

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO
PANKREATODUODENEKTOMII**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MARTINA JARTIMOVÁ

Praha 2019

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO
PANKREATODUODENEKTOMII**

Bakalářská práce

MARTINA JARTIMOVÁ

Stupeň vzdělání: Bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová PhD., MPH., RS

Praha 2019



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

JARTIMOVÁ Martina
3CVS

Schválení tématu bakalářské práce

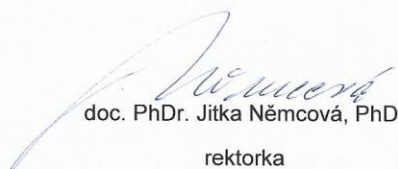
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta po pankreatoduodenektomii

Nursing Care Plan for a Patient after Pancreatoduodenectomy

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD.

V Praze dne 1. listopadu 2018


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, a veškeré literární zdroje, které jsem k práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne:

.....

Martina Jartimová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí bakalářské práce doc. PhDr. Anně Mazalánové PhD., MPH., RS. za odborné vedení bakalářské práce za cenné rady a připomínky při psaní bakalářské práce.

Dále bych také chtěla poděkovat pplk. MUDr. Luďkovi Hánovi za rady při realizaci práce, také bych chtěla poděkovat panu P.T., který mi svým souhlasem umožnil zpracování potřebných informací a tím sepsání bakalářské práce.

ABSTRAKT

JARTIMOVÁ, Martina. *Ošetrovatelský proces u pacienta po pankreatoduodenektomii.* Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová PhD., MPH., RS. Praha. 2019. 76 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u dospělého pacienta po pankreatoduodenektomii. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část práce charakterizuje dané onemocnění, rizikové faktory, příznaky karcinomu pankreatu, vyšetřovací metody, terapii. V závěru teoretické části je zmíněno sledování nemocného po léčbě, které je velmi důležité.

Stěžejní částí práce je praktická část, která obsahuje ošetrovatelský proces u konkrétně vybraného pacienta s karcinomem pankreatu na chirurgickém oddělení. K vytvoření praktické části práce jsem zvolila funkční model dle Marjory Gordon, kde jsem rozpracovala a popsala subjektivní a objektivní problémy pacienta. Ty jsem následně zpracovala do aktuálních a rizikových ošetrovatelských diagnóz podle NANDA I. Taxonomie II. U vybraných ošetrovatelských diagnóz, které dle mého názoru nejvíce ohrožují pacienta, jsem stanovila ošetrovatelské cíle, následně byl vytvořen plán ošetrovatelských intervencí, zdokumentována realizace ošetrovatelských diagnóz a zhodnocení ošetrovatelských krátkodobých a dlouhodobých cílů.

Klíčová slova

Ošetrovatelský proces. Sestra. Karcinom pankreatu. Pankreatoduodenektomie. Chirurgie.

ABSTRACT

JARTIMOVÁ, Martina. *Nursing Care Plan for a Patient after Pankreatoduodenectomy*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. PhDr. Anna Mazalánová PhD., MPH., RS. Praha. 2019. 76 pages.

The topic of this bachelor thesis is the post nursing process of an adult patient who has undergone a pancreatoduodenectomy. The thesis is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part is characterized by the given disease, risk factors, signs of pancreatic cancer, examination methods and therapy. At the conclusion of the theoretical part, there is a mention of the follow-up of the patient after treatment, which is extremely relevant.

The central part of the practicum includes the practical part, which contains the post nursing process in a specifically selected patient with pancreatic cancer in surgical separation. In creating a practical part of my thesis work I chose a functional model according to Marjory Gordon, where I elaborated and described both the subjective and objective problems of the patient. Following, I then processed these into actual and risk nursing diagnoses according to NANDA I. Taxonomy II. In the selected nursing diagnoses, which in my opinion are the most threatening to the patient, I set a nursing goal, then created a plan of nursing interventions, documented implementation of nursing diagnoses and evaluation of short-term and long-term nursing staff.

Keywords

Nursing proces. Nurse. Pancreatic cancer. Pancreatoduodenectomy. Surgery.

Obsah

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	VIII
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ	XI
SEZNAM TABULEK.....	XIII
Tabulka 1 – Identifikační údaje pacienta	XIII
ÚVOD.....	18
1 KARCINOM PANKREATU	21
1.1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ.....	21
1.2 RIZIKOVÉ FAKTORY ONEMOCNĚNÍ.....	22
1.3 PŘÍZNAKY KARCINOMU PANKREATU	23
1.4 DIAGNOSTIKA NÁDORU PANKREATU.....	25
1.4.1 ABDOMINÁLNÍ SONOGRAFIE (SONO).....	25
1.4.2 ENDOSKOPICKÁ UTRASONGRAFIE (EUS).....	25
1.4.3 VÝPOČETNÍ TOMOGRAFIE (CT).....	26
1.4.4 PUNKCE NA CYTOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ.....	27
1.4.5 ONKOMARKERY	27
1.4.6 MAGNETICKÁ REZONANCE A MAGNETICKÁ REZONANČNÍ CHOLANGIOPANKREATIKOGRAFIE (MR A MRCP).....	27
1.4.7 ENDOSKOPICKÁ RETROGRÁDNÍ CHOLANGIOPANKREATOGRAFIE (ERCP)	28
1.5 TERAPIE	28
1.5.2 ONKOLOGICKÁ LÉČBA	29
1.5.3 CHIRURGICKÁ LÉČBA.....	30
1.6 SLEDOVÁNÍ NEMOCNÉHO PO LÉČBĚ – DISPENZARIZACE (chirurgové, onkologové, gastroenterologové).....	31
1.6.1 SLEDOVÁNÍ MALNUTRICE U ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ 32	
1.6.2 LÉČBA NÁDOROVÉ BOLESTI.....	33
2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA PO OPERAČNÍM ZÁKAROKU – PANKREATODUODENEKTOMII	34
2.1 KAZUISTIKA NEMOCNÉHO	35
2.1.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA:	35
2.1.2 ANAMNÉZA.....	36
2.1.3 POSOUZENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU ZE DNE 16. 10. 2018:.....	40

2.1.4	AKTIVITA DENNÍHO ŽIVOTA:	44
2.1.5	POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU ZE DNE 16. 10. 2018:	49
2.1.6	POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU	52
2.1.7	UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II 54	
2.2	MEDICÍNSKÝ MANAŽMENT:	64
	ORDINOVANÁ VYŠETŘENÍ z 16. 10. 2018:.....	64
2.2.1	VÝSLEDKY LABORATORNÍCH HODNOT 16. 10. 2018	64
2.2.2	KONZERVATIVNÍ LÉČBA:.....	65
2.2.3	MEDIKAMENTOZNÍ LÉČBA:	66
2.3	SITUAČNÍ ANALÝZA z 16. 10. 2018.....	67
2.4	STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNOZ A JEJICH SEŘAZENÍ DLE PRIORIT	69
	AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:	69
	RIZIKOVÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:	70
	AKTUÁLNÍ BOLEST – 00132.....	70
	PORUŠENÁ TKÁŇOVÁ INTEGRITA – 00044.....	73
	HLADINA GLUKÓZY V KRVÍ – 00179	76
	RIZIKO INFEKCE – 00004	78
	RIZIKO PÁDU – 00155	80
	RIZIKO BEZMOCNOSTI – 00152.....	82
2.5	CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE....	85
2.6	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	86
ZÁVĚR.....		88
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY		90
PŘÍLOHY		93
EDUKACE		III
	EDUKACE PACIENTA O POOPERAČNÍ PÉČI A O DIETNÍM REŽIMU	III
	EDUKACE V PÉČI O DRÉN.....	IV

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ALP – alkalická fosfatáza

ALT - alaninaminotransferáza

AMS – amyláza pankreatická

APTT –Aktivovaný parciální tromboplastinový test

AST – aspartátaminotransferáza

ATB – antibiotika

Bilat. – bilaterálně

BMI - index tělesné hmotnosti

Ca – vápník

cm – centimetr

CRP – C – reaktivní protein

CVP - centrální žilní tlak

CŽK - centrální žilní katetr

č. – číslo

DF – dechová frekvence

DK – dolní končetiny

DM – diabetes mellitus

EDK - epidurální katetr

EKG – elektrokardiograf

FNAB - aspirační biopsie

g – gram

GMT – gamaglutamyltransferáza

g/l – gramů na litr

INR -protrombinový poměr

i.m. –*intramuskulární podání*

i.v. – intravenózní podání

JIP – jednotka intenzivní péče

JT – jaterní testy

KO – krevní obraz

l – litr

min – minuta

ml – mililitr

mmol/l – milimolů na litr

NSJ –*nasojejunální sonda*

P – pulz

Per os – perorální podání

PMK – permanentní močový katetr

p.o. – perorální podání

PŽK – periferní žilní katetr

RTG – rentgenové vyšetření

s.c. – subkutánní podání

str. – strana

t.č. – toho času

TEN – tromboembolická nemoc

TK – krevní tlak

TT – tělesná teplota

tvz. – takzvaně

USG – sonografické vyšetření

VAS -vertebrogenní algický syndrom

(HUGO, VOKURKA, FIDLEROVÁ, 2016)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abnormální – odchylný od normy

Asymptomatická – bezpříznakový, přesněji bez klinicky patrných příznaků

Atrofie – zmenšení normálně vyvinutého orgánu

Cyanóza – namodralé zbarvení kůže a sliznic, které je důsledkem nedostatku kyslíku v krvi

Cytologie – věda studující buňku (její strukturu, funkce, apod.)

Difuze - rozptýlený

Dilatace– rozšíření, rozšíření dutého orgánu

Diseminace – rozsev, např. nádoru, infekce

Dispenzarizace – pravidelný lékařský dohled nad pacientem trpícím určitou chorobou

Epidemiologie – věda zabývající se studiem výskytu chorob a faktory, které jej ovlivňují

Exantém - vyrážka

Expanzita – růst určitého útvaru, který utlačuje okolní struktury

Grading – zhodnocení stupně malignity nádoru

Histologie–věda zabývající se studiem mikroskopické struktury orgánů a tkání, ať zdravých, nebo postižených nemocí

In situ –v místě, v přirozené poloze

Incidence – počet nově vzniklých případů daného onemocnění za jeden rok

Inervace – zásobování nervovými vlákny

Infiltrace – vnikání, prostoupení, prosakování

Latentní – skrytý, bezpříznakový

Manifestace – projevení onemocnění dosud skrytého

Neoplazma – novotvar (nádor, tumor)

Nutrice - výživa

Prevalence – počet všech případů určitého onemocnění vztahený obvykle na 100 000 obyvatel a kalendářní rok

Prognóza – předpověď průběhu a zakončení nemoci

Recidiva – návrat nemoci

Rezidum – zbytkový, doznívající

Superkonziliární péče – odborné lékařská péče na pracovišti, které je schopno řešit komplikované a méně běžné stavy a situace

Symptom - příznak

(KAŠÁKOVÁ, VOKURKA, HUGO, 2015)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Identifikační údaje pacienta

Tabulka 2 – Utřídění informací dle domén NANDA I TAXONOMIE II

Tabulka 3 – Laboratorní výsledky krevních hodnot – biochemické vyšetření

Tabulka 4 - Laboratorní výsledky krevních hodnot – hematologické vyšetření

Tabulka 5 – Fyziologické funkce

Tabulka 6 - Medikamentózní léčba

ÚVOD

Tématem bakalářské je „Ošetrovatelský proces u pacienta po pankreatoduodenektomii. Otázka týkající se této problematiky je v poslední době stále více aktuální, neboť se s pacienty tohoto onemocnění setkáváme mnohem častěji.

Cílem mé bakalářské práce je zpracování konkrétní případové studie ošetrovatelské péče o pacienta P.T. po resekčním výkonu pankreatoduodenektomii. Pacient podstoupil tento náročný výkon v Ústřední vojenské nemocnici v Praze. Tato nemocnice patří mezi vysoce specializovaná pracoviště zaměřující se na onemocnění pankreatu, dále vyniká v chirurgii jater, žlučových cest a u pankreatu poskytuje superkonziliární péči. Téma jsem si vybrala právě pro vysoce odbornou péči na daném pracovišti. Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. První část je teoretická, kde se v klinické stati budeme zabývat charakteristikou nemoci, epidemiologií, rizikovými faktory, vyšetřovacími metodami a léčbou. Ve druhé kapitole se zabývám popisem novotvarů. Dále pak léčbou bolesti, paliativní péčí a nutricí pacienta.

V teoretické části jsou stanoveny následující cíle:

- Cíl 1:** Za pomoci odborné literatury zpracovat dané onemocnění
- Cíl 2:** Zpracovat specifika ošetrovatelské péče u pacienta po pankreatoduodenektomii
- Cíl 3:** Informovat čtenáře o závažnosti tohoto onemocnění

Praktická část tvoří tematický celek týkající se popisu ošetrovatelského procesu a jeho následné zpracování na daného pacienta. Budou stanoveny ošetrovatelské diagnózy a sestaven ošetrovatelský plán, který následně zrealizujeme a vyhodnotíme, dle získaných informací od pacienta od rodinných příslušníků, členů ošetrovatelského teamu a ze zdravotnické dokumentace.

V praktické části jsou stanoveny následující cíle:

- Cíl 1:** Zpracování konkrétní případové studie

Cíl 2: Určit aktuální a rizikové ošetrovatelské diagnózy a následné rozpracování nejdůležitějších ošetrovatelských diagnóz, které nejvíce ovlivňují pacienta během hospitalizace

Vstupní literatura

VYTEJČKOVÁ, Renata, Petra SEDLÁŘOVÁ, Vlasta WIRTHOVÁ, Iva OTRADOVCOVÁ a Lucie KUBÁTOVÁ, 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada Publishing, Sestra. ISBN 978-80-247-3421-7.

ŠPIČÁK, Julius, 2008. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1783-8.

LATA, Jan, Jan BUREŠ a Tomáš VAŇÁSEK, 2010. *Gastroenterologie*. Editor Lubomír HOUDEK. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-692-2.

Popis rešeršní strategie

První fáze vyhledávání byla uvedena a definována klíčová slova. Vyhledávání odborné literatury, která byla následně zpracována pro vytvoření bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta po pankreatoduodenektomii, proběhlo v období prosince 2018 až do ledna 2019. Časové vymezení v anglickém a českém jazyce bylo zvoleno od roku 2008, až po současnost. Rešerše byla zpracována v Národní lékařské knihovně s využitím katalogů Medvik. Pro vyhledávání byla vymezena a definována klíčová slova v českém jazyce: ošetrovatelský proces, sestra, karcinom pankreatu, pankreatoduodenektomie, chirurgie. V anglickém jazyce byla pak definována klíčová slova: nursing care plan, nurse, pancreatic cancer, pankreatoduodenectomy, surgery. Pomocí rešerše bylo vyhledáno 42 českých zdrojů, z toho 31 článků a 11 knižních titulů. V anglickém jazyce bylo dohledáno 29 záznamů. Základním kritériem bylo nalezení knih, akademických prací, článků, webových stránek s časovým vymezením. Základním kritériem bylo nalezení knih, článků, akademických prací a webových stránek s časovým vymezením od roku 2008 po současnost. Pro realizaci bakalářské práce bylo využito 24 knižních zdrojů, 1 odborný časopis, 3 odborné internetové články.

Celkem bylo využito k práci 28 informačních zdrojů. V bakalářské práci je využit jeden literární zdroj starší než li 10 let. Zdroj je uveden a využit pro jeho specifickou odbornost a důkladné zpracování celé diagnózy.

1 KARCINOM PANKREATU

Karcinom pankreatu je závažné onemocnění, jehož incidence v posledních letech neustále roste. Toto onemocnění za posledních 20 let vykazuje neuvěřitelný nárůst a to o 300%. Často se setkáváme s pacienty trpícími tímto onemocněním již ve věku od 45. let. Nejčastější výskyt je však u starších pacientů ve věku 55 až 85 let. Tento neobvykle rychle rostoucí nádor je charakterizován krátkým přežíváním nemocných. Většina pacientů od stanovení diagnózy do roka umírá. Karcinom pankreat může být lokalizován ve všech třech částech slinivky břišní. Karcinom pankreatu postihuje nejvíce socioekonomicky vyspělé země: Japonsko, západní Evropu a USA, Česká republika se také bohužel řadí na přední příčky ve výskytu tohoto onemocnění (LATA, et al., 2010), (KLENER, 2011).

1.1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

Karcinom pankreatu je velmi závažné onemocnění. Jeho první příznaky obvykle rozpoznáme až při rozvinuté nemoci. Karcinom pankreatu je čtvrtou nejčastější příčinou úmrtí na nádorové onemocnění (BUREŠ et al. 2014), (KLENER, 2011).

Karcinom pankreatu patří mezi velmi agresivní maligní nádory trávicího traktu. V tumoru chybí morfologicky lalůčková úprava, je neostře ohraničený, makroskopicky šedobělavý, tuhé konzistence a často se šíří invazivně do okolních struktur. Často je onemocnění doprovázeno tvorbou metastáz. Karcinom pankreatu metastazuje lymfatickou cestou do peripankreatických uzlin, do jater metastazuje hematogenně a šíří se také perineurálně (KLENER, 2011), (VORLÍČEK et al. 2012).

Co se týká lokalizace karcinomu pankreatu, je rozložení následovné - v hlavě pankreatu se nachází v 60-ti %, v těle pankreatu je výskyt 15% v ocasu pankreatu vzniká 5% výskytu karcinomu. Další možností je difuzní postižení slinivky, toto zaznamenáváme ve 20% případů (LATA, et al. 2010).

Jako jedinou metodou vedoucí k potencióálnímu vyléčení či významnému prodloužení přežívání je radikální chirurgický výkon. Resekuje se postižená část slinivky a provádí se lymfadenektomie – tedy odstranění spádové lymfatické tkáně. U karcinomu pankreatu existují tři možné resekční výkony podle lokalizace nádoru. Při lokalizaci nádoru v hlavě pankreatu je adekvátním chirurgickým výkonem proximální hemipankreatoduodenektomie, někdy označována také jako pankreatoduodenektomie. Často užívaná zkratka tohoto chirurgického výkonu je PDE. Při karcinomu v oblasti těla a kaudy pankreatu se provádí levostranná pankreatektomie – LPE. Nacházíme i takové rozšíření nádoru (difúzní postižení), kdy je nezbytné provést odstranění celé slinivky duodena. Tento výkon nazýváme jako totální pankreatektomie – TPE (ZAVORAL, 2005), (LATA, et al., 2010).

1.2 RIZIKOVÉ FAKTORY ONEMOCNĚNÍ

Etiopatogeneze karcinomu pankreatu je nejasná, v drtivé většině případů je časné stádium asymptomatické.

Věk je asi jedním z nejsilnějších rizikových faktorů. Se zvyšujícím se věkem roste i pravděpodobnost vzniku karcinomu pankreatu. Nádor slinivky břišní se obvykle vyskytuje kolem 60 roku. Vyšší procento vzniku tohoto onemocnění je u mužů, v posledních studiích se udává až 1,3 krát vyšší výskyt u muže. Při diagnostikování onemocnění v mladším věku máme podezření na primární genetickou příčinu. Rizikové faktory tohoto onemocnění dělíme na zevní a vnitřní (ŠPIČÁK, 2008), (KLENER, 2011).

Mezi faktory vnitřního neboli endogenního prostředí patří chronická pankreatitida, která trvá více jak 15 let - tím je rizikovzniku karcinomu pankreatu zvýšeno až 16 krát proti běžné populaci. Diabetes mellitus je dalším vnitřním rizikovým faktorem, karcinom pankreatu postihuje především pacienty s diabetem druhého typu. Studie publikovaná v roce 2001 ukazuje, že pětileté a víceleté trvání diabetu zvyšuje až dvakrát relativní riziko karcinomu pankreatu. Další rizikové faktory mohou být také: stav po gastrektomii, onemocnění žlučníku

a žlučových cest, stav po cholecystektomii, hormonální vlivy, hereditární pankreatitida (ZAVORAL 2005), (BUREŠ, et al., 2014).

Mezi faktory zevního prostředí neboli exogenní faktory hraje velkou roli kouření cigaret. Kouření cigaret je jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů, ale zároveň také nejsnadněji odstranitelným rizikovým faktorem. Aktivní kuřáci zvyšují své riziko vzniku karcinomu pankreatu, až trojnásobně. U pasivních kuřáků není kouření potvrzeno jako samostatný rizikový faktor pro vznik tohoto onemocnění. Konzumace alkoholu podle dvou velkých studií provedených ve Spojených státech amerických nebyla označena jako rizikový faktor, asociace mezi pitím alkoholu a vyšším rizikem vzniku karcinomu pankreatu nebyla prokázána. Alkohol má ale velký vliv na vznik chronické pankreatitidy a chronická pankreatitida je významným rizikovým faktorem pro vznik malignity slinivky břišní. Složení stravy a dietní návyky hrají také velkou roli. Lidé s vysokým BMI a obezitou vykazují zvýšenou hodnotu cholesterolu, při které se také zvyšuje riziko vzniku onemocnění. Nadměrný příjem masa, cholesterolu a smažené pokrmy také zvyšují pravděpodobnost výskytu nádorů slinivky břišní. Bohatý příjem zeleniny, ovoce, vitamínu C a vlákniny působí protektivně (ZAVORAL 2005), (BUREŠ, et al., 2014).

1.3 PŘÍZNAKY KARCINOMU PANKREATU

Klinická symptomatologie rakoviny pankreatu je velmi nevýrazná a v prvních fázích onemocnění obtížně zjištělná. Počáteční příznaky jsou obvykle zcela nespecifické a subtilní a tak jim pacienti často nevěnují pozornost. Příznaky mohou trvat i několik měsíců. Pacienti jsou často zcela bez obtíží, nebo popisují jen malé nenápadné obtíže, a tím se obvykle diagnostika tumoru pankreatu často posouvá na dobu, kdy je onemocnění již v pokročilém stádiu. Obtíže u nádorů slinivky břišní nastupují, až ve chvíli, kdy tumor svým růstem utlačuje okolní anatomické struktury (LATA, 2010), (VORLÍČEK, 2012).

První známkou karcinomu pankreatu je dlouhotrvající bolest, která často vyzařuje od horní části břicha až do zad, snížená chuť k jídlu, slabost, únava,

nevolnost či časté zvracení. Velmi často se onemocnění manifestuje bezbolestnou žloutenkou a výrazným úbytkem hmotnosti (KLENER, 2011).

Karcinom pankreatu může být lokalizován ve všech třech hlavních částech pankreatu. Karcinom v hlavě pankreatu se projevuje triádou příznaků, a to bolestí, úbytkem na váze a progredujícím ikterem. Tumor, který roste v hlavě pankreatu, může zablokovat odchod žluče do střeva, a tím vznikne žloutenka (ikterus) kůže a sklér, moč je tmavá a stolice světlá, acholická. Obstrukční ikterus je jedním ze symptomů až v 85% nemocných (Gastroenterologie a hepatologie. 2012, 66, č. 5, 351 – 352s.), (DYLEVSKÝ, 2019).

Karcinom lokalizovaný v těle nebo v ocasu může dosahovat velkých rozměrů zcela bez příznaků. Pacienti často udávají bolest v okolí bederní páteře a v první řadě vyhledávají ortopeda či neurologa. Bolesti jsou ze začátku nevýrazné a tupé, postupně jsou intenzivnější až dokonce nesnesitelné. Karcinom prorůstá i do okolních struktur a tím může produkovat bolest v epigastriu a v zádech. Bolest je způsobena útlakem nervových drah. Pacienti vyhledávají polohu v sedě. Progresivní váhový úbytek také může být příznakem karcinomu lokalizovaného v těle nebo ocasu (ZAVORAL, 2005), (ČIHÁK, 2011).

Karcinom roste většinou infiltrativně do okolí, prorůstá do cév duodena, žaludku a tenkého střeva. Metastazuje především do regionálních uzlin a do jater v pokročilém stádiu onemocnění dochází k nádorové diseminaci na peritoneum. Klinický obraz onemocnění je naprosté většině případů podmíněn prorůstáním nádorů do okolních struktur (ZAVORAL, 2005, str.99).

1.4 DIAGNOSTIKA NÁDORU PANKREATU

Jako diagnostika karcinomu pankreatu se nejvíce uplatňují zobrazovací metody, ale neustále hledáme metody, které by mohly karcinom pankreatu odhalit již v časném stádiu. Mezi zobrazovací metody pro diagnostiku karcinomu pankreatu řadíme: SONO, EUS, CT, MR a MRCP. Dále se nám nabízí možnost odebrání periferní krve na onkomarkery a punkce na cytologické vyšetření. Doplňková zobrazovací metoda je ERCP, která nám většinou neslouží jako diagnostická metoda, ale pouze k léčbě vzniklého obstrukčního ikteru.

1.4.1 ABDOMINÁLNÍ SONOGRAFIE (SONO)

Při podezření na onemocnění karcinomu pankreatu je prvním z vyšetření ze zobrazovacích metod. Tato volba je podmíněná dostupností, bezpečností a výrazně nízkými náklady USG. Pokud není kvalita vyšetření zhoršena velkým množstvím střevních plynů, může USG spolehlivě zobrazit břišní slinivku s hlavním pankreatickým vývodem, játra, žlučník, žlučový strom a parapankreatické cévní struktury (ZAVORAL, 2005, str. 104).

Při vyšetření ultrazvukem je použita frekvence 1 – 10 MHz. Ultrazvuk může být použit libovolně často a na nemocného nemá žádné škodlivé účinky. Speciální příprava pacienta na abdominální sonografii nutná není, doporučuje se pouze před vyšetřením lačnit (VYTEJČKOVÁ et al., 2015).

1.4.2 ENDOSKOPICKÁ UTRASONOGRAFIE (EUS)

Endoskopickou ultrasonografií pankreatu považujeme za nezastupitelnou vyšetřovací metodu, předoperačně je jednou z metod ke stanovení staging karcinomu slinivky břišní (popisuje lokalizaci a velikost nádoru). *U nádorů větších než 2cm je detekace pomocí EUS 100%, avšak u malých nádorů do 2cm klesá diagnostická přesnost endosonografického zobrazení méně než 30%. Endosonografický obraz karcinomu pankreatu je charakterizován*

hypoechogenní nebo smíšenou (hypoechogenní i hyperechogenní) tkání nádorové masy s neostrými i nepravidelnými okraji (ZAVORAL, 2005, str. 108). Umožňuje nám provést cílenou punkci pankreatu tenkou jehlou a získat vzorek pankreatické tkáně – aspirační biopsie (Fine Needle aspiration Biopsy - FNAB). Vzorek je následně odeslán k morfologickému vyšetření. Podmínkou je zavedení tenké jehly do nádorového ložiska. Citlivost metody je asi 83%, nejčastější komplikací je krvácení po extrakci jehly (BUREŠ, et al., 2014).

Endoluminární sonografie byla do praxe uvedena roku 1989. Jde o vyšetření trávicího traktu ultrazvukovou sondou. Sonda se zavádí ústy do jícnu, žaludku a duodena, kde je pak sonda vzdálená jen několik milimetrů od slinivky břišní. Pacienti musí být před výkonem lační. V den výkonu před vyšetřením dostává pacient premedikaci od ošetřujícího lékaře, dle příslušných standardů. Pacient během vyšetření leží na vyšetřovacím stole na boku (ZEMAN, KRŠKA, 2011), (ČOUPKOVÁ, SLEZÁKOVÁ, 2010).

1.4.3 VÝPOČETNÍ TOMOGRAFIE (CT)

CT vyšetření má důležité postavení v diagnostice karcinomu pankreatu. Oproti ultrasonografii má výpočetní tomografie lepší prostorovou orientaci, podrobnější a přesnější určení vztahu pankreatu k okolním strukturám a orgánům. Podrobně zobrazuje jednotlivé části těla po vrstvách. Výpočetní tomografie nám umožňuje určit charakter tkáně pomocí denzitního čísla. Denzitní číslo nám napomáhá rozlišit nádorovou tkáň od cyst, pseudocyst či abscesů. Nevýhodou výpočetní tomografie je vystavování nemocného ionizujícímu záření, protože CT vyšetření využívá k diagnostice rentgenového záření. Při vyšetření cév a parenchymových orgánů se pro zvýraznění používá jódová kontrastní látka. U karcinomu pankreatu zjišťujeme tímto vyšetřením rozsah onemocnění, tedy předoperační staging, hodnotíme podle něj resekabilitu nádoru, infiltraci sousedních orgánů a také přítomnost vzdálených metastáz (ZAVORAL, 2005), (ZEMAN, KRŠKA, 2011).

1.4.4 PUNKCE NA CYTOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Získání vzorku tkáně z podezřelé pankreatické masy, obsahu cystické léze a také z regionálních lymfatických uzlin či ložisek v játrech ovlivňuje další vyšetřovací a léčebný postup. Je součástí předoperačního vyšetřování nádorového onemocnění, stejně jako je podmínkou zahájení paliativní chemoterapie. Cytologické nebo bioptické vyšetření je možno provést ze vzorku získaného perkutánní cestou (pod kontrolou USG, CT), retrográdně z vývodných systémů biliárního a pankreatického (ERCP) nebo transluminárně (EUS) (HUDCL, 2012).

1.4.5 ONKOMARKERY

Laboratorní vyšetření krve může odhalit řadu nespecifických patologických hodnot, jako například anémii, zvýšenou sedimentaci červených krvinek, zvýšenou hladinu cukru v krvi a zvýšené jaterní testy. Pro karcinom pankreatu je typická zvýšená hladina onkomarkerů, zejména CA 19-9 a CEA. Zvýšené hodnoty těchto onkomarkerů mohou být i u jiných nádorových i nenádorových onemocnění, proto se tato metoda nepoužívá k diagnostice, ale ke sledování efektu dané léčby. Hodnoty CEA jsou z většího procenta lidí pozitivní při pokročilém stadiu nemoci. U nemocných v časném stádiu nemoci stoupá CEA jen u 15% nemocných (KLENER, 2011).

1.4.1 MAGNETICKÁ REZONANCE A MAGNETICKÁ REZONANČNÍ CHOLANGIOPANKREATIKOGRAFIE (MR A MRCP)

Je doplňková metoda zobrazující žlučové cesty a vývodný systém slinivky. Výsledky jsou srovnatelné s ERCP a CT dohromady, ale studie Japonce Anigamy ukázala, že magnetická rezonance může být dokonce přesnější než CT při stanovení diagnózy u malých nádorů. Pro pacienty se jedná o nezatěžující vyšetření. Při magnetické rezonanci nevystavujeme pacienta rentgenovému

záření a jeho výhoda je i ve zobrazení orgánů bez aplikace kontrastní látky (KLENER, 2011), (HUDCL 2012).

1.4.7 ENDOSKOPICKÁ RETROGRÁDNÍ CHOLANGIOPANKREATOGRAFIE (ERCP)

Doplňková zobrazovací metoda. Není vhodnou volbou metody diagnostiky u tumor pankreatu, využíváme jí k zobrazení nebo terapii obstrukčního ikteru. ERCP volíme až na základ předchozího vyšetření. Jedná se o kombinaci endoskopického a rentgenového vyšetření vývodných cest pankreatu a žlučových cest. Vyšetření řadíme mezi invazivní zobrazovací metody. Tato vyšetřovací metoda nese i poměrně vysoké riziko komplikací, které se mohou přihodit při vyšetření. Mezi nejčastější komplikace vznikající v souvislosti s ERCP vyšetřením jsou perforace duodena, krvácení a tzv. post ERCP pankreatitida (ŠPIČÁK 2008), (ZAVORAL, 2005).

Endoskop je pacientovi zaveden přes ústa, jícen, žaludek až do duodena. Endoskopem je aplikována kontrastní látka do žlučových cest a pankreatického vývodu. Následně je za pomoci rentgenového záření zobrazena danou oblast. ERCP nám umožňuje odběr vzorku tkáně, provádíme plánovanou biopsii, vzorek tkáně odesíláme k dalšímu vyšetření na cytologii.

1.5 TERAPIE

Jedinou kauzální léčbou pro karcinom pankreatu je chirurgická léčba, ostatní metody vedou pouze k prodloužení délky přežívání, nikoli k vyléčení onemocnění. Metody pro léčbu karcinomu pankreatu je endoskopická léčba, onkologická léčba, a nebo již výše uvedená chirurgická léčba (VORLÍČEK, et al., 2012, (LATA et al. 2010).

1.5.1 ENDOSKOPICKÁ LÉČBA

Převážná část nemocných přichází k lékaři již v pokročilém stádiu onemocnění, ve kterém radikální chirurgické výkony již nejsou možné provést, a tak pacient podstupuje pouze endoskopickou léčbu.

Endoskopická neřeší kauzálně příčinu onemocnění, jde tedy pouze o symptomatickou léčbu. Endoskopické metody, konkrétně ERCP se využívá k řešení obstrukčního ikteru, který je příznakem pokročilého stádia onemocnění. Obstrukční ikterus je způsoben tlakem či prorůstáním tumoru do žlučových cest (ZAVORAL, 2005)

Na endoskopickém pracovišti se provádí zavedení biliární drenáže. Jedná se o stent, který zprůchodňuje stenotické místo žlučovodu. Příprava pacienta je shodná jako při běžném ERCP. *Ve srovnání s chirurgickým bypassovým výkonem se endoskopická drenáž jeví i v metaanalýzách jako bezpečnější a efektivnější. Při obdobném iniciálním úspěchu je míra komplikací a doba přežití srovnatelná ve prospěch endoskopické intervence pak šetří náklady na léčbu a dobu hospitalizace* (ZAVORAL, 2005, s. 158).

1.5.2 ONKOLOGICKÁ LÉČBA

Onkologická léčba při onemocnění pankreatu nemá dostatečné výsledky, a tak se nedostává do popředí v léčbě karcinomu pankreatu. V literatuře nacházíme i studie o tom, že onkologická léčba zlepší kvalitu života nemocného. Onkologové nejčastěji využívají k léčbě gemcitabin, capecitabinu či kombinaci FOLFIRINOX (ZAVORAL, 2005).

Rozdělujeme tzv. adjuvantní a neoadjuvantní terapii. Adjuvantní terapii používáme jako doplňující, zajišťovací terapii po chirurgickém odstranění nádoru. Neoadjuvantní terapii využíváme pro zmenšení nádoru, nebo snížení jeho biologické aktivity. Neoadjuvantní léčba často umožňuje odstranění původně inoperabilních nádorů (VORLÍČEK, 2012).

1.5.3 CHIRURGICKÁ LÉČBA

Chirurgická léčba je jedinou možnou nadějí na dlouhodobé přežívání pro nemocného s karcinomem pankreatu. V současné době je radikální chirurgický výkon jediným řešením, které nemocnému přináší naději na vyléčení. Možnost provedení resekce pankreatu samozřejmě závisí na mnoha faktorech, které musí chirurg posoudit a zhodnotit. Většina pacientů přichází k lékaři pozdě a pouze 20 – 30% všech pankreatických karcinomů jsou řešitelné chirurgicky. Chirurg hodnotí velikosti a lokalizaci nádoru, přítomnost zvětšených lymfatických uzlin, přítomnost metastáz, výsledek předoperační histologie. Dle zhodnocení uvedených faktorů se poté volí rozsah a typ operačního výkonu.

U operabilního karcinomu lokalizovaného v hlavě pankreatu je metodou volby pankreatoduodenektomie, ať už pylorus šetřící (sec. Traverso - Longmire), či s resekcí pyloru (sec. Whipple) (ZEMAN, 2011).

Při lokalizaci nádoru v hlavě slinivky břišní provádíme pankreatoduodenektomii. Výkon začíná revizí dutiny břišní a aspekci jater pro vyloučení makroskopických metastáz, které jsou kontraindikací tohoto chirurgického zákroku. Po odstranění žlučníku operatér prohlíží pankreas. K pankreatu se operatér dostává z předního přístupu po protnutí gastrokolického ligamenta a po uvolnění dvanáctníku. Při prorůstání nádoru do portální či horní mesenterické žíly je nutné provést žilní resekci s vynucenou cévní anastomózou. V současné literatuře jsou též zvažovány resekce arteriální při prorůstání tumoru do tepen, efekt těchto resekci však nebyl zatím prokázán. V dalším kroku operatér přistoupí k resekci hlavy slinivky. Důležitou součástí operace je odstranění spádových lymfatických uzlin. V dalších fázích operace je nutné provést obnovení střevní kontinuity, napojení pahýlu ocasu pankreatu, žaludku a žlučovodu na tenké střevo (ZEMAN, 2011), (ZAVORAL, 2005).

Dalším typem operace, konkrétně při lokalizaci tumoru v těle a ocasu pankreatu, je levostranná pankreatektomie v případě karcinomu pankreatu s provedením splenektomie. Levostranná pankreatektomie se provádí méně často, neboť se klinické symptomy projeví většinou pozdě a k operaci je tedy

indikováno pouze 10% pacientů. U většiny nemocných, kterým je diagnostikován karcinom v těle či kaudě pankreatu, je často přítomno metastatické postižení, či prorůstání tumoru do ostatních orgánů. Levostranná pankreatektomie spočívá v protnutí pankreatu v krčku a následném odstranění těla a ocasu pankreatu. Součástí levostranné pankreatektomie je také odstranění lymfatických uzlin a již výše uvedené odstranění sleziny (ZEMAN, 2011), (ZAVORAL, 2005).

Totální pankreatektomie je indikována v případech, kdy lokalizace nebo velikost tumoru vylučuje použití částečných resekcí. Tito pacienti pooperačně trpí diabetem, musí být léčení inzulínem (insulin dependentní diabetes), v některých případech může být diabetes těžko kontrolovatelný. Mortalita totální pankreatektomie je srovnatelná s operací dle Whippleho (ZEMAN, 2011).

Chirurgický paliativní výkon provádíme tehdy, kdy není možný radikální resekcí výkon. Operátor se snaží tímto výkonem o odstranění nebo zmírnění symptomů maligního onemocnění. Snažíme se o zmírnění bolesti, na kterou nezabírá medikace, obstrukce trávicího traktu, odstranění nebo zmírnění ikteru. Cílem takového výkonu je zlepšení kvality života. Při obstrukci dvanáctníku operátor provádí takzvaný bypassový výkon, který nazýváme – gastrojejunoanastomosa. Při obstrukci žlučových cest je vytvořena tzv. biliodigestivní spojka, tedy napojení žlučovodu na tenké střevo – hepatickojejunoanastomosa (ZEMAN, 2011), (VORLÍČEK, 2012).

1.6 SLEDOVÁNÍ NEMOCNÉHO PO LÉČBĚ – DISPENZARIZACE (chirurgové, onkologové, gastroenterologové)

Při dispenzarizaci pacienta je předpokládána perfektní spolupráce výše uvedených oddělení, praktických lékařů a také rodiny. Pacient je pooperačně sledován na příslušném oddělení. V rámci dispenzarizace pacient dochází buď na onkologické, chirurgické či gastroenterologické oddělení. Po chirurgickém

výkonu přichází pacient na kontrolu, kde je mu sdělen výsledek histopatologického vyšetření. Dle definitivní histologie je pacientovi nastavena další terapie „na míru“ specificky dle typu nádoru. Standardně se provádí pravidelná kontrola onkomarkerů k včasné diagnostice případné recidivy onemocnění. Ke stejnému účelu je prováděna i ultrazvuková kontrola břicha a jednou za šest měsíců CT břicha. Pacientovi by také měla být včas nabídnuta i návštěva psychologa k diskuzi prognózy a dalších postupů u tohoto onemocnění. Dalším důležitým bodem dispenzarizace nemocného po léčbě by mělo být sledování nutričního stavu, jeho celkového stavu, ale také sledování bolesti a případně její léčba (HOLUBOVÁ et al., 2013), (ZAVORAL, 2005).

V terminálních stadiích onemocnění je vhodná možnost využití hospicové služby, kdy se nejedná pouze o hospitalizaci v daném zařízení, ale i odbornou zdravotní péči a poradenství. Dalším možným řešením je agentura domácí péče. Domácí péče je zdravotní péče poskytovaná pacientům v domácím prostředí na základě doporučení registrujícího praktického lékaře nebo ošetřujícího lékaře při předchozí hospitalizaci, existuje i možnost zapůjčení různých pomůcek. U paliativní péče je nesmírně důležité zmírnění bolesti, jejím cílem je také zachování důstojnosti nemocného. Je nutné poskytnout oporu nejen pacientovi samotnému, ale i jeho blízkým. Ke každému pacientovi je potřeba přistupovat individuálně (HRDÁ et al., 2018).

1.6.1 SLEDOVÁNÍ MALNUTRICE U ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ

Onkologické onemocnění výrazně mění metabolismus sacharidů, lipidů i proteinů. Podkladem těchto změn je na jedné straně aktivita cytokinů, které jsou produkovány onkologicky změněnou buňkou a které zvyšují odbourávání hlavních substrátů, na druhé straně změny mitochondrie, která v důsledku morfologických změn produkuje nižší množství energie v podobě ATP. Z tohoto pohledu je onkologické onemocnění onemocněním s nevyváženou energetickou bilancí. O onkologickém onemocnění dnes hovoříme jako o metabolickém onemocnění organismu (KLEINOVÁ, 2011, 5s.).

Onkologičtí pacient často trpí zvracením a nevolností, při těchto stavech se nemocnému doporučuje podávat jídlo v menších dávkách a častěji. Pacienta do jídla nenutíme, nepodáváme smažená a tučná jídla. Snažíme se o pestrý jídelníček, který by měl obsahovat dostatek bílkovin, ovoce, zeleniny a mléčných výrobků. Před jídlem je vhodné pacientovi podat antiemetika, vyčistit dutinu ústní. Pít by měl pacient pomalu po malých douškách, místnost by měla být dostatečně vyvětraná, bez nepříjemných zápachů. Důležité je pacientovi podávat dostatečné množství tekutin. Důležité je sledovat parametry výživy a ztrátu hmotnosti pacienta hlásit ošetřujícímu lékaři (KLEINOVÁ, 2011), (KŘÍŽOVÁ, 2014), (VORLÍČEK et al., 2012).

1.6.2 LÉČBA NÁDOROVÉ BOLESTI

Léčba nádorové bolesti je součástí komplexní onkologické léčby. Léčbu rozdělujeme na kauzální a symptomatickou léčbu. Kauzální (protinádorová) léčba spočívá ve zmenšení nebo odstranění nádoru, ať už chirurgicky, chemoterapií, hormonální léčbou, radioterapií, nebo biologickou léčbou. Symptomatická léčba ovlivňuje vznik, vedení a další vnímání nepříjemné stimulace na úrovni periferního a centrálního nervového systému. Základ symptomatické léčby je farmakoterapie. Podle WHO je utvořen analgetický žebříček, na jehož základě jsou podle metodických pokynů doporučeny postupy pro léčbu (farmakoterapii) nádorové bolesti. Analgetický žebříček je rozdělen na tři stupně. První stupeň je mírná bolest a podáváme neopioidní analgetika. Druhý stupeň je středně silná bolest a podáváme slabé opioidy a neopioidní analgetika, třetí stupeň je silná bolest, kdy podáváme nemocnému v kombinaci silné opioidy a neopioidní analgetika (VORLÍČEK, 2012), (MÁLEK et al. 2014), (HAKL, 2011).

2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA PO OPERAČNÍM ZÁKAROKU – PANKREATODUODENEKTOMII

Všechny identifikační údaje, časová data a vše bylo změněno z důvodů nové platné legislativy – Ochrana osobních údajů.

Muž, 55 let, přijat 15. 10. 2018 v 10 hodin na oddělení chirurgie na lůžkovou část. Po ověření údajů na ambulanci byl pacient odeslán s doprovodem ošetřovatelského personálu na lůžkovou část chirurgie.

Před samostatným příjmem na chirurgické oddělení bylo nutné, aby si pacient před příjmem opatřil některá vyšetření. Pacient na oddělení přichází s EKG záznamem, RTG snímkem srdce a plic, s ERCP vyšetřením, s EUS vyšetřením, s výsledkem krevních odběrů a s interním konziliem.

V 10:30 byl pacient uložen na lůžko zdravotní sestrou. Při příchodu pacienta na oddělení jsem u pacienta odebrala ošetřovatelskou anamnézu v soukromí, pouze za přítomnosti manželky, s jejíž přítomností pacient souhlasil. Pacienta jsem seznámila s vnitřním řádem daného oddělení, o právech pacientů, o procesu identifikace pacienta a o signalizaci. Poté byla sepsána lékařská anamnéza ošetřujícím lékařem. Při příjmu lékař pacientovi vysvětlil plánovaný chirurgický výkon: PDE – pankreatoduodektomii (PDE), v laické terminologii odstranění hlavy slinivky břišní a dvanáctníku z důvodu nádorového postižení v této oblasti.

Pacient byl doprovázen do anesteziologické ambulance. V odpoledních hodinách byl pacient poučen ošetřující sestrou o nutnosti lačnění před operačním zákrokem. Od půlnoci musí pacient lačnit a nekouřit, kdy tekutiny může pacient přijímat do 5 hodin ráno. Dále byl pacientovi zaveden periferní žilní katétr do pravé horní končetiny. Za pomoci speciální přechodky byla pacientovi odebrána krev, která byla posléze odeslána na transfúzní oddělení.

2.1 KAZUISTIKA NEMOCNÉHO

Uvedená anamnéza byla od pacienta odebrána dne 15. 10. 2018 v den příjmu na standardním lůžkovém oddělení - tedy jeden den před operačním zákrokem.

2.1.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA:

Tabulka 1 Identifikační údaje pacienta

Jméno: P. T.	Pohlaví: muž
Datum narození: XX. XX. XXXX	Věk: 55
Adresa bydliště a telefon: Kladno	Číslo pojišťovny: 111
Rodné číslo: XXXXXXXX/XXXX	
Vzdělání: střední	Zaměstnání:
Národnost: česká	Státní občanství: ČR
Stav: ženatý	Oddělení: chirurgie
Datum přijetí: 15. 10. 2018	Přijetí: plánovaně

Důvod přijetí udávaný pacientem: „Začalo to docela nenápadně. Začal jsem hubnout a za tři měsíce jsem zhubl asi tak 15kg, tak jsem vyhledal svého praktického lékaře, který mě odeslal do nemocnice. Tady v nemocnici podstoupím operační zákrok, protože mám nádor na slinivce.“

Nynější onemocnění: Pacient s karcinomem pankreatu přichází pro radikální chirurgický výkon do Ústřední vojenské nemocnice 15. 10. 2018. Kdy 16. 10. 2018. podstoupí operační zákrok s názvem pankreatoduodenektomie.

Medicínské diagnózy hlavní:

- Tumor hlavy pankreatu – PDE (C250)

Medicínské diagnózy vedlejší:

- Běžná dětská onemocnění
- 1998 st. p. op. pravostranné tříselné kýly
- II. typ DM na inzulínu a PAD
- Sekundární hypertenze
- 2014 st. p. ERCP pro obstrukční ikterus
- Úrazy nejuje
-

Fyziologické funkce naměřené při příjmu:

TK: 135/85 mm/Hg

P: 90/min

DF: 16 dechů/min

TT: 36

SpO₂: 98%

Výška: 175 cm

Váha: 72kg

BMI: 23,5 (norma)

Informační zdroje: rozhovor s pacientem, lékařská a ošetrovatelské dokumentace

2.1.2 ANAMNÉZA**Osobní anamnéza:**

V dětství prodělal běžná dětská onemocnění. Očkován na běžná onemocnění. Pacient byl v minulosti hospitalizován na chirurgickém oddělení, kde podstoupil dvě operace - operace pravostranné tříselné kýly v roce 1998 a akutní apendektomii v roce 2010. Dále podstoupil zákrok ERCP pro obstrukční ikterus

také na chirurgickém pracovišti. Hospitalizován byl i na interním pracovišti, kde mu byl diagnostikován DM a byla nastavena jeho terapie.

Transfúze v minulosti: 0

Úrazy: neguje

Očkování: pacient má naočkovaná běžná povinná očkování

Rodinná anamnéza:

Otec zemřel v 75 letech na karcinom plic. Matka prodělala IM, nyní se léčí na vysoký krevní tlak. Má dva sourozence a dvě děti, všichni jsou zdraví.

Farmakologická anamnéza:

Stadamet 500 mg	1-0-1	tbl. p. o.	(PAD)
Kreon 25 000	2-2-2	tbl. p. o.	(pankreatické enzymy)
Lanzul 30 mg	1-0-0	tbl. p. o.	(antacida)
Lozap 50 mg	1-0-0	tbl. p. o.	(antihypertenziva)
inzulín s. c.:	Apidra 9 – 9 – 9j		
	Lantus 20j ve 22 hodin		

Pracovní anamnéza:

Pacient vystudoval střední školu odbornou. Nyní pacient pracuje pro stavební firmu jako účetní.

Sociální anamnéza:

Žije s manželkou v rodinném domě blízko Prahy. Mezi záliby patří procházky, zahrada a rodina. Rodinné vztahy v pořádku.

Alergologická anamnéza:

Lékové alergie: neguje

Potravinové alergie: neguje

Alergie na kontrastní a jiné chemické látky: neguje

Abusus:

Alkohol: příležitostně, pacient obvykle pije pivo

Kouření: pacient kouří asi 25 let. Dříve vykouřil každý den asi 10 cigaret denně. Nyní za posledních let kouří asi 3 – 5 cigaret za den.

Káva: pacient udává, že kávu má rád. Během dne vypiji 3 – 5 šálku rozpustné kávy

Léky: neguje

Drogy a jiné návyky: neguje

Urologická anamnéza: pacient na urologii nedochází.

Spirituální anamnéza: pacient je ateista.

Vyšetření, se kterým pacient přichází k hospitalizaci:

V den přijetí si pacient donesl své předoperační vyšetření, které pacient podstoupil před operačním zákrokem a hospitalizací. Vyšetření, která musí donést v den příjmu, byla pacientovi sdělena v chirurgické ambulanci Ústřední vojenské nemocnice.

Přístrojová vyšetření:

RTG srdce + plíce: srdce nezvětšeno, aorta přiměřené šíře. Obě plicní křídla rozvinutá, bez známek infiltrace a bez průkazu ložiskových změn.

EKG: sinusový rytmus, frekvence 87/min, PQ 160ms, QTRS 80 ms, bez ES, bez akutních ischemických změn.

ERCP: vyšetření v dokumentaci nenalezeno

CT: výrazná dilatace intra i extrahepaických žlučových cest, dilatace d. Wirsungi, žlučník objemnější náplně – až hydroptický – v oblasti hlavy pankreatu naznačený postkontrastně menší hypodenzní okrsek – mohlo by se jednat o drobný TU.

EUS: TU hlavy pankreatu s infiltrací T2N1M0 – cílená punkce, zn. atrofie parenchymu těla p. cysty jater, písek ve žlučníku, jinak přiměřený nález zobrazených orgánů.

Laboratorní vyšetření: krev byla pacientovi odebrána u jeho obvodního lékaře v místě pacientova bydliště ze dne 4. 10. 2018. Referenční meze jsou uvedeny dle laboratoře, kde byly pacientovy krevní vzorky vyšetřeny.

SESTERSKÁ ANAMNÉZA Z 15. 10. 2018

CELKOVÝ STAV:

Vědomí: pacient při vědomí, orientován časem, osobou i místem, na otázky odpovídá přiléhavě.

Poloha a pohyblivost: pacient chodící, bez kompenzačních pomůcek bez doprovodu druhé osoby, soběstačný. Zaujímá aktivní polohu a postoj.

Habitus: pacient střední postavy, BMI v normě.

Hlas a řeč: pacient mluví bez obtíží, hlas bez patologických změn.

Kůže: barva je narůžovělá, bez pigmentace, bez exantémů, bez ikteru, bez cyanózy. Dehydratace kůže není patrná.

Celkový vzhled: uspokojivý.

Dutina ústní: sliznice, bez defektů, dobře prokrvená, narůžovělá. Jazyk bez povlaků.

Zuby: horní i dolní zubní protéza

Sluch: pacient slyší dobře bez kompenzačních pomůcek

Zrak: dobrý bez kompenzačních pomůcek.

Dýchání: čisté, oboustranně, bez šelestů, sklípkové.

Chůze: pacient chodící.

Hodnocení bolesti: pacient bez bolesti při příjmu

Bartel test základních všedních činností při příjmu z 15. 10. 2018: je součet bodů 110 – nezávislý

Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové při příjmu z 15. 10. 2018: je součet bodů 33 – pacient bez rizika vzniku dekubitů

Stupnice pádu Morse při příjmu z 15. 10. 2018: je součet bodů 35 – nízké riziko, postupuj dle směrnic dané nemocnice

2.1.3 POSOUZENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU ZE DNE 16. 10. 2018:

Hlava a krk:

Subjektivně: „Na bolest hlavy doma obvykle netrpím. Jen občas mě hlava pobolívá, ale vše zvládám bez jakékoliv medikace. Se štítnou žlázou se neléčím. V nemocnici také nepociťuji žádnou bolest hlavy.“

Objektivně: Hlava je normocefalická, poloha a výraz normální, poklepově nebolestivá, inervace nervus oculomotorius bez patologických změn. Nadočnicové oblouky nevýrazné, oční štěrby symetrické. Víčka bez pigmentace, bez prosáknutí. Bulby oka ve střední rovině, pohyblivost možná všemi směry. Skléry bez ikteru, bílé barvy. Spojivky hyperemické, zornice izokorické, pozitivní fotoreakce na osvit. Uši i nos bez patologické sekrece a deformit. Pacient slyší bez kompenzačních pomůcek. Rty narůžovělé, bez oparů a trhlin. Dásně růžové, jazyk plazí ve střední čáře. Horní i dolní zubní protéza. Dech bez zápachu. Krk souměrný bez viditelných deformit a otoku. Vlasy

upravené a učesané. Karotidy tepou symetricky, bez šelestů, pulzace dobře hmatné. Štítná žláza na pohled nezvětšená a symetrická. Uzliny nezvětšené.

Hrudník a dýchací cesty:

Subjektivně: „S dýcháním problémy nemám. Dýchá se mi dobře i při fyzické aktivitě. Tady v nemocnici také nemám problém s dýcháním.“

Objektivně: Hrudník symetrický, kůže klidná a světlá, bez viditelných deformit a poranění. Dechové pohyby jsou symetrické, je klidné, bilaterálně čisté sklípkové dýchání, bez vedlejších fenoménů. Poklep plný jasný. Prsy bez hmatné rezistence. Počet dechů za minutu je 19/min.

Srdeční a cévní systém:

Subjektivně: „Na hrudi žádný tlak nebo bolest nepociťuji. Docházím do kardiologické ambulance, kde mi kontrolují tlak, se kterým se léčím a beru na něj léky. Během hospitalizace léky dále dostávám.“

Objektivně: Akce srdeční pravidelná, bez známek šelestů, obě ohraničené ozvy. Počet pulzů: 90/min. Pulz pravidelný, dobře hmatatelný. Krevní tlak je 135/85 mm/Hg. Pacient užívá Lozap na vysoký krevní tlak – medikace vyhovující. Dolní končetiny bez otoků, bez defektů a pohmožděnin, kůže teplá na obou dolních končetinách. Pulzace dobře hmatatelná. Horní končetiny bez patologického nálezu, končetiny teplé. Na horní končetině zaveden intra venózní vstup, který se zaváděl při příjmu pacienta. PŽK – EX – 16. 10. 2018 po příjezdu ze sálu. Na sále zaveden CŽK okolí klidné, bez známek zánětu.

Břicho a GIT:

Subjektivně: „Břicho mě pobolívalo občas, tak tři měsíce před hospitalizací. Teď necítím bolesti v břiše jen občas. Stolici mám pravidelně. Poslední stolice 15. 10. 2018 ráno. Po operaci jsem na stolici ještě nebyl, ale doktor i sestřičky říkali, že je to ještě brzy. Chuť k jídlu moc nemám, za poslední tři měsíce jsem dost kilo zhubnul tedy asi kolem 15 kg, což je docela dost za tak krátkou dobu, ale teď se snažím jíst i menší porce, když to jde a žaludek mi to dovolí.“

Objektivně: Břicho na pohmat měkké, prohmatné, palpačně nebolestivé. Plyny odchází, peristaltika je bez obtíží, slyšitelná. Břicho bez známek peritoneálního dráždění. Na břicho jsou viditelné jizvy po prodělaných operacích. Stolicí odchází pravidelně, bez příměsí. Teď po operačním zákroku stolice: 0. Pocit na zvracení není. Játra a slezina nezvětšeny, bez patologického nálezu. Ledviny nehmatné. Za poslední tři měsíce zhubl asi 15 kg. Měsíc od stanovení diagnózy pacient výrazně zhubnutí již neudává. Na břicho je zaveden Penrose drén od operace.

Močový a pohlavní systém:

Subjektivně: „S močením problémy nemám, ani jsem nikdy neměl. Při močení mě nebolí ani nepálí. Netrpím inkontinencí. Teď po operaci mám zavedenou hadičku, ale skoro o ní nevím.“

Objektivně: Pacient neudává žádné problémy s močením. Moč makroskopicky bez příměsí, světlé barvy. Bilance se u pacienta při příjmu neměří, teď po operaci sledujeme příjem a výdej. Mužský genitál bez patologického nálezu. Na operačním sále zaveden Foleyův permanentní močový katétr velikosti 18. PMK se extrahuje, až když je pacient schopný chůze bez dopomoci.

Kosterní a svalový systém:

Subjektivně: „Bolesti svalů ani kostí jsem nikdy neměl. Občas mě teď poslední dobou pobolívá páteř v bederní krajině a cítím slabost svalů na dolních končetinách. Teď po operaci se necítím moc dobře. Jsem dost slabý. Večer se pokusím vstát, ale nevím, jestli to dokážu.“

Objektivně: Pacient plně soběstačný při příjmu. Úlevovou polohu při příjmu nevyhledává. Hybnost dolních a horních končetin v plném rozsahu, bez viditelných deformit jsou horní i dolní končetiny. Hybnost páteře dobrá. Správné postavení páteře. Po operaci pacient zaujímá úlevovou polohu na zádech a dolní končetiny pokrčeny. Pacient potřebuje pomoc při jakékoliv činnosti.

Nervový a smyslový aparát:

Subjektivně: „Myslím si, že vidím dobře, brýle ani naslouchátko nemám. Víím, že jsem v Ústřední vojenské nemocnici a zítra podstoupím operaci.“

Objektivně: Pacient při vědomí, orientován místem, časem i osobou. Pacient klidný občas místy nervózní při rozhovoru. Pacientův zrak, sluch i čich je bez patologických změn a abnormalit. Při příjmu pacient bez rizika pádu, GCS – naměřena na 15 bodů. Po operaci Bartel test: 60 bodů (vysoké riziko pádu). Reflexy přiměřené. Pacient nenosí brýle ani naslouchátko. Paměť a smysly bez problémů.

Endokrinní systém:

Subjektivně: „Už se nějaký čas léčím s cukrovkou. Svoji hladinu cukru koriguji pomocí inzulínu a prášků na cukrovku. Zvládám si svoji hladinu inzulínu korigovat sám. Chodím pravidelně na kontroly do diabetologické ambulance. Se štítnou žlázou se neléčím.“

Objektivně: Pacient se léčí s diabetem II. typu na inzulínu a perorálních antidiabetikách (PAD). Standardně si aplikuje 9 j. – Apidry ráno – poledne - večer. Na noc užívá 20j nočního inzulínu Lantusu. Ráno a večer užívá pacient tbl. Stadamet 500mg. Štítná žláza nezvětšená a nebolestivá.

Imunologický systém:

Subjektivně: „Nemám žádné problémy s imunitou. Na virová onemocnění netrpím. Chřipku jsem měl naposledy asi před dvěma lety. Alergie nemám.“

Objektivně: Všechny možné alergie pacient neguje. Tělesná teplota je při příjmu naměřena 36,4 °C. Po operaci je TT naměřená 37,6 při příjezdu z operačního sálu. Lymfatické uzliny nezvětšené a nehmatné.

Kůže a její adnexa:

Subjektivně: „Problémy s kůží jsem nikdy neměl. Myslím si, že mám zdravé a silné nehty. Vlasy jsem měl dříve hustší, s přibývajícím věkem se mi ale mění hustota i barva vlasů.“

Objektivně: Kůže je zdravá, fyziologického vzhledu bez cyanózy a exkoriací. Kůže je správně hydratovaná, t.č. je kožní turgor v normě. Nehty jsou zdravé a upravené. Vlasy prořídle a prošedivělé. Otoky nevidím. Ochlupení přiměřené.

Nyní je nerušena kožní integrita z důvodu operační rány na břicho. Operační rána o velikosti cca 20 cm.

Pacient během rozhovoru spolupracoval, odpovídal na kladené otázky. Při vyšetření spolupracující. Vše odebráno 15. 10. 218 při příjmu v 10 hodin.

2.1.4 AKTIVITA DENNÍHO ŽIVOTA:

Stravování:

Doma:

Subjektivně: „Nikdy jsem žádnou dietu nedržel. Pouze jsem se snažil do svého jídelníčku zařadit více zeleniny a ovoce. Po zjištění cukrovky jsem se snažil diabetickou dietu dodržovat, ale ne vždy mi to vyšlo. Za poslední tři měsíce jsem dost zhubl a přestal jsem mít chuť k jídlu.“

Objektivně: Pacient nemá problém dodržovat diabetickou dietu. Stav pacienta z pohledu nutriční vyhodnocení vypadá uspokojivě.

V nemocnici:

Subjektivně: „Snažím se sníst vše, co mám na talíři, ale bohužel se mi to moc nedaří poslední dobou. Často mám pocit na zvracení.“

Objektivně: Pacient má BMI 23,5. Váží 72kg. Pacient nezvládá sníst celou porci jídla, často udává nauzeu po jídle. Pacient musí dodržovat pouze diabetickou dietu, k nynějšímu onemocnění ani operaci nemá žádné omezení. Pouze nadále dodržovat diabetickou dietu.

Příjem tekutin:

Doma:

Subjektivně: „Doma obvykle piji balenou jemně perlivou vodu, bez příchuti. Mám rád colu a občas si dám i tu, ale pouze bez cukru. Tu mám od svého diabetologa

občas dovolenou. Snažím se za den vypít až dva litry vody. Během dne vypiji až 3 hrnky rozpustné kávy. Každé ráno vypiji šálek černého čaje než jdu do práce.“

Objektivně: Pacient dostatečně hydratován.

V nemocnici:

Subjektivně: „Nyní piji přes den ovocný neslazený čaj, docela mi i chutná. Nemocniční personál sleduje, co během dne vypiji a kolik toho vypiji. Neustále mě pobízejí k pití. Určitě toho vypiji míň než doma. Dostávám pravidelně i infuze a sestřička občas řekne, že tu mám na zavodnění, takže také přispívá k mé hydrataci.“

Objektivně: Pacient je dostatečně hydratován. Pacient během dne při příjmu vypil přibližně 1500ml neslazeného čaje. První den po operaci pacient dostal do těla per os příjmem a parenterální cestou celkem 6100ml. Pacient během dne dostává tekutiny i parenterální cestou. 16. 10. 2018 naordinován jeden plasmalyte. Poté infuze dle stavu pacienta a jeho výdeje do odvodného sáčku, který je napojen na permanentní močový katétr.

Vylučování moče:

Doma:

Subjektivně: „Problémy s močením nemám. Myslím, že chodím pravidelně, dostatečně a bez problémů.“

Objektivně: Pacient při rozhovoru nezmiňuje žádné problémy s močením.

V nemocnici:

Subjektivně: „První den jsem chodil na toaletu sám, bez doprovodu a žádného omezení. Po operaci jsem měl zavedenou močovou cévku, kterou mi během dne sestřičky vypouštěly. Po vytažení cévky jsem mohl na toaletu chodit sám, bez doprovodu“

Objektivně: Kontrola moče při prvních dnech po operaci, kdy měl pacient zaveden permanentní močový katétr. Barva moče je tmavší barvy, bez příměsí nebo zápachu. Bilance tekutin jsou měřeny v prvních dnech bezprostředně po operaci.

Pacient 16. 10. 2018 vymočil 1000ml. Po extrakci permanentního močového katétru pacient chodí bez omezení na toaletu.

Vylučování stolice:

Doma:

Subjektivně: „Chodím pravidelně obvykle jednou za dva dny. Na průjem netrpím. Poslední dobou mám spíše zácpu. Snažím se, abych více pil a občas používám Duphalac, když se nemůžu delší dobu vyprázdnit, ale neužívám ho pravidelně spíše velmi zřídka.“

Objektivně: Nelze objektivně zhodnotit.

V nemocnici:

Subjektivně: „Během hospitalizace v nemocnici jsem měl problém se vyprázdnit. První dny, co jsem ležel na JIPce a musel jsem na záchod chodit na podložní mísu, kterou mi sestřičky přinesly, ale nepovedlo se mi to skoro vůbec. Když jsem se mohl začít sám pohybovat poprvé po operaci, tak jsem se pořádně vyprázdnil, ale spíše jsem se dobře vyprázdnil, až na standardním oddělení, kdy jsem si mohl sám dojít normálně na záchod.“

Objektivně: Pacient první dny po operaci bez stolice. První stolice až 20. 10. 2018, plyny odchází. Po operaci pacient dostával Degan třikrát denně a Controloc dvakrát denně do 100ml fyziologického roztoku i.v. cestou.

Spánek a bdění:

Doma:

Subjektivně: „Snažím se celý život sportovat a žít aktivnější život. Často jsem jezdil na kole a v zimě na hory. Starám se rád o zahradu, luštím křížovky a rád čtu. Chodím spát kolem 23. hodiny. Rád usínám v chladnější místnosti. Většinou spím alespoň 6 až 7 hodin. Během noci se doma nebudím, a když se občas vzbudím, tak si odskočím na toaletu a zase obvykle hned usnu.“

Objektivně: Pacient neudává žádné zásadní problémy v oblasti spánku.

V nemocnici:

Subjektivně: „V nemocnici se moc nevyspím. Často se budím a mám strach, co bude dál. Dále mě ruší přístroje, které neustále vydávají nějaký zvuk. Ze strachu nemůžu usnout ani spát během noci. Často nemůžu usnout ani kvůli bolesti, ale kapačky proti bolesti dostávám pravidelně. Spíše tu pospávám během dne než v noci.

Objektivně: Pacient v noci orientovaný a klidný. Problémy se spánkem udává. Nemůže usnout, během noci se neustále budí. Na pokoji pacient leží s dalšími dvěma pacienty. Léky na spaní pacient vyžaduje a dostává každý den před spaním 1tbl Oxazepamu per os.

Aktivita a odpočinek:

Doma:

Subjektivně: „Doma jsem celkem aktivní nebo se tedy snažím být. Rád odpočívám na zahradě při nějaké činnosti nebo na výletě s manželkou. Poslední tři měsíce jsem na žádnou aktivitu náladu neměl. Byl jsem dost unavený a často mi bylo na zvracení.“

Objektivně: Pacient je soběstačný. Podle vyprávění vypadá jako aktivní člověk, který dost sportuje.

V nemocnici:

Subjektivně: „Během dne spíše polehávám, luštím křížovky v posteli a koukám na televizi. Často tady mám u sebe rodinu.“

Objektivně: Pacient během dne spíše jen polehává, občas si čte. Za pacientem dochází jeho blízcí na návštěvu. Pacient jednou denně cvičí s fyzioterapeutkou, která za pacientem dochází v dopoledních hodinách.

Hygiena:

Doma:

Subjektivně: „Doma se koupu každý den večer. Spíše využívám vanu než sprchu.“

Objektivně: Pacient je zcela soběstačný v oblasti hygieny. Má své hygienické návyky.

V nemocnici:

Subjektivně: „První den po operaci jsem byl umyt na posteli za pomoci sestřiček. Další dny jsem byl doprovázen do koupelny a myl jsem se sám.“

Objektivně: První den po operaci byl pacient umyt na lůžku. Další dny je pacientovi přivezen lavor s teplou vodou. Pacient sedí s dolními končetinami dolů a myje se sám u postele. S ústupem bolesti a nabytí sil po operaci je pacient doprovázen do sprchy, kde je provedena hygiena bez dopomoci ošetřovatelského personálu. Ložní prádlo vyměňováno dle potřeby pacienta a čistoty.

Soběstačnost:

Doma:

Subjektivně: „Vše jsem si doma udělal sám, nepotřeboval jsem žádnou pomoc ve všedních aktivitách. Když mi zjistili rakovinu, také jsem vše zvládl sám, jen jsem se cítil víc slab a vše mi déle trvalo.“

Objektivně: Pacient je soběstačný. Po zjištění nemoci je stále plně soběstačný.

V nemocnici:

Subjektivně: „Když ležím v posteli a mám vše na dosah ruky, tak si vše udělám a podám sám. Na JIPu převážně jen ležím a jsem napojen na přístroje, které mě kontrolují. Z přístrojů mě smí odpojit pouze sestřičky, takže převážně ležím, protože je nechci obtěžovat s odpojením. Na standardním oddělení, již tolik připojen nejsem, udělám si vše sám, nebo jen s menší dopomocí.“

Objektivně: Pacient v rámci lůžka a kolem něj soběstačný. Vše si zvládne podat. Při hygieně vyžaduje malou dopomoc ošetřovatelského personálu. Při chůzi v prvních dnech vyžaduje dopomoc, poté je ale zcela soběstačný. Pravidelná fyzioterapie je prováděna fyzioterapeutkou. Bartel test vyšel po operaci na 60 bodů, což značí střední závislost.

2.1.5 POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU ZE DNE 16. 10. 2018:

VĚDOMÍ:

Subjektivně: „Jsem orientován. Myslím si, že vnímám vše, co se kolem mě děje.“

Objektivně: Pacient při vědomí, orientovaný a komunikující během celé doby hospitalizace. Glasgow Coma Scale je 15 bodů.

ORIENTACE:

Subjektivně: „Jsem orientován časem, místem i osobou. Vím, kde se právě teď nacházím a proč tu jsem. Podstoupil jsem zde v nemocnici náročnou operaci.“

Objektivně: Pacient je po celou dobu hospitalizace orientován.

NÁLADA:

Subjektivně: „Po dobu hospitalizace jsem spíše přešlý a bez nálady. Četl jsem si něco na internetu o mojí nemoci a bojím se, co bude dál. Ale snažím se myslet i pozitivně.“

Objektivně: Pacient je spíše přešlý, skleslý a unavený. Má obavy, jak to bude probíhat dál a jak vše zvládne on a jeho rodina. Pacient je během dne nervózní a převážně přešlý.

PAMĚT:

Subjektivně: „S pamětí problémy nemám, pamatuji si, myslím, vše, co se odehrálo v mém životě docela dobře. Myslím si, že nemám ani problém si zapamatovat nové věci.“

Objektivně: Pacient nemá problémy s pamětí. Pacient si skutečnost pamatuje a vše si pacient vybavuje.

MYŠLENÍ:

Subjektivně: „Od doby, kdy mi lékaři diagnostikovali moje onemocnění, tak dost času přemýšlím o životě; přemýšlím nad tím, co se během mého života odehrálo

a co bude dál. Myslím, že nad tím přemýšlím víc než bych měl a uvědomuji si to, ale je to pro mě velký zásah do života.“

Objektivně: S pacientem se komunikuje bez obtíží, na otázky odpovídá srozumitelně a hned všem kladeným otázkám rozumí a odpovídá srozumitelně.

TEMPERAMENT:

Subjektivně: „Myslím si, že jsem celkem pohodový a veselý člověk, tedy snažím se být veselý i po zjištění mého onemocnění. Myslím si, že jsem introvert.“

Objektivně: Pacient na mě působí jako introvert a melancholik.

SEBEHODNOCENÍ:

Subjektivně: „Nevím úplně, jak tuto otázku odpovědět. Myslím, že jsem normální člověk, který se nad ostatními nepovyšuje a rád pomůže. Jsem spíše uzavřený do sebe a rád trávím čas spíše v kruhu rodinném.“

Objektivně: Pacient je klidný, projevuje známky úzkosti a strachu. Sebehodnocení pacienta je k diagnóze přiměřené a na tuto situaci standartní.

VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ:

Subjektivně: „Zdraví je pro nás nejdůležitější, ale mám pocit, že si to všichni uvědomíme, až když nás nějaké závažné onemocnění potká. Zatím jsem soběstačný a žádnou pomoc v základních věcech nepotřebuji.“

Objektivně: Pacient vnímá důležitost zdraví jako prioritu, kterou člověk má.

VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU:

Subjektivně: „Vím, kvůli jakému onemocnění tady ležím. Není to žádné lehké onemocnění a mám velký strach, jak bude vše probíhat a jestli se operace vůbec povede, ale věřím, že bude vše zase dobré a budu žít jako dříve.“

Objektivně: Pacient má informace o své nemoci. Je informován svým ošetřujícím lékařem a čerpá také informace z internetu. Z mého pohledu má pacient velký strach a obavy, ale přistupuje k nemoci odvázně a chce bojovat.

REAKCE NA ONEMOCNĚNÍ A PROŽÍVÁNÍ ONEMOCNĚNÍ:

Subjektivně: „Prvotní informaci, že jde o rakovinu slinivky břišní jsem se dozvěděl, až v Ústřední vojenské nemocnici, kam mě odeslal můj obvodní lékař. V nemocnici jsem podstoupil vyšetření a pak mi byla sdělena diagnóza. V nemocnici jsem již párkrát byl hospitalizovaný, a tak trošku vím, co mě čeká, ale strach mám stejně. Děsí mě, jak vše zvládnou a jak mi bude po operaci.“

Objektivně: Pacient byl již několikrát hospitalizovaný a podstoupil i několik operací a vyšetření za hospitalizace. Pacient je spolupracující s ošetrovatelským personálem. Má strach.

REAKCE NA HOSPITALIZACI:

Subjektivně: „Na hospitalizaci si zvykám docela dobře, je tady příjemný personál i spolu pacienti jsou fajn. Není to jako doma, ale netrpím tu.“

Objektivně: Pacient na chirurgickém oddělení hospitalizován opakovaně. Spolupracující a klidný.

ADAPTACE NA ONEMOCNĚNÍ:

Subjektivně: „Myslím, že se nejde adaptovat na onkologické onemocnění. Před hospitalizací jsem byl dost negativně naladěný a potlačoval jsem v sobě zlost a nenávisť, neustále jsem si kladl otázku, proč zrovna já. Zkušenosti s onkologickým onemocněním nemám, ani nikdo z rodinných příslušníků se onkologicky neléčil. Již jsem s nemocí docela smířený a chci se s nemocí porvat.“

Objektivně: Při prvotní diagnostice potřeboval pacient nějaký čas na smíření se s nemocí. Prožíval fáze šoku, zloby, popření, smlouvání, rezignace, deprese, poté navazovala fáze vyrovnání. Pacient chce s nemocí bojovat, nevzdává to. Pacient je informován, jak bude hospitalizace a pooperační péče probíhat.

PROJEVY JISTOTY A NEJISTOTY:

Subjektivně: „Chci a budu bojovat, ale mám neuvěřitelný strach z budoucnosti, obávám se, jak tu po operaci budu dlouho, jak dlouho budu ležet v nemocnici a jak budu zvládat pooperační stav. Když nad tím přemýšlím, jsem docela srab a myslím si, že jsem i dost depresivně naladěný, i když se snažím nedat to najevo.“

Objektivně: Pacient říká, že chce bojovat, ale z rozhovoru pociťuji neustále přetrvávající nejistotu a strach. Pacient velmi bojuje i s obavami z budoucnosti a co bude s jeho rodinou.

ZKUŠENOSTI Z PŘEDCHÁZEJÍCÍ HOSPITALIZACE:

Subjektivně: „Zatím jsem byl hospitalizován v nemocnici Kladno a v Ústřední vojenské nemocnici. Při žádné hospitalizaci jsem neměl negativní zkušenosti s ošetrovatelským personálem, takže zkušenosti s hospitalizacemi jsou kladné.“

Objektivně: Pacient špatné zkušenosti s hospitalizací nemá.

2.1.6 POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU

Komunikace verbální:

Subjektivně: „Problémy s komunikací nemám, ale úplně nevyhledávám komunikaci s cizími lidmi.“

Objektivně: Pacient komunikuje bez obtíží. Komunikace a artikulace je srozumitelná.

Komunikace neverbální:

Subjektivně: „Občas se sám přistihnu, jak moc házím rukama, když komunikuji. Jinak si myslím, že neverbální komunikaci používáme skoro všichni neustále.“

Objektivně: Pacient při rozhovoru používá mimiku a gestikulaci rukou. Naši komunikaci nijak nenarušovaly neverbální projevy.

Informovanost o onemocnění:

Subjektivně: „O svém zdravotním stavu informován jsem, ale myslím si, že nevím úplně vše. Možná mi doktoři neřekli úplně všechno, ale na informace se mohu zeptat i během hospitalizace, pokud by mi něco nebylo jasné. Nějaké informace jsem si přečetl na internetu.“

Objektivně: Pacient je zčásti informován o svém zdravotním stavu. Je informován, že se na svůj zdravotní stav a nejasnosti v léčbě se může zeptat kdykoliv zeptat během hospitalizace. Další informace si pacient hledá na internetu.

Informovanost o diagnostických metodách:

Subjektivně: „Nějaké vyšetření jsem podstoupil již před hospitalizací. V ambulanci mi lékař vždy vše vysvětlil. Ted po dobu hospitalizace je vše hektické. Doktoři se tady mihnou jen ráno a pak během odpoledne. Mám pocit, že na nějaké rozmyšlení nebo probrání nějakého vyšetření není moc prostor. Ptám se spíše dost sestřiček. Na každé vyšetření nebo zákrok musím podepsat informovaný souhlas, který mi donese lékař.“

Objektivně: Pacient je o svých vyšetřeních informován.

Informovanost o specifikách ošetřovatelské péče:

Subjektivně: „Při příjmu mě sestřičky informovaly o chodu oddělení a o tom, jak by vše mělo standardně probíhat.“

Objektivně: Pacient je vždy informován lékařem nebo sestrou.

Informovanost o léčbě a dietě:

Subjektivně: „O dietě jsem byl opakovaně informován sestřičkami na oddělení a nutriční sestrou, která za mnou během hospitalizace docházela.“

Objektivně: Pacient má již zkušenosti a informace o diabetické dietě. Po dobu hospitalizace byl informován nutriční terapeutkou o dietě.

Informovanost o délce hospitalizace:

Subjektivně: „O délce hospitalizace jsem informován nebyl.“

Objektivně: Pacientovi nikdo nemůže říci přesnou dobu hospitalizace, byla mu tedy sdělena průměrná délka hospitalizace pacientů s tímto onemocněním.

Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace:

Primární role – souvisí s věkem a pohlavím

Subjektivně: „Jsem muž.“

Objektivně: Pacient je muž ve věku 55 let. Primární role nejsou narušené.

Sekundární role – souvisí s rodinou a společenskými funkcemi

Subjektivně: „Jsem manžel, otec a dědeček.“

Objektivně: Pacient je manžel, otec i dědeček. Role jsou naplněné.

Terciální role – souvisí s volným časem a zálibami

Subjektivně: „Rád jsem vždy sportoval, četl a staral se o zahradu. Teď v nemocnici toho moc dělat nemůžu.“

Objektivně: Pacient preferuje sport a aktivní život. Teď v nemocnici si občas čte nebo luští křížovky. Některé terciální role jsou během hospitalizace narušené.

2.1.7 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II

Tabulka 2 Utřídění informací dle domén NANDA I TAXONOMIE II

1. Podpora zdraví <ul style="list-style-type: none">• Uvědomování si zdraví• Management zdraví	Pacient si uvědomuje podstatu a vážnost svého onemocnění. Zdá se být vyrovnaný, ale stejně má obavy a strach. Pravidelně docházel na prohlídky ke svému obvodnímu lékaři,
--	---

	<p>internistovi a do diabetologické ambulance. Chtěl snížit nebo přestat kouřit úplně, což se mu z části povedlo. Uvědomuje si podstatu zdraví.</p> <p>Ošetřovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>2. Výživa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Příjem potravy • Trávení • Vstřebávání • Metabolismus • Hydratace 	<p>Pacient po dobu hospitalizace pije neslazený čaj. První den po operaci pacient dostal do těla per os příjmem a parenterální cestou celkem 6100ml. Pacient během dne dostává tekutiny i parenterální formou.</p> <p>Pacient dříve nedržel, žádnou dietu po zjištění cukrovky se snažil dodržovat diabetickou dietu a jíst pravidelně, jak by měl. Za poslední tři měsíce ztratil dost své dosavadní váhy během krátkého časového intervalu a přestal mít chuť k jídlu. Stav pacienta v oboru malnutrice vypadá uspokojivě. Pacient při příjmu dostal dietu č. 9 jak k obědu, tak k večeři. Pacient se toho snaží sníst, co nejvíce, ale moc se mu to nedaří. Po operaci má dietu č. 0 a začíná se s výživou do NSJ zatím rychlostí 10ml/h dle tolerance pacienta. U pacienta měříme výdej a příjem</p>

	<p>tekutin za 24 hodin, který první den po operaci činí 4350 ml.</p> <p>Pacientovo BMI – 23, 5 – pacientovo BMI v normě. Další dny po operaci pacient dostává dietu č. 9, kterou musí dodržovat k DM. Další omezení k nynějšímu onemocnění nemá. Pacient celou porci jídla obvykle nesní, často pociťuje nauzeu a nechutenství.</p> <p>Kožní turgor v normě, sliznice, vlasy a nehty vypadají zdravě.</p> <p>Ošetrovatelský problém: riziko malnutrice z důvodů nynějšího onemocnění, nechutenství často doprovázené nauzeou</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>3. vylučování a výměna</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funkce močového systému • Funkce gastrointestinálního systému • Funkce kožního systému • Funkce dýchacího systému 	<p>Pacient problémy s močením nemá. Pacient chodí pravidelně a močí dostatečně bez problémů. Při příjmu chodil pacient bez omezení na toaletu sám. Po operaci měl zavedenou močovou cévku, kterou bylo měřeno a kontrolováno kolik toho pacient vymočí. Po extrakci cévky pacient močil spontánně bez komplikací. Barva moče je první dny po operaci tmavší, bez příměsí a bez zápachu. Bilance tekutin jsou měřeny v prvních</p>

	<p>dnech bezprostředně po operaci, kdy pacient 16. 10. 2018 vymočil 1000ml.</p> <p>Pacient chodil doma na stolicí pravidelně obvykle jednou za dva dny. Na průjem netrpí. Poslední dobu má pacient spíše zácpu. Doma se snažil zvýšit svůj per os příjem a občas používal Duphalac, když se nemohl delší dobu vyprázdnit. Pacient ho nepoužívá pravidelně spíše jen velmi zřídka. Pacient první dny po operaci bez stolice. První stolice, až 20. 10. 2018 plyny odchází. Po operaci pacient dostával Degan třikrát denně a Controloc dvakrát denně do 100ml fyziologického roztoku i.v. cestou.</p> <p>Ošetřovatelský problém: potencionální riziko vzniku zácpy</p> <p>Priorita: nízká</p>
<p>4. Aktivita – odpočinek</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spánek – odpočinek • Aktivita, cvičení • Rovnováha energie • Kardiovaskulární – pulmonální reakce • Sebepéče 	<p>Doma se pacient snaží chodit spát kolem 23 hodiny. Obvykle spí alespoň 6 – 7 hodin. Rád usíná v chladnější místnosti.</p> <p>Pacient během pobytu v nemocnici udává, že se moc nevyspí. Často se budím a má strach, co bude dál. Ve spánku ho ruší i přístroje na které je po dobu hospitalizace na JIP neustále napojený. Zužují ho i pooperační</p>

	<p>bolesti, kdy zaujímá úlevou polohu. Nyní udává bolest dle hodnotící škály VAS 3. Pacient leží na pokoji s dalšími dvěma pacienty. Léky na spaní vyžaduje a dostává každý den před spaním 1 tbl Oxazepamu per os.</p> <p>Co se týká aktivity během pobytu v nemocnici spíše pacient jen polehává nebo čte knížky a luští křížovky.</p> <p>Pacient v rámci lůžka soběstačný, nácvik vertikalizace s dopomocí ošetřovatelského teamu. První den po operaci provedena hygiena na lůžku, další den pacient dovezen do koupelny na pojízdném křesle, další dny po operaci pacient dojde s dopomocí do sprchy sám. Pravidelná fyzioterapie prováděná každý den fyzioterapeutkou.</p> <p>Pacientovo dýchání bez obtíží, srdeční akce je pravidelná, P – 90 min.</p> <p>Vypracováno 16. 10. 2018: riziko vzniku dekubitů dle Norton – 27 bodů – bez rizika vzniku dekubitů, Bartel test – 60 bodů – střední závislost.</p> <p>Ošetřovatelský problém: deficit sebekpěče v základních potřebách</p>
--	---

	<p>pacienta, bolest při vertikalizaci, nerušený spánek</p> <p>Priorita: deficit sebezpečí priorita nízká, nerušený spánek priorita nízká, deficit sebezpečí priorita střední</p>
<p>5. Vnímání – poznávání</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pozornost • Orientace • Kognice • Komunikace 	<p>Pacient vidí dobře, bez kompenzačních pomůcek. Sluch pacienta je také bez problémů a kompenzačních pomůcek. Zubní protéza horní a dolní. Pacient orientován místem, časem i osobou po celou dobu hospitalizace. Pacient pozorný a komunikující. S kognicí nemá žádné problémy.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>6. Vnímání sebe sama</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sebepečí • Sebepercepce • Obraz těla 	<p>Pacient se sám bere jako optimista a dále spíše jako introvert. Chce bojovat s nemocí, i když má obavy, co se bude dít pak a jak vše bude probíhat během hospitalizace a po hospitalizaci. Má strach, co bude s jeho rodinou a sním po operačním zákroku. Věří, že se zase bude moc vrátit do práce a bude moci zabezpečit rodinu a dále se věnovat svým zálibám.</p>

	<p>Ošetrovatelský problém: strach z nemoci</p> <p>Priorita: nízká</p>
<p>7. Vztahy</p> <ul style="list-style-type: none"> • Role pečovatelů • Rodinné vztahy • Plnění rolí 	<p>Pacient žije s manželkou v rodinném domě. Má dvě děti a všichni se pravidelně navštěvují mezi sebou obvykle nejvíce o víkendu. Do nemocnice za pacientem dochází pravidelně celá jeho rodina. Rodina se velmi aktivně zajímá o pacientův zdravotní stav.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>8. Sexualita</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexuální funkce • Reprodukce 	<p>Pacient je od 25 let ženatý se svojí první manželkou. Žádné velké problémy v manželství nemá, jen občasné a drobné hádky. Pacient je stále sexuálně aktivní. Během sexu žádné problémy nepociťuje. Má dvě zdravé děti.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>9. Zvládání/tolerance zátěže</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posttraumatická reakce • Reakce na zvládání zátěže 	<p>Pacient se nejvíce doma ve svém volném čase věnoval své zahradě, výletům s manželkou a rodinou,</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Neurobehaviorální stres 	<p>docela často rád sportoval, nejvíce jezdil na kole, díky těmto věcem se vždy dobře odreagoval od stresu a pracovních povinností. V nemocnici se pacient cítí docela bezpečně, i když je během hospitalizace dost nervózní a vystrašený, ale nesnaží se to nedávat najevo. Aby mu čas utíkal v nemocnici, tak přes den luští křížovky a kouká na televizi.</p> <p>Ošetrovatelský problém: strach, obavy co se bude dít po hospitalizaci</p> <p>Priorita: strach – střední, obavy po hospitalizaci – střední</p>
<p>10. Životní principy</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hodnoty • Přesvědčení • Soulad hodnost/přesvědčování/jednání 	<p>Pacient je ateista celý život a celá jeho rodina jsou ateisté taky. Prvním místem pro pacienta v životě je hlavně rodina a zdraví, kterého si váží a uvědomuje si jeho důležitou prioritu. Pacientovi hodnoty se během jeho života mění.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>11. Bezpečnost – ochrana</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infekce • Fyzické násilí • Environmentální rizika 	<p>Pacient během života neprodělal žádné závažné infekce ani fyzické násilí. Pacient se již dlouhá léta léčí s DM II. typu a sekundární hypertenzí.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Obranné procesy • Termoregulace 	<p>Nyní během hospitalizace má pacient zaveden PŽK, CŽK, PMK, EDK a penrose drén. Všechny invazivní vstupy jsou zatím bez jakékoliv známky infekce. Tělesná teplota se pohybovalo kolem 36,4 °C, kdy od večerních hodin při příjezdu ze sálu činila tělesná teplota 37,5 °C, která se držela po celou noc, poté pacient již bez výrazné zvýšené teploty. Z důvodu rizika pádu po operaci pacient musí dodržovat klidový režim na lůžku a vertikalizaci může pacient provádět pouze za přítomnosti ošetřovatelského personálu. Po celou dobu hospitalizace má pacient na DK elastické bandáže z důvodů rizika tromboembolické nemoci.</p> <p>Ošetřovatelský problém: riziko pádu z důvodu pooperačního stavu, narušená kožní integrita kůže z důvodů zavedení invazivních vstupů,</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>12. Komfort</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tělesný komfort • Komfort prostředí • Sociální komfort 	<p>Pacient snáší nemocniční prostředí celkem dobře, již byl několikrát hospitalizovaný během svého života a negativní vzpomínky na hospitalizaci nemá, takže i tato hospitalizace mu nedělá velké problémy. Tělesný</p>

	<p>komfort – pacient má během hospitalizace bolesti, které ho doprovází po dobu hospitalizace. Pacient zaujímá úlevovou polohu a dostává pravidelně analgetika, dle ordinace lékaře obvykle je výsledek po podání analgetik s efektem.</p> <p>Ošetrovatelský problém: akutní bolest po prodělané operaci - PDE</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>13. Růst, vývoj</p>	<p>Pacientovo tělo je dobře stavěné odpovídá věku klienta. Pacient s váhou nikdy problémy neměl, spíše byl vždy při těle říká pacient. Před zjištěním nynější nemoci zhubl asi 10 kg své váhy během 3 měsíců. Nyní má pacient dietu číslo 9 v nemocnici a dostává výživu pomocí NSJ dle tolerance pacienta. V plánu je to, že by pacient měl s NSJ sondou odcházet domů. Během hospitalizace dostává pacient sipping třikrát denně.</p> <p>Použité vyšetřovací škály: BMI</p> <p>Ošetrovatelský problém: vysoké riziko malnutrice</p> <p>Priorita: střední</p>

(HERDMAN, 2015)

Pacient ochotně odpovídal na kladené otázky.

2.2 MEDICÍNSKÝ MANAŽMENT:

ORDINOVANÁ VYŠETŘENÍ z 16. 10. 2018:

- Laboratorní vyšetření krve: krevní obraz, biochemie, kontrola glykémie, kontrola hemocue v 15 hodin
- Měření centrálního žilního tlaku (CVP)
- Saturace - kontinuálně
- Kontrola EKG a fyziologických funkcí – kontinuálně
- Kontrola bilancí tekutin a jídla
- Zajištění invazivních vstupů:
 - Permanentní močový katétr - PMK (zajištěno na sále)
 - Centrální venózní katétr – CŽK (zajištěno na sále)
 - Penrose drén (zajištěno na sále)
 - Nasogastická sonda (zajištěno na sále)
 - Epidurální katétr - EDK (zajištěno na sále)

2.2.1 VÝSLEDKY LABORATORNÍCH HODNOT 16. 10. 2018

LABORATORNÍ VÝSLEDKY ZE DNE 16. 10. 2018

BIOCHEMICKÉ VYŠETŘENÍ:

Tabulka 3 Laboratorní výsledky krevních hodnot – biochemické vyšetření

Vyšetření	Výsledek	Zkratka	Referenční hodnoty
Na	130	mmol/l	130 - 140
K+	4,12	mmol/l	3,50 – 5,10
CRP	50,50	mg/l	0,00 – 5,00
Bilirubin	10,2	ukat/l	5,0 – 21,0
ALT	0,57	ukat/l	0,10 – 0,83
AST	0,92	ukat/l	0,10 – 0,85
GMT	1,32	ukat/l	0,1 – 4, 82

AMS pankreatická	0,861	ukat/l	0,220 – 0,880
Amylázy z drénu	8,5	ukat/l	0,30 – 1,67

Hematologické vyšetření:

Tabulka 4 Laboratorní výsledky krevních hodnot – hematologické vyšetření

Vyšetření	Hodnoty	Zkratka	Referenční hodnoty
Erytrocyty	3,38	10 ¹² /l	4,00 – 5,80
Leukocyty	13,88	10 ⁹ /l	4,00 – 10,00
Trombocyty	145	10 ⁹ /l	160 - 450
Hematokrit	0,34	g/l	0,40 – 0,50
Hemoglobin	112	g/l	135 - 175

Fyziologické funkce při příjezdu z operačního sálu:

Tabulka 5 fyziologické funkce

TK	155/95	torrů	hypertenze
P	105	/min	tachykardie
TT	37,5	°C	subfebrílie
D	22	/min	tachypnoe

Bilance tekutin: +4350 ml

Saturace: 93%

Hemocue v 15 hodin: 103 g/l

2.2.2 KONZERVATIVNÍ LÉČBA:

Dieta: 0

Výživa: do NSJ – výživa 10 ml/h – dle tolerance pacienta

Pohybový režim: klid na lůžku

Rehabilitace: Ano rehabilitace na lůžku

2.2.3 MEDIKAMENTOZNÍ LÉČBA:

Per os:

Tabulka 6 Medikamentózní léčba

Lozap	tbl.	50 mg	1 – 0 - 0	antihypertenziva
Ortanol	cps.	20 mg	0 – 0 - 1	antiulcerotika

Premedikace:

Dithiaden	tbl.	7,5 mg	v 7:30	antihistaminika
Midazolam	inj.	0,6 mg	V 7:30	anxiolytika

Intravenózní podání:

Acefa	i.v.	2g	v 7:30	antibiotická profylaxe
Paracetamol	i.v.	1000mg/100 ml FR	1 – 1 – 1 - 1	analgetika antipyretika
Novalgin	i.v.	2ml/1g ve 100ml FR	1 – 1 – 1 - 1	analgetika
Tramal	i.v.	100mg/2ml ve 100ml FR	1 – 1 – 1 - 1	analgetika
Degan	i.v.	10mg do 100ml FR	1 – 1 – 1	digestiva/prokinetika
Controloc	i.v.	40mg ve 20ml FR	1 – 0 – 1	antiulcerotika

Subkutánně:

Fraxiparine	s.c.	0,4	ve 21 hodin	antikolagulancia
Morfin	s.c	1 amp.	1 – 1 – 1 – 1	Analgetika - anodyna

Kontinuálně:

Voluven 6%	50 ml/h
Plasmalyte	80 ml/h
Epidurální směs do EDK katétru 34ml FR + 10 ml Marcain + 6 ml Fentanyl Torex	3 – 6 ml/h dle potřeby pacienta
NSJ	30 ml/h

(DÍTĚ, 2011), (KOCINOVÁ et al., 2013)

2.3 SITUAČNÍ ANALÝZA z 16. 10. 2018

Předoperační příprava probíhala na standardním lůžkovém oddělení chirurgie. V ranních hodinách proběhlo oholení pacienta od prsních bradavek až k lopatám kosti kyčelní nebo po kořen penisu a důkladnou hygienu celého těla. V 7 hodin ráno jsem pacientovi podala Lozap 50 mg tbl. p. o. (antihypertenziva), jelikož ranní tlak byl naměřen 140/95 mm Hg. Před odjezdem na sál jsem pacientovi pomohla nasadit bandáže na dolní končetiny a 30 min. před odjezdem na sál jsem podala pacientovi Midazolam 0,6 mg i. m. (anxiolytika). S premedikací byla podána i Acefa 2g i.v. do 100 ml FR jako antibiotická profylaxe a 10% Glukóza s 10j HMR kdy ranní glykémie byla

naměřena 7,5 mmol/l.

Bezprostředně po operaci, ve 14 hod, byl pacient převezen na oddělení jednotky intenzivní péče. Po příjezdu na oddělení byl pacient okamžitě připojen na přístroje k monitoraci tlaku, saturace a EKG. Z invazivních vstupů měl pacient zavedený CŽK, penrose drén, PMK, EDK. Arteriální katétr byl napojen přes tlakový převodník k monitoru pro kontinuální měření arteriálního tlaku. Dále měl pacient ze vstupů NJS k enterální výživě po operaci a NGS. Při příjezdu byla pacientovi změřena glykémie, která činila 6,5 mmol/l. Penrose drén byl ze sálu kryt pouze sterilním čtvercem a fixován lepenkou, takže při příjezdu byl na penrose drén nalepen výpustný urostomický sáček pro kontrolu a měření odpadů.

Ihned po příjezdu ze sálu byla u pacienta zahájena infuzní terapie. Do CŽK byl podáván 6% Voluven i. v. (prevence nebo léčba hypovolémie), který kapal rychlostí 50ml/hod, dále kapal kontinuálně Plasmalyte i. v. rychlostí 80ml/hod. Voluven i. v. byl naordinován ošetřujícím lékařem pro naměřenou nízkou hodnotu centrálního žilního tlaku (s výslednou hodnotou +3) při vysoké peroperační krevní ztrátě 2000 ml.

Po uložení pacienta na lůžko bylo nutné provést RTG vyšetření pro ověření správného zavedení centrálního žilního katétru. Dále byla pacientovi kontinuálně podávána epidurální směs přes epidurální katetr zavedený do páteřního kanálu. Rychlost podávání byla zaznamenána v dekurzu, kdy rozmezí rychlosti podávání směsi bylo 3 – 6 ml za hodinu.

V den operace měl pacient dietu 0. Do NSJ se začala podávat enterální výživa, kdy začínáme na 10ml/hod dle tolerance pacienta. Pacient po celou dobu toleruje enterální výživu. Pacient mohl začít popíjet po dvou hodinách od odeznění anestezie. Pohybový režim a vertikalizace pacienta mohla nastat po 6 hodinách od ukončení anestezie. Pacient se však na vertikalizaci necítil kolem 20 hodiny, takže vertikalizace proběhla až při ranní hygieně následujícího dne. Pacientovi byl podáván kyslík kyslíkovou maskou rychlostí 3l/min po dobu 5 hodin od příjezdu ze sálu, dále byla oxygenoterapie ordinována pouze dle potřeby. Těsně po zákroku měl pacient saturaci 92%, kdy po podání kyslíkové terapie činila saturace 98%. Tlak a pulz byly během dne v normě. V 15 hodin byl

naordinován odběr za použití přístroje HEMOCUE, kdy hodnota činila 103 g/l. Od začátku hospitalizace na JIP až do konce pracovní doby noční směny bylo podáno per os a infuzemi 6100 ml tekutin. Pacient vymočil 1000 ml čiré moči, penrose drén odvedl 750ml serosangvinózní tekutiny s biliární příměsí. Bilance tekutin u pacienta byla +4350 ml. Kontinuálně byla monitorována saturace, EKG, CVP. Dále byly sledovány parametry: TT, TK, P, bilance tekutin á 6 hodin.

2.4 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNOZ A JEJICH SEŘAZENÍ DLE PRIORIT

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA I Taxonomie II Ošetřovatelské diagnózy, Definice a klasifikace 2015 – 2017. Diagnózy jsou rozděleny na akutní a rizikové diagnózy (HERDMAN, 2015).

Po pečlivém sběru informací, prostudování celé zdravotnické dokumentace a rozhovoru s pacientem jsem stanovila ošetřovatelské diagnózy. Po zhodnocení informací jsem se zaměřila na ošetřovatelské problémy, které se u pacienta vyskytují, nebo by se potencionálně vyskytnout mohly. Diagnózy jsem stanovila během hospitalizace pacienta na oddělení, a to v období od 15. 10. 2018 do 30. 10. 2018. Stanovila jsem deset aktuálních diagnóz a čtyři potencionální diagnózy. Vybrali jsme tři aktuální a čtyři rizikové diagnózy, které by pacienta mohly nejvíce ohrozit nebo omezit po dobu hospitalizace a ty jsme následně rozpracovali dopodrobna v bakalářské práci.

AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:

1. Aktuální bolest – 00132
2. Porušená tkáňová integrita – 00044
3. Zhoršená tělesná pohyblivost – 00085
4. Deficit sebepéče při koupání – 00108
5. Deficit sebepéče při oblékání – 00109

6. Strach – 00148
7. Dysfunkční gastrointestinální mobilita – 00196
8. Narušený vzorec spánku – 00198
9. Hladina glukózy v krvi – 00179
10. Snaha zlepšit výživu - 00163

RIZIKOVÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOZY:

1. Riziko infekce – 00004
2. Riziko pádu – 00155
3. Riziko bezmocnosti – 00152
4. Riziko zácpy - 00015

AKTUÁLNÍ BOLEST – 00132

Doména: 12. Komfort

Třída: 1. Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z akutního nebo potenciálního poškození tkáně či popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti): náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem.

Určující znaky:

- Pacient nás informuje o intenzitě bolesti pomocí standardizované škály bolesti (numerická škála bolesti, vizuální analogová škála)
- Pacient zaujímá úlevovou polohu
- Výraz bolesti v mimice obličeje

- Pacient sděluje bolest ošetřovatelskému personálu dle škály bolesti

Související faktory: základní onemocnění -operační rána

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: pacient při propuštění z nemocnice bude bez bolesti a bolest ho nebude omezovat v žádné činnosti.

Cíl krátkodobý: po podání analgetik dojde ke zmírnění bolesti – do 1 hodiny.

Očekávané výsledky:

Pacientka bude znát hodnotící škály bolesti a metody pro zmírnění bolesti – do 2 hodin.

Pacientka bude umět používat analogovou škálu bolesti – do 1 hodiny.

Pacientka dokáže bolest zhodnotit a informovat o tom ošetřující personál – do 1 hodiny od podání analgetik.

Ošetřovatelské intervence:

1. Zhodnot' intenzitu bolesti podle vizuální analogové škály – všeobecná sestra - každou hodinu.
2. Zjistí intenzitu bolesti, lokalizaci a charakter bolesti – všeobecná sestra - pravidelně, každou hodinu.
3. Informuj pacienta o úlevové poloze a předcházení bolesti při pohybu či odkašlávání – všeobecná sestra - průběžně.
4. Nacvičuj správnou a bezpečnou vertikalizaci pacienta z lůžka – všeobecná sestra, rehabilitační pracovník – vždy.
5. Podávej analgetika dle potřeby pacienta a ordinace lékaře – všeobecná sestra – pravidelně, dle VAS stupnice.
6. Zaznamenej bolest a účinnost léků do ošetřovatelské dokumentace – zdravotní sestra – do 1 hodiny.
7. Sleduj účinnost a vedlejší účinky po podání analgetik – všeobecná sestra - pravidelně á 1 hodina.

8. Zajisti pohodlné a příjemné prostředí pro pacienta, využij metody k odpoutání bolesti – všeobecná sestra, rehabilitační pracovník, ošetřovatelka - průběžně.

Realizace ošetřovatelské péče:

Podrobné rozpracování aktuální ošetřovatelské diagnózy z 16. 10. 2018:

16. 10. 2018 – nultý pooperační den

14: 00 – Pacient přivezen ze sálu. Ihned napojen na EDK začínají rychlostí 4 ml/h

14:30 - Pacientovi podán Paracetamol na udávající bolesti VAS 4 na hodnotící škále bolesti od 0 – 10.

15:00 - Pacient udává bolest VAS 2, s pozitivním účinkem na Paracetamol. Pacient pospává.

15: 30 – Pacient bolestivý na hodnotící stupnici udává bolest 5. EDK spále kapa 4 ml/h. Podán Novalgin 2 ml/1g.

16:00 – Pacient bez bolesti. Polehává. Na stupnici hodnotí bolest jako VAS 2. polohu zaujímá na zádech s pokrčenými dolními končetinami.

16:30 –Provedena večerní hygiena na lůžku. Stav beze změn. EDK kape 4 ml/h – dostačující.

17:00 – Pacient udává bolesti na VAS 4, podán Novalgin.

17:30 – Pacient udává VAS 7, předešlý Novalgin bez efektu. Pacient opocný, zaujímá úlevovou polohu. Podán Morfin 1 amp. s.c.

18:00 – Pacient při vědomí, komunikuje, orientovaný, RSS – 0. Udává úlevu od bolesti, VAS 3.

Realizace 16. – 24. 10. 2018:

Pacient byl informován o bolesti a o principu úlevové polohy. Pacientovi jsem pomáhala s nalezením úlevové polohy. Podávala jsem analgetika dle potřeby pacienta a dle ordinace lékaře. Po podání analgetik jsem sledovala jejich účinek, tedy pro snížení bolesti. Vše jsem zaznamenávala do ošetřovatelské

dokumentace. Snažila jsem se pacientovi v nemocnici udělat příjemné prostředí, aby se zde cítil bezpečně.

Hodnocení 24. 10. 2018:

Pacient umí využívat úlevovou polohu, během dne ji několikrát zaujímá. Pacient hodnotil bolest během celého dne jako snesitelnou, obvykle vždy s úlevou po podání analgetik. Při podání analgetik se nevyskytla žádná nežádoucí reakce. V průběhu hospitalizace bylo využíváno všech dostupných možností na zmírnění bolesti. Pacient hodnotí bolest na vizuální analogové škále za mé směny číslem 3. Při překladu pacient hodnotí bolest dle VAS s číslem 2. Krátkodobý cíl se podařilo splnit. Dlouhodobý cíl pokračuje.

Pokračující intervence: 5, 6, 7.

PORUŠENÁ TKÁŇOVÁ INTEGRITA – 00044

Doména: 11. Bezpečnost / ochrana

Třída: 2. fyzické poškození

Definice: poškození sliznice, rohovky, kůže anebo poškození tkání

Určující znaky:

- Poškození tkáně nebo zničení tkáně
- Porušení ve struktuře nebo funkci těle v daném místě

Související faktory: chirurgický zákrok – operační rána (chybějící části těla)

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: operační rána se bude hojit per primam - do dvou týdnů po prodělané operaci.

Cíl krátkodobý: pacientova pokožka je dostatečně hydratována, okolí operační rány a penrose drénu je klidné, bez známek zarudnutí a nevykazuje žádné známky infekce – po dobu mé služby.

Očekávané výsledky:

Pacient bude informován o známkách infekce u operační rány – do 1 hodiny.

Operační rána bude bez známek infekce – vždy.

Pacient bude informován o nutnosti penrose drénu – do 1 hodiny.

Ošetrovatelská intervence:

1. Převazuj operační ránu a okolí penrose drénu za aseptických podmínek - všeobecná sestra – vždy.
2. Pravidelně kontroluj okolí operační rány a operační ránu – všeobecná sestra – 2x za službu.
3. Udržuj operační ránu v suchu a v čistotě – všeobecná sestra - vždy.
4. Vše zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace – lokalizace rány, barva a okolí rány, velikost rány, zápach z rány – všeobecná sestra - průběžně.
5. Sleduj laboratorní výsledky a popřípadě informuj lékaře o zvýšení některých hodnot laboratorních výsledků – všeobecná sestra - 30 minut po odebrání biologického materiálu.
6. Sleduj sekreci z operační rány a penrose drénu – všeobecná sestra - á 2 hodiny.
7. Zapisuj odpad z penrose drénu do ošetrovatelské dokumentace za 12 hodin – všeobecná sestra – jedenkrát za službu.

Realizace ošetrovatelské péče:

Podrobné rozpracování aktuální ošetrovatelské diagnózy z 16. 10. 2018:

16. 10. 2018 – nultý pooperační den

14:00 – Pacient přivezen z operačního sálu. Kontrola operační rány, krytí operační rány lehce prosakuje. Na penrose drén přiložen urostomický sáček, kontrola odpadů, odvádí serosang tekutinu. Proveden záznam do ošetrovatelské dokumentace.

16:00 – Kontrola operační rány, stále mírný prosak. Penrose drén odvedl minimum serosangvinozní tekutiny.

Po celý den probíhá pravidelná kontrola operační rány, prosak operační rány se nezvětšuje a tak krytí ponecháno. Penrose drén – funkční, odvádí, krytí na penrose drénu vyhovující, drží.

Realizace 16. – 24. 10. 2018:

Pravidelně jsem kontrolovala operační ránu a její okolí. Převezby rány byly provedeny za aseptických podmínek. Převezby byly prováděny v časném pooperačním období v pravidelných intervalech, dále již pouze dle potřeby. Byla pravidelná kontrola laboratorních výsledků a záznamy do dokumentace. Penrose drén - pravidelná výměna urostomického sáčku, který je přiložen na penrose drénu. Sáček je průhledný, tak aby lékař a ošetrovatelský tým mohli sledovat odpad z drénu, barvu odpadu a jeho množství. Odpady z penrose drénu byly pravidelně zaznamenáván do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení 24. 10. 2018:

Očekávané výsledky byly splněny. Operační rána a okolí je klidné, bez známek zarudnutí. Operační rána se hojila po celou dobu hospitalizace per primam. Počáteční dny byla operační rána kryta Curaporem, poté se Curapore odstranil a rána byla kryta Opsitem. Laboratorní výsledky byly v normě. Penrose drén okolí

bylo klidné, bez známek zarudnutí. Výměna urostomického sáčku na penrose drénu byla prováděná dle potřeby a funkčnost sáčku. Odpady spíše serosangvinózní tekutiny se postupně snižovaly. Pacient odchází na standardní oddělení s penrose drénem. Krátkodobý cíl splněn. Dlouhodobý cíl pokračuje.

Pokračující intervence: 3, 4, 6, 7

HLADINA GLUKÓZY V KRVI – 00179

Doména: 2. Výživa

Třída: 4. Metabolismus

Definice: riziko změn hladin glukózy / cukru v krvi oproti normálnímu rozsahu, které mohou oslabit zdraví. (Riziko změn koncentrace glukózy v plazmě žilní krve oproti normálnímu rozmezí, které mohou oslabit zdraví).

Určující znaky:

- Hyperglykémie: žízeň, nauzea až zvracení, zvýšené močení, dehydratace, Kussmaulovo dýchání, zápach dechu po acetonu
- Hypoglykémie: apatie, zmatenost, dezorientace, nesouvislé mluvení

Související faktory: chronické onemocnění – pacient je diabetik II. typu

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientova hladina glykémie v krvi bude v rozmezí normy do překlada na standardní oddělení.

Cíl krátkodobý: Pacient během mé služby má hladinu glykémie v normě. Nebude mít hypoglykémii ani hyperglykémii.

Očekávané výsledky:

Pacient bude mít glykémii v normě – do 6 hodin.

Pacient bude znát důsledky nedodržování diabetické diety – do 12 hodin.

U pacienta nevznikne hypoglykémie ani hyperglykémie – do 24 hodin.

Ošetrovatelské intervence:

1. Včasné odhal kritické hodnoty glykémie – všeobecná sestra - vždy.
2. Nedojde k naměření hypoglykémie nebo hyperglykémie – všeobecná sestra – nikdy.
3. Pravidelně kontroluj glykémii 4x denně – všeobecná sestra – dle ordinace lékaře.
4. Vše zapisuj do ošetrovatelské dokumentace a do glykemické karty pacienta – všeobecná sestra - po naměření hodnoty (4x denně).
5. Včas zasáhni při naměření kritických hodnot glykémie – všeobecná sestra - vždy.
6. Sleduj příjem stravy a tekutin u pacienta – ošetrovatelka, všeobecná sestra – po každém jídle.
7. Ovšem informuj lékaře – všeobecná sestra - vždy.

Realizace ošetrovatelské péče:

Realizace 16. 10. 2018:

Pravidelně jsem kontrolovala hladinu glykémie a vše zapisovala do ošetrovatelské dokumentace. Vysvětlila jsem pacientovi projevy hypoglykémie (opocení, vlčí hlad, slabost až zmatenost a poté až bezvědomí). Pacient se snaží sníst vše během jídla. Naměřené hodnoty glykémie jsou přiměřené, ráno a v poledne mírně nadhraniční, večer již normální. Konkrétní hodnoty během mé směny jsou:

ráno: 6,5 mmol/l

v poledne: 5,8 mmol/l

večer: 4,9 mmol/l

Hodnocení 24. 10. 2018:

Pacient je po celou dobu hospitalizace kompenzovaný. Ošetrovatelský cíl krátkodobý i dlouhodobý cíl splněn.

RIZIKO INFEKCE – 00004

Doména: 11. Bezpečnost / ochrana

Třída: 1. infekce

Definice: náchylnost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví.

Určující znaky:

- Začervenání místa vstupu
- Bolest v místě zavedení invazivního vstupu
- Subfebrílie až febrílie

Související faktory: zavedení invazivního vstupu – PŽK, CŽK a EDK

Priorita: nízká

Cíl dlouhodobý: pacientův invazivní vstup nejeví žádné známky infekce – při propuštění do domácího prostředí

Cíl krátkodobý: během mé služby nedojde k žádné známce infekce u invazivního vstupu

Očekávané výsledky:

Pacient bude znát známky infekce u invazivních vstupů – do 1 hodiny.

Pacient bude znát individuální rizikové faktory u jednotlivých vstupů – do 1 hodiny.

Invazivní vstupy budou funkční a průchodné – vždy.

Ošetrovatelské intervence:

1. Pravidelně kontroluj okolí invazivních vstupů - všeobecná sestra - 2x za službu.
2. Včasné odhal vznik infekce v místě zavedení invazivních vstupů – všeobecná sestra – vždy.
3. Informuj nemocného o důvodu zavedení invazivních vstupů a možném vzniku infekce souvisejícím se zavedením invazivních vstupů – všeobecná sestra – do 1 hodiny.
4. Prováděj pravidelný záznam do ošetrovatelské dokumentace o invazivních vstupech – všeobecná sestra – 1x za službu.
5. Měř pravidelně tělesnou teplotu a sleduj celkové projevy infekce – všeobecná sestra – 2x za službu.
6. Pravidelně kontroluj u PŽK a CŽK místo zavedení a jeho okolí, funkčnost vstupu, funkčnost sterilního krytí – všeobecná sestra – vždy.
7. Pravidelně převazuj dle ošetrovatelských standardů nemocnice za aseptických podmínek – všeobecná sestra – vždy.
8. Před převazem PŽK a CŽK proved' důkladnou hygienu rukou – všeobecná sestra – vždy.

Realizace ošetrovatelské péče:

Realizace od 16. – 24. 10. 2018:

U pacienta jsem během dne pravidelně kontrolovala invazivní vstupy. PŽK – EX – po příjezdu na JIP. CŽK byl kryt transparentní folií, přes kterou jde dobře sledovat a hodnotit místo vpichu a okolí zavedeného katétru. Krytí vyhovovalo a splňovalo podmínky sterilního krytí dle standardů nemocnice. Nemocnému během své služby měřila 2x denně teplotu. O veškerých výkonech a převazech jsem provedla záznam do ošetrovatelské dokumentace. Pacient neudává bolestivost v místě zavedení CŽK.

Hodnocení 24. 10. 2018:

PŽK byl nultý den po operaci odstraněn a zůstal jen CŽK. Během hospitalizace se neprojevila žádná známka infekce pacienta související se zavedením důvodů CŽK. Místo vpichu i okolí katétru bylo klidné, bez známek zarudnutí či bolestivosti

v místě vpichu. CŽK jsem pravidelně převazovala za aseptických podmínek. Vše jsem zaznamenala do dokumentace. Nedošlo tedy k infekci invazivních vstupů během hospitalizace. Krátkodobý cíl splněn. Dlouhodobý cíl pokračuje.

Pokračující intervence: 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8

RIZIKO PÁDU – 00155

Doména: 11. Bezpečnost / ochrana

Třída: 2. Tělesné poškození

Definice: náchylnost k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu, což může ohrozit zdraví pacienta.

Určující znaky:

- Pomůcky k chůzi pacienta
- Změny chůze
- Omezený rozsah pohybu
- Snížené reakce

Související faktory: celkový pooperační stav pacienta

Priorita: střední

Dlouhodobý cíl: Pacient nebude omezen v pohybu. Bude schopný bezpečného pohybu sám bez ošetrovatelské pomoci – při překladech na standardní oddělení.

Krátkodobý cíl: Pacient neupadne po dobu mé služby.

Očekávané výsledky:

Pacient bude znát své riziko pádu – do 1 hodiny.

U pacienta budou využity všechny ochranné a kompenzační pomůcky – do 30 minut.

Nedojde u pacienta k pádu – po celou dobu hospitalizace.

Ošetřovatelské intervence:

1. Pravidelně přehodnocuj riziko pádu dle stupnice Morse – všeobecná sestra - každý den.
2. Kontroluj prostředí pacienta, zajisti pomoc při chůzi – všeobecná sestra - vždy.
3. Nacvičuj správné používání kompenzačních pomůcek – všeobecná sestra, fyzioterapeut - neustále.
4. Aktivně pacientovi nabízej dopomoc při chůzi – všeobecná sestra - průběžně.
5. Edukuj pacienta o riziku pádu a o prevenci pádu – všeobecná sestra, do 1 hodiny.
6. Dej pacientovi signalizaci na dosah ruky a vysvětli používání signalizace – všeobecná sestra – do 1 hodiny.
7. Použij zábrany v lůžku, popřípadě krátkodobé omezení pacienta v lůžku, pokud to jeho stav vyžaduje – všeobecná sestra - pravidelně.

Realizace ošetřovatelské péče:

Podrobné rozpracování rizikové ošetřovatelské diagnózy z 16. 10. 2018:

16. 10. 2018 – nultý pooperační den

14:00 – Pacient přivezen ze sálu. Pacient ležící na lůžku. V rámci lůžka soběstačný, vše na dosah ruky. Signalizace na dosah ruky, informován o riziku pádu. Postranice v aktivní poloze.

15:00 – Pacient zaujímá úlevou polohu s pokrčenýma DK na posteli. Pacient v posteli polehává, postranice v aktivní poloze..

Vertikalizace pacienta první den po operaci neproběhla. Pacient vertikalizován, až 17. 10. 2018 v ranních hodinách.

Realizace 16. – 24. 10. 2018:

Pacient byl poučen o riziku pádu, pacienta jsem označila červeným barevným kolečkem na náramek, protože pacient po operaci spadá do skupiny nemocných

s rizikem pádu. Pacient byl edukován o signalizaci, která mu byla umístěná na dosah ruky. Po domluvě jsem druhý den pacientovi nechala jednu postranici v aktivní poloze a druhou ponechala dole - pacient poučen. Pacientovi jsem dopomáhala při vertikalizaci a chůzi. Osobní věci uloženy na noční stolek, na dosah ruky.

Hodnocení 24. 10. 2018:

Efekt úplný. Pacient pochopil a respektoval, na čem jsme se domluvili a snažil se tedy předejít riziku pádu. První dny po operaci vstával a chodil pouze za přítomnosti ošetřovatelského týmu, v dalších dnech už vertikalizaci a chůzi zvládal sám. Za moji směnu a celou hospitalizaci nedošlo k pádu. Krátkodobý i dlouhodobý cíl splněn.

RIZIKO BEZMOCNOSTI – 00152

Doména: 9. Zvládání / tolerance zátěže

Třída: 2. Reakce na zvládání zátěže

Definice: prožitá zkušenost kontroly nad situací, včetně vnímání, že vlastní činnost nemá významný vliv na výsledek.

Určující znaky:

- Deprese
- Pochybování o sobě
- Změny nálad
- Pocit, že to nemá cenu
- Strach

Související faktory: související s nynějším onemocněním, kdy pacient podstupuje operační zákrok pro karcinom pankreatu.

Priorita: střední

Dlouhodobý cíl: po celou dobu hospitalizace se u pacienta nevyskytnou známky beznaděje a bezmocnosti.

Krátkodobý cíl: během mé služby bude pacient v dobrém psychickém rozpoložení.

Očekávané výsledky:

Pacient bude informován o možnosti psychologické – do 1 hodiny.

Pacient bude po operaci v dobrém psychickém rozpoložení.

Ošetřovatelské intervence:

1. Sleduj psychický stav pacienta během hospitalizace – všeobecná sestra - pravidelně.
2. Nabízej pacientovi psychologickou pomoc či psychiatra – všeobecná sestra – dle potřeby.
3. Zajisti pacientovi soukromí – všeobecná sestra - vždy.
4. Zajisti klidné a příjemné prostředí – všeobecná sestra - vždy.
5. Zaznamenávej psychický stav pacienta do ošetřovatelské dokumentace – všeobecná sestra - pravidelně.
6. Udělej si prostor pro rozhovor s pacientem – všeobecná sestra - vždy když to pacient vyžaduje.
7. Vyslechni pacienta a mluv s pacientem o jeho potřebách a prožívání nemoci – všeobecná sestra - vždy.
8. Respektuj pacientovo rozhodnutí – všeobecná sestra - vždy.

Realizace ošetřovatelské péče:

Realizace od 16. – 24. 10. 2018:

Pacient byl neustále v kontaktu jak s ošetřovatelským týmem, tak s ostatními pacienty a rodinou. Snažila jsem se, abych byla pacientovi k dispozici vždy, když to pacient potřeboval, dále jsem se snažila o profesionální a empatický přístup při rozhovoru s pacientem a rodinnými příslušníky. Pacient byl většinu času komunikativní. Obavy pacient měl zejména o to, co ho dál bude čekat. Pacientovi byla nabídnuta možnost rozhovoru s psychologem či psychiatrem, ale pacient tuto možnost vždy odmítl.

Hodnocení 24. 10. 2018:

Pacient byl klidný, otevřený rozhovoru o jeho diagnóze. Je informovaný o svém stavu a budoucnosti ošetřujícím lékařem. Pacienta hodnotím jako spolupracujícího. Krátkodobí cíl splněn, dlouhodobý cíl pokračuje.

Pokračující intervence: 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8

2.5 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Pacient byl přijat 15. 10. 2018 do Ústřední Vojenské nemocnice v Praze pro karcinom hlavy pankreatu. Při příjmu je pacient orientovaný, klidný a bez bolesti. Pacient 16. 10. 2018 podstoupil těžký operační zákrok a to pankreatoduodenektomii. Po operaci bylo nutné, aby pacient několik dní strávil na jednotce intenzivní péče a tak byl pacient po operaci umístěn na oddělení chirurgické JIP. Po stabilizaci stavu byl pacient přeložen na standardní oddělení chirurgie.

V průběhu hospitalizace se celkový stav pacienta zlepšil. Fyziologické funkce v normě. Bolesti omezovaly pacienta během dne, ale ošetrovatelský personál se snažil bolestem předcházet za pomoci podávání analgetik po celou dobu hospitalizace. Výživa byla pacientovi podávána za pomoci NSJ a dále byla naordinována diabetická dieta ošetřujícím lékařem. Dále byl kladen důraz na celkový psychický stav pacienta. Pacientův psychický stav během hospitalizace byl přijatelný i bez podávání medikace a podpory odborníkem.

Pacient při propuštění odchází domů s penrose drénem, ve kterém jsou nalezeny pozitivní amylázy. Během hospitalizace probíhá edukace pacienta a manželky ohledně výměny urostomického sáčku, kterou oba zvládají bez problémů. Pacient odchází domů ve stabilizovaném stavu již 30. 10. 2018.

2.6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Karcinom pankreatu je v dnešní době stále častější a pro populaci velmi obávané onemocnění. Obvykle pacienti přicházejí k lékaři pozdě, onemocnění je již v pokročilém stádiu a možnosti léčby jsou již velmi omezené. Podle mého názoru by měl být ve větší míře kladen důraz na prevenci tohoto onemocnění a také jeho včasnou diagnostiku. Jedině tak mohou mít nemocní s karcinom pankreatu vyšší šanci buď na úplné vyléčení, či na prodloužení přežívání a na zajištění co možná největší kvality života po zjištění tohoto onemocnění.

Další odstavce této práce by měly být prospěšné pacientům, které tato choroba postihla, jejich rodinným příslušníkům, všeobecným sestřám a zdravotnickému personálu, který o pacienty s tímto onemocněním pečuje.

Doporučení pro pacienta:

- Pravidelná kontrola v chirurgické a onkologické ambulanci
- Dodržovat dietu a pooperační klid
- Nepřemáhat se a mít dostatek odpočinku během celého dne
- Pravidelně užívat léky a inzulín dle doporučení lékaře
- Dokázat mluvit o svých problémech

Doporučení pro rodiny:

- Trpělivost
- Vyslechnout nemocného
- Neustálý kontakt s pacientem
- Pomoc při některých situacích, které mohou během hospitalizace nebo doma nastat
- Rodina by měla být motivací k léčbě pacienta

Doporučení všeobecným sestřám:

- Neustále se vzdělávat a získávat nové informace v onemocnění karcinomu pankreatu
- Empatický přístup sester a celého ošetrovatelského personálu - jak k pacientovi, tak k rodinným příslušníkům
- Umět poskytnout dostatečné informace o karcinomu pankreatu
- Být trpělivá a umět si získat pacientovu důvěru
- Nechat prostor pro pacientovi dotazy
- Plnit a dodržovat všechny ordinace lékaře
- Edukovat pacienta o operační ráně, o pooperačním stavu a v péči o penrose drén

ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelský proces u nemocného po pankreatoduodenektomii. Cílem bakalářské práce bylo vytvořit kazuistiku pacienta s onemocněním karcinomu pankreatu, který podstoupil operaci nazvanou pankreatoduodenektomie. Případová studie byla dle mého očekávání splněna.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsem se věnovala charakteristice karcinomu pankreatu, jeho diagnostice, způsobu léčby daného onemocnění, obecné onkologii a léčbě bolesti. V praktické části jsem vytvořila komplexní práci charakterizující dané onemocnění a popisující jeho možnou léčbu. Stanovila jsem největší ošetrovatelské problémy spojené s pacientovou hospitalizací a navrhla jejich řešení. Při stanovení ošetrovatelských problémů je velice důležitý individuální přístup k nemocnému. Na základě vyhodnocení získaných dat o pacientovi jsem si stanovila 10 aktuálních a 4 rizikové ošetrovatelské diagnózy.

Zpracovávání této bakalářské práce mě obohatilo o prohloubení znalostí o tomto závažného onemocnění. Získala jsem větší přehled o stavbě a funkci pankreatu, o možných příčinách karcinomu pankreatu, jeho symptomech, diagnostice a léčbě. Zdokonalila jsem své vědomosti v oblasti břišní chirurgie. Především jsem si uvědomila důležitost komplexní a multidisciplinární péče o pacienta. S pacientem se mi pracovalo dobře. Všechny tyto poznatky se mi budou hodit do dalšího profesního života.

Nádorové onemocnění pankreatu je závažné onemocnění, které může i po operačním zákroku končit velmi brzkou smrtí. Musíme tedy klást velký důraz na psychiku nemocného, je zde velmi nutná a důležitá spolupráce s rodinou, ošetřujícím lékařem, psychologem, psychiatrem a dalšími zdravotnickými pracovníky. Velmi často je také vhodná konzultace specialistů na paliativní péči, tedy péči o pacienty v terminálních stádiích daného onemocnění.

V praktické části bylo rozpracováno tři aktuální a tři rizikové ošetrovatelské diagnózy. Téměř všechny ošetrovatelské cíle byly splněny. Závěr praktické části

obsahuje doporučení pro praxi jak pro zdravotnický personál, tak pro pacienta a jejich rodinám.

Při propuštění pacienta do domácího léčení byl pacient poučen o péči o ránu, o pohybovém režimu, o péči o penrose drén a o výživě. Edukace probíhala za přítomnosti manželky a dcery během hospitalizace i před propuštěním.

V bakalářské práci jsem se snažila přiblížit péči o pacienta s tímto závažným onemocněním a také upozornit na velmi důležitou a nezastupitelnou roli sestry v ošetrovatelském procesu.

Ke své práci jsem použila především literaturu zabývající se onemocněním slinivky břišní a ve velké míře jsem čerpala z otázek pokládaných lékařům na daném oddělení chirurgie.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BUREŠ, Jan, Jiří HORÁČEK a Jaroslav MALÝ, 2014. *Vnitřní lékařství*. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-145-2.

ČIHÁK, Radomír, 2011. *Anatomie*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Editor Miloš GRIM, editor Oldřich FEJFAR. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3817-8.

ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ, 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3129-2.

DÍTĚ, Petr, 2011. *Farmakoterapie v gastroenterologii*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-704-2.

DYLEVSKÝ, Ivan, 2019. *Funkční anatomie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3240-4.

HAKL, Marek, 2011. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. Praha: Mladá fronta, Aeskulap. ISBN 978-80-204-2473-0.

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMISTRU, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace : 2015-2017*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5412-3.

HOLUBOVÁ, Adéla, Helena NOVOTNÁ a Jana MAREČKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Mladá fronta, Sestra. ISBN 978-80-204-2806-6.

HRDÁ, Karolína, Blanka TOLLAROVÁ, Alena HÁJKOVÁ, Helena KREJČIŘÍKOVÁ, Tereza BRUNEROVÁ, Matěj LEJSAL, Alena GAUDLOVÁ a Kateřina HILDEBRANDOVÁ, 2018. *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory: metodický materiál projektu Proces integrace paliativní péče do domova pro seniory podpořený NF AVAST*. Praha: [Domov Sue Ryder]. ISBN 978-80-907190-2-6.

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

HUGO, Jan, Martin VOKURKA a Markéta FIDLEROVÁ, 2016. *Slovník lékařských zkratk*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-519-4.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, Sestra. ISBN 978-80-247-2171-2.

KAŠÁKOVÁ, Eva, Martin VOKURKA a Jan HUGO, 2015. *Výkladový slovník pro zdravotní sestry*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-424-1.

- KLEINOVÁ, Jana, 2011. *Malnutrice nejen u nádorových onemocnění*. Olomouc: Solen. ISBN 978-80-87327-77-7.
- KLENER, Pavel, 2011. *Vnitřní lékařství*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-705-9.
- KŘÍŽOVÁ, Jarmila, 2014. *Enterální a parenterální výživa*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, Aeskulap. ISBN 978-80-204-3326-8.
- KOCINOVÁ, Svatava, Zdeňka ŠTERBÁKOVÁ a Šárka ERBANOVÁ, 2013. *Přehled nejužívanějších léčiv: příručka pro střední zdravotnické školy*. 6., aktualiz. vyd. Praha: Informatorium. ISBN 978-80-7333-095-8.
- LATA, Jan, Jan BUREŠ a Tomáš VAŇÁSEK, 2010. *Gastroenterologie*. Editor Lubomír HOUDEK. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-692-2.
- MÁLEK, Jiří a Pavel ŠEVČÍK, 2014. *Léčba pooperační bolesti*. 3., dopl. vyd. Praha: Mladá fronta, Aeskulap. ISBN 978-80-204-3522-4.
- NAŇKA, Ondřej, Miloslava ELIŠKOVÁ a Oldřich ELIŠKA, 2015. *Přehled anatomie*. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Editor Lubomír HOUDEK. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-206-0.
- ŠPIČÁK, Julius, 2008. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1783-8.
- TÓTHOVÁ, Valérie, 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.
- VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ, 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, Sestra. ISBN 978-80-247-3742-3.
- VYTEJČKOVÁ, Renata, Petra SEDLÁŘOVÁ, Vlasta WIRTHOVÁ, Iva OTRADOVCOVÁ a Lucie KUBÁTOVÁ, 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada Publishing, Sestra. ISBN 978-80-247-3421-7.
- ZAVORAL, Miroslav, 2005. *Karcinom pankreatu*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-348-6.
- ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA, 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3770-6.

Internetové odkazy:

Rakovina slinivky | Onkomaják. Onkomaják | Pomoc onkologickým pacientům [online]. Copyright © 2015 Onkomajak o.s. [cit. 03.03.2019]. Dostupné z: <http://www.onkomajak.cz/rakovina-slinivky>.

Pancreatic cancer - Symptoms and causes - Mayo Clinic. Mayo Clinic - Mayo Clinic [online]. Copyright © 1998 [cit. 03.03.2019]. Dostupné z: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/pancreatic-cancer/symptoms-causes/syc-20355421>

O nádorech slinivky břišní » Linkos.cz. Linkos: Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně » Linkos.cz[online]. Copyright © 2019 ČOS ČLS JEP [cit. 03.03.2019]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/onkologicke-diagnozy/nadory-slinivky-brisni-c25/o-nadorech-slinivky-brisni/>

PŘÍLOHY

Příloha A – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů.....	I
Příloha B – Oznámení o provádění výzkumu pro Etickou komisi ÚVN observační studie – observace připravující se na zdravotnické povolání.....	II
Příloha C –Edukace pacienta – Autorova edukace.....	III - IV
Příloha D –Uložení slinivky břišní v těle.....	V
Příloha E – BIODONEKTOR.....	VI
Příloha F – Periferní žilní katetr.....	VII
Příloha G – Centrální žilní katetr.....	VIII
Příloha H – Penrose drén.....	IX
Příloha CH – Pigteil drén.....	X
Příloha I – Stupnice pádu dle Morse.....	XI
Příloha J – Vizuální analogová škála bolesti.....	XII
Příloha K – Urostomický sáček.....	XIII
Příloha L – Hodnocení vzniku dekubitů dle Nortonové.....	XIV

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

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

V Praze dne

.....

Jméno a příjmení studenta

**Příloha B – Oznámení o provádění výzkumu pro Etickou komisi ÚVN
observační studie – observace připravující se na zdravotnické povolání**

EDUKACE

EDUKACE PACIENTA O POOPERAČNÍ PÉČI A O DIETNÍM REŽIMU

Prvotní edukace, kterou pacient podstoupil, byla vertikalizace. Návčik probíhal již první den hospitalizace. Správné vstávání je velmi důležité, protože nedojde k takové zátěži břišních svalů, a tím se zmenšuje riziko vzniku kýly, která je častou komplikací po operacích v oblasti břicha. Pacient si nejprve lehne na bok v lůžku, poté spouští dolní končetiny z lůžka a zároveň se opírá rukama o matraci a zvedá se postupně do sedu.

Pacientovi bylo doporučeno promazávání jizvy po vytažení stehů například vazelínou, hydratačním krémem, nebo sádlem, což je pacientovi nejpříjemnější.

Pacient byl informován o nutnosti dále docházet na chirurgickou ambulanci u ošetřujícího lékaře a pravidelné docházení do onkologické ambulance.

Pacient byl edukován ohledně stravy specialistkou – nutriční terapeutkou. Pacient obdržel veškeré informace o dietě v písemné formě a byl mu poskytnut i jídelníček pro prvotní inspiraci. Dieta, která byla pacientovi doporučena, je velmi lehce stravitelná, plnohodnotná a dá se konzumovat dlouhodobě. Úprava stravy by měla být neslaná, nenadýmavá a lehce stravitelná, což je pro pacienta důležité. Nejlepší způsob, jak stravu upravovat, je pečení a dušení. Vhodné potraviny pro tuto dietu jsou ryby, maso, nízkotučné bílé jogurty, ovocné jogurty, diabetické jogurty, nízkotučné sýry a uzeniny pouze libové. Nevhodné potraviny jsou s vyšším obsahem cholesterolu, také by se pacient měl vyvarovat cukrům vzhledem k onemocnění DM.

Zdroj: Autor, 2019

EDUKACE V PÉČI O DRÉN

Pacient je propuštěn do domácího prostředí s penrose drénem. Penrose drén je přichycen jedním stehem na pravé straně. Pacienta jsem edukovala během hospitalizace a poté i manželku, která bude pacientovi pomáhat při výměně urostomického sáčku. Edukace manželky proběhla třikrát za dobu hospitalizace. Poprvé bylo vše jen názorně ukázáno a popsáno slovně. Při druhé návštěvě si vyzkoušel výměnu pacient i s manželkou, kdy převaz probíhal za pomoci a nápovědy sestry. Při další návštěvě sama manželka převázala drén a zkusila si i vypouštění tekutin z urostomického sáčku. Při poslední návštěvě zvládl převaz drénu bez obtíží jak pacient, tak manželka. Pacient byl vybaven potřebným materiálem na poukaz. Byl poučen o nutnosti zapisování množství odpadu z drénu, až do kontroly u ošetřujícího lékaře na chirurgické ambulanci.

Příloha D –Uložení slinivky břišní v těle



Zdroj:

https://www.google.com/search?q=ulo%C5%BEn%C3%AD+slinivky+b%C5%99i%C5%A1n%C3%AD+v+t%C4%9Ble&source=Inms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjuouiC0szgAhXSwMQBHY48ADoQ_AUIDigB&biw=1536&bih=754#imgrc=jWfMJZafn5dJSM:

Příloha E – BÍOKONEKTOR



Zdroj:

https://www.google.com/search?q=Clave+na+perifern%C3%AD+kanylu&source=Inms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjtO6m08zgAhUm06YKHTajCq8Q_AUIDigB&biw=1536&bih=706#imgrc=HvXzD52JeqYLdM:

Příloha F – Periferní žilní katetr



Zdroj:

https://www.google.com/search?biw=1536&bih=706&tbm=isch&sa=1&ei=3oFuXPmTCoKRlwS545wo&q=Perifern%C3%AD+%C5%BEiln%C3%AD+katetr+&oq=Perifern%C3%AD+%C5%BEiln%C3%AD+katetr+&gs_l=img.3..0i30j0i24.122460.125330..125571...0.0..0.172.313.0j2.....0....1j2..gws-wiz-img....0.PpDWV-4A6t4#imgrc=-b9-815s8GEoQM:

Příloha G – Centrální žilní katetr



Zdroj:

https://www.google.com/search?biw=1536&bih=706&tbm=isch&sa=1&ei=XYJuXM_iC_KRlwS5wYjIBA&q=centr%C3%A1ln%C3%AD+%C5%BEiln%C3%AD+kat%C3%A9tr&gs_l=img.3..0j0i24.118104.123392..124399...0.0..0.157.2778.1j21.....0....1..gws-wiz-img.....0..0i67j0i5i30.QeAHDyZqhE8#imgrc=Vu8vMwGRW7oi9M:

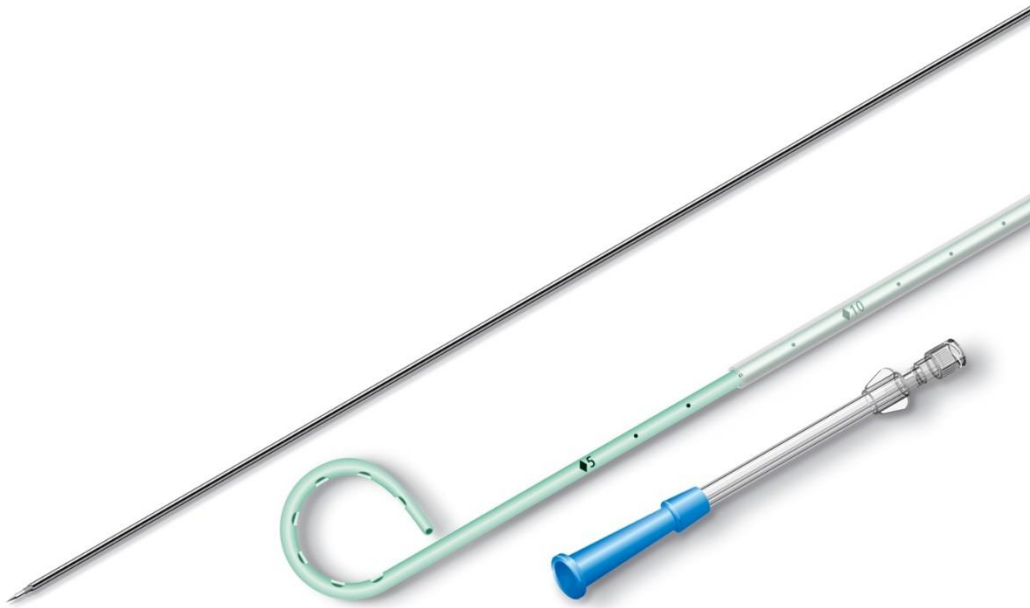
Příloha H – Penrose drén



Zdroj:

https://www.google.com/search?biw=1536&bih=706&tbm=isch&sa=1&ei=2oJuXPuYOd6Aur4Pqb6n0Ac&q=Penrose+dr%C3%A9n+&oq=Penrose+dr%C3%A9n+&gs_l=img.3..0i30.156008.158918..159869...0.0..0.144.284.0j2.....0....1j2..gws-wiz-img....0.yNjlbPOQzUA#imgrc=4-L0hZNMvjM7GM:

Příloha CH – Pigteil drén



Zdroj:

https://www.google.com/search?biw=1536&bih=706&tbm=isch&sa=1&ei=fINuXOLXCcmRlwSURYKQBA&q=+Pigteil+dr%C3%A9n+&oq=+Pigteil+dr%C3%A9n+&gs_l=img.3...113611.116496..117027...0.0..0.146.276.0j2.....0....1j2..gws-wiz-img.....0.24vO9sN8RBA#imgrc=-OfiM60h3jJoxM:

Příloha I – Stupnice pádu dle Morse

Stupnice pádů MFS		Stupnice	Hodnocení
1.	Pády v anamnéze: nynější nebo v posledních 3 měsících	ne 0 ano 25	
2.	Vedlejší diagnóza	ne 0 ano 25	
3.	Pomůcky k chůzi Klid na lůžku/pomoc sestry Berle/hůl/chodítka Nábytek	0 15 30	
4.	i. v. vstup/heparinová zátka	ne 0 ano 25	
5.	Chůze/pohyb Normální /klid na lůžku/nemobilní Slabé Zhoršené	0 15 30	
6.	Duševní stav Vědom si svých možností Zapomíná na svá omezení	0 15	

Zdroj:

https://www.google.com/search?biw=1536&bih=706&tbm=isch&sa=1&ei=8oNuXK2YJlXyagfxgrqF&q=+Stupnice+p%C3%A1du+dle+Morse&og=+Stupnice+p%C3%A1du+dle+Morse&gs_l=img.3...112171.114753..115418...0.0..0.140.271.0j2.....0....1j2..gws-wiz-img.....0.8BhSyFs-KSk#imgrc=lrSiid9v1-U9tM:

Příloha J – Vizuální analogová škála bolesti

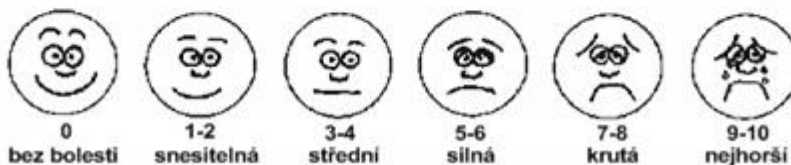
Vizuální analogová škála

VYBERTE ČÍSLO OD 0 DO 10, KTERÉ NEJLÉPE ODPOVÍDÁ VAŠÍ BOLESTI:



nebo

VYBERTE OBLIČEJ, KTERÝ NEJLÉPE ODPOVÍDÁ VAŠÍ BOLESTI:



Zdroj:

https://www.google.com/search?biw=1536&bih=706&tbm=isch&sa=1&ei=Z4RuXKX2FKeQlwT23oilDA&q=+Vizu%C3%A1ln%C3%AD+analogov%C3%A1+%C5%A1k%C3%A1la+bolesti+&og=+Vizu%C3%A1ln%C3%AD+analogov%C3%A1+%C5%A1k%C3%A1la+bolesti+&gs_l=img.3...105124.107678..108218...0.0..0.131.227.1j1.....0....1j2..gws-wiz-img.....0.l6y6RVpOgR0#imgrc=Z1m8xPxJBVMjhM:

Příloha K – Urostomický sáček



Zdroj:

https://www.google.com/search?biw=1536&bih=706&tbm=isch&sa=1&ei=b4VuXMqyDIGsaaiUvogO&q=+Urostomick%C3%BD+s%C3%A1%C4%8Dek&oq=+Urostomick%C3%BD+s%C3%A1%C4%8Dek&gs_l=img.3...2069.2069..2480...0.0..0.100.100.0j1.....0....1..gws-wiz-img.jYIFMXIZul#imgsrc=OYRqPso11e1NXM:

Příloha L – Hodnocení vzniku dekubitů dle Nortonové

Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoci	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita
Úplná	4 00-10	4 Normální	4 Žádné	4 Dobry	4 Dobry	4 Úplná	4 Není	4 Chodí
Malá	3 11-30	3 Alergie	3 Horečka Diabetes Anemie Karcinom	3 Zhoršený	3 Apatický	3 Částečně omezená	3 Občas	3 Doprovod
Částečná	2 31-60	2 Vlhká	2 Kachexie Obezita On.cév A jiné	2 Špatný	2 Zmatený	2 Velmi omezená	2 Převážně močová	2 Sedačka
Žádná	1 nad 60	1 Suchá	1	1 Velmi špatný	1 Bezvědomí	1 žádná	1 Stolice i moč	1 Upoután na lůžko

Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitu je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko)

Zdroj:

https://www.google.com/search?biw=1536&bih=706&tbm=isch&sa=1&ei=c4VuXLXkEYewa_HrtYAG&q=+Hodnocen%C3%AD+vzniku+dekubit%C5%AF+dle+Nortonov%C3%A9+&oq=+Hodnocen%C3%AD+vzniku+dekubit%C5%AF+dle+Nortonov%C3%A9+&gs_l=img.3...148257.150692..151313...0.0..0.133.239.0j2.....0....1j2..gws-wiz-img.....0.l0l6QdWGgRw#imgrc=svok787ZfAslxM:

