

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

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S KARCINOMEM PANKREATU

Bakalářská práce

LUCIE BLAŽKOVÁ, DiS

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Miroslava Lafková

Praha 2014



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Blažková Lucie
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 26. 9. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem pankreatu

Nursing Process for Patients with Pancreatic Cancer

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Miroslava Lafková

V Praze dne: 1. 11. 2013


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne:

.....

Blažková Lucie, DiS.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucí bakalářské práce MUDr. Miroslavě Lafkové, za cenné připomínky a rady při realizaci práce.

Dále bych ráda poděkovala celému kolektivu interního oddělení Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a. s. za spolupráci při realizaci bakalářské práce.

ABSTRAKT

BLAŽKOVÁ, Lucie, DiS. *Ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem pankreatu*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Miroslava Lafková. Praha. 2014. 66 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem pankreatu.

Teoretická část popisuje definici onemocnění, incidenci, etiopatogenezi, klinický obraz, diagnostiku, terapii a prognózu. V druhé kapitole teoretické části jsou popsána specifika ošetrovatelské péče, paliativní péče, léčba bolesti a podpora nutriční onkologických pacientů.

Praktická část zaznamenává vypracovaný obecný ošetrovatelský proces u pacienta s onemocněním karcinom pankreatu. Ošetrovatelský proces byl zrealizován za pomoci sesterské a lékařské dokumentace, rozhovorem s pacientem a pomocí fyzikálních vyšetření. Poslední část práce obsahuje stanovení ošetrovatelských diagnóz a jejich následnou realizaci.

Klíčová slova:

Karcinom pankreatu, léčba bolesti, nutriční, ošetrovatelská péče, paliativní péče.

ABSTRACT

BLAŽKOVÁ, Lucie, DiS. *Nursing Process for Patients with Pancreatic Cancer*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Miroslava Lafková. Prague. 2014. 66p.

The topic of the bachelor thesis is the nursing process for a patient suffering from pancreatic cancer.

The theoretical part defines the disease, incidence, etiopathogenesis, clinical findings, diagnosis, therapy and prognosis. The second chapter of the theoretical part describes the specifics of nursing care, palliative care, pain management and nutritional promotion for oncological patients.

The practical part records a developed general nursing process for a patient suffering from carcinoma of pancreas. The nursing process has been carried out by means of using of medical and nursing documentation, by an interview with a patient and by means of physical examinations. The last part of the research contains determination of nursing diagnoses and their subsequent implementation.

Key words:

Nursing Care, Nutrition, Pain Management, Palliative Care, Pancreatic Cancer.

OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM ZKRATEK

ÚVOD	12
1 KARCINOM PANKREATU	14
1.1 DEFINICE KARCINOMU PANKREATU	14
1.2 INCIDENCE	14
1.3 ETIOPATOGENEZE	15
1.4 KLINICKÝ OBRAZ	15
1.5 DIAGNOSTIKA	16
1.6 TERPAIE	17
1.7 PROGNÓZA	18
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S KARCINOMEM PANKREATU	19
2.1 PALIATIVNÍ PÉČE	19
2.1.1 HISTORIE PALIATIVN PÉČE	19
2.1.2 KOMUNIKACE V PALIATIVNÍ PÉČI	20
2.2 BOLEST	21

2.2.1 DEFINICE BOLESTI	21
2.2.2 DĚLENÍ NÁDOROVÉ BOLESTI	22
2.2.3 HODNOCENÍ BOLESTI	23
2.2.4 PRŮLOMOVÁ BOLEST	24
2.2.5 LÉČBA BOLESTI	24
2.3 NUTRICE ONKOLOGICKÉHO PACIENTA	26
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KARCINOMEM PANKREATU	27
ZÁVĚR	61
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	63
SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Příznaky v době stanovení diagnózy karcinomu pankreatu	15
Tabulka 2 Dělení bolesti podle vztahu k nádorovému onemocnění	21
Tabulka 3 Dělení bolesti podle převažujícího patofyziologického mechanismu	22
Tabulka 4 Schéma analgetického žebříčku WHO	24

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Agranulocytóza – akutní nedostatek neutrofilů

Adjuvantní – látka používaná dohromady s jinou, aby se zvýšila její účinnost

Anodyna – léky zmírňující silné bolesti

Ascites – nahromadění tekutiny v peritoneální dutině

Astenie – slabost nebo ztráta síly

By – pass - přemostění

Hereditární - dědičný

Iatropatogenie – poškození či zhoršení duševního, sociálního nebo somatického zdraví pacienta nežádoucím zákrokem nebo chováním zdravotníka

Infiltrát – patologický vstup látky do buněk, orgánů nebo tkání

Karcinom – zhoubný nádor vycházející z epitelu, tkáně, která pokrývá řadu orgánů

Maligní – nádor, který napadá a destruuje tkáň, z níž vyrůstá, a který se může šířit do dalších částí těla krevní nebo lymfatickou cestou

Metastáze – vzdálené šíření onemocnění, především maligního nádoru

Morbidita – počet případů onemocnění, které se vyskytly v určité části populaci

Mortalita – incidence úmrtí v populaci za určité období

Pankreas – slinivka břišní

Palpace – vyšetřování části těla pohmatem

Splenomegalie – zvětšení sleziny

Sorrorigenie – poškození zdraví pacienta nesprávným působením zdravotní sestry

SEZNAM ZKRATEK

By – pass – přemostění zúženého nebo uzavřeného úseku tepny

BMI – Body Mass Index, index tělesné hmotnosti

CRP – C - reaktivní protein

IASP – International Association for the Study of Pain, Mezinárodní organizace pro studium bolesti

IKEM – Institut klinické a experimentální medicíny

NANDA – North American Nursing Dignosis Association, severoamerická asociace pro sesternské diagnózy

RHB - Rehabilitace

SZO – Světová zdravotnická organizace

TBL – Tableta

WHO – World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

Tématem bakalářské práce bylo zvoleno téma Ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem pankreatu. Pro toto téma jsme se rozhodli, protože se s pacienty s karcinomem pankreatu ve zdravotnických zařízeních setkáváme stále častěji.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části.

V první části – teoretické, se budeme zabývat problematikou onemocnění. V první kapitole teoretické části popisujeme definici onemocnění, etiologii a patogenezi, klinický obraz, diagnostiku a terapii onemocnění.

V kapitole druhé popisujeme specifika léčby u pacientů s diagnózou karcinom slinivky břišní, specifika paliativní péče – její definici, historii a komunikaci s pacientem. Dále je zde popsána problematika bolesti – definice, dělení nádorové bolesti a její hodnocení. V další části kapitoly je popsána průlomová bolest léčba bolesti u pacientů s onkologickým onemocněním. Poslední část druhé kapitoly se zabývá nutriční podporou u onkologicky nemocných. Více informací k nutriční problematice bude obsaženo v příložené brožuře.

Druhá část bakalářské práce, část praktická byla zpracována formou obecného ošetrovatelského procesu u pacienta hospitalizovaného na interním oddělení s diagnózou zhoubný nádor slinivky břišní. Nadále budou stanoveny ošetrovatelské diagnózy, na jejichž základě bude sestaven plán ošetrovatelské péče, který bude nadále realizován a vyhodnocen.

Cílem práce je aplikování obecného ošetrovatelského procesu u pacienta s karcinomem pankreatu a následné stanovení ošetrovatelských diagnóz dle taxonomie II. a jejich následná realizace. Dalším cílem bakalářské práce je bližší seznámení zdravotnických pracovníků a laické veřejnosti s problematikou onemocnění karcinom pankreatu, se specifiky paliativní péče, s problematikou bolesti a s důležitostí podpory nutriční u onkologických pacientů. A samozřejmě s podrobnostmi ošetrovatelské péče o pacienty s tímto onemocněním.

Pro bakalářskou práci jsme zvolili pacienta, 67 let. Pacient opakovaně hospitalizován na interním oddělení Oblastní nemocnice v Mladé Boleslavi s diagnózou zhoubný nádor slinivky břišní.

Práce je určena zdravotnickým pracovníkům, kteří se ve své profesi setkávají s pacienty s tímto onemocněním. Dále pak pacientům samotným a v neposlední řadě rodinným příslušníkům onkologických pacientů.

1 KARCINOM PANKREATU

Karcinom pankreatu se řadí mezi onemocnění s vysokým maligním potenciálem a je čtvrtou nejčastější příčinou úmrtí na zhoubné onemocnění u obou pohlaví. Většina pacientů umírá méně než do jednoho rohu od stanovení diagnózy (Praktický lékař. 2010, 90, No. 8, s. 489).

1.1 DEFINICE KARCINOMU PANKREATU

Profesor Lata ve své knize uvádí: *Jedná se o onemocnění, jehož prvotní příznaky jsou většinou až při plně rozvinuté nemoci s častou tvorbou metastáz. Destrukce exokrinní a endokrinní tkáně s infiltrací peripankreatických nervových ganglií činí z nemoci jednu z těch, které významně a rychle negativně ovlivňují kvalitu života.* (LATA, et al., 2010, s. 131).

1.2 INCIDENCE

Incidence nádorů slinivky břišní celosvětově stoupá. V rozmezí posledních dvaceti let byl popsán vzestup zhruba stoprocentní a v současné době činí 11 – 12/100 000 obyvatel. V USA umírá na karcinom pankreatu více osob než na nádory plic, prostaty nebo dokonce kolorektální karcinom. Pětileté přežití závisí na resekabilitě nádoru. U neresekabilních je vzácně vyšší než 1% a tato neradostná bilance spočívá ve faktu, že nemocní s karcinomem pankreatu v naprosté většině vyhledali lékaře pozdě. U resekabilní formy jsou výsledky lepší (LATA, et al., 2010).

Incidence karcinomu pankreatu v České republice se pohybuje kolem 9/100 000 obyvatel (dle dat z národního onkologického registru) a lineárně stoupá po 50 letech věku (Praktický lékař. 2010, 90, No. 8, s. 489), (Příloha B).

1.3 ETIOPATOGENEZE

Etiopatogeneze pankreatického karcinomu není známa. Známý jsou však faktory, které jsou spojeny se vznikem karcinomu. Nepochybně sem patří kouření, pravděpodobně nadměrný přívod tuků. Nebyla prokázána souvislost mezi konzumací alkoholu či konzumací černé kávy. Riziko pankreatického karcinomu bývá spojeno s dlouhodobým trváním diabetu. Pankreatický karcinom je častější u osob s chronickou pankreatitidou, která trvá více jak 15 let a zvláště vysoké riziko je u osob s hereditární formou chronické pankreatitidy. Nepochybná je souvislost genetická (familiární pankreatický karcinom). Mezi další rizikové faktory patří dlouhodobá expozice v prostředí s výpary dehtu či benzidinu (LATA, et al., 2010).

Docent Zavoral ve své knize uvádí, že: *Věk je nejsilnějším rizikovým faktorem pro vznik zhoubného novotvaru pankreatu. Onemocnění je raritní v prvních třech dekádách života, poté jeho incidence prudce narůstá a dosahuje maxima v sedmé a osmé životní dekádě* (ZAVORAL, et al., 2005, s. 25).

1.4 KLINICKÝ OBRAZ

Profesor Klener uvádí: *Časná stádia karcinomu pankreatu jsou v drtivé většině asymptomatická. Při fyzikálním vyšetření lze u některých nemocných zjistit hmatný, nebolestivý žlučník (Curvoisierovo znamení), může být přítomen ascites, někdy jsou hmatné i nádorové masy. Prvním příznakem nádoru hlavy pankreatu (caput pancreatis) je často hyperbilirubinémie až klinický ikterus z přímého útlaku žlučového. Při invazi karcinomu pankreatu do periampulární oblasti se toto onemocnění může projevit přítomností krve ve stolici. Karcinom kaudy pankreatu se může projevat bolestmi páteře.*

Abdominální bolest, bolest v zádech, anorexie, hubnutí, dyspepsie, slabost, únava a nauzea provázejí již pokročilejší a vesměs inoperabilní fáze tohoto dlouho skrytě probíhajícího onemocnění (KLENER, 2002, s. 429).

Možnými komplikacemi jsou krvácení do trávicího ústrojí, ascites a splenomegalie (LATA et al., 2010).

Tabulka 1 Příznaky v době stanovení diagnózy karcinomu pankreatu

Příznak	No	%
Obstrukční ikterus	3	42,8
Akutní cholangitis	2	28,6
Akutní bolesti břicha se zvracením	1	14,3
Bez subjektivních potíží	1	14,3

Zdroj: Česká a Slovenská gastroenterologie – Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, ročník 53, březen 1999, s. 45

1.5 DIAGNOSTIKA

Hlavním přínosem v diagnostice karcinomu pankreatu jsou zobrazovací metody kombinované s cílenou biopsií s následným histologickým vyšetřením (LUKÁŠ et al., 2005).

Diagnostika je většinou pozdní. Někteří nemocní přicházejí s bezbolestným vznikem ikteru a při palpaci břišní stěny lze zjistit hmatný, bezbolestný žlučník (Courvoisierův příznak). Dalším možným nálezem při fyzikálním vyšetření je ascites či palpace nádorových mas. Diagnostika karcinomu slinivky břišní je instrumentální, Významné je vyšetření ultrasonografií, dále počítačovou tomografií a endoskopickou retrográdní cholangio – pankreatografií.

Endoskopická ultrasonografie je významnou metodou v diferenciální diagnostice mezi benigní a nádorovou lézí díky možnosti provést cílenou punkci z ložiska pankreatu.

Dosud však neexistují zcela spolehlivé, citlivé a především specifické sérologické markery pankreatického karcinomu. Nejčastěji používanými markery je

stanovení monoklonálních protilátek CA 19-9 a CA 50. Senzitivita těchto testů se uvádí kolem 50 – 70% (KLENER et al., 2006)

1.6 TERAPIE

Jako u každého nádorového procesu platí, že jedinou možností léčby, která může umožnit dlouhodobé přežití pacienta, je radikální chirurgické odstranění nádoru. Pokud není radikální výkon možný, provádí se výkony tzv. paliativní, které neodstraní nádor celý, ale zlepší kvalitu života (LUKÁŠ et al., 2005).

Symptomatologická a podpůrná terapie je hlavní a jediná modalita léčby pro velkou část pacientů s karcinomem pankreatu. Vzhledem k nedostatečnému efektu kurativní léčby je symptomatická léčba pro většinu pacientů zásadní, neboť umožní bez komplikací a symptomů prožít poslední měsíce života (Gastroenterologie a hepatologie. 2012, 66, č. 5, 355s.).

Předpokladem pro chirurgickou léčbu je včasná diagnostika a dobrý celkový stav nemocného. Záleží však na technické dovednosti chirurga, protože jinak jsou tyto operace zatíženy neúnosně vysokou pooperační mortalitou a morbiditou. K základním chirurgickým výkonům pro nádor pankreatu patří hemipankreatoduodenektomie (Whippleova operace), totální pankreatektomie a distální pankreatektomie (KLENER, 2002).

Chemoterapie, terapie interferonem či terapie oktreotidem (dlouhodobě účinkující syntetický analog somatostatinu) je sice mnohdy úspěšná, ale většinou jen dočasně (JURGA et al., 2000).

Značným problémem u nemocných s karcinomem pankreatu může být léčba bolesti. Bolest, která je často dominantním příznakem nemocných, výrazně zhoršuje kvalitu jejich života. Běžná analgetika nemají dostatečnou účinnost, proto se podávají anodyna. V některých případech ani kontinuální a peridurální aplikace opiátů bolest neutiší. Pak je nutné zvážit intraoperační či perkutánní neurolyzu plexus coeliacus.

Karcinom pankreatu bývá doprovázen exokrinní pankreatickou nedostatečností, a proto podáváme nemocným s karcinomem pankreatu pankreatickou substituci (KLENER et al., 2006)

1.7 PROGNÓZA

Profesor Klener ve své knize uvádí: *Prognóza u pokročilého karcinomu pankreatu je medián přežití 2 – 4 měsíce, po chemoterapii se udává medián až 10 měsíců* (KLENER et al., 2006, s. 723).

V kontrolních skupinách bez chemoterapie se pohybuje medián přežití pouze mezi 2 – 4 měsíci, což umožňuje podání paliativní chemoterapie u pokročilého karcinomu za oprávněné i při její limitované účinnosti (KLENER, 2002).

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S KARCINOMEM PANKREATU

2.1 PALIATIVNÍ PÉČE

Život se musí žít dopředu, ale pochopen může být jedině zpátky.

Soren Kierkegaard

Ve vymezení obsahu slova „paliativní“ není úplná shoda. Obvykle se ale vychází z definice Světové zdravotnické organizace, která paliativní péči definuje jako *aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu. Zásadní důležitost má léčba bolesti a ostatních tělesných symptomů, stejně jako mírnění psychických, sociálních a duchovních problémů. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života pro pacienty a jejich rodiny* (SZO 1986, VORLÍČEK, 2006).

2.1.1 HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE

Pokud chceme pochopit smysl něčeho současného, je dobré ohlédnout se za sebe. Pokud chceme pochopit současné paliativní ošetřovatelství, paliativní medicínu a problematiku umírání, je dobré podívat se do minulosti. Zdá se, že se jedná o nějaký nový, zatím nepříliš známý obor. Ve skutečnosti je však paliativní péče nejstarší formou medicíny vůbec. Po dlouhá staletí bylo mírnění lidského utrpení a provázení k dobré smrti hlavním posláním lékařům a posléze i ošetřovatelek (a sester). Zcela přirozeně a většinou v domácím prostředí, méně často ve špitálech se na paliativní péči vedle zdravotníků a často i bez nich podílela především rodina, přátelé, duchovní. A tak

můžeme již z tohoto důvodu hovořit o paliativní péči jako o multidisciplinární péči ověřené dějinami (MARKOVÁ, 2010).

2.1.2 KOMUNIKACE V PALIATIVNÍ PÉČI

Otevřená a empatická komunikace zdravotníků s nemocným a s jeho blízkými je základem dobré paliativní léčby.

V průběhu onkologického onemocnění a zvláště v jeho pokročilých a terminálních stádiích klade pacient často hluboké, existenční otázky (smysl života, smysl utrpení, vina, odpuštění, obavy ze smrti, posmrtný život). Zdravotníci by měli být na tyto otázky připraveni, neodmítat je a nezlehčovat je. Pokud se k rozhovoru na tato témata necítí kompetentní, měly by to přiznat a pacientovi dle jeho přání zprostředkovat partnera k takovému rozhovoru - člen rodiny, přítel, duchovní, psycholog (VORLÍČEK, 2006).

2.2 BOLEST

Těžké je mlčet, když cítíš bolest.

Marcus Tullius Cicero

Bolest je jedním z nejčastějších a nejobávanějších klinických symptomů nádorového onemocnění. Podle statistik Světové zdravotnické organizace v době stanovení diagnózy trpí bolestí 30% pacientů, v pokročilých stádiích nemoci udává bolest 80 – 90% nemocných. Incidence a intenzita bolesti závisí na typu nádoru. Nejvíce bývají s bolestí spojeny nádory v kostech, slinivce břišní, žaludku a jícnu. Podstatně méně se bolest vyskytuje například u pacientů s leukémií a lymfomy. Nedostatečně léčená bolest vede k nespavosti, únavě, depresi a pocitu vyčerpání. Pacient s bolestí obvykle málo jí a pije. To přispívá ke zhoršení jeho nutričního stavu, imunity a celkové funkční zdatnosti. Neléčená bolest tak snižuje pacientovu motivaci k léčbě, zhoršuje jeho spolupráci, a tím i výsledky protinádorové léčby. Současná medicína umí zmírnit bolest na snesitelnou míru u všech onkologicky nemocných (VORLÍČEK, 2006).

2.2.1 DEFINICE BOLESTI

Mezinárodní společnost pro studium a léčbu bolesti (International Association for the Study of Pain – IASP) definuje bolest jako: *nepříjemný smyslový a emocionální prožitek spojený s aktuálním nebo potenciálním poškozením tkáně, nebo popisovaný jako poškození tkáně* (Merskey, IASP).

2.2.2 DĚLENÍ NÁDOROVÉ BOLESTI

Profesor Vorlíček ve své knize definuje dělení nádorové bolesti takto: *Termín nádorová bolest je souhrnným označením pro celou řadu bolestivých stavů (syndromů), kterými mohou onkologičtí pacienti trpět. Tyto stavy se mohou lišit svým vztahem k nádorovému onemocnění a vyvolávajícím patogenetickým mechanismům* (VORLÍČEK, 2006, s. 130).

Tabulka 2 Dělení bolesti podle vztahu k nádorovému onemocnění

Vztah k nádorovému onemocnění	Příznaky
Bolest vyvolaná nádorem	Kostní metastázy. Prorůstání nádoru do měkkých tkání. Mozkové metastázy s nitrolební hypertenzí.
Bolest vyvolaná diagnostikou a protinádorovou léčbou	Bolestivé diagnostické procedury: punkce, trepanobiopsie, pooperační bolest. Bolestivá neuropatie po chemoterapii. Chronické bolesti po onkologických operacích. Bolesti po radioterapii (poradiační dermatitida a neuropatie).
Bolest bez přímé souvislosti s nádorovým onemocněním	Postherpetická neuralgie. Migréna. Muskuloskeletální bolesti při degenerativních změnách kloubů a páteře.

Zdroj: Vorlíček, 2006, s. 130

Tabulka 3 Dělení bolesti podle převažujícího patofyziologického mechanismu

Typ bolesti	Charakteristika	Příklady
Nociceptorová somatická	Bolest vyvolaná drážděním nervových zakončení (nociceptory) při místním tkáňovém poškození. Obvykle je dobře lokalizovaná v místě poškození.	Prorůstání nádoru do svalů a kůže. Kostní metastázy.
Nociceptorová viscerální	Bolest vyvolaná drážděním nociceptorů v orgánech dutiny břišní a malé pánve. Bolest obvykle neostře lokalizovaná, někdy pacientem udávaná na jiném místě na povrchu těla („přenesená“).	Bolest při nádorovém postižení slinivky břišní, střev, jater, močového měchýře.
Neuropatická	Bolest vzniká v důsledku poškození struktur periferního nebo centrálního nervového systému. Pacient udává pálivou, brnivou nebo elektrizující bolest a přitom nenacházíme poškození příslušné tkáně. Často současně nacházíme i jiné senzorycké poruchy.	Bolestivá neuropatie po chemoterapii. Plexotatie po radioterapii. Poškození nervových plexů přímou nádorovou infiltrací.
Smíšená	Bolest má současně vlastnosti nociceptorové i neuropatické bolesti.	Nádor v oblasti malé pánve, který prorůstá do kostí a svalů pánevní stěny a současně destruuje nervové pleteně.

Zdroj: Vorlíček, 2006, s. 131

2.2.3 HODNOCENÍ BOLESTI

Výbor pro zdravotní politiku a výzkum (Agency for Healthcare Policy and Research – AHCPR, 1994) doporučil následující postup při hodnocení bolesti:

- *Ptejte se na bolest pravidelně a často. Bolest hodnotěte systematicky.*
- *Věřte tomu, jak pacient a jeho rodina popisují bolest i prostředky, které ji zmírňují.*
- *Vyberte léčebné možnosti podle požadavků pacienta, jeho rodiny i zdravotnického zařízení.*
- *Léky podávejte včas, podle logického sledu a v koordinaci s dalšími léčebnými prostředky.*
- *Posilujte pacienta a jeho rodinu. Umožněte jim podílet se na rozhodování o způsobu léčby.*

Důležitou součástí hodnocení bolesti je konzistentní používání vhodného hodnotícího nástroje. Nástroj by měl obsahovat tyto charakteristiky bolesti: lokalizaci, intenzitu, charakter bolesti a časový faktor (O'CONNOR, 2003).

2.2.4 PRŮLOMOVÁ BOLEST

Průlomová bolest bývá definována jako přechodné zhoršení bolesti u pacienta, který má relativně stabilní a zmírněnou základní bolest. 75% onkologicky nemocných se setkává s průlomovou bolestí. Epizoda průlomové bolesti se může objevit spontánně nebo v souvislosti se spouštěcími faktory. V České republice trpí průlomovou bolestí 30 – 90% onkologických pacientů (Sestra. 2012, 10, s. 47).

2.2.5 LÉČBA BOLESTI

V roce 1982 vyzvala Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) odborníky k panelové diskusi, jejímž cílem bylo vynalézt snadno uplatnitelný přístup ke zvládnání bolesti. Ten je znám jako *Třístupňový analgetický žebříček Světové zdravotnické organizace*. Jde o nejčastěji přijímanou metodu, která je uznávaným

základem adekvátní kontroly bolesti. V rámci tohoto přístupu se k užívání analgetických léků přistupuje v dílčích krocích, od síly analgetika prvního stupně až ke třetímu (PAYNE, 2007).

Payneová ve své knize uvádí: *Jádrem zvládnání bolesti u onkologických pacientů je farmakoterapie založená na opiátech, využívající opiáty (jako je morfium, metadon, fentanyl) obvykle v kombinaci s neopiátovými analgetiky, jako je acetaminofen – paracetamol* (PAYNE, 2007, s. 301), (Příloha C).

Tabulka 4 Schéma analgetického žebříčku WHO

		III. stupeň – silná bolest
	II. stupeň – středně silná bolest	Silné opioidy
I. stupeň – mírná bolest	Slabé opioidy	+/- neopioidní analgetikum
Neopioidní analgetikum	+ neopioidní analgetikum	
+/- koanalgetika		

Zdroj: VORLÍČEK, 2006, s. 138

2.3 NUTRICE ONKOLOGICKÉHO PACIENTA

Maligní nádorová onemocnění jsou často provázena proteino – kalorickou malnutricí, manifestující se váhovým úbytkem, astenií, anorexií, změnami sérových proteinů, anémií a porušením řady funkcí organismu, především funkcí imunitních. Přidružení malnutrice k malignímu onemocnění v kterékoliv fázi choroby znamená vždy zhoršení prognózy (VORLÍČEK, 1995).

Doktorka Grofová ve své knize uvádí: *Maligní onemocnění vede tedy jak ke snížení příjmu a sníženému využití přijaté stravy, tak ke zvýšení energetického výdeje. Již před stanovením diagnózy lze zjistit úbytek hmotnosti u více než 50% onkologických nemocných. K tomu přistupuje iatrogenní působení. Léčba sama o sobě má četné vedlejší účinky. Nausea či průjemy po chemoterapii, změny chuti při ozařování, nechutenství, soor nebo vředové léze v dutině ústní při tangované imunitě či těžké agranulocytóze (GROFOVÁ, 2007, s. 142).*

Při nevolnosti a zvracení se doporučuje podávat jídlo v malých dávkách, častěji, nejíst tučná a smažená jídla, upřednostňovat nízkotučná jídla, zeleninu, ovoce, mléko a mléčné výrobky. Vhodné jsou zmrazené nápoje, cucání kostek ledu a kousků mraženého ovoce. Před jídlem je vhodné si dutinu ústní vypláchnout ústní vodou, nepřijímat tekutiny spolu s jídlem, ale 1 – 2 hodiny po jídle, pít pomalu pomocí brčka. Jídlo by mělo být podáváno v dobře vyvětrané místnosti, doporučuje se vyhýbat nepříjemným zápachům, vyloučit konzumaci alkoholu a kávy.

Mezi základní doporučení pro onkologické pacienty s poruchou vyprazdňování, přičemž dochází k průjmům, patří dostatečný příjem tekutin, minerální vody 2,5 – 3l/den, z jídelníčku vyloučit potraviny s obsahem vlákniny, vyvarovat se tučných a smažených jídel. Doporučuje se konzumovat rýži a banány. Nevhodnými potravinami při průjmu jsou potraviny s obsahem laktózy, rajčata, luštěniny, ořechy, syrové ovoce, šumivé nápoje, káva a alkohol (Sestra. 2012, 12, s. 39).

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROSEC U PACIENTA S KARCINOMEM PANKREATU

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: V.V.	Pohlaví: muž
Datum narození: 1946	Věk: 67 let
Adresa bydliště a telefon: Mladá Boleslav	Číslo pojišťovny: 209
Adresa příbuzných: xx	Zaměstnání: Starobní důchod, dříve strojvedoucí
Vzdělání: Střední odborné učiliště	Státní příslušnost: ČR
Rodné číslo: 460000/0000	Typ přijetí: Akutní
Stav: Ženatý	Ošetřující lékař: MUDr. D. K.
Datum přijetí: 05. 11. 2013	Oddělení: Interní oddělení – choroby metabolismu a cév

Důvod přijetí udávaný pacientem: Zhoršení celkového stavu. Rodina nezvládá péči.

Medicínská diagnóza hlavní: Progrese celkového stavu při generalizovaném karcinomu hlavy pankreatu.

Medicínské diagnózy vedlejší:

- Chronická ischemická choroba srdeční
- Ischemická choroba dolních končetin
- Arteriální hypertenze III. stupně
- Diabetes mellitus II. typu
- Dyslipidemie

- Hyperurikemie

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 110/60	Výška: 172cm
P: 67/min	Hmotnost: 68kg
D: 17/min	BMI: 24
TT: 37,6°C	Pohyblivost: V rámci lůžka soběstačný, mimo lůžko dopomoc
Stav vědomí: Při vědomí, dezorientován	Krevní skupina: A Rh+

Nynější onemocnění:

Pacient s generalizovaným karcinomem pankreatu byl přivezen záchrannou službou pro zhoršení celkového stavu. Rodina nezvládá péči. Pacient je ve špatném stavu, nemluví, snaží se spolupracovat. Bolest hlavy a zvracení nejuje. Bolesti na hrudi, palpitace, dušnost neudává. Bolesti břicha nemá. Doma téměř nejí, pouze pije tekutiny.

Informační zdroje: Rozhovor s pacientem, lékařská dokumentace, sesterská dokumentace.

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: Zemřela v 65 letech na plicní embolii

Otec: Zemřel v 70 letech na pneumonii

Sourozenci: Bratr zemřel v 60 letech na cévní mozkovou příhodu, sestra zdráva

Děti: Dcera zemřela ve 35 letech na tumor očního nervu, syn zdravý

Osobní anamnéza:

Překonané onemocnění: V dětství planné neštovice, běžné nemoci

Chronické onemocnění: Chronická ischemická choroba srdeční, ischemická choroba dolních končetin, arteriální hypertenze, diabetes mellitus, dyslipidemie, hyperurikemie

Hospitalizace a operace: Pacient opakovaně hospitalizován na interním oddělení z důvodu onkologického onemocnění. V roce 2008 pacient podstoupil operaci, při které byl proveden čtyřnásobný bypass v IKEMu.

Úrazy: Pacient neudává žádné vážné úrazy.

Transfuze: Zatím nepodávány.

Očkování: Běžná dětská.

LÉKOVÁ ANAMNÉZA

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Lexaurin	Per os, tbl	1,5 mg	0-0-1	Bromazepamum
Prestarium neo	Per os, tbl	5 mg	1-0-0	Antihypertenzivum
Lactuloza	Per os, sirup		2-2-2 lžíce	Laxativum
Dithiaden	Per os, tbl		1-1-1	Antihistaminikum
Sevredol	Per os, tbl	20 mg	8:00 – 20:00	Analgetikum - anodynum
Durogesic	Trans dermálně, náplast	75ug	Po 72 hod	Analgetikum - anodynum

Alergologická anamnéza:

Léky: nejuje

Potraviny: nejuje

Chemické látky: nejuje

Jiné: nejuje

Abúzus:

Alkohol: 0

Kouření: již půl roku nekouří, dříve 4-5 cigaret denně

Káva: 1x denně

Léky: 0

Jiné drogy: 0

Urologická anamnéza:

Překonané urologické onemocnění: Pacient neudává urologické obtíže.

Poslední návštěva u urologa: Pacient na urologii nedochází.

Samovyšetření varlat: Dříve pacient samovyšetření prováděl, v posledním roce již vyšetření neprovádí.

Sociální anamnéza:

Stav: Ženatý

Bytové podmínky: Pacient žije s manželkou v bytě v panelovém domě.

Vztahy, role a interakce v rodině: Dle pacienta jsou rodinné vztahy v pořádku. S příbuznými se pravidelně navštěvují. S manželkou má pacient dobrý vztah, neřeší zbytečné konflikty, které jsou součástí asi každé rodiny.

Záliby: Pacient velmi rád čte knihy s válečnou tematikou, rád luští křížovky nebo sudoku. Televizi sleduje občas, většinou si pustí pouze televizní noviny.

Volnočasové aktivity: Když se pacient cítí dobře, rád chodí na procházky do městského parku. Dříve velmi rád jezdil na výlety po památkách, nyní mu to již zdravotní stav neumožňuje.

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: Střední odborné učiliště, výuční list.

Pracovní zařazení: Nyní je pacient ve starobním důchodu, dříve pracoval jako strojvedoucí.

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: Pacient pracoval od 21 let jako strojvedoucí až do odchodu do starobního důchodu.

Vztahy na pracovišti: Vztahy na pracovišti byly bezproblémové, se spolupracovníky nemíval pacient problémy.

Ekonomické podmínky: Vyhovující.

Spirituální anamnéza:

Religiózní praktiky: Pacient je ateista.

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 8. 11. 2013

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	<i>Bolest hlavy nemám, občas mě doma hlava pobolívá, ale to je jen chvilkové.</i>	<ul style="list-style-type: none">• Pokožka fyziologického vzhledu, bez oděrek nebo jiných defektů• Hlava nebolestivá• Držení hlavy přirozené• Oční bulby ve středním postavení• Jizvy nejsou• Slyší dobře

		<ul style="list-style-type: none"> • Rty souměrné, růžové • Sliznice fyziologické • Problémy s polykáním neudává • Zhoršený zrak – dalekozrakost, nosí brýle na blízko • Jazyk plazí středem • Čítí v obličejové části v pořádku • Krk bez viditelných deformit, souměrný • Pulzace na arteria karotis dobře hmatná
Hrudník a dýchací systém	<i>Dýchá se mi dobře, nepocítuje dušnost</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Hrudník symetrický, bez viditelného poranění a deformit • Jizvy nejsou • Dýchání pravidelné, sklípkové, bez zvukových fenoménů • Dechů 17 za minutu • Saturace kyslíku 98%
Srdečně cévní systém	<i>Už spoustu let se léčím se srdcem, pravidelně docházím do kardiologické ambulance. Před pár lety jsem prodělal operaci, kdy mi dělali by-pass a taky mám budíka.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Srdeční akce pacienta je pravidelná, 70 pulzů za minutu • Pulz dobře hmatný na arteria radialis dexter a sinister • Krevní tlak 110/70 • Pacient je kardiak po čtyřnásobném bypassu • Kardiostimulátor implantovaný pro sinusovou bradykardii • Dolní končetiny bez otoků • Zavedený intra venózní vstup na hřbetu levé horní končetiny, dnes zaveden druhý den

Břicho a GIT	<i>Břicho mě bolí občas, teď vůbec. Na stolice chodím pravidelně, ale od včerejška mě zlobí průjem. Chut' k jídlu mám menší než dřív, ale snažím se sníst alespoň půlku porce.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Břicho měkké, palpačně nebolestivé • Břicho souměrné • Příjem per os bez výrazných obtíží. Pacient jí menší porce, ale jí častěji v průběhu dne • Příjem tekutin nedostatečný, pacient vypije v průběhu dne méně než 1 000ml • Střevní peristaltika lehce slyšitelná • Stolice pravidelná, nyní již dva dny diarea. Bez příměsí krve a hlenu
Močový a pohlavní systém	<i>Problémy s močením jsem nikdy neměl. Při močení mě nepálí ani nebolí. Chodím tak často, jak moc ten den piju.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacient obtíže s močením neudává • Pacient močí do pleny a do močové lahve • Makroskopicky moč tmavší barvy, bez příměsí krve • Bilance tekutin u pacienta nebyla ošetřujícím lékařem vyžadována, ošetřující personál sledoval pitný režim pacienta a močení
Kosterní a svalový systém	<i>Dříve jsem neměl ani bolesti svalů ani kloubů. Poslední dobou mě občas zlobí nohy, nevydržím to co dřív. Teď mě ale nic nebolí. Svalové křeče nemívám. Jen ty nohy mě moc neposlouchají, ale to bude asi nemocí.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • V rámci lůžka pacient soběstačný • Hybnost dolních i horních končetin bez omezení, nebolestivá • Horní i dolní končetiny bez viditelných deformit • Hybnost krční páteře dobrá • Pacient pravidelně každý den rehabilituje s fyzioterapeutkou, která s ním trénuje chůzi • Pacient doprovázen ošetřujícím personálem při pohybu mimo lůžko • Pacient nabádán k otáčení se v lůžku

Nervový systém a smysly	<i>Vím, že je dnes 9. září, ležím v nemocnici v Mladé Boleslavi na interně. Nosím brýle na televizi a na čtení, jinak ne.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacient orientován místem, časem i osobou • V průběhu dne pacient klidný, neopouští lůžko bez doprovodu ošetřujícího personálu • Na noc pacientovi podávány při neklidu neuroleptika, opakovaně opouští sám lůžko a pro slabost padá • Riziko pádu dle Conleyové – vysoké riziko
Endokrinní systém	<i>Už dlouho se léčím s cukrovkou. Inzulín ani léky jsem si brát nemusel. Stačilo, když jsem dodržoval dietu. Se štítnou žlázou problémy nemám.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes mellitus II. typu – toho času pacient na dietě • Dne 10. 9. Pacientovi naordinován Diaprel MR 30mg 1-0-0, od 15. 9. pacient užívá 2 tablety ráno • Štítná žláza nezvětšená, nebolestivá
Imunologický systém	<i>Alergický na nic nejsem. Vitamíny užívám ve formě ovoce a zeleniny.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Lymfatické uzliny nezvětšené, nebolestivé • Tělesná teplota 36,5°C • Alergie negativní
Kůže a její adnexa	<i>Vždy jsem měl zdravé vlasy i nehty. S přibývajícím věkem mi samozřejmě vlasy řídnou a mění svoji barvu, ale to je normální. Problémy s kůží jsem nemíval.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pokožka fyziologického vzhledu, barva bledší • Kožní turgor v normě • Nehty upravené • Po ranní hygieně pacient promazáván ošetřující olejem na pokožku • Vlasy prořídle, prošedivělé • Dle hodnotící škály podle Nortonové je u pacienta nízké riziko vzniku dekubitů

Poznámky z tělesné prohlídky: Pacient při rozhovoru spolupracoval, odpovídal ochotně a srozumitelně. Při vyšetřeních spolupracoval.

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	<i>Musím držet dietu kvůli cukrovce. Jím pravidelně pětkrát denně. Po těch letech už vím, jaké porce mám jíst a co jíst smím a co ne. Kvůli tý nemoci ale jím málo.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Nelze objektivně posoudit
	V nemocnici	<i>Jím jenom to, co od vás dostanu. Většinou sním tak půlku porce, moc chuť k jídlu nemám, ale to je každý den jinak.</i>	<ul style="list-style-type: none"> BMI = 24 Váha 68kg Nauzea, zvracení toho času pacient neudává Pacient zvládá sníst většinou polovinu porce
Příjem tekutin	Doma	<i>Doma piju hlavně vodu a mám docela rád i čaje. V průběhu dne vypiju zhruba jeden litr, dřív jsem pil víc, klidně až dva litry.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Nelze objektivně posoudit
	V nemocnici	<i>Piju čaj, co mi tady dáváte, ale moc mi nechutná. Sestřičky dohlížejí, abych hodně pil, prý musím vypít ale alespoň litr, litr a půl za den. Pak už nebudu potřebovat ty kapačky.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Příjem tekutin nedostatečný, pacient vypije méně než 1000ml za 24 hodin Příjem tekutin u pacienta doplňován parenterální formou
Vylučování moče	Doma	<i>Obtíže s močením nemívám.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Nelze objektivně posoudit
	V nemocnici	<i>Musím používat močovou</i>	<ul style="list-style-type: none"> Pacient močí do

		<i>láhev. Na záchod bohužel nezvládnou sám dojít, mám slabé nohy a někdy se motám. Při močení mě nepálí, necítím ani řezání nebo tak něco.</i>	<p>močové lahve</p> <ul style="list-style-type: none"> • Na noc dávány pleny • Bilance tekutin u pacienta nesledována • Makroskopicky moč tmavší barvy, bez příměsí krve nebo hleny
Vylučování stolice	Doma	<i>Na stolici jsem chodil vždy pravidelně, nikdy dřív jsem problémy neměl. V posledních měsících si občas naliju ten sirup, jako prevenci zácpy.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Nelze objektivně posoudit
	V nemocnici	<i>Když potřebuju na stolici tak si vždycky řeknu sestřičkám o mísu, anebo se mnou vždycky někdo dojde na záchod. I tady chodím pravidelně, ale poslední dva dny mám trošku průjem. Dostávám na to kapky a už je to lepší.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Již dva dny diarea, bez příměsí krve a hleny • Na diareu podáván Hylak forte 2ml třikrát denně
Spánek a bdění	Doma	<i>Doma chodím spát okolo desáté, někdy jedenácté hodiny a vstávám v sedm hodin ráno. Po probuzení se unavený necítím. Někdy si odpočinu i v průběhu dne.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Nelze objektivně posoudit
	V nemocnici	<i>V nemocnici nespím moc dobře. Vždy se v noci</i>	<ul style="list-style-type: none"> • V průběhu nočních směn pacient

		<i>probudím a vůbec nevím, kde jsem. Proč se budím nevím, nic mě tu neruší.</i>	<p>neklidný, neustále opouští lůžko</p> <ul style="list-style-type: none"> • Při neklidu podávána 1 tableta Buronilu 25mg ve 21:00 • Spánek pacienta je okolními vlivy rušen minimálně, pacient leží na jednolůžkovém pokoji
Aktivita a odpočinek	Doma	<i>Moc rád jsem vždycky odpočíval aktivně. Mám rád procházky a výlety po památkách. Když nedovolilo počasí, vždycky jsem si rád četl nebo luštil křížovky. Kvůli nemoci se jdu občas jen projít třeba do parku.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Nelze objektivně posoudit
	V nemocnici	<i>Cítím se slabě tak trávím skoro všechn čas v posteli. Koukám se na televizi anebo si čtu.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacient tráví většinu dne v lůžku, sleduje televizi, čte si a luští křížovky • Za pacientem dochází fyzioterapeutka, která dvakrát v průběhu dne s pacientem trénuje chůzi
Hygiena	Doma	<i>Doma se sprchuju pravidelně každý den večer před spaním.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Nelze objektivně posoudit
	V nemocnici	<i>Koupu se vždycky ráno u</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacient zvládá

		<i>lavóru s vodou anebo jdeme do sprchy. Vždycky mi někdo pomůže. Mám strach, abych neupadl, a potřebuju pomoc umýt záda.</i>	<p>hygienu u lůžka sám, potřebuje pouze pomoci s umytím zad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pravidelně pacient doprovázen do sprchy na celkovou koupel • Ložní prádlo je vyměňováno pravidelně každý den podle potřeby, po celkové koupeli je vždy převlečené celé lůžko
Soběstačnost	Doma	<i>Vždycky jsem všechno zvládal sám, ale s nemocí mi toho jde míň a míň. Už potřebuju pomoc od ostatních.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Nelze objektivně posoudit
	V nemocnici	<i>Jak říkám, už potřebuju pomoc od ostatních. Snažím se, ale jsem moc zesláblý na to, abych se sám pohyboval po pokoji.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacient v rámci lůžka soběstačný, je pouze nabádán ke změnám polohy • Věci ze stolečku si zvládne sám podat • Chůzi pacient pravidelně rehabilituje s fyzioterapeutkou • Barthel test – střední až vysoká závislost

Poznámky k aktivitám denního života: Pacient ochotně odpovídal na kladené dotazy.

Posouzení psychického stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí		<i>Myslím si, že vnímám dobře.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacient při vědomí, komunikuje • Glasgow Coma Scale = 15 bodů
Orientace		<i>Vím, kde jsem i proč tu jsem. V noci mám občas problém se zorientovat, ale jiné problémy nemám.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Momentálně pacient orientován místem, časem i osobou
Nálada		<i>Náladu mám jak kdy. Je mi smutno že nemůžu být doma a nevím, co bude dál, všichni tady jsou moc hodný, ale doma je doma.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacient udává, že cítí smutek z hospitalizace a z následujícího vývoje léčby
Paměť	Staropaměť	<i>Z dřívějšíka si pamatuju hodně věci.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Vybavené zážitky z minulosti jsou bohaté, pacient vydrží dlouho vyprávět o věcech z dětství
	Novopaměť	<i>Nemyslím si, že mám problém s tím, abych si něco zapamatoval. Samozřejmě že občas něco zapomenu, ale to je asi normální.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacient si pamatuje, co se událo v předešlých dnech a srozumitelně o tom hovoří
Myšlení		<i>Hodně přemýšlím o životě, o tom co se událo, a o tom, co mě čeká.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacient rozumí kladeným otázkám, odpovídá logicky
Temperament		<i>Myslím si, že jsem melancholik. Povaha se mi v průběhu života asi změnila, poslední dobou</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacient působí jako melancholik a introvert • Jak sám pacient udává, povahové vlastnosti se

	<i>ani nevyhledávám kontakt s okolím. Vidáme se s blízkou rodinou a to mi stačí.</i>	mu v průběhu života změnily, v mládí byl pacient spíše extrovert
Sebehodnocení	<i>Dřív jsem byl docela společenský, ale to se změnilo. Nevím jak jinak se zhodnotit.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacient působí klidným dojmem, projevuje známky smutku a úzkosti
Vnímání zdraví	<i>Jsem nemocný a musím být v nemocnici. Spoustu věcí už nezvládám a to je depresivní. Tady mi se vším pomáháte, ale nevím, jak to budu dělat doma, žena všechno nezvládne.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacient má obavy z běžného života bez pomoci odborného personálu
Vnímání zdravotního stavu	<i>Vím, kvůli čemu opakovaně ležím tady u vás. Chtěl bych jít domů, ale jsem slabý, a když se objeví ty bolesti, je to velmi nepříjemné. Teď mě břicho nebolí.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacient je obeznámen ošetřujícím lékařem o svém zdravotním stavu • Pacient by chtěl jít domů, ale má obavy že to s manželkou nezvládnou
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	<i>Jak jsem řekl, vím, proč tady ležím. Nevím, co bude dál.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacient spolupracuje s ošetřujícím personálem • Pacient se cítí špatně, má obavy z budoucnosti
Reakce na hospitalizaci	<i>Radši bych byl doma, to je jasné. Přitížilo se mi, nemohl jsem vůbec nic, cítil jsem se úplně</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacient na interním oddělení hospitalizován opakovaně, s ošetřujícím

	<i>bezvládný. A teď jsem tady.</i>	personálem spolupracuje
Adaptace na onemocnění	<i>Nevím, jestli si na tohle někdo zvykne.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacient má obavy z budoucnosti, s nemocí se nesmířil
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy)	<i>Strach ani nemám, samozřejmě mám obavy z budoucnosti, ale strach to není. Když se zamyslím tak je mi smutno a úzko. Manželka říká, že když to na mě přijde, tak jsme depresivní.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacient říká, že se cítí smutně a pocítuje úzkost • Pacient má obavy z budoucnosti
Zkušenosti z předcházející hospitalizace (iatropatogenie, srororigenie)	<i>V nemocnici jsem byl už mockrát. Špatné zkušenosti s chováním personálu nemám. Všechny doktorky a sestřičky jsou moc hodný.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacient hospitalizován opakovaně, špatné zkušenosti neudává

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	<i>Nemyslím si, že mám problémy s komunikací.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacient komunikuje srozumitelně • Artikulace v pořádku
	Neverbální	<i>Verbální komunikaci občas používáme asi všichni.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Při rozhovoru pacient používal prvky neverbální komunikace • Pacient při komunikace používá gestikulaci a mimiku

Informovanost	O onemocnění	<i>O svém zdravotním stavu jsem informován dobře.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacient je průběžně informován ošetřujícím lékařem o průběhu léčby a o následném postupu
	O diagnostických metodách	<i>Paní doktorka mi neříkala, že bych měl jít na nějaké vyšetření. Když mě sem přivezli, tak jsem byl na rentgenu.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacient momentálně nemá naplánované žádné vyšetření • V den přijetí pacient podstoupil rentgen srdce a plic, popis bez nálezu zánětlivého infiltrátu
	O specifikách ošetrovatelské péče	<i>Jsem tady už po několikáté, takže režim oddělení a zvyklosti znám. Víím, co smím, a co nesmím.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacient zná zásady a specifika ošetrovatelské péče, ví co, je povolené a co zakázané • Pacient zná režim oddělení
	O léčbě a dietě	<i>Vím, co na diabetickou dietu smím a co ne. Manželka mi sem nosí pouze neslazené minerálky a jídlo jím pouze to, co dostanu od vás.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ošetřující lékařka pacienta dostatečně informoval o zásadách diabetické diety a o léčbě • Pacient zná zásady diabetické diety, dietu dodržuje v nemocnici i doma
	O délce hospitalizace	<i>Paní doktorka říkala, že tu musím</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacient je ošetřující lékařkou informován

		<i>zůstat, dokud budu takhle slabý. Doma bych to zatím nezvládl, ale do tý léčebny nechci.</i>	<p>o tom, že přesná délka hospitalizace nejde určit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacient je obeznámen s možností překlady do léčebny dlouhodobě nemocných
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Primární role (související s věkem a pohlavím)	<i>Muž</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Muž, 67 let • Role ovlivněna věkem a zdravotním stavem
	Sekundární role (související s rodinou a společenskými tradicemi)	<i>Manžel a otec</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Manžel • Otec • Role naplněna
	Terciální role (související s volným časem a zálibami)	<i>Rád čtu a luštím křížovky. Rád trávím čas na čerstvém vzduchu.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacient rád čte a luští křížovky • Pacient vždy preferoval aktivní i pasivní odpočinek • Role naplněna

MEDICÍNSKÝ MANAŽMENT

Ordinovaná vyšetření ze dne 8. 11. 2013

Přístrojová vyšetření: Rentgen srdce a plic

Laboratorní vyšetření:

Biochemie - Glukóza, CRP, urea, kreatinin, ionty

Hematologie - krevní obraz

Výsledek rentgenového vyšetření:

Rentgen srdce a plic bez známek pneumotoraxu, nižší transparence nad levou bází při hypoventilačních změnách, přehledný plicní parenchym bez ložiskových či infiltrativních změn. Bronchovaskulární kresba přiměřená, hily cévní, bránice hladkých kontur, vlevo segmentovaná, zevní KF úhly volné, mediastinum ve střední rovině nerozšířeno. Srdeční stín rozšířen doleva. Aterom aorty. Stav po stereotomii. Vlevo dvouelektrodový kardiostimulátor.

Výsledky hematologie:

Krevní obraz	Hodnota	Norma
Leukocyty	$7,8 \times 10^9 \text{ l}$	$3,8 - 9,6 \times 10^9 \text{ l}$
Erytrocyty	$3,49 \times 10^{12} \text{ l}$	$4,3 - 5,9 \times 10^{12} \text{ l}$
Hemoglobin	108 g/l	135 – 175 g/l
Hematokrit	34,3%	42 – 47%
Trombocyty	$122 \times 10^9 \text{ l}$	$150 - 450 \times 10^9 \text{ l}$

Výsledky biochemie:

Odběr	Hodnota	Norma
Glukóza	Poledne - 10,1 mmol/l Večer – 7,4 mmol/l	3,5 – 5,5 mmol/l

CRP	170 mg/l	0 - 6 mg/l
Urea	24,8 mmol/l	1,7 -8,3 mmol/l
Kreatinin	215,8 µmol/l	44 – 110 µmol/l
Natrium	142 mmol/l	137 – 146 mmol/l
Kalium	5,9 mmol/l	3,8 -5,0 mmol/l
Chloridy	113 mmol/l	97 – 108 mmol/l

Konzervativní léčba:

Dieta: 9/4 – diabetická s omezením tuků

Pohybový režim: Bs s dopomocí – pohyb na WC a do koupelny v doprovodu ošetřujícího personálu

RHB: Rehabilitace s fyzioterapeutkou 1x denně, pacient trénuje stabilní chůzi

Výživa: Pacientovi podávána strava per os

Medikamentózní léčba:

Per os:

Diaprel MR 30mg 1 – 0 - 0

Nolpaza 20mg 1 – 0 – 0

Buronil 25mg 1 tbl na noc při neklidu

Tiagra 1 – 0 – 1

Hylak forte 2ml – 2ml – 2ml

Sub linguálně:

Lunaldin 200 µg 1 tbl á 12 hodin 8:00 – 20:00

Intravenózně:

FR 100 + 1,2g Amoksiklav á 8 hodin 2:00 – 10:00 – 18:00

FR 500 á 8 hodin, kapat 4 hodiny 6:00 – 14:00 – 22:00

Per rectum:

Torecan supp při nauze a zvracení, maximálně 3x denně

Trans dermálně:

Durogesic 75 µg/hod á 72 hodin

Chirurgická léčba: Během hospitalizace pacient neprodělal operační zákrok

SITUAČNÍ ANALÝZA:

Pacient V. V. přijat na interní oddělení – choroby metabolismu a cév dne 5. 11. 2013 pro celkové zhoršení stavu při základní diagnóze karcinom slinivky břišní.

Rodina nezvládá péči o pacienta. Pacient téměř nekomunikuje, odmítá stravu. Při přijetí pacient bolest neguje. Bolesti na hrudi, palpitace a dušnost neudává. Pacient při vědomí, dezorientován, snaží se spolupracovat. Glasgow coma scale 14 bodů.

Při přivezení pacienta na urgentní interní příjem dospělých, byly pacientovi naměřeny vitální funkce – TK 110/60, P 67/min, D 17/min, TT 37,6°.

Pacient v rámci lůžka soběstačný, při chůzi po pokoji nutná dopomoc ošetřujícího personálu z důvodu nestability chůze. Barthel test – střední až vysoká závislost pacienta. Nutná dopomoc v oblasti mobility, hygieny a vyprazdňování. Hygiena prováděna u lůžka nebo ve sprše.

Pacient má z důvodu infuzní terapie zaveden intra venózní vstup na hřbetu levé horní končetiny, funkční, bez známek infekce.

Při zmatenosti a neklidu pacientovi lze podat 1 tbl Buronilu 25mg. Při neodeznění neklidu, kdy pacient opakovaně opouští lůžko, možná kurtace pacienta k prevenci sebepoškození. V případě kurtace zaznamenáváno sledování kurtovaného pacienta. Sledování prováděno každých 30 minut, po celou dobu kurtace.

Nutný dohled nad příjmem tekutin. Pacient zvládá pit sám, ale příjem tekutin je nedostatečný, menší než 1000ml za den. Bilance tekutin neměřena. Pacient močí do močové lahve a do pleny.

Čtvrtý den hospitalizace se u pacienta dostavila diarea. Podáván Hylak forte 3x denně 2ml. Diarea postupně ustupuje.

Pacient projevuje známky úzkosti, má obavy že nezvládne být doma sám s manželkou, ale do Léčebny dlouhodobě nemocných nastoupit nechce.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ DLE PRIORITY

Ošetřovatelské diagnózy stanoveny dle NANDA I., taxonomie II.

- **Průjem – 00013**

- Doména: 3 – Vylučování a výměna
- Třída: 2 – Funkce gastrointestinálního systému
- Priorita: Střední
- Určující znaky: Tekutá stolice minimálně 3x denně, hyperaktivní střevní zvuky, naléhavá potřeba
- Související faktory: Úzkost, nežádoucí účinky léků, infekční procesy, zánět

- **Narušený vzorec spánku – 00198**

- Doména: 4 – Aktivita / odpočinek
- Třída: 1 – Spánek / odpočinek
- Priorita: Střední
- Určující znaky: Změna normálního vzorce spánku
- Související faktory: Neznáme prostředí pro spánek, přerušení z důvodu léčby

- **Zhoršená schopnost přemístování se – 00090**

- Doména: 4 – Aktivita / odpočinek
- Třída: 2 – Aktivita / cvičení
- Priorita: Střední
- Určující znaky: Neschopnost přemístit se z lůžka na židli, neschopnost přemístit se do sprchy a zpět, neschopnost přemístit se na pojízdný klozet a zpět, neschopnost přemístit se na toaletu a zpět
- Související faktory: Ztráta kondice, zhoršená rovnováha, nedostatečná svalová síla

- **Úzkost – 00146**
 - Doména: 9 – Zvládání / tolerance zátěže
 - Třída: 2 – Reakce na zvládání zátěže
 - Priorita: Střední
 - Určující znaky: Neklid, úzkostlivost, strach, psychická nejistota, průjem, porucha spánku, zmatenost
 - Související faktory: Změna ve zdravotním stavu, ohrožení zdravotního stavu

- **Deficit sebedpěče při koupání – 00108**
 - Doména: 4 – Aktivita / odpočinek
 - Třída: 5 – Sebedpěče
 - Priorita: Střední
 - Určující znaky: Neschopnost dostat se do koupelny, neschopnost usušit si tělo, neschopnost umýt si tělo
 - Související faktory: Slabost

- **Deficit sebedpěče při vyprazdňování – 00110**
 - Doména: 4 – Aktivita / odpočinek
 - Třída: 5 – Sebedpěče
 - Priorita: Střední
 - Určující znaky: Neschopnost provést řádnou vyprazdňovací hygienu, neschopnost uklidit pojízdný klozet, neschopnost přemístit se na toaletu nebo na pojízdný klozet
 - Související faktory: Únava, zhoršená pohyblivost, zhoršená schopnost přemístit se, slabost

- **Riziko infekce – 00004**
 - Doména: 11 – Bezpečnost / ochrana
 - Třída: 1 – Infekce
 - Priorita: Střední
 - Rizikové faktory: Chronické onemocnění – diabetes mellitus, nedostatečná primární obrana – porušená kůže, intra venózní katetrizace

- **Riziko pádů – 00155**

- Doména: 11 – Bezpečnost / ochrana
- Třída: 2 – Fyzické poškození
- Priorita: Střední
- Rizikové faktory: Věk 65 let nebo více, opiáty, průjem, potíže s chůzí, zhoršená rovnováha, nespavost

- **Riziko nerovnováhy elektrolytů – 00195**

- Doména: 2 – Výživa
- Třída: 5 – Hydratace
- Priorita: Střední
- Rizikové faktory: Nedostatečný objem tekutin, průjem

Průjem – 00013

Definice: Průchod volné, neformované stolice.

Doména: 3 – Vylučování a výměna

Třída: 2 – Funkce gastrointestinálního systému

Priorita: Střední

Určující znaky:

- Tekutá stolice minimálně 3x denně
- Hyperaktivní střevní zvuky
- Naléhavá potřeba

Související faktory:

- Úzkost
- Nežádoucí účinky léků
- Infekční procesy
- Zánět

Cíl:

- Dlouhodobý: Do konce hospitalizace se u pacienta již průjem neobjeví
- Krátkodobý: Ustupování průjmů do tří dnů

Výsledná kritéria:

- Ustupování průjmů druhý den
- Pacientovi odchází tuhá, formovaná stolice čtvrtý den
- Pacient je bez obtíží pátý den

Ošetřovatelské intervence:

- Zjistí od pacienta, kolikrát byl na stolici, zda byla s příměsí krve nebo hlenu – sestra do 30 minut
- Podávej medikaci dle ordinace lékaře – sestra neustále
- Podávej vhodnou stravu – sestra neustále
- Nabádej pacienta, aby vypil alespoň 1 500 ml za den – sestra neustále
- Sleduj vzhled stolice a její příměsí – sestra neustále

- Pouč pacienta o důležitosti sledování vzhledu stolice a kontrolování počtu stolic za den – sestra do 45 minut
- Nabádej pacienta, aby o vzhledu a četnosti stolice informoval ošetřující personál – sestra do 55 minut
- Edukuj pacienta o vhodné a nevhodné stavě – sestra do 70 minut
- Zaznamenávej do dokumentace frekvenci stolic a eventuálně její příměsi – sestra každý den
- Zaznamenávej do dokumentace příjem tekutin za den – sestra každý den

Diagnóza stanovena: 8. 11. 2013

Realizace: 8. – 11. 11. 2013

- 8. 11. 2013:

8:00 – Edukace pacienta o fyziologickém vzhledu stolice

8:20 – Pacient poučen o nutnosti informovat ošetřující personál o četnosti stolic

8:30 – Podán Hylak forte 2ml

8:40 – Edukace pacienta o důležitosti dostatečného pitného režimu

- 9. – 11. 11. 2013:

Pacient si každý den na papír zaznamenává, kolikrát již byl na stolicí a vždy o tom v průběhu odpoledne informoval ošetřující personál. Pacient se snažil dostatečně pít, denně vypil 1 000 ml – 1 300 ml čaje. Sestra kontroluje pitný režim pacienta a vše zaznamenává do dokumentace.

Hodnocení: 11. 11. 2013

Krátkodobý cíl splněn, 10. 11. částečné ustupování průjmů.

Dlouhodobý cíl splněn, 11. 11. večer pacientovi odchází tuhá, formovaná stolice.

Úzkost – 00146

Definice: Vágní nelehký pocit diskomfortu nebo děsu, provázený autonomní reakcí, pocit obav způsobený očekáváním nebezpečí. Je to výstražný signál, který varuje před hrozícím nebezpečím a umožňuje dané osobě přijmout opatření, aby hrozbě čelila.

Doména: 9 – Zvládání / tolerance zátěže

Třída: 2 – Reakce na zvládání zátěže

Priorita: Střední

Určující znaky:

- Neklid
- Úzkostlivost
- Strach
- Psychická nejistota
- Průjem
- Porucha spánku
- Zmatenost

Související faktory:

- Změna ve zdravotním stavu
- Ohrožení zdravotního stavu

Cíl:

- Dlouhodobý: Ke konci hospitalizace pacient již nepocítuje úzkost
- Krátkodobý: Zlepšování psychického stavu pacienta do tří dnů

Výsledná kritéria:

- Pacient se cítí lépe do dvou dnů
- Pacient udává výrazné zlepšení psychiky do čtyř dnů
- Pacient nepocítuje úzkost do týdne

Ošetřovatelské intervence:

- Zjistí, z čeho má pacient strach, proč pociťuje úzkost – sestra do 20 minut
- Vyslechni pacienta o jeho obavách – sestra do 40 minut
- Podávej antipsychotika dle ordinace lékaře – sestra denně
- Edukuj pacienta o principu pobytu v Léčebně pro dlouhodobě nemocné – sestra do 60 minut
- Edukuj pacienta o důležitosti rehabilitace – sestra do 80 minut
- Informuj o psychické nejistotě ošetřujícího lékaře – sestra do 2 hodin
- Zaznamenej vše do dokumentace – sestra denně

Diagnóza stanovena: 8. 11. 2013

Realizace: 8. – 13. 11. 2013

- 8. 11. 2013:
 - 9:00 – Komunikace s pacientem, zjišťování příčin úzkosti
 - 9:30 – Pacient hovoří o obavách z pobytu v Léčebně dlouhodobě nemocných
 - 10:10 – Vysvětlení pacientovi princip hospitalizace v Léčebně pro dlouhodobě nemocné
 - 10:35 – Komunikace s pacientem o důležitosti rehabilitace
- 9. – 13. 11. 2013:

Pacient pochopil, proč by pro něj byla Léčebna pro dlouhodobě nemocné vhodná. Pacient chápe, že z léčebny může být kdykoliv propuštěn do domácí péče. Rozumí tomu, že léčebna je pouze na dobu zotavení, dokud pacient nebude schopen sám stabilní chůze a dokud nezvládne základní úkony. S možností pobytu v léčebně se pacient částečně smířil, již neudává obavy a strach z přesunu.

Hodnocení: 13. 11. 2013

Krátkodobý cíl splněn. Pacient se cítí lépe, nepociťuje obavy z pobytu v Léčebně dlouhodobě nemocných.

Dlouhodobý cíl částečně splněn. Pacient nepociťuje úzkost, ale vždy navečer ho přepadne lítost a smutek.

Zhoršená schopnost přemístování se – 00090

Definice: Omezení nezávislého pohybu mezi dvěma blízkými povrchy.

Doména: 4 – Aktivita / odpočinek

Třída: 2 – Aktivita / cvičení

Priorita: Střední

Určující znaky:

- Neschopnost přemístit se z lůžka na židli
- Neschopnost přemístit se do sprchy a zpět
- Neschopnost přemístit se na pojízdný klozet a zpět
- Neschopnost přemístit se na toaletu a zpět

Související faktory:

- Ztráta kondice
- Zhoršená rovnováha
- Nedostatečná svalová síla

Cíl:

- Dlouhodobý: Do konce hospitalizace je pacient schopen se sám bez pomoci pohybovat mimo lůžko
- Krátkodobý: Pacient má jistější chůzi, vyžaduje minimální pomoc ošetřujícího personálu do čtyř dnů

Výsledná kritéria:

- Postupné zlepšování pohybu mimo lůžko a větší jistota v chůzi do tří dnů
- Pacient udává větší jistotu a stabilitu při chůzi do čtyř dnů
- Pacient se sám pohybuje po pokoji, sám zvládne dojít na toaletu do 7 dnů

Ošetřovatelské intervence:

- Zjistí, jestli pacient udává vertigo při posazení nebo při postavení u lůžka – sestra do 10 minut
- Zjistí, zda pacient nechce využít například chodítka nebo hůl – sestra do 20 minut
- Doprovázej pacienta na toaletu, do koupelny – sestra denně

- Rehabilituj s pacientem chůzi – sestra, fyzioterapeutka denně
- Edukuj pacienta o nutnosti stabilní chůze – sestra do 40 minut
- Zaznamenávej do dokumentace veškeré pokroky – sestra denně
- Zaznamenávej do dokumentace vše, co pacient v rámci rehabilitace zvládnul – sestra denně

Diagnóza stanovena: 8. 11. 2013

Realizace: 8. – 14. 11. 2013

- 8. 11. 2013:
 - 11:00 – Pacient u lůžka postaven, vertigo neudává, hůl i chodítka odmítá
 - 11:03 – Pacient doprovázen na toaletu
 - 11:07 – Pacient doprovázen zpět do lůžka
 - 11:10 – Edukace pacienta o důležitosti rehabilitace
 - 12:10 – Rehabilitace chůze s fyzioterapeutkou
- 9. – 14. 11. 2013:

Pacient každý den rehabilituje chůzi s fyzioterapeutkou. Při chůzi po pokoji pacient stále vyžaduje dopomoc ošetřujícího personálu. Chůze pacienta se téměř nezlepšila, pacient po několika krocích udává slabost dolní končetin. Dopomoc při pohybu mimo lůžko je i nadále nutná.

Hodnocení: 14. 11. 2013

Krátkodobý a dlouhodobý cíl nebyl splněn. Pacient nezvládá sám pohyb mimo lůžko, cítí se slabý, motá se. Doprovod ošetřujícím personálem nutný, hrozí riziko pádu. V intervencích se dále již nepokračovalo, dne 16. 11. pacient přeložen do Léčebny dlouhodobě nemocných.

Riziko infekce – 00004

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy.

Doména: 11 – Bezpečnost / ochrana

Třída: 1 – Infekce

Priorita: Střední

Rizikové faktory:

- Nedostatečná primární obrana – porušená kůže, intra venózní katetrizace

Cíl:

- Dlouhodobý: Do konce hospitalizace u pacienta nevznikne infekce
- Krátkodobý: Pacient zná projevy infekce – bolest, pálení, otok, zarudnutí v místě zavedení intra venózního vstupu

Výsledná kritéria:

- Pacient neudává pálení po celou dobu zavedení intra venózního vstupu
- U pacienta nevznikne infekce do konce hospitalizace

Ošetřovatelské intervence:

- Zjistí, zda při aplikaci pacient nepocítuje pálení v místě zavedení intra venózního vstupu – sestra do 10 minut
- Sleduj při každé aplikaci, zda se netvoří otok, zarudnutí nad zavedením intra venózního vstupu – sestra denně
- Dodržuj zásady sterility při zavádění a manipulaci s intra venózním vstupem – sestra denně
- Péče o intra venózní vstup – sestra denně
- Vyměň intra venózní vstup při známkách infekce, dále každých 72 hodin – sestra denně
- Edukuj pacienta o projevech infekce – sestra do 20 minut
- Zaznamenávej do dokumentace den a místo zavedení intra venózního vstupu – sestra denně

Diagnóza stanovena: 8. 11. 2013

Realizace: 8. – 11. 11. 2013

- 8. 11. 2013:

14:00 – Edukace pacienta o možných projevech infekce

14:15 – Kontrola intra venózního vstupu, nově zafixováno pomocí sterilního Omnifixu

14:25 – Zpětná vazba, pacient přeríkává, jak se může infekce projevit a ví, že každou změnu musí hlásit sestře

- 8. - 11. 11. 2013:

Pacientovi pravidelně kontrolován intra venózní vstup a místo zavedení. Dodržován aseptický přístup při manipulaci s intra venózním vstupem. Pacient neudává pálení při aplikaci léčiv. 10. 9. ošetřující lékař zrušil infuzní terapii u pacienta, intra venózní vstup zrušen.

Hodnocení: 11. 11. 2013

Krátkodobý cíl splněn. Pacient znal možné projevy infekce.

Dlouhodobý cíl splněn. U pacienta nevznikla infekce v místě zavedení intra venózního vstupu.

Celkové zhodnocení:

Pacientův psychický stav se v průběhu hospitalizace výrazně zlepšil. Pacient nepociťoval úzkost z budoucnosti a z nastávajícího léčebného programu, byl otevřenější k ošetřujícímu personálu a nebál se svěřit se svými obavami.

V průběhu dvanáctidenní hospitalizace se pacientův zdravotní stav nijak významně neměnil. Fyziologické funkce byly bez výrazných výkyvů, s výjimkou druhého dne hospitalizace pacient afebrilní. Bolestím bylo předcházeno pravidelným podáváním opiátů ve formě tablet a trans dermální náplasti.

Během hospitalizace byla výrazná snaha ze strany ošetřujícího personálu o zlepšení stability chůze. Slabost pacienta to bohužel znemožnila. Pacient nevládá pohyb po pokoji bez pomoci. Manželka propuštění pacienta odmítá, obává se, že to doma sami nevládnou. Dne 16. 11. 2013 pacient přeložen do Léčebny dlouhodobě nemocných v Mladé Boleslavi.

Doporučení pro praxi:

Onemocnění karcinom pankreatu je velmi závažné onemocnění, a i přes neustále se zlepšující možnosti medicíny pacienti s tímto onemocněním většinou končí letálně.

Zdravotnický personál by měl být podrobně seznámen s problematikou péče o onkologicky nemocné. S pacienty s tímto onemocněním se setkáváme ve zdravotnických zařízeních stále častěji, a bohužel ne vždy je možné pacienta zachránit. Základy paliativní léčby, léčba bolesti a samozřejmě psychická podpora pro pacienta je nedílnou součástí léčby. V péči o pacienty s onemocněním karcinom pankreatu je kromě zdravotnického personálu velmi důležitá i rodina pacienta. Rodinu je důležité aktivně zapojit do péče o pacienta. Pro pacienty s tímto onemocněním je velmi důležitá psychická podpora ze strany nejbližších.

Ústřední vojenská nemocnice, Vojenská fakultní nemocnice Praha nově nabízí ostatním zdravotnickým zařízením převzetí pacientů s nově zjištěným karcinomem pankreatu nebo převzetí pacientů, u kterých je náročná diagnostika onemocnění. Díky novým, moderním metodám, které toto pracoviště nabízí, konečně pacientům svitne alespoň špetka naděje v nelehkém boji.

Všeobecná doporučení pro pacienta:

- Pravidelné užívání léků
- Mluvit o svých problémech, svěřit se
- Dodržovat pitný režim, dostatečně jíst
- Odpočinout si, pokud se cítíte slabý
- Při bolestech vyhledat lékaře, nesnažit se bolest přetrpět
- Nebát se říct si o pomoc

Všeobecná doporučení pro rodinu:

- Psychická podpora ze strany rodiny
- Pravidelný kontakt s nemocným v průběhu hospitalizace
- Vyslechnout nemocného
- Trpělivost
- Pomoc nemocnému při nezvládnání některých činností
- Pokud to zdravotní stav nemocného dovoluje, je vhodné nechat ho doma. Změna prostředí zhoršuje psychiku nemocného

Všeobecná doporučení pro zdravotníky:

- Edukace pacienta a rodinných příslušníků o zásadách léčby
- Vyslechnout nemocného a jeho rodinu, zodpovědět na otázky
- Být oporou jak pro pacienta, tak pro nejbližší rodinu nemocného

ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na specifika ošetrovatelské péče u pacienta s onemocněním karcinom pankreatu, jde o velmi závažné onemocnění postihující všechny věkové skupiny a je čtvrtou nejčastější příčinou úmrtí na zhoubné onemocnění u obou pohlaví.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, část teoretickou a část praktickou.

V teoretické části jsme na základě studia odborné literatury popsali definici onemocnění, etiologii a patogenezi, klinický obraz, diagnostiku a terapii onemocnění. V druhé kapitole teoretické části jsme popsali specifika léčby u pacientů s diagnózou karcinom pankreatu. Je zde popsána specifika paliativní péče a problematika bolesti u onkologických pacientů. V poslední části druhé kapitoly jsme se zabývali nutriční podporou u onkologických pacientů.

Praktická část bakalářské práce byla zpracována formou obecného ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský proces byl aplikován na pacienta hospitalizovaného na interním oddělení s diagnózou karcinom pankreatu. Následně byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy, na jejichž základě jsme sestavili plán ošetrovatelské péče a na závěr proběhla realizace a zhodnocení.

Cílem bakalářské práce bylo bližší seznámení s problematikou laické veřejnosti a odborných zdravotnických pracovníků. Dále aplikování obecného ošetrovatelského procesu u pacienta s karcinomem pankreatu a následné stanovení ošetrovatelských diagnóz dle NANDA I., taxonomie II. a jejich následná realizace.

Stanovené cíle byly splněny částečně. Kolektiv interního oddělení Mladoboleslavské nemocnice se blíže seznámil s problematikou péče o pacienty s karcinomem pankreatu, se specifiky paliativní péče, s problematikou léčby bolesti a s podporou nutrice u onkologických pacientů. Jako další cíl jsme si stanovily vypracování ošetrovatelského procesu. Pomocí fyzikálních vyšetření, anamnézy a subjektivních pocitů pacienta jsme stanovily devět ošetrovatelských diagnóz, z nichž jsme čtyři nejdůležitější rozpracovali. U rozpracovaných diagnóz jsme si naplánovali cíle, výsledná kritéria, ošetrovatelské intervence a následně jsme pokračovali realizací a zhodnocením. U dvou rozpracovaných diagnóz byly stanovené cíle splněny, u jedné diagnózy byly cíle splněny částečně a jedné ošetrovatelské diagnózy cíle splněny

nebyly. V realizaci námi stanovených ošetrovatelských diagnóz již není možné pokračovat, z důvodu překlady pacienta do jiného zdravotnického zařízení.

Vypracování této práce nás blíže seznámilo s teorií problematiky onemocnění a především s tím, jak pečovat a jak přistupovat k pacientům, které postihne toto fyzicky i psychicky náročné onemocnění.

*Dlouho trvající utrpení unaví nejen nemocného,
ale i soucit druhých.*

Stefan Zweig

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

DÍTĚ, P. a kol., Karcinom pankreatu v terénu u chronické pankreatitidy. *Česká a slovenská gastroenterologie*, 1999, 53, 45 s. ISSN 1210 - 7824

GÖRÖGHOVÁ , Lucie a Sandra KUTHANOVÁ, Paliativní péče a léčba průlomové bolesti. *Sestra*. 2012, 10, 46 – 47 s. ISSN 1210 – 0404.

GROFOVÁ, Z., *Nutriční podpora. Praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. 248 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 1868 – 2

HERDMAN, H.. *Nanda International. Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012 – 2014*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2012. 584s. ISBN 978 – 80 – 247 – 4328 – 8

HUDCL, T., Karcinom pankreatu. *Gastroenterologie a hepatologie*. 2012, 66, č. 5, 350 – 356 s. ISSN 1804 - 7874

JURGA, L', et al. *Klinická onkológia a rádioterapia*. Bratislava: Slovak Academic Press, s. r. o., 2000. 1030 s. ISBN 80 – 88908 – 71 – X.

KLENER, P. *Klinická onkologie*. Praha: Galén a Karolinum, 2002. 686 s. ISBN 80 – 7262 – 151 – 3 (Galén), ISBN 80 – 246 – 2468 – X (Karolinum).

KLENER, P. et al. *Vnitřní lékařství*. 3. vydání. Praha: Galén a Karolinu, 2006. 1158 s. ISBN 80 – 7262 – 430 – X (Galén), ISBN 80 – 246 – 1252 – 6 (Karolinum).

LATA, Jan a Jan BUREŠ, et al. *Gastroenterologie*. Praha: Galén, 2010. 256 s. ISBN 978 – 7262 – 692 – 2.

LUKÁŠ, K. a kol. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2005. 288 s. ISBN 80 – 247 – 1283 - 0

MARKOVÁ, M., *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. 128 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 3171 – 1.

NĚMCOVÁ, J., a kol. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Praha: Maurea. 2013. 106 s. ISBN 978-80-902876-9-3.

O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče – pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2005. 324 s. ISBN 80 – 247 – 1295 – 4

PALKOVÁ, Ľuba a Lucia DIMUNOVÁ. *Onkologická ošetrovatelská péče. Sestra*. 2012, 12, 38 – 39 s. ISSN 1210 – 0404.

PAYNE, Sheila a Jane SEYMOUR, eds. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, o. s., 2007. 807 s., ISBN 978 – 80 – 87029 – 25 – 1.

SÁGLOVÁ, A., et al. *Karcinom pankreatu: molekulární biologie a časná diagnostika. Praktický lékař*. 2010, 90, č. 8, 489 – 493 s. ISSN 0032 – 6739.

STARNOVSKÁ, T. a kol. *Výživa při nádorovém onemocnění. Praktická příručka pro pacienty*. Praha, 2012. ISBN 978 – 80 – 239 – 9055 - 3

VORLÍČEK, J. a kol. *Klinická onkologie, 1. díl – obecná část*. Brno: Vydavatelství Masarykovy univerzity, 1995. 231 s. ISBN 80 – 210 – 1256 – 0

VORLÍČEK, Jiří a Jitka ABRAHÁMOVÁ a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. 328 s. ISBN 80 – 247 – 1716 – 6

ZAVORAL, M. et al. *Karcinom Pankreatu*. Praha: Galén a Karolinum, 2005. 287 s. ISBN 80 – 7262 – 348 – 6 (Galén), ISBN 80 – 246 – 1083 – 3 (Karolinum).

INTERNETOVÉ ODKAZY

TOMÍŠKA, Miroslav. Výživa onkologicky nemocného. In: *Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně* [online]. Česká onkologická společnost ČLS JEP, Copyright 2014 [vid. 10. 1. 2014]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/vyziva/vyziva-onkologicky-nemocneho/>

IASP [online]. International Association for the Study of Pain. [vid. 15. 11. 2013]. Dostupné z: http://www.iasp-pain.org/am/Tempalte.cmf?Section=Pain_Definitions

VSZDRAV [online]. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Dostupné z: <http://sharepoint.vszdrav.cz/Poklady%20k%20vuce/2%20O%C5%A1et%C5%99ovatelsk%C3%A9%20dokumentace%20podle%20vybran%C3%BDch%20typ%C5%AF%20p%C3%A9%20C4%8De.aspx>

Hlad nemocnému neprospěje. *In: U lékaře* [online]. MeDitorial, s. r. o., 2014 [vid. 12. 3. 2014]. Dostupné z: <http://www.ulekare.cz/clanek/vyziva-v-nemoci-by-se-nemela-podcenovat-problem-pomuze-resit-nutridrink-14459>

Potravinová pyramida. *In: Zdravý životní styl* [online]. Potravinářská komora České republiky, 2012 [vid. 2. 3. 2014]. Dostupné z: <http://zdravi.foodnet.cz/cze/pages/potravinova-pyramida.html>

Kniha. *In: Jídlo a zajímavosti* [online]. Víš co jíš? Copyright 2014 [vid. 2. 3. 2014]. Dostupné z: http://www.viscojis.cz/teens/index.php?option=com_content&view=article&id=104&Itemid=88

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Čestné prohlášení	II.
Příloha B – vývoj incidence karcinomu pankreatu v České republice (resp. ČSR) v letech 1956 – 2001 podle pohlaví	III.
Příloha C – Léčba bolesti	V.
Příloha D – Brožurka na téma Výživa onkologického pacienta	VII.

PŘÍLOHA A – Čestné prohlášení

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje / podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem pankreatu v rámci studia / odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5

V Praze dne 10. 3. 2014

.....

Blažková Lucie, DiS.

Příloha B – Vývoj incidence karcinomu pankreatu v České republice (resp. ČSR) v letech 1956 – 2001 podle pohlaví

	Muži		Ženy	
	Absolutní incidence	Hrubá incidence	Absolutní incidence	Hrubá incidence
1959	186	3,97	173	3,51
1960	271	5,76	210	4,24
1961	264	5,69	202	4,08
1962	285	6,12	226	4,56
1963	346	7,38	254	5,10
1964	351	7,44	250	4,99
1965	345	7,29	264	5,26
1966	397	8,33	272	5,38
1967	431	9,02	339	6,68
1968	413	8,26	316	6,24
1969	434	9,04	351	6,89
1970	469	9,72	307	6,01
1971	439	9,2	338	6,7
1972	463	9,7	428	8,4
1973	445	9,2	385	7,5
1974	538	11,1	425	8,3
1975	573	11,0	453	8,7
1976	515	10,5	399	7,6
1977	530	10,7	426	8,1
1978	547	11,0	485	9,2
1979	571	11,4	488	9,2
1980	570	11,4	470	8,8
1981	586	11,7	523	9,9
1982	614	12,3	482	9,1
1983	605	12,1	481	9,0
1984	695	13,9	512	9,6
1985	636	12,7	549	10,3
1986	642	12,8	542	10,2
1987	719	14,3	599	11,3
1988	649	12,9	545	10,2
1989	721	14,3	638	12,0
1990	786	15,6	643	12,1
1991	746	14,9	694	13,1
1992	775	15,5	679	12,8
1993	766	15,3	709	13,3
1994	748	14,9	139	13,9
1995	708	14,1	692	13,0
1996	806	16,1	750	14,1
1997	803	16,0	787	14,9
1998	803	16,0	797	15,1

1999	751	15,0	740	14,0
2000	800	16,0	772	14,6
2001	784	15,7	796	15,2
2002	857	17,3	806	15,3

Zdroj: Zavoral et al., 2005, s. 22-23

Absolutní incidence – Udává počet nově hlášených diagnóz v konkrétní populaci v příslušném roce

Hrubá incidence – je příkladem relativní incidence. Vyjadřuje absolutní incidenci vztáženou na 100 000 osob ve sledované populaci v daném roce

Příloha C – Léčba bolesti

Přehled nejčastěji užívaných neopioidních analgetik podle Metodických pokynů pro farmakoterapii nádorové bolesti 2004

Analgetika - antipyretika				
Látka	Aplikace	Nástup účinku	Obvyklá dávka (mg)	Max. denní dávka (mg)
Paracetamol	p. o., p. r.	30 min	4 x 500 - 1000	4 x 1000
Metamizol	p. o., i. v.	30 min	4 x 500	6 x 1000
Neselektivní NSA				
Ibuprofen	p. o.	15 – 20 min	4 x 400	4 x 600
Diclofenac	p. o., p. r., i. m., i. v.	30 min	3 x 50	3 x 50
Naproxen	p. o.	2 hod	2 x 250	2 x 250
Indometacin	p. o., p. r.	60 min	2 x 50	2 x 100
Preferenční NSA				
Nimesulid	p. o.	60 min	2 x 100	2 x 100
Meloxicam	p. o., p. r.	90 min	1 x 15	1 x 15
Selektivní NSA				
Celecoxib	p. o.	45 min	2 x 100	2 x 100

Zdroj: Vorlíček a kol., 2006, s. 140

Přehled slabých opioidů podle Metodických pokynů pro farmakoterapii nádorové bolesti 2004

Látka	Aplikace	Nástup účinku	Obvyklá počáteční dávka (mg)	Max. denní dávka (mg)
Kodein	p. o.	30 – 60 min	4 x 30	4 x 60
Dihydrokodein	p. o.	2 – 3 h	2 x 60	2 – 3 x 120
Tramadol	p. o., p. r., i. v., i. m., s. c.	20 - 30 min	4 x 50	3 x 200

Zdroj: Vorlíček a kol., 2006, s. 141

Přehled silných opioidů podle Metodických pokynů pro farmakoterapii nádorové bolesti 2004

Látka	Aplikace	Nástup účinku	Trvání účinku (dávkový interval)	Obvyklá počáteční dávka	Max. denní dávka
Morfin s rychlým uvolňováním	p. o., p. r., s. c., i. v.	20 – 30 min	4 – 6 hod	10 mg á 4 hod	Není stanovena
Morfin s řízeným uvolňováním	p.o., p. r.	3 – 5 hod	12 hod	30 mg á 12 hod	Není stanovena
Fentanyl TTS	Náplast	8 – 12 hod	72 hod	25 µg/hod	Není stanovena
Oxycodon s řízeným uvolňováním	p. o., p. r.	1 – 3 hod	8 – 12 hod	10 mg á 12 hod	Není stanovena
Buprenorfin s rychlým uvolňováním	Sublingválně	0,5 – 1 hod	8 hod	0,2 mg á 8 hod	0,4 mg á 8 hod
Buprenorfin TDS	Náplast	10 – 12 hod	72 hod	35 µg/hod	140 µg/hod
Hydromorfon s řízeným uvolňováním	p. o.	3 – 5 hod	12 hod	4 mg á 12 hod	Není stanovena

Zdroj: Vorlíček a kol., 2006, s. 142

Výživa onkologického pacienta



OBSAH:

Úvod.....	3
1. Potravinová pyramida.....	5
2. Strava onkologicky nemocných.....	11
2.1 Doporučení při nechutenství.....	13
2.2 Doporučení při nevolnosti a zvracení.....	15
2.3 Doporučení při průjmech.....	17
2.4 Doporučení při zácpě.....	19
2.5 Doporučení při hubnutí.....	20
3. Celkové shrnutí.....	22
Závěr.....	24

Úvod

Při nádorových onemocněních dochází často již na začátku onemocnění k poklesu příjmu potravy.

Téměř u poloviny nemocných, je již při zjištění nádorového onemocnění přítomna ztráta hmotnosti a je zhoršený výživový nebo nutriční stav pacienta.

Pokud tomuto problému nevěnuje dostatek pozornosti, porucha výživy se prohlubuje a nadále oslabuje nemocného.

Tato brožura by Vám měla pomoci
odpovědět na otázky a blíže se seznámit
s problematikou výživy u onkologických
nemocných.



1. Potravinová pyramida

Pyramida názorně zobrazuje jak skladbu, tak doporučené množství a poměr druhů potravin ve správně složeném jídelníčku.

Potravinovou pyramidu sestavili odborníci jako názornou pomůcku výživových doporučení. Potravinová pyramida se skládá ze šesti potravinových skupin, rozdělených do čtyř pater. Ke každé potravinové skupině je napsán doporučený počet porcí, které by člověk měl za den sníst.

Sůl, tuky, cukry
Jedna porce – cukr (10 g), tuk (10 g)



Sůl, tuky, cukry: 0–2 porce
Mléko, mléčné výrobky: 2–3 porce
Ryby, maso, drůbež, vejce, luštěniny: 1–2 porce
Zelenina: 3–5 porcí
Ovoce: 2–4 porce
Obiloviny, rýže, těstoviny, pečivo: 3–6 porcí



Mléko, mléčné výrobky
Jedna porce – 1 sklenice mléka (250 ml),
1 kelímek jogurtu (200 ml), sýr (55 g)

Ryby, maso, drůbež, vejce, luštěniny
Jedna porce - 125 g drůbežního, rybního či jiného masa,
2 vařené bílky nebo miska sojových bobů,
porce sójového masa



Zelenina
Jedna porce – velká paprika, mrkev či 2 rajčata,
miska čínské zeli či salátu, půl talíře brambor
či sklenice neředěné zeleninové šťávy

Ovoce
Jedna porce – 1 jablko, pomeranč či banán (100 g), miska jahod,
rybízů či borůvek, sklenice neředěné ovocné šťávy



Obiloviny, rýže, těstoviny, pečivo
Jedna porce – 1 krajíc chleba (60 g), 1 rohlík či houska, 1 miska
ovocných vloček nebo müsli, 1 kopeček vařené rýže či vařených
těstovin (125 g)

První patro pyramid

Základem stravy by měly být produkty z obilnin. Patří sem pečivo, těstoviny, rýže, ovesné vločky, corn flakes, pohanka, knedlíky a kukuřičné výrobky. Tato potravinová skupina je bohatá na minerální látky, polysacharidy, vitamíny a vlákninu.

Denně bychom měli sníst: 3 – 6 porcí obilovin

Jedna porce například představuje:

- 1 krajíc chleba (60g)
- 1 rohlík či houska
- 1 kopeček vařené rýže či vařených těstovin (125g)
- 1 miska ovesných vloček nebo müsli

Druhé patro pyramid:

Druhé patro potravinové pyramidy je tvořeno ovocem a zeleninou.

Ovoce je kvalitním zdrojem vitamínů C, antioxidantů a vlákniny.

Zelenina je dobrým zdrojem vlákniny.

Denně bychom měli sníst: 2 – 4 porce čerstvého ovoce a 3 – 5 porcí čerstvé zeleniny

Jedna porce ovoce představuje:

- Jablko, pomeranč či banán (100g)
- Miska jahod, rybízu, borůvek
- Sklenice neředěné 100% ovocné šťávy

Jedna porce zeleniny představuje:

- Velká paprika, mrkev, dvě rajčata
- Miska čínského zelí či salátu
- Půl talíře brambor
- Sklenice neředěné zeleninové šťávy

Třetí patro pyramidy:

Třetí patro potravinové pyramidy tvoří mléko, mléčné výrobky, maso nebo masné výrobky, luštěniny, vejce a ryby.

Mléčné výrobky mají stejně jako ostatní potraviny živočišného původu, vysokou výživovou hodnotu. Mléko je zdrojem velmi kvalitních bílkovin, vitamínu A, D, B a minerálních látek, zejména vápníku.

Denně bychom měli sníst: 2 – 3 porce mléčných výrobků

Jedna porce představuje:

- Sklenice mléka (250ml)
- Kelímek jogurtu (200ml)
- Sýr (55g)

Význam masa ve výživě je značný. Maso je důležitá potravina především pro obsah plnohodnotných bílkovin. Maso je bohaté na minerální látky, zejména železo a zinek. V maso najdeme i vitamíny skupiny A, B a D.

Ryba v jakékoliv podobě by se měla objevit na jídelníčku optimálně dvakrát týdně.

Dále by ve stravě neměly chybět vejce. Doporučená spotřeba vajec se pohybuje okolo 4 – 6 vajec na osobu a týden.

Denně bychom měly sníst: 1 – 3 porce

Jedna porce představuje:

- 80g drůbežího, rybího či jiného masa
- 2 vařené bílky
- Miska sojových bobů
- Porce sojového masa

Sladkosti, tuky a sůl.

Sladkosti jsou zdrojem jednoduchých cukrů a tuků, a tudíž tělu slouží jako „prázdná energie“. Nepřináší tělu žádné jiné prospěšné látky, pouze energii.

Denní příjem soli by neměl přesáhnout 5g.

Tuky chrání orgány před nárazy a podílí se na regulaci teploty. Je ale důležité rozlišovat tuky rostlinné a živočišné.

2. Strava onkologicky nemocných

Nádorové onemocnění a léčba nemusí vždy způsobit potíže, které by nepříznivě ovlivnily příjem stravy.

Pacientům, jejichž onemocnění je provázeno některým z následujících problémů, jsou určeny rady, které mají za cíl zmírnit potíže spojené s léčbou a zlepšit stav výživy.

Nežádoucí účinky nádorového onemocnění a komplikace při příjmu výživy:

2.1 Nechutenství

2.2 Nevolnost a zvracení

2.3 Průjmy

2.4 Zácpa

2.5 Hubnutí

2.1 Doporučení při nechutenství

- Jezte pomalu, klidně, nespěchejte.
- Jezte malé porce jídla častěji, velké porce jídla chuť spíše potlačují.
- Jezte kdykoliv během dne i pozdě večer, není třeba dodržovat přesný a pevný časový harmonogram.
- Ke konzumaci jídla bohatého na bílkoviny a energii využívejte doby, kdy se cítíte lépe.
- Mějte po ruce vždy kousek či malou porci oblíbeného jídla.

- Vyvarujte se nápojům a pokrmům s nízkou energetickou hodnotou.
- Při nechutenství k masu používejte náhradní zdroje kvalitní bílkoviny – mléko, sýry, jogurty, vejce.
- Přidávejte k hlavním jídlům kousek ovoce, je dobře stravitelné a může zvýšit chuť na následující pokrm.
- Často jsou lépe snášena jídla studená, sladkosti, studené saláty, než jídla teplá.
- Sklenička alkoholu může zvýšit chuť, avšak pozor na kombinaci alkoholu s léky. Tuto možnost vždy konzultujte s lékařem.
- Jezte nejprve hlavní chod, nepijte v průběhu jídla. Vede to k pocitu plnosti bez odpovídajícího přívodu energie.

2.2 Doporučení při nevolnosti a zvracení

- Jezte v malých dávkách, častěji, 6 – 7x denně a vyvarujte se přejídání.
- Jezte pomalu, jídlo dobře rozžvýkejte, usnadňuje to trávení.
- Vyvarujte se jídla nejméně 2 hodiny před chemoterapií nebo radioterapií, pokud při ní pocítujete nevolnost nebo zvracíte.
- Jezte netučná, lehce stravitelná jídla – měkké ovoce, jogurty, tvaroh, kompoty, bílé pečivo, brambory, těstoviny, ryži.
- Vyhýbejte se velmi sladkým, aromatickým, kořeněným a tučným pokrmům.
- Lépe jsou snášena jídla pokojové teploty a chladnější.
- Vyhýbejte se jídlům s intenzivní vůní.

- Jezte v dobře vyvětrané místnosti, vyhýbejte se intenzivním zápachům, jako je kouř, parfémy, vůně při vaření pokrmů.
- Nepijte během jídla, počkejte s tím nejméně půlhodiny po jídle.
- Popíjejte během dne chlazené nápoje, ředěné ovocné šťávy, neperlivé vody, slabý, mírně slazený čaj.
- Zkuste zmrazit nápoj a cucat mražené kousky. Zkuste zmrazit ovoce.
- Zkuste popíjet nápoje pomocí brčka.
- Při opakovaném zvracení přerušete krátkodobě příjem tekutin i jídla a vyhledejte lékaře.
- Noste volný oděv, nevhodná je pevná guma v pase nebo opasek.

2.3 Doporučení při průjmech

- Jezte během dne malé porce jídla, častěji, v intervalech 2 – 3 hodin.
- Vyřadíte nadýmavou a špatně stravitelnou zeleninu.
- Omezte ovoce.
- Vhodné je bílé pečivo.
- Nevhodné je pečivo celozrnné, čerstvé kynuté pečivo, buchty a koláče.
- Omezte mléko a mléčné výrobky.
- Jezte vhodné potraviny bohaté na draslík a sodík – hovězí nebo kuřecí vývar, rybí maso, kuřecí maso, šunka, brambory, mrkev, banán, jablko, rýže.
- Není vhodná konzumace uzenin a tučného masa.
- Vhodné jsou vařené vejce.
- Vynechte smažená jídla a přepálené tuky.

- Nevhodné je ostré koření, jako je pepř, chilli, směsi koření na grilování.
- Jsou vhodné neperlivé nápoje, mírně slazený slabý černý čaj, zelený čaj, bylinné a ovocné čaje, káva bez kofeinu, ovocné a zeleninové šťávy v malém množství.
- Omezujte žvýkačky bez cukru a cukrovinky slazené sorbitolem, který může vést k průjmům.
- Vhodné jsou brambory, bramborová kaše, rýže, těstoviny, knedlíky a noky.

2.4 Doporučení při zácpě

- Pijte alespoň 2,5l tekutin denně, vhodné jsou ovocné šťávy, džusy, minerální vody, bylinné nebo ovocné čaje.
- Vypijte vždy půl hodiny před obvyklou dobou vyprazdňování teplý nápoj.
- Jezte denně ve stejnou dobu k navození pravidelného vyprazdňování.
- Jezte potraviny s vyšším obsahem vlákniny. Vhodná je syrová zelenina, ovoce – především druhy, které lze jíst se slupkou a se semeny. Dále kukuřičné lupínky, ovesné vločky a celozrnné potraviny.
- Zpočátku může zařazení většího množství vlákniny do stravy zvýšit nadýmání. Časem tyto nepříjemné příznaky vymizí.

- Proto se z počátku vyhýbejte jídlům či nápojům, které výrazně vedou k plynatosti.
- Věnujte se každodenní fyzické aktivitě a pravidelně cvičte.

2.5 Doporučení při hubnutí

- Snažte se zvýšit energetický obsah stravy. Toho dosáhnete přidáním malého množství tuku do hotových pokrmů nebo zařazením potravin s vyšším obsahem tuku do jídelního lístku.
- Do pokrmů můžete přidávat například máslo a rostlinné tuky, kvalitní rostlinné oleje, smetanu, šlehačku, sýry, mléko a

mléčné výrobky, vejce, med, džem, cukr a sušené ovoce.

- Snažte se zvýšit obsah bílkovin ve stravě. Zvýšení bílkovin ve stravě dosáhnete především konzumováním pestré stravy, která obsahuje bílkoviny rostlinného i živočišného původu.
- Stravu můžete obohatit o mléko, mléčné výrobky a vejce, maso, ryby, drůbež, ořechy, smetanu, obilné klíčky a luštěniny.
- Snažte se mít neustále u sebe některé potraviny, které použijete, kdykoliv se dostaví chuť k jídlu, například malé přesnídávky.

3. Celkové shrnutí

- Jezte pestrou stravu bohatou na bílkoviny, energii a vitamíny.
- Pokud máte problém s jídlem nebo hubnete, řiďte se následujícími radami:
- Vybírejte si kaloricky bohatá jídla a pochutiny, například mléko, jogurty, sýry, omáčky, smetanu a cukr. Tato jídla obsahují dostatek energie, kterou v nemoci potřebujete.
- Je lepší dát si pro začátek menší porci. Pohled na plný talíř může v někom vyvolat pocit plnosti, ačkoliv ještě nezačal jíst.
- V době probíhající chemoterapie se raději vyhněte svým nejoblíbenějším

pokrmům, abyste si k nim nevytvořili odpor.

- Nehovořte během jídla o tom, jak má člověk jíst a kolik váží.
- Krátká procházka venku v době vaření zvýší vaši chuť k jídlu a sníží se nevolnost z kuchyňského pachu.

Závěr

Pacienti s nádorovým onemocněním, kteří jsou v dobrém stavu výživy a udrží příjem stravy v průběhu onkologické léčby, mají proti špatně živeným nemocným tyto výhody:

- Lépe se vyrovnávají s vedlejšími účinky onkologické léčby.
- Jsou odolnější proti infekčním komplikacím.
- Mají nižší riziko pooperačních komplikací.
- Častěji mohou absolvovat celou protinádorovou léčbu.
- Jsou fyzicky silnější a sami se celkově cítí lépe než nemocní se špatnou životosprávou.
- Mají lepší kvalitu života.

Doufám, že tato brožurka vám pomohla blíže se seznámit s problematikou výživy a že vám poskytla dostatek informací a potřebné odpovědi na téma výživy u onkologických pacientů.

Lucie Blažková, DiS.



Tato brožura vznikla při psaní bakalářské práce, v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5

Text brožury schválen lékařkou interního oddělení Oblastní nemocnice Mladá Boleslav
MUDr. Miroslavou Lafkovou