/> nemá	<input checked="" type="checkbox"/> má	<input checked="" type="checkbox"/> akutní	<input type="checkbox"/> chronickou kde: kdy: operace	
bolest vnímá	<input checked="" type="checkbox"/> přiměřeně		<input type="checkbox"/> zvýšeně	<input type="checkbox"/> škála: 1 - 3	
bolest tiší	<input checked="" type="checkbox"/> analgetika		<input checked="" type="checkbox"/> poloha	<input checked="" type="checkbox"/> úlevová	<input type="checkbox"/> obklady tep. stud. <input type="checkbox"/> jiné
intenzita bolesti:	<input type="checkbox"/> 0 - žádná		<input type="checkbox"/> 1 - nepatrná	<input checked="" type="checkbox"/> 2 - mírná	
	<input type="checkbox"/> 3 - střední		<input type="checkbox"/> 4 - strašná	<input type="checkbox"/> 5 - nesnesitelná	
	životopis bolesti:		0	3	2 2 2 1 1 1 1
7.	Sebepojetí				
m:	<input checked="" type="checkbox"/> optimista	<input type="checkbox"/> pesimista	<input type="checkbox"/> schopný	<input type="checkbox"/> méně schopný	
	<input type="checkbox"/> neschopný		<input type="checkbox"/> puntičkář	<input type="checkbox"/> ...	
a:	<input checked="" type="checkbox"/> plně si důvěřuji		<input type="checkbox"/> méně důvěřuji	<input type="checkbox"/> se nedůvěřuji si	
talesť:	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO...		zručnost:	<input type="checkbox"/> NE	<input checked="" type="checkbox"/> ANO manuální
pocity:	strach:	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO kdy		z čeho	
	hněv:	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO kdy		na co	
	zlost:	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO kdy		na co	
	smutek:	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO kdy		z čeho	
	úzkost:	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO kdy		z čeho	
	co je pomáhá odstranit:				
	spokojenost se svým vzhledem:		<input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> NE proč?		
nervózní:	<input checked="" type="checkbox"/> nejsem	<input type="checkbox"/> jsem	bývám kdy		

	co dělám když jsem nervózní:				
8.	Role - mezilidské vztahy				
	bydlím: <input type="checkbox"/> sám <input checked="" type="checkbox"/> s partnerem <input type="checkbox"/> s partnerem a <input type="checkbox"/> jinými dětmi				
	struktura rodiny (počet členů):	Manželka, syn			
	rodinné problémy:	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO jaké:			
	způsob jejich řešení:				
	reakce rodiny na onemocnění: <input checked="" type="checkbox"/> zájem <input type="checkbox"/> nezájem <input checked="" type="checkbox"/> ochota pomoci <input type="checkbox"/> jiné				
	jsi te: <input checked="" type="checkbox"/> zaměstnaný <input type="checkbox"/> nezaměstnaný <input type="checkbox"/> důchodce <input type="checkbox"/> student <input type="checkbox"/> jiné				
	kontakty lidmi: <input checked="" type="checkbox"/> časté <input type="checkbox"/> zřídka <input type="checkbox"/> jsem <input type="checkbox"/> samotář <input type="checkbox"/> jiné				
	druh kontaktů:	přátelské			
	chování lidem: <input checked="" type="checkbox"/> asertivní <input type="checkbox"/> pasivní <input type="checkbox"/> agresivní <input checked="" type="checkbox"/> přátelské <input type="checkbox"/> jiné				
	spokojenost se zaměstnáním/ se školou:	<input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> NE			
9.	Sexualita, reprodukční schopnosti				
	sexuální obtíže:	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO jaké			
	sexuální vztahy:	<input checked="" type="checkbox"/> dobré	<input type="checkbox"/> narušené	<input type="checkbox"/>	
	menstruace:				
	začátek/letch 15	Cyklus 28/dnů	<input checked="" type="checkbox"/> pravidelná	<input type="checkbox"/> nepravidelná	
	typ menstruace:	<input checked="" type="checkbox"/> bolestivá	<input type="checkbox"/> nebolestivá	<input checked="" type="checkbox"/> silná	<input type="checkbox"/> slabá
	počet těhotenství: 2	počet porodů: 1	potratů: uměl... / přiroz. 1		
	komplikace těhotenství: <input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> jaké <input type="checkbox"/> operace <input type="checkbox"/> neměla				
	antikoncepce:	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO jaká		problémy: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
	klimaktérium:	kdy: 58	problémy: žádné		
	diagnostické poruchy:	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO jaké			
	léčba poruch:		operace:		
10.	Stresové zátěžové situace				
	napětí prožívám:	<input type="checkbox"/> často (jak často)		<input checked="" type="checkbox"/> zřídka	<input type="checkbox"/> nikdy
	co ho vyvolává: <input type="checkbox"/> rodina <input type="checkbox"/> škola <input checked="" type="checkbox"/> zaměstnání <input type="checkbox"/> nemoc <input type="checkbox"/> jiné				
	co snižuje: <input checked="" type="checkbox"/> relaxace <input type="checkbox"/> drogy <input type="checkbox"/> alkohol <input type="checkbox"/> léky... <input type="checkbox"/> jiné				
	napětí snáším:	<input type="checkbox"/> lehce	<input checked="" type="checkbox"/> jak kdy	<input type="checkbox"/> těžce jak	
	vyrovnávám se: <input checked="" type="checkbox"/> rychle <input type="checkbox"/> trvá chvíli mi to <input type="checkbox"/> trvá mi to dlouho <input type="checkbox"/> jiné				

	stresové situace zvládám:	<input checked="" type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s podporou rodiny	<input type="checkbox"/> jiné	
	důležité změny v posledních dvou letech:	1)			
		2)		3)	
				4)	
11.	Víra, životní hodnoty				
	náboženská víra je:	<input type="checkbox"/> důležitá hodnota	<input type="checkbox"/> občasné potřeba		
		<input checked="" type="checkbox"/> nepřemýšlel/a jsem o tom			<input type="checkbox"/> jiné
	důležitost víry při pobytu v zařízení:	<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE			
	jsem:	<input type="checkbox"/> katolík	<input type="checkbox"/> evangelík	<input type="checkbox"/> jiné	
	osobní zájem:	<input type="checkbox"/> návštěva duchovního kaple	<input type="checkbox"/> návštěva nem.	<input type="checkbox"/> jiné	
	zavazuje Vás víra k určitému omezení:	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO k jakému			
	omezení:	<input type="checkbox"/> v jídle	<input type="checkbox"/> v oblékání	<input type="checkbox"/> v příjmu TRA	<input type="checkbox"/> jiné
	určete pořadí následujících hodnot	2. zdraví..	1. rodina..	<input type="checkbox"/> víra..	
		3. práce..	5. peníze..	4. záliby..	6. cestování..
12.	Jiné				

SESTERSKÁ PŘEKLADOVÁ ZPRÁVA

Jméno, příjmení:	L.A.	Narozen:	13.8.1950
Diagnóza:	TUMOR HLAVY PANKREATU		
Doba hospitalizace:	6.		
Zpráva je určena:	Sestře na standardním oddělení		
Pohybový režim:	chůze	Dieta:	Kašovitá, přídavky
Stav vědomí:	<input checked="" type="checkbox"/> plně <input type="checkbox"/> somnolence <input type="checkbox"/> sopor <input type="checkbox"/> kóma <input type="checkbox"/> jiné		
Krevní tlak:	120/75	Puls:	96´
Dýchání:	12	Tělesná teplota:	36,8°C
Dutina ústní:	Bez defektu		
Stav kůže:	<input checked="" type="checkbox"/> čistá <input checked="" type="checkbox"/> suchá <input type="checkbox"/> poškozená <input type="checkbox"/> zarudlá <input type="checkbox"/> opruzeniny <input type="checkbox"/> dekubity		
Invazivní vstupy:	<input type="checkbox"/> flexila <input checked="" type="checkbox"/> ČŽK <input type="checkbox"/> sonda <input type="checkbox"/> močová cévka <input type="checkbox"/> drén <input type="checkbox"/>		
Vyprazdňování:	<input checked="" type="checkbox"/> mikce bez obtíží <input type="checkbox"/> mikce s obtížemi <input type="checkbox"/> močový katétr od: <input checked="" type="checkbox"/> stolice bez obtíží <input type="checkbox"/> stolice s obtížemi <input type="checkbox"/> naposledy:2.9.2008		
Kompenzační pomůcky:	<input checked="" type="checkbox"/> brýle	<input type="checkbox"/> berle	<input type="checkbox"/> hůl
Osobní věci:	<input type="checkbox"/> cennosti	<input type="checkbox"/> svršky	<input type="checkbox"/> neschopnost
Informace rodiny:	<input type="checkbox"/> telefonicky	<input checked="" type="checkbox"/> osobně	<input type="checkbox"/> telegramem
Sociální situace:	<input checked="" type="checkbox"/> bez požadavků <input type="checkbox"/> sociální šetření zahájeno:		
Jiná sdělení:			
Průběh ošetřování - hlavní problémy:			
Bolest akutní			
Aktivita			
Rehabilitace			

Dieta

Další doporučení:

Datum: 2.9.2008

Podpis pacienta:

Podpis sestry:

SESTERSKÁ PROPOUŠTĚCÍ ZPRÁVA

Jméno, příjmení:

Pojišťovna:

Bydliště:

Doba hospitalizace:

Hlavní diagnóza při přijetí:

STAV PŘI PROPUŠTĚNÍ DO DOMÁCÍ PÉČE:

Zná svou diagnózu:	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ČÁSTEČNE	<input type="checkbox"/>		
Soběstačnost:	<input type="checkbox"/> soběstačný	<input type="checkbox"/> soběstačný	<input type="checkbox"/> částečně	<input type="checkbox"/> odkázán plně na pomoc druhé osoby		
Stav kůže:	<input type="checkbox"/> čistá	<input type="checkbox"/> suchá	<input type="checkbox"/> poškozená	<input type="checkbox"/> opruzeniny	<input type="checkbox"/> dekubity	<input type="checkbox"/> jiné
Úroveň kontaktu:	<input type="checkbox"/> dobrá	<input type="checkbox"/> obtížná	<input type="checkbox"/> nespolupracující			
Hygiena:	<input type="checkbox"/> soběstačný	<input type="checkbox"/> závislý na druhé osobě				
Chůze:	<input type="checkbox"/> samostatná	<input type="checkbox"/> pomocí	<input type="checkbox"/> s hole	<input type="checkbox"/> berle	<input type="checkbox"/> vozík	<input type="checkbox"/> jiné
Stravování:	<input type="checkbox"/> dieta:					
Vyprazdňování:	<input type="checkbox"/> mikce - problém	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO			
	<input type="checkbox"/> stolice - problém	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO			
Sociální situace:	<input type="checkbox"/> bez požadavků	<input type="checkbox"/> šetření zahájeno dne:	<input type="checkbox"/> LDN	<input type="checkbox"/> DD		

Další doporučení:

Datum:

Podpis pacienta:

Podpis sestry: Kubátová



Plán ošetrovateľskej péče

II. f. diagnostika		III. f. plánování	
č	Ošetrovateľská diagnóza	Ciele výsledná kritéria	Intervence
1	Bolest akutní střední intenzity v oblasti operační rány, z důvodu operačního zákroku, která se projevila verbalizací, ale i neverbálními projevy. Pacient zaujímá úlevovou polohu	CK: pacientka bude pociťovat úlevu až na mírnou a to nejpozději do 1 hod. DK: pacientka pociťuje maximální snížení bolesti na intenzitu 1 a to do 2 dnů	Pomocí stupnice 0-10 určí intenzitu bolesti, lokalizaci, charakter, vyvolávající příčinu. Sleduj FF. Pozoruj neverbální projevy bolesti. Doporuč úlevovou polohu. Aplikuj analgetika dle ordinace lékaře a dle pacienta. Zajisti klidné prostředí. Sleduj, zda po aplikaci analgetik pociťoval pacient úlevu. Doporuč relaxační cviky. Dběj na odpočinek pacienta. Analgetika aplikuj před fyzioterapií.
2	Aktivita, intolerance v souvislosti s nadměrnou zátěží organismu, z důvodu operačního výkonu, projevující se snížením fyzické a psychické aktivity	CK: pacientka bude schopna základních denních činností do 1 dne od operace DK: pacientka bude schopna běžných denních činností do 3 dnů od operace	Sleduj faktory podílející se na únavě. Sleduj FF. Uprav aktivitu pac., aby nedošlo k přetížení. Pomáhej pac. s různými činnostmi. Posuď emoční a psychické faktory, které mají vliv na současnou situaci. Využij služeb speciálních oborů. Ved' nemocného k pozitivnímu postoji, navrhni relaxační techniky.

			Pouč nemocného a jeho rodinu,
		VK: pacientka bude plně	jak sledovat odpověď na aktivitu
		aktivní	a rozpoznat podle subjektivních a
			objektivních příznaků, snížit
			aktivitu pacienta.



Plán ošetrovateľskej péče

II. f. diagnostika		III. f. plánování	
č	Ošetrovateľská diagnóza	Ciele výsledná kritéria	Intervence
3	Výživa porušená, nedostatečná	CK: pacientka bude	Zhodnosť, zda není pacient v malnu-
	v súvislosti se sníženým príjmem	schopna dodržet príjem	trici.Prodiskutuj stravovací zvyklo-
	potraviny, z dôvodu operačného výkonu, prejavujúci se snížením	tekutin od 2. dne od operace	sti.Posuď hmotnosť, věk, tělesnou stavbu, sílu, úroveň aktivity a odpo-
	tělesné hmotnosti		činku.Konzultuj nutriční stav pac.
		DK: pacientka nemá	s nutričním terapeutem a zapoj ho
		během hospitalizace	do spolupráce.Vyhni se pokrmům,
		váhový úbytek nebo je	které pacient nesnáší.Pečuj o
		je menší než 2 kg a	hygienu dutiny ústní.Pobízej pac.
		dodržuje pitný režim	k dostatečnému a pravidelnému
			příjmu tekutin.Sleduj vývoj tělesné
		VK: pacientka je plně	hmotnosti .Zdůrazni význam vyváž-
		zatížena stravou a zná	žené a pestré stravy.Edukuj pac.
		vhodné a nevhodné potraviny a dietu	o dietních opatřeních.

4	Infekce, riziko vzniku	CK: pacientka bude bez	Povšimni si rizikových faktorů
	v souvislosti se snížením obrany organismu	známek infekce do 3.dne	výskytu infekce. Pátrej po místních
	z důvodu operačního zákroku	od operace	známkách infekce. Zhodnoť stav
			kůže v místech invazivních vstupů.
		DK: pacientka bude bez	Rádně si myj ruce. V případě infek -
		známek infekce	ce informuj lékaře. Dodržuj asep -
		rány do zhojení	tické podmínky při manipulaci se
			vstupy. Aplikuj léky dle ordinace lé-
		VK: pac. bude bez	kaře. Dbej na rehabilitaci pac..
		známek infekce	