

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA
Ústav pro lékařskou etiku a
ošetřovatelství

Bakalářská práce

Ošetrovatelská péče o nemocného
s karcinomem pankreatu

případová studie

Praha
duben 2006

Vašíčková Jana
studijní program ošetrovatelství
studijní obor všeobecná sestra

Poděkování

Děkuji Mgr. Haně Svobodové, MUDr. Ladislavu Denemarkovi a Doc. MUDr. Jiřímu Šimkovi, CSc. za odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování mé bakalářské práce.

V Praze

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury, který je součástí práce. Souhlasím s případným využitím mé práce ke studijním účelům.

V Praze

Obsah

1 Úvod	5
2 Klinická část	6
2.1 Anatomie pankreatu	6
2.2 Fyziologie pankreatu	7
2.3 Patofyziologie onemocnění	9
2.3.1 Charakteristika maligního nádoru slinivky břišní	9
2.3.2 Klinický obraz	11
2.3.3 Diagnostika	12
2.3.4 Terapie a pooperační opatření	13
2.3.5 Prognóza onemocnění	16
2.4 Údaje o nemocném	17
2.4.1 Lékařská anamnéza	18
2.4.2 Diagnosticky významné výkony	21
2.4.3 Průběh hospitalizace a terapeutická opatření na JIP do 1. pooperačního dne	22
2.4.4 Péče a terapeutická opatření 1. pooperační den	26
2.4.5 Shrnutí dosavadního průběhu hospitalizace	28
3 Ošetrovatelská část	30
3.1 Ošetrovatelský proces a model Marjory Gordonové	30
3.2 Ošetrovatelská anamnéza	33
3.3 Stanovení ošetrovatelských diagnóz k 1. pooperačnímu dni	37
3.4 Krátkodobý ošetrovatelský plán k 1. pooperačnímu dni	38
3.5 Dlouhodobý ošetrovatelský plán	46
3.6 Psychologické hodnocení nemocného	47
3.7 Sociální problematika nemocného	49
4 Edukační plán	50
5 Závěr	51

1 Úvod

Cílem této bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o nemocného L.H., 49 let, který byl hospitalizován na JIP chirurgické kliniky s diagnózou karcinom hlavy pankreatu (ca caput pancreatis).

V klinické části je popsána anatomie a fyziologie slinivky břišní. Dále je pozornost věnována patofyziologii maligního nádoru pankreatu. Charakteristice, četnosti výskytu a příčinám vzniku onemocnění. Následuje popis klinického obrazu, diagnostika, terapie spolu s pooperačním opatřením a prognóza nemoci. Součástí klinické části jsou informace, které byly získány z lékařské dokumentace. Základní údaje o nemocném, lékařská anamnéza, diagnosticky významné výkony, průběh hospitalizace a terapeutická opatření na JIP. Závěr je věnován celkovému shrnutí průběhu hospitalizace do prvního pooperačního dne a ve stručnosti jsou uvedeny i dny následující.

V úvodu ošetrovatelské části je nastíněna teorie ošetrovatelského procesu, model obecně a ošetrovatelský model M.Gordonové, který byl použit jako podklad pro získávání informací důležitých z ošetrovatelského hlediska. Poté byly stanoveny aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy k 1 pooperačnímu dni a seřazeny podle své aktuálnosti. V další části jsou podrobně rozpracovány, jsou vytyčeny cíle péče (krátkodobé), sestaven plán, popsána realizace plánu a zhodnocení účinnosti jednotlivých ošetrovatelských intervencí. Následuje stručný popis dlouhodobého ošetrovatelského plánu, psychologické a sociální hodnocení nemocného. Konec práce je věnován problematice edukace nemocného. Závěr obsahuje shrnutí a prognózu onemocnění.

Práce je doplněna seznamem zkratk, které v ní byly uvedeny, přílohami a seznamem odborné literatury.

2 Klinická část

2.1 Anatomie pankreatu

Pancreas je laločnatá žláza se zřetelnou povrchovou kresbou lalůčků. Je uložen retroperitoneálně na zadní stěně břišní za žaludkem. Váží 60-90 g a je dlouhý 12-16 cm. Jeho pravá část, *caput pancreatis*, je rozšířená a leží v konkavitě duodena. Hlava přechází vlevo do těla, *corpus pancreatis*, které probíhá napříč přes velké cévy v retroperitoneu (*vena cava inferior*, *aorta*). Levý, zúžený konec těla, *cauda pancreatis*, leží před hilem pravé ledviny.

Pancreas je laločnatá žláza s dvojí sekrecí – exokrinní a endokrinní. Exokrinní částí je serózní tubuloalveolární žláza, která je na povrchu kryta tenkým vazivovým pouzdem, *capsula pancreatis*, z něhož odstupují do hloubky intralobární septa. Tvoří převládající část parenchymu pankreatu a produkuje pankreatickou šťávu, kterou systém vývodů odvádí do sestupné části duodena. Endokrinní část je tvořena Langerhanzovými ostrůvky, které jsou roztroušeny v parenchymu žlázy. Pankreatické hormony jsou odváděny do krve.

Caput pancreatis je lehce předozadně oploštělá, rozšířená a zaoblená pravá část pankreatu. Leží v konkavitě duodena před tělem L_2 a s duodenem pevně srůstá. Přední plocha hlavy pokračuje přímo do těla pankreatu. Vpředu a dole hlavu a tělo kříží úpon *mesocolon transversum*. Od jater sestupuje *ductus choledochus*, který se vtiskuje nebo je mírně zanořen do parenchymu pankreatu. Pankreas je od ostatních struktur oddělen tzv. Treitzovou retropankreatickou membránou (přeměněným zbytkem pravého mezoduodena). Mezi hlavou a tělem je zřetelná *incisura pancreatis*, jsou zde uloženy kmeny *vena et arteria mesenterica superior*.

Corpus pancreatis je užší než hlava, na kterou navazuje a směřuje před břišní aortou doleva. Dopředu se vyklenuje v hrbol, který se dotýká zadní stěny žaludku. Tělo pankreatu je předozadně oploštělé – *facies anterior et posterior*, *margo superior et inferior* - a dosahuje k levé ledvině.

Facies anterior hlavy a těla pankreatu je pokryta peritoneem, které přechází do *mesocolon transversum*. Venrálně od přední plochy je zadní

stěna žaludku a bursa omentalis. **Facies posterior** naléhá na vena portae, vena splenica, na aortu, bránici a levou ledvinu.

Cauda pancreatis je zúžený výběžek těla pankreatu směřující doleva ke slezině. Je uložen mezi dvěma listy peritoneální duplikatury – ligamentum splenorenale.

Vývody pankreatu

Ductus pancreaticus probíhá osou pankreatu. Vzniká spojením lobulárních vývodů ocasu, v těle na něj navazují další lobulární vývody. V hlavě se přidává z levé strany ductus choledochus a společně prochází stěnou duodena. Rozšiřují se, tvoří ampula hepatopancreatica a na papilla duodeni major (8 až 10 cm od pyloru) ústí do descendentní části duodena. Jejich společný vývod je opatřen svěračem, musculus sphincter papillae hepatopancreaticae. Pokud není v duodenu obsah, je svěrač uzavřen. Přídavný **ductus pancreaticus accessorius** odvádí pankreatickou šťávu z oblasti hlavy a do duodena se otvírá na papilla duodeni minor (2 cm nad major)¹.

Cévy a nervy pankreatu

Arterie: hlavu pankreatu zásobuje arteriae pancreaticoduodinales, tělo a ocas větve arteria splenica. **Vény:** odtékají do vena splenica, vena mesenterica superior a do vena portae. **Nervy:** pocházejí z plexus coeliacus a přistupují do pankreatu podél cév. **Sympatická vlákna** jdou z ganglion coeliacum, **parasympatická vlákna** jsou větvemi nervus X. dex.

2.2 Fyziologie pankreatu

Jak již bylo psáno slinivka je žláza se sekrecí exokrinní a endokrinní.

Exokrinní část pankreatu se považuje za součást trávicího systému. Denně produkuje 1-2 l pankreatické šťávy o pH až 8,5, která odtéká do duodena. Je tvořena hydrogenuhličitanovými ionty (HCO_3^-), jež jsou důležité pro neutralizaci chymu ze žaludku bohatého na HCl, dále šťáva

¹ 5, str.52

obsahuje vodu a enzymy: α amylázu (štěpí v ústech naštěpené škroby), proteázy (enzymy štěpící bílkoviny), pankreatickou lipázu (nejúčinnější enzym štěpící tuky), nukleázy, elastázy, fosfolipázy a kolagenázy.

Řízení sekrece pankreatické šťávy se uskutečňuje cholinergně (*nervus vagus*) a hormony *cholecystokininem* (CCK) a *sekretinem*. CCK vzniká v duodenu, podnětem pro výdej jsou natrávené bílkoviny a mastné kyseliny s dlouhým řetězcem v duodenu. Jeho funkcí posílení vyprazdňování žaludku, sekrece enzymů z pankreatu a motility a vyprazdňování žaludku. Sekretin vzniká rovněž v duodenu, podnětem pro jeho výdej je vstup kyselého chymu do duodena. Funkcí je zeslabení žaludeční sekrece, motility žaludku a posílení sekrece vody a HCO_3^- z pankreatu.

Endokrinní částí pankreatu tvoří Langerhansovy ostrůvky umístěné difúzně ve tkáni žlázy. Jsou tvořeny buňkami A (produkují *glukagon*), buňkami B (produkují *inzulin*), buňkami D (produkují *somatostatin* a).

Glukagon je peptidový hormon, jehož hlavní funkcí je zvyšování glykémie. Glykémii zvyšuje zvýšením glykogenolýzy v játrech, zvýšením glukoneogeneze z laktátu, aminokyselin a glycerolu.

Inzulin je hormon bílkovinné povahy. Jeho hlavní funkcí je snížit glykémii (hladinu krevní glukózy) a zvýšit utilizaci glukózy. Inzulin snižuje glykémii tím, že zvyšuje utilizaci glukózy, zvyšuje tvorbu glykogenu, zvyšuje tvorbu tuku z glukózy. Dále inzulin snižuje katabolismus tuků a bílkovin a pomáhá transportu kalia do buněk. Sekrece inzulinu je řízena jednoduchou zpětnou vazbou (zvýšená hladina glukózy v plazmě zvyšuje sekreci inzulinu). Zvýšená sekrece inzulinu se projeví hypoglykemií, snížená sekrece diabetem mellitem.

Somatostatin se uvolňuje při zvýšení koncentrace glukózy v krvi. Hlavní úlohou je blokovat sekreci inzulinu i glukagonu, zpomalit motilitu žaludku, duodena a žlučníku, snížit resorpci v trávicím traktu.

2.3 Patofyziologie onemocnění

2.3.1 Charakteristika maligního nádoru slinivky břišní

Nejčastěji se karcinom pankreatu vyvíjí v oblasti hlavy pankreatu (65-70%), dále se vyskytuje v těle slinivky (asi 15%), a v oblasti kaudy (kolem 5%). Makroskopicky se jedná o žlutavě šedý tvrdý hrbolatý uzel často vytvářející uzlinový blok bez možnosti odlišení okraje pankreatu.. Mikroskopicky se nejčastěji jedná o **duktální adenokarcinom**, ostatní formy jako *cystadenokarcinomy mucinosní i papilární, intraduktální papilárně mucinosní karcinom, acinarní karcinom* a podobně jsou vzácné a relativně prognosticky příznivější. Biologické chování duktálního adenokarcinomu je velmi nepříznivé.

Lokalizace	Počet	Muži/Ženy	medián (let)	rozmezí (v letech)
Hlava pankreatu	117	59/58	62	32 - 87
Tělo a ocas	22	10/12	59	48 - 81
Ampulom	23	15/8	59	33 - 80

Tab. 1 - Sestava nemocných operovaných pro karcinom pankreatu

Výskyt

Výskyt karcinomu je stále častější, v současném období je více než dvojnásobný proti meziválečné době. A stále dochází k narůstání počtu onemocnění. Dnes představuje ca (karcinom) pankreatu již více než 10% malignit trávicího ústrojí a více než 3 % všech malignit. V České republice je karcinom pankreatu osmým nejčastějším nádorovým onemocněním. U mužů je čtvrtou nejčastější příčinou úmrtí, u žen zaujímá páté místo. V roce 2002 bylo v České republice nově diagnostikováno 1663 zhoubných onemocnění pankreatu (857 mužů a 806 žen), v témž roce na tuto diagnózu zemřelo 1613 osob. Poměr mužů k ženám je 2 : 1. Karcinom pankreatu se vyskytuje vzácně u mladých jedinců, většinou postihuje nemocné ve věku 45 až 80 let. Incidence onemocnění dosahuje maxima (více než 100 případů na 100 000) u populace starší 75 let. Průměrný věk v době stanovení diagnózy je přibližně 59 let.²

² 12, str.25

Příčiny

I když příčina vzniku pankreatické malignity není jednoznačně určena, je známa řada predispozičních faktorů. Ty dělíme na faktory zevního a vnitřního prostředí. K vnitřním faktorům patří především diabetes mellitus, biliopankreatický reflux, stav po gastrektomii, cholelitiáza a cholecystektomie, familiární heredita, hormonální vlivy a v neposlední řadě chronická pankreatitida. Mezi zevní počítáme: obezitu, kouření, abúzus alkoholu, dietetické faktory, profesionální vlivy, abúzus kyseliny acetylsalicilové, radiace. Některé faktory jsou blíže popsány níže.

Endogenní faktory

Familiární heredita - role dědičnosti u karcinomu pankreatu je nejasná. Karcinom pankreatu je popisován v rámci celé řady hereditárních syndromů. Patří mezi ně především hereditární pankreatitida. Až u 1/3 pacientů s chronickou hereditární pankreatidou je v průběhu onemocnění diagnostikován karcinom pankreatu, vyššímu riziku jsou vystaveni i členové rodiny bez manifestace chronické pankreatitidy.

Karcinom pankreatu a diabetes mellitus - vztah diabetu mellitu a karcinomu pankreatu není přesvědčivě dokázán.

Karcinom pankreatu a cholelitiáza - ze studií vyplývá, že u pacientů se symptomatickou cholelitiázou a cholecystektomií existuje vyšší relativní riziko (cca 3:1) vzniku karcinomu pankreatu. Uvažuje se o úloze vyšší hladiny cirkulujícího cholecystokininu, který má trofický vliv na hmotnost pankreatu.

Chronická pankreatitida - riziko onemocnění zhoubným novotvarem slinivky břišní je u osob s chronickou pankreatidou až 16krát vyšší oproti zdravé populaci.

Exogenní faktory

Kouření - možný mechanismus působení tabákového kouře na vznik karcinomu pankreatu je vysvětlován orgánově specifickým efektem tabákových N-nitrosaminů nebo sekrecí těchto sloučenin do žluče a jejich

refluxem do pankreatického vývodu.³ Kouření cigaret je spojováno s dvoj až trojnásobným zvýšením rizika rakoviny břišní slinivky.

Alkohol - podobně jako u tabáku, bylo i u alkoholu prokázáno vyšší relativní riziko karcinomu pankreatu.

Dieta - většina epidemiologických studií poukazuje na vyšší riziko vzniku karcinomu pankreatu u pacientů s dietou s vysokým podílem živočišných tuků a proteinů v potravě a celkově neadekvátně vyšším kalorickým příjmem. Dieta bohatá na zeleninu a ovoce může mít protektivní charakter. Souvislost s konzumací kávy nebyla přesvědčivě prokázána.

Organické sloučeniny - přestože se předpokládá vztah mezi vyšší incidencí karcinomu pankreatu a dlouhodobou expozicí organických sloučenin zejména v petrochemickém průmyslu, není ani tento kauzální vztah s úplností prokázán.

Radiace - vyšší mortalita na karcinom pankreatu byla popsána u pacientů, kteří podstoupili radioterapii pro ankylozující spondylitidu a nádorová onemocnění.

2.3.2 Klinický obraz

Symptomatologie ca pankreatu je zpočátku charakterizována syndromem „dyskomfortu“: nechut' k jídlu, pocit plnosti, trávicí obtíže, úbytek na váze. Objevují se bolesti, které nastupují v závislosti na lokalizaci. Bývají lokalizovány v nadbřišku a pásovitě se šíří do zad. Onemocnění doprovází obstrukční ikterus (důležitý symptom u periampulární malignity a tumoru hlavy pankreatu), je typický svým bezbolestným nástupem.

Karcinom prorůstá do duodena, žlučových cest, peripankreatické tkáně, žaludku, sleziny, tračnicku, metastazuje do velkých cév, regionálních lymfatických uzlin.

³ 12, str.26

2.3.3 Diagnostika

Základem diagnostiky onemocnění je především pečlivě odebraná anamnéza nemocného a popis jeho obtíží, fyzikální vyšetření. Mezi důležité součásti se řadí zobrazovací metody a krevní vyšetření.

Laboratorní vyšetření

Nemají zásadní význam v diagnostice onemocnění. V základních vyšetřeních můžeme pozorovat pokles krevního obrazu, laboratorní známky obstrukce žlučových cest, patologickou glykemickou křivku, známky podvýživy, zvýšenou hladinu amyláz. Z imunologických metod bývá stanovována hladina CEA, CA19-9, PCAA. U těchto markerů se sice pozoruje zvýšená hladina, ale zpravidla až v pozdních stádiích onemocnění.

Zobrazovací metody

Zobrazovací metody případně doplněné o biopsii mají rozhodující vliv při stanovování diagnózy. Od vyšetřovacího procesu se očekává nejen stanovení vlastní diagnózy, ale i co nejpřesnější staging, který je rozhodující pro další léčbu. V rámci předoperačního stagingu se pátrá především po známkách diseminace procesu a vztahu tumoru k okolním orgánům.

Sonografie - sama o sobě, i přes veškerý pokrok v přístrojové technice, nemůže vést k diagnóze. Slouží k odhalení ložiska v pankreatu s nehomogenní strukturou. V kombinaci s biopsií tenkou CHIBA jehlou může být úspěšná až v 80 % případů, ale bohužel jen u větších nádorů. Nezastupitelný význam sonografie je ve vyšetření žlučových cest a jater, kde ukazuje dilataci žlučových cest, případnou cholelitiázu či metastatické postižení. Též je možné posoudit stav vena portae a eventuelní uzlinové postižení v nadbříšku.

CT - v současnosti je základním a neopominutelným vyšetřením. Provádí se s použitím kontrastní látky. Při tumoru pankreatu bývá hlava pankreatu, respektive příslušná část žlázy zvětšená, dále může být patrná oslabená až vymizelá kontura pankreatu, hypodensní ložisko, vymizení

peripankreatického tuku a metastatické postižení. Odlišení nádoru od ložiska chronické pankreatitidy bývá obtížné až nemožné.

NMR a NMR cholangiopankreatikografie - jsou moderní metody nezátěžující pacienta. Vzhledem k malé dostupnosti však zatím nenašly širšího uplatnění.

Endoskopická ultrasonografie (EUS, endosono) - je nejpřesnější neinvazivní metodou. V kombinaci s odběrem biopsie je téměř 100% u nádorů nad 2cm. U menších tumorů přesnost diagnózy klesá.

ERCP - je další základní vyšetřovací metodou, která se už řadí mezi invazivní metody. Cestou ERCP dostáváme nejen obraz žlučových cest a ductus pankreaticus, ale můžeme i odebrat biopsii. Prostřednictvím ERCP se může nejen stanovit diagnosa, ale i provádět léčebné úkony. Vesměs se jedná o zákroky vedoucí k uvolnění blokády žlučových cest - např. zavádění stentů. Mezi významné známky v ERCP obraze patří korespondující stenóza obou vývodů.

Břišní angiografie, PTC - již v současné době nepatří mezi obligatorní vyšetření a jejich indikace je individuální.

Volba metod, respektive jejich pořadí je dáno do jisté míry charakterem obtíží. Zpravidla přichází pacient s různě vyjádřenou bloádou žlučových cest nebo bolestmi. V úvodu je vedle laboratorního screeningu indikována sonografie a esofagogastroskopie. Je-li podezření na onemocnění pankreatu následuje CT a ERCP. Zůstává-li podezření nadále nastupují další popsané metody.

2.3.4 Terapie a pooperační opatření

V léčbě karcinomu pankreatu má přední místo terapie chirurgická. avšak díky nízké resekalibilitě nádoru se uplatňuje i léčba paliativní, chemoterapie a radioterapie.

Chirurgická léčba

V současné době jediná možnost, jak dosáhnout úspěchu v léčbě karcinomu pankreatu. Úspěch lze však očekávat jen v případě skutečně radikálního výkonu to je dosažení *R0* (R nula) resekce. Tento termín znamená, že byl proveden výkon, při kterém byla odstraněna všechna nádorová tkáň a nezůstala přítomna ani mikroskopická rezidua nádoru. Vzhledem k biologickým vlastnostem nádoru (perineuralní šíření, penetrace retroperitonea, intraperitoneální šíření..) a anatomickým poměrům v okolí pankreatu (naléhání na splenchnické nervové pleteně, stavba retroperitonea) je možnost skutečné *R0* resekce u klinicky manifestního nádoru spíše teoretická. Tomuto názoru odpovídá i skutečnost, že ložiska karcinomu pankreatu mohou být vícečetná. *R1* resekce znamená, že byla ponechána mikroskopická rezidua nádoru. Že k tomu došlo, se zpravidla dozví chirurg až z definitivního histologického vyšetření. Nicméně je pravděpodobné, že i tento výkon mírně prodlužuje život oproti klasickému paliativnímu výkonu. Možnost vyléčení však již nepřináší. *R2* resekce je stav, kdy jsou ponechány makroskopické zbytky nádoru. V tomto případě je výkon nejen nepřínosný, ale s daným operačním rizikem i nevhodný. Dle různých studií je prokázáno, že u nemocných s pokročilým karcinomem pankreatu může samotná laparotomie přinášet vysoké riziko úmrtí (až 20%).

Pro nádory lokalizované v hlavě pankreatu, procesus unciatus (ale i distálního choledochu a Vaterské papily) je to **proximální (pravostranná) duodenopankreatektomie se standardní lymfadenektomií**. Výkon může být proveden v modifikaci se zachováním pyloru (Traverso-Longmire) nebo s resekci žaludku (Whipple). V současné době je kladen důraz na provedení lymfadenektomie jako zásadní součásti výkonu. O jejím rozsahu se vedou diskuse. Za standardní je považováno provést lymfadenektomii s odstraněním lymfatické tkáně vpravo od arteria mesenterica superior

Pro nádory v oblasti těla a kaudy pankreatu je indikována **levostranná pankreatektomie se splenektomií a lymfadenektomií**.

Totální duodenopankreatektomie: je úplné odstranění pankreatu.

Při částečné nebo úplné duodenopankreatektomii následuje vždy obnovení kontinuity trávicího ústrojí pomocí gastrojejunoanastomózy po resekci aborální části žaludku k zábraně vzniku pooperační ulcerace jejunu nebo anastomózy. Hlavní žlučovod se implantuje do jejunu.

Pooperační opatření

Po levostranné pankreatektomii a zejména po vyjmutí celého pankreatu se musí často kontrolovat hladina cukru v krvi a případné výkyvy regulovat. Po resekci pankreatu zákonitě nastupuje diabetes mellitus a vyžaduje aplikaci inzulínu. Dochází i ke známkám exokrinní pankreatické insuficienci. Je nutné doplňovat vysoké substituční dávky pankreatických enzymů. V nejtěžších případech se dodávají tuky (triacylglyceroly).

Paliativní léčba

Vzhledem k nízké chirurgické resekabilitě karcinomu pankreatu, je nezbytné zajistit přiměřenou kvalitu zbytku života paliativní léčbou u většiny takto nemocných.

Cílem paliativní léčby u nemocných s neresekabilním karcinomem pankreatu je odstranit, či alespoň zmírnit tři hlavní symptomy tohoto onemocnění a) obstrukční ikterus je nejčastějším symptomem u tumorů hlavy pankreatu. Chirurgická léčba ikteru spočívá v konstrukci biliodigestivní anastomózy, jako nejvýhodnější se jeví konstrukce *hepatikojejunoanastomóza* na exkludovanou kličku jejunu podle Roux. Méně často se provádí *choledochoduodenoanastomóza*. Vzácně je prováděna i cholecystoduodeno (resp. jejunu) anastomóza b) stenózy duodena, která způsobuje poruchu evakuace žaludku. Provádí se gastroenteroanastomóza. Její profylaktické založení jako doplněk biliodigestivní spojky u pacientů, kteří nemají evakuační poruchu žaludku není všeobecně přijata. c) zmírnění bolesti Bolest patří k významným projevům u nemocných s inoperabilním karcinomem pankreatu, přesto v době stanovení diagnózy až 40% nemocných je bez bolesti a pouze 10% nemocných udává bolesti silné. Bolest je špatně ovlivnitelná běžnou analgetickou léčbou. Léčby spočívá v podávání silných analgetik, torakoskopická splanchnektomii (Zůstala

jako prakticky jediná chirurgická metoda při léčbě neztížitelných bolestí. Ostatní výkony byly nahrazeny nechirurgickými postupy), CT cílené chemická blokáde ganglion coeliacum..

Doplňující léčba

chemoterapie - Její výsledky zatím nejsou jednoznačné a to ani v kombinaci s radioterapií. Velmi často se provádí paliativní léčba u pacientů v dobrém celkovém stavu u inoperabilních tumorů. Nejčastěji používaným preparátem je 5FU a Gemcitabin. U řady pacientů byl pozorován i analgetický efekt léčby. U resekovaných pacientů je podávána chemoterapie v případě průkazu postižení uzlin či v případech R1 resekcí.

radioterapie - Přínos je zatím minimální. Širšího uplatnění zatím nedoznala ani velmi nákladná peroperační radioterapie.

2.3.5 Prognóza onemocnění

Prognóza karcinomu pankreatu je velmi nepříznivá. Operační letalita je mezi 5-15%, 5leté přežití je u včas diagnostikované malignity kolem 2%. V pooperačním průběhu je nutné sledovat možné patologické stavu, jako jsou výpadky exo- i endokrinní funkce pankreatu, příznaky cholangitidy nebo městnání žluči v biliodigestivním spojení. Intervaly kontrol jsou individuální, podle situace pacienta. V rámci klinických studií je vhodné pravidelné sledování pacientů v odstupu 3 měsíců (klinické vyšetření, laboratorní vyšetření a US, CT při nejasných nálezech). Z hlediska prognózy nemá dispenzarizace žádný význam, léčba je i při výskytu recidiv pouze symptomaticky orientovaná. Posouzení pracovní schopnosti a zařazení do běžného života je vhodné i z psychologických důvodů přizpůsobit přání pacienta.

2.4 Údaje o nemocném

základní identifikace nemocného

jméno, příjmení..... L.H.
oslovenípan H.
pohlaví.....muž
věk49 let
stavrozvedený
národnost česká
adresa Středočeský kraj
povolání.....mistr odborného výcviku, střední
integrována škola
nejbližší příbuzní (kontakt) ...paní B.H. (matka)
datum přijetístandardní chirurgické oddělení 3.1., JIP
11.1. 2006
hlavní důvod přijetíHospitalizace byla navržena okresní
nemocnicí, kde byl diagnostikován zhoubný
novotvar hlavy slinivky břišní. Doporučuje
se proto další diagnostika a následná terapie.
hlavní lékařská diagnóza.....zhoubný nádor hlavy slinivky břišní – kaput
pancreatis
vedlejší lékařské diagnózy.....Diabetes mellitus na inzulinu
.....Ischemická choroba srdeční
.....Anamnesticky fibrilace komor srdečních
.....Incipientní chronická renální insuficience,
diabetická nefropatie
.....Esenciální hypertenze
.....Stav po infarktu myokardu a PTCA 11/2004

2.4.1 Lékařská anamnéza

osobní anamnéza

Prodělal běžné dětské nemoci. Ve třech letech prodělal pravděpodobně infekční hepatitidu, jinak vážněji nestonal. V roce 2003 hospitalizován pro svědění pokožky, diagnostikováno jako zarděnky. Operace ani závažné úrazy se nevyskytly. Ostatní onemocnění viz. výše oddíl ostatní lékařské diagnózy.

rodinná anamnéza

Otec zemřel v 68 letech na zhoubný nádor tlustého střeva. Matka žije, je po resekci žaludku a po nefrektomii pro nádorové onemocnění, sledována pro tumor pankreatu. Dále je u matky prokázán diabetes mellitus. Sourozence pan L.H. nemá.

farmakologická anamnéza

<u>Actrapid HM inj.</u> 12j.-12j.-10j.	(antidiabetikum, inzulin biosyntetický humánní, krátce působící)
<u>Betaloc SR 200 mg tbl. ret.</u> 1-0-0	(antihypertenzivum, beta 1-sympatolytikum)
<u>Cordarone tbl.</u> 1tbl. ob den	(antiarytmikum, vazodilatans)
<u>Insulatard HM inj.</u> 1x10j.	(antidiabetikum, inzulin biosyntetický humánní, intermediální)
<u>Plendil 5 mg tbl. ret.</u> 1-0-1	(vazodilatans, antihypertenzivum, kalciový antagonist)
<u>Prestarium 8 mg tbl.</u> 1-0-1	(antihypertenzivum, ACE inhibitor)
<u>Quamatel 20 mg tbl. obd. dlp.</u>	(antiulcerózum, antagonist H ₂ -receptorů)

alergologická anamnéza

Pacient neudává žádnou alergii na jídlo, léky a jiné.

pracovní anamnéza

Pan L.H. je zaměstnán na střední odborné škole jako mistr odborného výcviku technických předmětů. Podle jeho slov není toto povolání fyzicky náročné, avšak vyžaduje soustředění a trpělivost. Vystudoval na vysoké škole pedagogiku s titulem bakalář.

sociální anamnéza

Pan L.H. žije v malém městě v rodinném domku v prvním patře spolu s přítelkyní paní D.K. Matka paní B.H. žije ve stejném domku v přízemí. Do doby hospitalizace byl zcela soběstačný a nezávislý na svém okolí a rodině.

Alkohol konzumuje jen občas, většinou pivo, víno. Kávu pije maximálně dvakrát denně šálek. Kouří kolem dvaceti cigaret denně.

nynější onemocnění

Pacient přijat 16.12. na žádost praktického lékaře do okresní nemocnice pro dyspeptický syndrom s nauzeou a nechutenstvím, nezvracel. Udával bolesti v epigastriu s propagací pod pravý žeberní oblouk. Pociťoval třesavku a zimnici po několik dní, ale tělesnou teplotu si neměřil. Potíže se objevily asi týden před hospitalizací v okresní nemocnici, postupně se rozvíjel ikterus. Provedeno vyšetření na CT s nálezem tumoru hlavy pankreatu, dále ERCP (29.12.), kde se objevila asi 1 cm dlouhá suprapapilární stenóza choledochu s dilatací intrahepatálních i extrahepatálních žlučovodů. Zaveden stent. Během minulé hospitalizace se objevovaly výkyvy glykémie. Nyní v normě. V naší nemocnici plánováno dovyšetření a následná terapie. Pacient je stále ikterický, bez bolestí a nauzey. Pacient je přijímán na standardní chirurgické oddělení.

status praesens

váha	88 kg
výška	178,0 cm
BMI	27,8
krevní tlak	120/90 mm Hg
tep	70/min.
dech	16/min
tělesná teplota	37,1 °C

Pacient je orientován, spolupracuje, ikterický bez cyanózy.

Hlava: mesocefalická, bez deformit, poklep nebolestivý, skléry ikterické, bulby volně pohyblivé, zornice izokorické, nosí brýle, jazyk plazí středem.

Krk: volně pohyblivý, štítná žláza nezvětšena, pulsace karotid hmatná, bez šelestu.

Hrudník: symetrický, bez deformit, dýchání čisté, sklípkové, bez vedlejších fenoménů, akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené.

Břicho: nad niveau, měkké, prohmatné, nebolestivé, bez známek peritoneálního dráždění, játra a slezina nezvětšeny, Tapot. bilaterálně negativní.

Per rectum: tonus svěrače fyziologický, Douglas nevyklenut, stolice bez příměsí.

Dolní končetiny: bez otoků, varixů, pulsace bilaterálně symetrická.

2.4.2 Diagnosticky významné výkony

krevní vyšetření

<u>krevní obraz</u> <u>název (jednotka)</u>	4.1.2006	9.1.2006
leukocyty (x10 ⁹ /l)	9,3	10,1
erythrocyty (x10 ¹² /l)	3,6	3,3
hemoglobin (g/l)	119	111
hematokrit (arb.j.)	0,34	0,33
trombocyty (x10 ⁹ /l)	487	387
MCH = Hb v erythrocytu (pg/ery)	33,3	33,0
<u>biochemická</u> <u>vyšetření</u> <u>název/jednotka</u>		
urea (mmol/l)	6,9	7,1
kreatinin (μmol/l)	113,0	114,2
celkový bilirubin (μmol/l)	58	64
ALT (μkat/l)	1,69	1,59
AST (μkat/l)	0,91	0,93
GMT (μkat/l)	7,44	8,44
ALP (μkat/l)	7,21	7,53
Natrium (mmol/l)	135	138
K (mmol/l)	4,3	4,3
Cl (mmol/l)	108	107
CRP (mg/l)	nepožadováno	8,9
glykemie (mmol/l)	nepožadováno	11,16

Hodnoty krevního obrazu i biochemická vyšetření jsou v mnoha hodnotách značně mimo referenční rozmezí. Hodnoty značené zelenou barvou jsou pod normu. Hodnoty červeně vybarvené jsou hodnoty pro daný věk a pohlaví zvýšené. Vycházela jsem z referenčních rozmezí příslušné laboratoře, kam byly krevní vzorky odeslány.

echokardiografické vyšetření

Levá komora bez dilatace, koncentricky hypertrofická, lehká hypokinéza baze posterolaterálně bez dopadu na celkovou EF. Lehké hemodynamicky bezvýznamné degenerativní změny chlopní, regurgitace 1.st. na AV ústích. Pravostranné oddíly bez dilatace, nejsou známky plicní hypertenze. Perikard bez výpotku.

ERCP

Tumor hlavy pankreatu velikosti cca 3 cm, infiltrace stěny choledochu, duodena, peripankreatické tukové tkáně. Není známek angioinvasze. Regionální uzliny v okolí hlavy pankreatu maligních parametrů (EUS staging T3 N1).

výpočetní tomografie (CT)

Závěr: tumor hlavy pankreatu s dilatací žlučových cest.

2.4.3 Průběh hospitalizace a terapeutická opatření na JIP do 1. pooperačního dne

Pan L.H. byl přijat pro dovyšetření a následnou terapii karcinomu hlavy pankreatu na standardní chirurgické oddělení dne 3.1. Zde byl naplánován operační výkon popsáný níže. Veškerá předoperační příprava proběhla na klasickém chirurgickém oddělení, včetně interního hodnocení. Po proběhlé operaci dne 11.1. byl předán na chirurgickou jednotku intenzivní péče. Nemocného jsem na této jednotce ošetřovala od 12.1.

operační výkon 11.1. 2006

Operace: Revisio, biopsia, cholecystektomie (CHE),
hepatikojejunoanastomóza (HJA), Penrose drain 2x

Výkony: rekonstrukční výkon na žlučových cestách, cholecystektomie, lokální excize nebo enukleace tumoru nebo jiné části léze pankreatu.

Výkon proveden laparotomickou cestou. Na spodině pankreatu nepohyblivý tumor v oblasti hlavy pankreatu (cca 5 cm). Po provedení cholecystektomie vypreparovaný dilatovaný hepatocholedochus (průměr více než 3 cm), nad pahýlem ductus cysticus discidován, čirá žluč vytéká přetlakem, oba dilatované nitrojaterní žlučovody sondovány. Tumor prorůstá do přední stěny vena portae. Nález se jeví zjevně neresekabilní. Proveden odběr vzorku z nádorové tkáně pro histologické vyšetření. Za zvláštní incize zaveden zprava 2x Penrose drén.

souhrn terapeutických opatření na JIP

Pacientovi byl 0. operační den zaveden permanentní močový katétr, nasogastrická sonda, centrální žilní katétr, epidurální katétr pro epidurální anestezii, Penrose drén. Pravidelně bylo sledováno vědomí, bolest v místě operační rány, stav operační rány. Na monitoru se zaznamenával a kontroloval centrální žilní tlak (CVP), periferní krevní tlak (TK), saturace krve kyslíkem (SpO₂), EKG, tepová (TF) a dechová frekvence (DF). Dále tělesná teplota (TT), výdej z nasogastrické sondy (samospád) a Penrose drénu, bilance tekutin (P+V) a hladina glykémie. Byla indikována inhalace zvlhčeného kyslíku 5l/min dle potřeby pacienta.

Pacient nultý operační den nepřijímal nic per os, k úpravě vodní a elektrolytové rovnováhy byl použit fyziologický a Ringerův roztok, pro pokrytí energetických potřeb organismu bylo užito 10% glukózy. Bolest u pacienta byla tišena aplikací léků, do epidurálního katétru (Marcaine 10%+Fentanyl) a intra venózně (Novalgin).

Chronická medikace pacienta byla dočasně vysazena. Byly ordinovány léky převážně v intravenózní nebo subkutánní formě. Blíže v tabulce 1.

název léku	dávkování a způsob aplikace	indikační skupina	nežádoucí účinky
Actrapid HM inj.	8j.+G 10 (do každých 500 ml), rychlost infuze 60ml/h, úprava dle glykémie	antidiabetikum, inzulin biosyntetický humánní	hypoglykémie v případě špatného užívání
Clexane inj. 0,4 ml	0-0-1 s.c.	antitrombotikum, antikoagulans	hemoragie, trombocytopenie, kožní i celkové alergické reakce, lokální reakce v místě vstupu, reverzibilní vzestup trombocytů a jaterních enzymů
Furosemid biotika inj.	10 mg jako i.v. bolus 1-0-0	diuretikum, antihypertenzivum	prudký pokles k.tlaku s poruchami ortostatické regulace, hypovolémie, cirkulační kolaps, apatie, ztráta chuti k jídlu, zvracení, nespavost, dezorientace, poruchy vědomí, horečnaté stavy, exantém
Novalgin inj.	2 ml i.v., 1-1-1	analgetikum, antipyretikum	kožní reakce, šok, pokles krevního tlaku
Quamatel inj.	20mg i.v., 0-0-1	antiulcerózum, antagonist H2-receptorů	zřídka zácpa nebo průjem, bolesti hlavy, nauzea, únava, snížená chuť, kožní exantém, poruchy srdečního rytmu

název léku	dávkování a způsob aplikace	indikační skupina	nežádoucí účinky
Torecan inj.	1 ml, 1-1-1 při nauzeu a zvracení	antiemetikum	ojedinele extrapyramidové poruchy, které jsou přechodné
Kalium chloratum Léčiva 7,5% inj.	15 ml+500 ml Ringerův roztok, rychlost infuze 10ml/hod	kaliový přípravek	parestezie končetin, svalová slabost, paralýza, arytmie, zástava srdce z heperkalémie
Fentanyl inj.	6 ml+20 ml Marcaine do 50 ml fyziologického roztoku, rychlost infuze 2-8ml/hod, aplikace do epidurálního katétru	neuroleptanalgetikum, opoidní anestetikum	respirační deprese, apnoe, bradykardie, hypotenze, neuzea, zvracení, závratě
Marcaine 0,5% inj.	20ml+Fentanyl 6 ml do 50 ml fyziologického roztoku, rychlost infuze 2-8ml/hod, aplikace do epidurálního katétru	lokální anestetikum s dlouhodobým účinkem ke svodné anestezii	toxická reakce je vzácná, má příznaky: euforie, zmatenost, bezvědomí, bradykardie, bradyarytmie, hypotenze až náhlá zástava obě

Tabulka 1:léky ordinované na JIP

název	indikační skupina	indikace
Ringerův roztok inf.	infundabilium, základní infuzní roztok	izotonická dehydratace, nosný roztok pro léky, úprava vodní a elektrolytové rovnováhy
Natrii chloridi infusio 10% inf. (Fyziologický roztok)	infundabilium, koncentrovaný elektrolýtový roztok	příprava kombinované parenterální infuzní léčby
Glukóza 10% inf	infundabilium	krytí energetických, hydratačních potřeb organismu, nosný roztok pro léky, , úprava vodní a elektrolytové rovnováhy

Tabulka 2:infuzní roztoky

V tabulce 2 jsou popsány indikační skupiny a nežádoucí účinky infuzních roztoků, které byly použity převážně jako nosiče léků.

lékařská vizita 0. pooperační den

Vědomí nemocného je plné, nemá bolesti, oběhově je stabilní, akce srdeční pravidelná, břicho je bolestivé v operační ráně a měkké, močový katétr odvádí čirou moč, nejsou známky tromboembolické nemoci, obvazy mírně prosáklé.

TT 37,6°C, TK 115/78, TF 83/min, DF 18/min, SpO₂ 98%, CVP +4, glykémie 6,6 mmol/l. Penrose drén odvedl 200 ml serosního sekretu, diuréza 2100 ml, nasogastrická sonda 0ml.

2.4.4 Péče a terapeutická opatření 1. pooperační den

V této části jsem se podrobně zaměřila především na 1. pooperační den, ke kterému jsem v ošetrovatelské části sestavila ošetrovatelské diagnózy.

První pooperační den se na monitoru u lůžka pacienta pravidelně kontroloval a po třech hodinách zaznamenával: TK, SpO₂, TF, DF, vědomí, výdej tekutin Každých šest hodin se sledovala tělesná teplota, CVP. Kontinuálně se sledovala EKG křivka. Glykémie se hodnotila 4x denně (cca po 6 h). Výdej z nasogastrické sondy, Penrose drénu a příjem tekutin se sčítal za 24 h. Byla indikována inhalace zvlhčeného kyslíku 5l/min dle potřeby pacienta a inhalace Mucosolvanu 3x denně po 15 minutách.

název léku	dávkování a způsob aplikace	indikační skupina	nežádoucí účinky
Mucosolvan sol.	1ml+2ml aqua pro injectione, inhalace 15 min 1-1-1	expektorans, mukolytikum	pálení žáhy, dyspepsie, občas nauzea, kožní vyrážky, dušnost, zvýšení teploty s třesavkou

Pacient první pooperační směl v malých dávkách vypít 400 ml čaje za den. Léky a infuze byly ordinovány stejně jako předchozí den, navíc byla předepsána inhalace s Mucosolvanem. Pacient byl poučený o možných vedlejších účincích aplikovaných léků. Byl proveden aseptický převaz operační rány, vyměněno krytí centrálního žilního katétru a epidurálního katétru. Lékařem byl doporučený klidový režim na lůžku.

Ráno se nemocnému odebrala krev na biochemické vyšetření, krevní obraz a glykémii (tabulka 3). Hodnoty značené zelenou barvou jsou pod normu. Hodnoty červeně vybarvené jsou hodnoty pro daný věk a pohlaví zvýšené.

<u>krevní obraz</u> název (jednotka)	12.1.2006
leukocyty (x 10 ⁹ /l)	11,1
erytrocyty (x10 ¹² /l)	2,8
hemoglobin (g/l)	93
hematokrit (arb.j.)	0,30
trombocyty (x10 ⁹ /l)	268
MCH = Hb v erytrocytu (pg/ery)	32,8
<u>biochemická vyšetření</u> název/jednotka	
urea (mmol/l)	6,8
kreatinin (μmol/l)	170,0
celkový bilirubin (μmol/l)	37,6
ALT (μkat/l)	2,55
AST (μkat/l)	1,42
GMT (μkat/l)	7,77
ALP (μkat/l)	5,17
Natrium (mmol/l)	140
K (mmol/l)	4,2
Cl (mmol/l)	113
CRP (mg/l)	nevyžádáno
glykémie (mmol/l)	7,5

Tabulka 3: krevní vyšetření 12.1.

Pacient začal rehabilitovat, za asistence fyzioterapeuta se posadil na lůžku a následně došel k umyvadlu. Byl poučen o technice dechových cvičení, která má provádět.

Během dne udával jen mírnou bolest v operační ráně, zejména po chůzi v rámci rehabilitace. Stěžoval si rovněž na bolest pravého ramene.

lékařská vizita 1. pooperační den

Nemocný je plně při vědomí, bolesti v operační ráně udává jen mírné, oběhově je stabilní, akce srdeční pravidelná, břicho je mírně bolestivé v operační ráně a měkké, močový katétr odvádí čistou moč, nejsou známky tromboembolické nemoci, obvazy mírně prosáklé.

TT 37,3°C, TK 120/82, TF 69/min, DF 17/min, SpO2 97%, CVP +4, glykémie 7,5 mmol/l. Penrose drén odvedl 800 ml serosního sekretu, diuréza 2500 ml, nasogastrická sonda 100ml.

2.4.5 Shrnutí dosavadního průběhu hospitalizace

Pan L.H. byl přijat na standardní oddělení chirurgické kliniky 3.1. na žádost okresní nemocnice, kam přišel s dyspeptickým syndromem s nauzeou a nechutenstvím, bolestmi v epigastriu s propagací pod pravý žeberní oblouk, ikterem, pro dovyšetření a následnou terapii pro zjištěný karcinom pankreatu.

Bylo provedeno echokardiografické, krevní vyšetření, dále ERCP a CT, kde se potvrdila diagnóza a rozsah karcinomu pankreatu s indikací k chirurgickému řešení. Termín operačního výkonu se stanovil na 11.1. (operace: cholecystektomie, hepaticojejunoanastomóza, revize, biopsie). Po operaci byl pacient přeložen na chirurgickou jednotku intenzivní péče.

0. den operace měl nemocný klidový režim, nepřijímal nic per os, tekutiny a výživa byla hrazena infuzními roztoky. Pacientovi se v určených intervalech podávaly léky ke ztišení bolesti, k úpravě hladiny glykémie, k prevenci tromboembolické nemoci, k podpoře diurézy, proti nauzeě a zvracení. pomocí monitoru se sledovaly fyziologické funkce. Kontroloval se výdej z drénu, sondy a močového katétru.

Další operační den (1.) začal pacient rehabilitovat. Směl pít tekutiny v množství 400ml za den, stále nepřijímal žádnou stravu. Intervaly sledování všech fyziologických funkcí se prodloužily, protože nemocný neměl žádné oběhové obtíže. Krevní vyšetření prokázalo patologické hodnoty jak v krevním obraze, tak v biochemii. Pacient měl jen mírné bolesti a pospával.

shrnutí následujících dnů hospitalizace

Popis dalších dnů průběhu hospitalizace, kdy jsem nemocného ošetřovala, jsem pojala ve stručnějším znění. Jsou zde zmíněny převážně odlišnosti od 1. pooperačního dne.

V následujících dnech byl příjem čaje zvýšen na 600 ml a dále na 800 ml. Druhý pooperační den bylo indikováno lékařem odstranění nazogastrické sondy a protože se nevyskytly komplikace jako je nauzea a zvracení, přistoupilo se k postupné realimentaci, 3. den (bujón, tekutá strava). Tentýž den pacient udával odchod větrů, nucení na stolicí však neměl. Udával jen mírný tah v místě operační rány. Stále se v určených intervalech podávaly léky ke ztišení bolesti k úpravě hladiny glykémie, k prevenci tromboembolické nemoci, k podpoře diurézy. Pomocí monitoru se sledovaly fyziologické funkce. Po celou dobu nedošlo k patologickým výkyvům funkcí. Kontroloval se výdej ze sondy až do jejího zrušení, výdej z drénu a močového katétru. Dále laboratorní výsledky (příloha).

3 Ošetřovatelská část

Individualizovaná ošetřovatelská péče o nemocného byla prováděna metodikou ošetřovatelského procesu. Pro zhodnocení pacienta byl použit model fungujícího zdraví Marjory Gordonové.

3.1 Ošetřovatelský proces a model Marjory Gordonové

Pojem **ošetřovatelský proces** je poměrně nový. V roce 1955 jej poprvé použila Hallová. Jeho využití v praxi se realizovalo v USA v roce 1973. Z teoretického hlediska jde o myšlenkový algoritmus, který používá pro hodnocení stavu pacienta, plánování, realizaci a vyhodnocování účinnosti péče kvalifikovaná sestra. V praxi mluvíme o metodě plánování a poskytování ošetřovatelské péče, jejímž cílem je změna zdravotního stavu pacienta. Proces je zaměřen na kvalitní ošetřovatelskou péči a tím na uspokojování individuálních potřeb nemocného.

Ošetřovatelský proces v praxi má ***výhody*** pro obě strany. Pacient: kvalitní plánovaná péče, návaznost a kontinuita péče, účast pacientů na péči. Sestra: systematické vzdělání v ošetřovatelství, odborný růst, vyhnutí se rozporu se zákonem, spokojenost v zaměstnání. ⁴Proces má pět fází.

- 1) Zhodnocení nemocného
- 2) Ošetřovatelská diagnostika
- 3) Plánování ošetřovatelské péče
- 4) Realizace ošetřovatelského plánu
- 5) Hodnocení účinnosti ošetřovatelské péče

Model obecně je abstraktní vyjádření reality, zjednodušený koncepční rámec, sestavený tak, aby ověřil určitou teorii.⁵ Modely by měly pomáhat všem, kteří chtějí lépe chápat realitu a více teoreticky přemýšlet. Ten, kdo se chce ve své praxi zdokonalovat, rozvíjet postupy a činnosti, lépe si plánovat práci a zlepšit její úroveň, by se měl zaměřit na určitý model.

⁴ 9, str.119

⁵ 9, str.71

S vývojem nových poznatků a požadavků na kvalitu péče vznikla potřeba holistické péče zahrnující jak léčebnou, tak i ošetrovatelskou péči. Lékařská diagnóza je samozřejmě důležitá (důraz na ni je kladen v biomedicinském modelu), ale v péči o nemocného je neméně důležitá i složka holistická (celostní). Uvědomění tohoto faktu pomohlo sestřám v hledání lepších modelů. Výzkum se zaměřil na vytvoření **standardního ošetrovatelského modelu**. Standardní ošetrovatelský model nepředstavuje podrobně standardizovaný mezilidský přístup k analýze a syntéze získaných informací. Ani neznamena, že by v sesterské profesi měly být standardizovány cíle péče a vztah sestra – pacient. Přesto na konkrétní úrovni praxe musí být určitá jednota (z důvodu kvality).

V 80. letech na vědeckém podkladě vznikl v USA model, který splňuje kritéria standardního modelu. Je to **model „Funkčního typu zdraví“** autorky paní **Marjory Gordonové** (profesorka ošetrovatelství z Boston College v Massachusetts). Sám o sobě vyhovuje nejen ošetrovatelské praxi, ale i vzdělání a výzkumu. Model je dostačující pro systematické zhodnocení zdravotního stavu pacienta v jakékoli oblasti systému péče (primární, sekundární, terciální) a služeb (akutní, domácí, komunitní aj.)

V 90. letech se začal tento model v různých verzích akceptovat i v Evropě. Jednou z variant je ENMDS (An European Nursing Minimum Data Set).

Základní strukturou tohoto modelu je dvanáct oblastí. Každá oblast hodnotí stav zdraví člověka, tento může být funkční nebo dysfunkční. Funkční typ zdraví je ovlivněn biologickými, vývojovými, kulturními, sociálními a duchovními faktory. Charakteristikou dysfunkčního typu je, že sestra stanoví ošetrovatelské diagnózy podle priorit a sestaví přiměřený plán péče nemocných i relativně zdravých, kde neposkytnutí péče může vést k narušení zdraví a vzniku choroby.

Dvanáct oblastí modelu M. Gordonové

- Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví
- Výživa a metabolismus
- Vylučování
- Aktivita, cvičení
- Spánek, odpočinek
- Vnímání, poznávání
- Sebepojetí, sebeúcta
- Plnění rolí, mezilidské vztahy
- Sexualita, reprodukční schopnost
- Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance
- Víra, přesvědčení, životní hodnoty
- Jiné

Ošetřovatelský model funkčního typu Marjory Gordonové jsem ve své práci použila právě pro jeho standardnost. Umožňuje zhodnotit důležité aspekty osobnosti nemocného, jeho biologické, vývojové, kulturní, sociální a duchovní potřeby. Na základě shromážděných údajů z dvanácti oblastí modelu a po ucelení všech informací lze zhodnotit aktuální stav nemocného a stanovit akutní nebo potenciální problémy pacienta, které je nutné řešit.

3.2 Ošetřovatelská anamnéza

Informace pro vypracování ošetřovatelské anamnézy u pana L.H. byly získány 1. pooperační den na chirurgické JIP. Metodou první volby pro získávání informací pro mě byl rozhovor s pacientem, dále sběr informací z ošetřovatelské dokumentace, pozorování a rozhovor s ošetřujícím zdravotnickým personálem.

Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Za poslední rok byla úroveň zdraví pacienta podle jeho slov přijatelná až do té doby, než byl hospitalizován v okresní nemocnici v prosinci 2005. To se začaly objevovat nepříjemné obtíže spojené s onemocněním (bolesti, dyspeptický syndrom). Dokonce byl pan H. ředitelem školy, kde pracuje jako učitel, odeslán přímo z vyučování domů, protože se u něj objevilo žluté zabarvení kůže. Ředitel se obával, že se jedná o infekční žloutenku.

Jelikož je pan H. diabetik dodržuje diabetickou dietu, zdá se mu, že to je to nejlepší, co může dělat pro udržení dobrého zdravotního stavu. Nechodí cvičit, ani příliš nesportuje. Dříve rád hrál tenis. Vzhledem ke svým diagnózám (vysoký krevní tlak, diabetes mellitus, ischemická choroba srdeční, diabetická nefropatie, prodělaný infarkt myokardu) se snažil dodržovat rady a doporučení lékaře, ale sám přiznává, že mu to příliš nešlo. věděl, že by neměl kouřit, ale nepovedlo se mu přestat.

Pan H si myslí, že ke vzniku jeho nynější onemocnění přispěly dlouhodobé stresy v pracovním životě, ale i životospráva a dědičné faktory. První příznaky se u pacienta objevily pravděpodobně 4 měsíce před hospitalizací, pociťoval bolest v oblasti žaludku, která se zmírnila po antacidech, a tak se domníval, že se jedná pouze o „překyslení“ žaludku. Nevyhledal lékařskou pomoc, což mělo za následek zhoršování onemocnění.

Pacient od hospitalizace v nemocnici očekává, že bude vyléčen. Podle svých slov věří, že je u odborníků a neví, pro co se oni rozhodnou.

Výživa a metabolismus

Pacient se stravoval pravidelně 5krát denně a kolem deváté měl ještě druhou večeři. Obvykle jedl „běžnou stravu“. Nemá rád francouzské brambory, jinak jí vše. Pije asi 2 litry tekutin denně, z toho maximálně dvě kávy. Není nápoj, který by mu nechutnal, ale preferuje džus, ledový čaj. Za polední rok se jeho váha rapidně snížila o 21 kg, nyní váží 88 kg, měří 178 cm, BMI je 27,8. Stále si myslí, že má asi 6 kg nadváhu.

Pacient dodržoval diabetickou dietu, někdy podle svého vyjádření „se o to snažil“. předpokládá, že nějaký druh diety bude muset dodržovat i po návratu domů. Dodržovat ji bude.

Před několika měsíci začal trpět nechutenstvím a jedl v menších dávkách. V poslední době jedl jen velmi málo. V současnosti také nepocituje chuť k jídlu.

Pan H. má normální kůži, bez defektů, rány se mu hojí „přiměřeně“. Nemá zubní protézu, ke stomatologovi moc pravidelně nechodí, asi jednou za dva až tři roky, naposledy před dvěma lety.

Vylučování

Stolici mívá pravidelnou, normální konzistence každý den ráno. Teď v nemocnici na JIP nemá nutkání na stolic. Nepamatuje si, že by někdy měl potíže s močením před příchodem do nemocnice. A neočekává problémy ani po propuštění. V den operace 11.1. mu byl zaveden permanentní močový katétr. Nepocituje žádné obtíže. Pacient se normálně mnoho nepotí, ale po operaci cítí na svém těle občas studený pot, který mu je nepříjemný.

Aktivita, cvičení

Pan H. pracuje jako mistr odborného výcviku na středním odborném učilišti technického směru. Práce ho baví, ale někdy je to dost psychicky náročné. Udává, že mnoho volného času nemá, ale když se nějaký najde, rád pracuje ve své dílně v domě a vylepšuje dům. Volný čas v nemocnici vyplňuje spánkem a odpočíváním, poslechem walkmana.

Doma je zcela soběstačný ve všech činnostech. Nyní má klidový režim, s dopomocí může ujit pár kroků k umyvadlu nebo se posadit na lůžku. Říká, že ho to částečně omezuje.

Spánek, odpočinek

Pacient doma neměl výrazné problémy se spánkem. Usínal lehce kolem 22 hodiny, ale asi v půl třetí ráno se budil a musel jít na WC močit. Poté nemá problém znovu usnout. Spí asi 8 hodin denně. Na JIP spí nepravidelně. Přes den spí, v noci ne. Je unavený. Příčinu vidí v prostředí, ve kterém se nachází. Je pro něj nepřirozené. Občas ho budí bolest, ta ustoupí po aplikaci analgetik a může spát.

Vnímání, poznávání

Pacient nemá žádné problémy se sluchem. Má potíže se zrakem. Nosí brýle na čtení a na dálku, ale ty jen při řízení automobilu. Poslední kontrola na očním proběhla před 7 měsíci.

Je plně orientován, nemá žádné problémy s pamětí. Říká, že se na to cítí ještě příliš mladý, a že se dokáže dobře učit nové věci, když je to jeho povolání. Pan H. zná svůj zdravotní stav „z části“. Ví, že se jedná o zhoubný nádor, ale netuší v jakém rozsahu. Čeká na operujícího lékaře, který mu má podat více informací.

Bolest v operační ráně necítí, nebo jen občas a jen mírné intenzity. Horší je to při chůzi, má pocit bodání v břiše. Pacient si rovněž stěžuje na bolest v oblasti pravé poloviny krku a v pravém rameni. Předpokládá, že je to důsledek polohy při operaci. Neví, co by mu od bolesti pomohlo, snad zvýšená poloha.

Sebepojetí, sebeúcta

Pacient se cítí vcelku dobře a myslí, že vše co se týká hospitalizace zvládá dobře. Na druhé se moc nespolehá, protože má jen maminku a ta je stará a přítelkyni, která má své problémy a zaměstnání.

Není mu lhostejné jak vypadá, ale nemoc se ho z této oblasti asi nijak nedotkne, říká. Horší to bude se zaměstnáním, neví, jestli se vrátí učit.

Jak prožíváte současnou situaci? „Rekapituloval jsem si tady život a uvědomil jsem si, že musím myslet na to, že můžu některé věci změnit“. (citace pacienta). Pacienta zneklidňuje, že netuší, jaký je rozsah jeho onemocnění. Někdy pomýšlí i na nejhorší a to u něj vyvolává obavy. Snaží

se je zahánět tím, že začne myslet na něco jiného. Nezná žádné relaxační techniky, které by mu pomohly a ani jim moc nevěří.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pan L.H. žije v malém městě v rodinném domku v prvním patře spolu s přítelkyní paní D.K. Matka paní B.H. žije ve stejném domku v přízemí. Je rozvedený má dvě dcery, jednu na střední škole, druhá studuje vysokou školu. Dcery jsou v péči bývalé manželky

Přítelkyně i matka nesou jeho hospitalizaci těžce, ale věří v uzdravení. Matka sama prodělala nádorová onemocnění, tak je pro ni těžké v této situaci vidět syna. Nejvíce ho navštěvuje právě maminka. Z návštěv má radost. Myslí si, že je ve svém okolí oblíbený. Se sousedy i rozumí. Horší je to ale v zaměstnání. Má problémy s ředitelem školy, nechce rozvádět jaké. Nepředpokládá, že by se po návratu z nemocnice nějak výrazně změnilo jeho sociální postavení a role. Snad jen, že získá invalidní důchod a nebude již učit.

Sexualita, reprodukční schopnost

Pacient nikdy neměl v této oblasti problémy a neočekává je ani po příchodu domů.

Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Stresové situace se v životě pana H. příležitostně vyskytly, ale nebyly to situace významné, na které by nedovedl zapomenout. V posledních dvou letech občas cítil napětí v práci. Řešil to cigaretami a šálkem kávy nebo se odreagoval prací na zahradě a v domácí dílně. Alkoholem a drogami problémy nikdy neřešil. Oporou je pro pacienta jeho matka a přítelkyně, které jsou mu vždy na blízku.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty, jiné

Pacient věří, že v nemocnici nestráví mnoho času, asi tak tři týdny. Po návratu neplánuje žádné zásadní změny, snad jen změnu životosprávy. Není věřící.

Je něco, co byste mi chtěl sdělit? „Nic, jsem skromný, přizpůsobím se“. (citace pacienta).

3.3 Stanovení ošetřovatelských diagnóz k 1. pooperačnímu dni

Ošetřovatelské diagnózy jsem sestavila 10. den hospitalizace pacienta na chirurgické klinice, tedy 1. pooperační den. Tento den jsem si vybrala, protože právě v nejzazší pooperační době hrozí nemocnému více komplikací, je méně soběstačný a potřebuje pomoc v sebeké. Zaměřila jsem se jak na aktuální problémy nemocného (sestavení aktuálních ošetřovatelských diagnóz), tak i na problémy, které by mohly u tohoto nemocného pravděpodobně vzniknout (potenciální ošetřovatelské diagnózy). Obě skupiny diagnóz jsem formulovala ve spolupráci s pacientem. Samozřejmě s ohledem na jeho aktuální zdravotní stav. U ošetřovatelských diagnóz jsem stanovila krátkodobé ošetřovatelské cíle většinou na 12 hodin.

aktuální ošetřovatelské diagnózy

- 1) částečný deficit soběstačnosti z důvodu klidového režimu na lůžku
- 2) akutní bolest pravého ramene z důvodu neměnné polohy
- 3) porucha spánku z důvodu změny prostředí
- 4) zvýšená tvorba potu z neznámé příčiny

potenciální ošetřovatelské diagnózy

- 1) potenciální riziko TEN z důvodu upoutání nemocného na lůžko
- 2) potenciální riziko komplikací z důvodu operačního výkonu
- 3) potenciální riziko vzniku infekce z důvodu invazivních vstupů a operační rány
- 4) potenciální riziko komplikací diabetu mellitu z důvodu operace.

3.4 Krátkodobý ošetrovatelský plán k 1. pooperačnímu dni

aktuální ošetrovatelské diagnózy

ad 1) Částečný deficit soběstačnosti z důvodu relativního klidového režimu na lůžku

krátkodobý cíl

- rozpoznání a uspokojení základních potřeb nemocného
- nemocný bude zvládat sebeobsluhu
- nemocný bude chápat nutnost dodržování relativního klidového režimu

plán péče

- zjistit stupeň soběstačnosti nemocného
- vysvětlit nutnost klidového režimu
- poskytnout nemocnému dostatek času v sebeobsluze
- zajistit potřebné pomůcky k lůžku
- dopomoci s hygienou
- poučit nemocného, že bude-li něco potřebovat, použije signalizaci

realizace

První pooperační den je soběstačnost nemocného částečně omezena v těchto oblastech: hygiena, příjem tekutin, sebeobsluha (dosah na potřebné předměty). V oblasti vylučování (zaveden permanentní močový katétr) a příjmu potravy (pacient nesmí přijímat nic per os) není nemocný závislý na své péči. Pacient byl informován o nutnosti dodržování klidového režimu kvůli nebezpečí pooperačních komplikací, své vlastní bezpečnosti a načerpání nových sil odpočinkem. Po rozhovoru s nemocným a pozorováním jsem zjistila, jaké problémy má v oblasti sebeobsluhy (dopomoc s hygienou, nedosáhne na stolek a věci na něm). Stoleček s potřebnými věcmi, tj. brýle, hrnek čaje, časopis, tužka, jsem umístila po levé ruce pacienta, jak si přál. Při hygieně jsem nemocného doprovodila k umyvadlu, kde jsem mu přichystala pomůcky. Umyla a namazala jsem mu

záda, jinak vše zvládal sám. Poukázala jsem na signalizaci u lůžka, kterou může použít v případě potřeby.

hodnocení

Cíle byly splněny. Byly rozpoznány a uspokojeny základní potřeby nemocného. Nemocný je schopen obsloužit se sám, pokud má věci na stolku a chápe nutnost zachování klidu na lůžku. V hygieně je téměř soběstačný. Využívá signalizaci podle potřeby.

ad 2) Akutní bolest pravého ramene z důvodu neměnné polohy

krátkodobý cíl

- nemocný bude udávat vymizení bolesti ramene nebo alespoň její zmírnění

plán péče

- zjistit charakter, trvání, stupeň bolesti podle stupnice 1 - 10
- doporučit nemocnému změnu polohy a některá cvičení
- informovat fyzioterapeuta o bolesti
- masáže postižené oblasti
- úprava lůžka

realizace

Po rozhovoru s nemocným jsem zjistila, že bolest vnímá jako „ztuhlé rameno“, pociťuje ji asi 6 hodin a na stupnici od jedné do desíti by ji hodnotil číslem čtyři. Vzhledem k operační ráně na břicho neměl pacient moc možností na změnu polohy. Zkoušel si lehnout mírně na bok, ale pociťoval tlak v operační ráně. Předvedla jsem nemocnému pár cviků na uvolnění krční páteře, která v průběhu dne asi 6krát zopakoval. Dál jsem postižené místo promasírovala (3krát za den). Protože měl pacient poměrně nízko uloženou hlavu, zvedla jsem podhlavní panel postele a složila polštář na půl. Nemocný sám požádal fyzioterapeuta o pomoc, ten nabídl další cviky.

hodnocení

Po všech intervencích došlo podle slov nemocného ke zmírnění bolesti. Za den cvičení ji hodnotil stupněm dva.

ad 3) Porucha spánku z důvodu změny prostředí

krátkodobý cíl

- nepřerušovaný spánek v noci alespoň 6 hodin
- pacient nebude udávat únavu

plán péče

- zjistit příčiny nespavosti
- vyvětrat a upravit lůžko před spaním
- zajistit klid u lůžka nemocného
- informovat lékaře o poruše spánku

realizace

Příčinou nekvalitního spánku, který trval nepřerušeně jen cca 3 hodiny byl především hluk související s provozem JIP v noci. Z tohoto důvodu se infuzní roztoky vyměňovaly před samotným upozorněním alarmu v infuzních pumpách a injekčních dávkovačích. Také při ostatní činnosti u lůžka se postupovalo s opatrností a tichostí. V hodinu, kdy nemocný obvykle uléhá doma k spánku (22h), jsem upravila lůžko a vyvětrala pokoj, ztlumila osvětlení. Informovala jsem lékaře, který nabídl pacientovi hypnotika. Ten je však odmítl se slovy, že je nebral doma a nechce ani v nemocnici.

hodnocení

Nemocný spal nepřerušeně stále pouze asi čtyři hodiny, ale na únavu si nestěžoval.

ad 4) Zvýšená tvorba potu z neznámé příčiny

krátkodobý cíl

- nemocný nebude zvýšenou tvorbu potu vnímat jako nepříjemnou

plán péče

- zjistit příčinu zvýšené tvorby potu
- zajistit nemocnému komfort v hygieně
- udržovat lůžko v čistotě a suchu

realizace

Možná příčina zvýšené tvorby potu se nabízela ve vzestupu tělesné teploty nebo změně hladiny glykémie. Po kontrole však byly uvedené hodnoty v normě a neobjevil se ani jiný objektivní příznak, který by způsobil problémy nemocného. Pohovořila jsem tedy s pacientem, zda by neznal on příčinu. Sdělil mi: „Netuším z čeho to je, nikdy před tím jsem se takto nepotil. Ani ze stresu to být nemůže, ničeho se neobávám.“ (citace pacienta). Převlékla jsem proto nemocnému lůžkoviny, umožnila mu omýt se. To jsem opakovala kdykoliv to bylo nutné a nemocný o to požádal.

hodnocení

Zvýšené pocení ustoupilo asi během šesti hodin, aniž by se našla jeho příčina. Nemocný se po celou dobu cítil svěží a problém nevnímal jako nepříjemný.

potenciální ošetrovatelské diagnózy

ad 1) Potenciální riziko TEN z důvodu upoutání nemocného na lůžko

krátkodobý cíl

- dojde k včasnému rozpoznání příznaků tromboembolické nemoci

plán péče

- poučit nemocného o riziku TEN a nutnosti cvičení jako prevenci
- kontrola bandáží dolních končetin
- kontrola fyziologických funkcí a příznaků TEN
- včasná aplikace antikoagulancií dle ordinace

realizace

Nemocného jsem poučila o riziku TEN a upozornila na nutnost cvičení dolními končetinami (DK) vleže na lůžku a nutnosti včasné mobilizace. Mobilizován byl prvně fyzioterapeutem dopoledne, poté vstal ještě jednou a s mou dopomocí došel k umyvadlu (cca 7 metrů) kvůli večerní hygieně. Názorně cvičení předvést nechtěl, věděl, jak se cvičí. Pacient cvičil v lůžku. Pravidelně jsem kontrolovala funkčnost bandáží DK, bylo-li to nutné upravila je. Sledovala jsem, zda se neobjevují příznaky TEN (snížená citlivost, změna barvy a teploty, bolest DK), změny fyziologických funkcí nemocného. Podle ordinací z denního dekurzu jsem pravidelně podávala antikoagulancia (Clexane 0,4ml, v 18hod.).

hodnocení

Během mé péče o nemocné se neobjevily žádné příznaky TEN. Bandáže byly po celou dobu funkční. Nemocný byl mobilizován a cvičil.

ad 2) Potenciální riziko pooperačních komplikací z důvodu operačního výkonu

krátkodobý cíl

- dojde k včasnému odhalení pooperačních komplikací

plán péče

- pravidelně monitorovat fyziologické funkce, stav vědomí, bolest
- kontrola vzhledu operační rány
- kontrola průchodnosti katétrů, drénu a sondy
- sledování bilance tekutin
- poučit nemocného, aby všechny případné změny hlásil

realizace

Pravidelně jsem sledovala orientaci a stav vědomí u nemocného. Kontinuálně sledovala a v určených intervalech podle denního dekurzu zaznamenávala do dokumentace fyziologické funkce (D, TK, TF, CVP, SpO₂) a EKG křivku, zda pacient nemá bolesti a nauzeu. Kontrolovala jsem, zda nedochází ke krvácení z operační rány. Ověřovala jsem průchodnost CŽK, NGS (zda odvádí žaludeční obsah), Penrose drénu, epidurálního katétru. Průchodnost jsem ověřovala dotazováním pacienta, jestli necítí nepříjemné pocity v místě vstupu, dále jestli je místo klidné, nezarudlé, zda nedochází k paravenóznímu úniku infuzí. Má pozornost byla upřena i na příjem a výdej tekutin. Poučila jsem nemocného, že jakékoli nepříjemné pocity (nauzeu, bolesti, palpitace, aj.) či změnu stavu má hlásit, aby se předešlo komplikacím.

hodnocení

U pacienta nedošlo k pooperačním komplikacím. Fyziologické funkce a bilance tekutin byly v normě, pacient byl stále při vědomí bez nauzey. Operační rána byla klidná. Nemocný pochopil, z jakého důvodu

hlásit změny, ale na nic si nestěžoval. Pouze na bolest ramene, kterou jsem řešila (aktuální diagnóza).

ad 3) Potenciální riziko vzniku infekce z důvodu invazivních vstupů a operační rány

krátkodobý cíl

- budou včas odhaleny příznaky infekce

plán péče

- dodržování zásad asepse, řádná hygiena rukou
- kontrola místa invazivních vstupů a operační rány a eventuálních změn
- aseptické převazy invazivních vstupů a operační rány
- důkladná hygiena genitálu – poučení nemocného
- kontrola průchodnosti PMK, sledování vzhledu moče
- sledování tělesné teploty

realizace

Abych zabránila vstupu infekce do organismu pacienta dbala jsem na řádnou hygienu rukou a při všech výkonech, které by mohli nemocného ohrozit infekcí jsem postupovala přísně asepticky. Kontrolovala jsem, zda se v místě vstupu CŽK, epidurálního katétru, Penrose drénu a v operační ráně neobjeví příznaky infekce (bolest, otok, zarudnutí, zvýšená teplota v místě). Asepticky jednou denně a dále dle potřeby jsem invazivní vstupy a rány převazovala sterilním materiálem. Z důvodu zavedení močového katétru jsem nemocnému doporučila, aby se při hygieně důkladně zaměřil na mytí genitálu a hlásil nepříjemné pocity jako je pálení či bolest. sledovala jsem průchodnost PMK, diurézu a barvu moče. Protože projevem jakékoliv infekce jsou febrilie, kontrolovala jsem pravidelně tělesnou teplotu nemocného a to třikrát denně.

hodnocení

Žádný projev infekce se u pacienta neobjevil. Tělesná teplota byla jen mírně zvýšená jako důsledek základního onemocnění a operačního výkonu. Pacient necítil žádné potíže v oblasti genitálu.

ad 4) Potenciální riziko komplikací diabetu mellitu z důvodu operace

krátkodobý cíl

- hodnoty glykémie budou ve fyziologickém rozmezí

plán péče

- poučit nemocného o projevech komplikací diabetu mellitu
- pravidelná kontrola hladiny krevního cukru
- včasná aplikace inzulínu a kontrola účinnosti

realizace

Nemocného jsem poučila o projevech hypo/hyperglykémie (pocení, slabost, třes, silná žízeň, nauzea, zvracení...), na které má bezprostředně upozornit. Podle ordinací lékaře jsem v určených intervalech odebírala nemocnému krev a kontrolovala (cca po 4 hodinách) hodnoty glukometrem. Hodnoty jsem zapisovala a výsledky hlásila lékaři. Podle dekurzu jsem aplikovala ve formě infuze léky (Actrapid HM v 10% Glukóze) a sledovala jejich účinnost. Účinnost se sledovala nejen glukometrem, ale i vizuálně, jestli se neprojeví změny na fyziologických funkcích či vzhledu pacienta.

hodnocení

U pacienta se nevyskytly obtíže značící hyper nebo hypoglykémii, glykémie byla ve fyziologickém rozmezí. V případě změny hodnot lékař upravil dávku inzulínu.

3.5 Dlouhodobý ošetrovatelský plán

Pan L.H. byl přijat s podezření na karcinom pankreatu, po upřesnění diagnózy byl naplánován operační výkon. Po operaci byl pacient hospitalizován na chirurgické jednotce intenzivní péče.

Po výkonu měl nemocný klidový režim, nepřijímal nic per os, až první pooperační den se podával čaj v množství 400 ml/ den výživa byla hrazena infuzními roztoky. Postupně, druhý a třetí den lékař množství denního příjmu tekutin upravoval až na 800 ml/den a snižovalo se hrazení tekutin infuzními roztoky. Po odstranění nasogastrické sondy (2. pooperační den), když se neobjevily žádné komplikace v oblasti trávicího traktu, se přistoupilo k postupné realimentaci (bujón, tekutá strava). 1. až 3. pooperační den (období mé péče o nemocného) se v určených intervalech podávaly léky ke ztišení bolesti (sledovaly se její projevy), k úpravě hladiny glykémie (pravidelně se měřila její hladina pomocí glukometru), k prevenci tromboembolické nemoci, k podpoře diurézy, proti nauze a zvracení. Pomocí monitoru se sledovaly fyziologické funkce, intervaly mezi zápisem hodnot do dokumentace se postupně prodlužovaly. Po celou dobu nedošlo k patologickým výkyvům funkcí. Kontroloval se výdej ze sondy až do jejího zrušení, výdej z drénu a močového katétru. Déle laboratorní výsledky.

V následujícím období bude nutné zaměřit se na problémy v oblasti ošetrovatelské péče, které se nepodařilo odstranit při vytyčení krátkodobých cílů u aktuálních ošetrovatelských diagnóz. Znamená to především zaměřit se na:

- *úplný ústup bolesti pravého ramene pacienta* (výše uvedená diagnóza akutní bolest pravého ramene z důvodu neměnné polohy). Znamená to tedy monitorovat stupeň bolesti, její trvání a ústup. Pobízet nemocného k pravidelnému cvičení ramenního kloubu. Spolupracovat s fyzioterapeutem. Bude-li to možné měnit polohu (ne stále na zádech).
- *delší dobu trvající (cca 6 hodin) nepřerušovaný spánek* (diagnóza porucha spánku z důvodu změny prostředí). Přestože nemocný jak vyplývá z hodnocení výše uvedené diagnózy, únavu při nedostatku spánku nepocítoval, je nezbytné délku spánku prodloužit. Delší období

krátkodobého trvání spánku by se na fyzickém stavu pacienta mohlo projevit negativně. Vhodné bude brzké přeložení pacienta (dle jeho stavu) na klasické chirurgické oddělení, kde bude menší hluk související s provozem.

U ostatních aktuálních ošetrovatelských diagnóz byly cíle splněny. Stále však bude nutné podporovat nemocného v soběstačnosti a hodnotit její stupeň (oblast vyprazdňování, hygieny , příjmu potravy, sebeobslužnosti).

U potenciálních diagnóz je však stále vhodné držet se uvedeného plánu péče i nadále. Znamená to tedy bránit vzniku tromboembolické nemoci a jiných pooperačních komplikací. Postupovat asepticky, aby nedošlo ke vzniku infekce z důvodu invazivních vstupů a operační rány. Stejně tak sestra nesmí dopustit, aby došlo k dekompenzaci diabetu mellitu.

3.6 Psychologické hodnocení nemocného

Zjištění onkologické diagnózy je faktem, s nímž se musí nemocný vyrovnat. Nejedná se ovšem jen o přijetí této skutečnosti, ale i zvládnutí toho, co následuje po stanovení diagnózy, to znamená případná operační léčba, radioterapie, chemoterapie. Nemocný se musí smířovat s faktem, že se ve většině případů jeho léčba neobejde bez hospitalizace. Každý člověk to, že onemocněl vnímá jinak. Podle E. Kubel–Rossvé existuje pět stádií prožívání nemoci:

- popírání a izolace /negace/: nepřijetí závažné nemoci, nedůvěra k nemoci..., *to není možné, já přeci nemohu být nemocný...*
- smlouvání: nemocný chápe, že má závažný problém, ale snaží se smlouvat, *jestli nebudu nemocný začnu se věnovat pomoci potřebným...*
- deprese: nemocný má pocit ztrát, stoupá pocit viny za své onemocnění, je smutný, *proč musím být zrovna já takto nemocný?, to není spravedlivé...*
- akceptace: nastává tehdy, má-li nemocný dostatek času, někdo mu pomohl zvládnout předchozí stádia, není deprimován, necítí zlost nad svým osudem

Při ošetřování nemocného je dobré uvědomit si, v jaké z uvedených fází se právě nachází a tomu i přizpůsobit svůj přístup k němu.

Pan L.H. byl k přijetí k hospitalizaci pro diagnózu zhoubného nádoru pankreatu. Se svou diagnózou byl ve dnech, kdy jsem ho ošetřovala seznámen zhruba dva týdny. Nyní pouze očekává zpřesnění typu, rozsahu a prognózy onemocnění z úst lékaře, který ho operoval. Nemocný se nacházel ve stádiu očekávání, co se doví a svůj současný stav akceptoval. Po plném sdělení své diagnózy (ca pankreatu) pravděpodobně bude procházet výše uvedenými stádii prožívání nemoci. Bude jen pouze záležet na jeho osobnosti a podpoře okolí, jaká ta „cesta“ bude.

Během ošetrovatelské péče a rozhovoru s nemocným jsem měla možnost posoudit, jak zvládá novou životní situaci a změnu své role z psychologického hlediska. Nebylo příliš obtížné navázat s panem L.H. vztah založený na důvěře, i když na první pohled působil uzavřeně a přísně. Při získávání anamnestických informací rozhovorem jsem si všimla, že nemocný je velmi spontánní až přátelský. Během poskytování péče se s ním dobře spolupracovalo, rozuměl, co se od něj žádá. Přesto byly chvíle, kdy bylo potřeba ho důrazněji přimět k činnosti. Například zopakováním požadavku. I přes svou závažnou chorobu na mě zapůsobil stabilně. Obával se však o svou matku. Měl strach, že se o matku nebude moci postarat po svém návratu stejně dobře jako před hospitalizací. Matka pana L.H. již nebyla ve svém věku zcela soběstačná. Tuto obavu však po chvíli rozhovoru vystřídala naděje, že vše zvládne jeho přítelkyně.

Další oblastí, ve které se něčeho obával, byla prognóza jeho onemocnění. Podle svých slov se snaží zaujmout racionální postoj a vyčká na to, co mu ohledně onemocnění a prognózy sdělí lékař. Nezná žádné relaxační techniky, které by mu pomohly zbavit se napětí a ani jim moc nevěří. Nemocný tedy nevědomě využíval nejméně jeden obranný mechanismus: racionalizaci (zneužití rozumu ve prospěch odstranění zážitku vnitřního napětí). Pod pojmem obranné mechanismy si představujeme jakýkoliv druh činnosti, jehož účelem je odvést pozornost a povědomí o nepříjemném faktu, který vzbuzuje úzkost.

Na otázku, jak prožíváte současnou situaci a jaké je to pro vás být v nemocnici, odpověděl: „Rekapituloval jsem si tady život a uvědomil jsem si, že musím myslet na to, že můžu některé věci změnit. Že jsem tady je přirozené v mé nemoci a necítím se tu špatně.“ (citace pacienta). Nyní předpokládá, že v nemocnici stráví asi tři týdny a pak se vrátí domů. Ne však do svého zaměstnání.

Oporou pro pana L.H. jsou pravidelné návštěvy jeho maminky.

3.7 Sociální problematika nemocného

Pan L.H. žije v malém městě v rodinném domku. Dům má dvě podlaží. V prvním žije nemocný spolu s přítelkyní. Ve přízemí bydlí jeho matka. Pan L.H. je rozvedený a jeho dvě dcery s ním nežijí.

Po návratu z nemocnice předpokládá, že nebude potřebovat nějaké odborné služby jako je pečovatelská služba aj. Spoléhá se na svou přítelkyni, která mu pomůže v těch nejnужnějších případech, kam zařadil přípravu jídla, úpravu lůžka a zvedání břemen. Pohyb po domě nebo samostatná hygiena mu nebude činit potíže.

Před hospitalizací se sám nemocný staral o svou matku, která již není zcela soběstačná. Tuto roli bude muset opět zastat přítelkyně. Má však obavy, jestli zvládne takovou zátěž související se změnou rolí.

Pan L.H. byl zaměstnán na SOU jako mistr odborného výcviku. Teď už si je téměř jistý, že se do zaměstnání nebude moci vrátit. Předpokládá, že získá plný invalidní důchod. Podle jeho slov je s tím smířený a rád si odpočine.

4 Edukační plán

Edukace patří mezi pedagogické dovednosti sestry. Jedná se o záměrnou výchovnou a vzdělávací činnost probíhající ve specifickém prostředí (= edukační proces), která je založená na vztahu sestra a pacient. U pacientů, kteří jsou dokonale informováni o svém onemocnění, lze předpokládat vyšší zájem o vlastní zdravotní stav, větší ochotu ke spolupráci při léčbě, větší spolehlivost při dodržování léčebného režimu (včetně např. termínů návštěv). Tím, že pacienta poučíme, jej zároveň uklidníme a omezíme jeho obavy.

Pan L.H. byl hospitalizován na chirurgické klinice pro onkologické onemocnění, které má velmi nepříznivou prognózu. Průměrné přežití všech pacientů s karcinomem pankreatu se pohybuje kolem 4-6 měsíců, většina nemocných umírá během prvního roku. Dále je zde nezanedbatelná skutečnost, že pan L.H. sice věděl, že je operován pro nádor, ale netušil jak je rozsáhlý, zda je zhoubný, jaká léčba bude následovat a jaká je prognóza. V této oblasti mu chyběly dostatečné informace od ošetřujícího lékaře. Vzhledem k těmto skutečnostem nelze hovořit o edukaci v pravém slova smyslu. Až se nemocný dozví všechny potřebné informace o své nemoci, může být poučen o možnosti chemoterapie a radioterapie (volí se jen u menšího počtu nemocných). Lékař mu doporučí pravidelné sledování v odstavu 3 měsíců (klinické vyšetření, laboratorní vyšetření a ultrasonografie, CT při nejasných nálezech). V případě komplikací bude léčba pouze symptomatická. Pokud to stav nemocného dovolí je vhodné především z psychologického hlediska, aby si nemocný našel nějakou zájmovou činnost nebo i nastoupil zpět do zaměstnání.

Jak již bylo řečeno: „Nejedná se o edukaci v pravém slova smyslu“. Nemocný s touto diagnózou bude v prvé řadě potřebovat **doprovázet** na své nové cestě. Tady je důležitá pomoc, podpora a porozumění všech lidí, kteří s ním v tomto období přijdou do kontaktu: rodiny, přátel, zdravotníků...

5 Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zpracování případové studie ošetrovatelské péče o nemocného L.H., 49 let, který byl hospitalizován na JIP chirurgické kliniky s diagnózou karcinom hlavy pankreatu. Pacient zde podstoupil operační výkon. Svou péči jsem u lůžka nemocného realizovala od 1. do 3. pooperačního dne.

Karcinom pankreatu je zhoubný nádor (často duktální adenokarcinom), který se nejčastěji vyvíjí v oblasti hlavy pankreatu (až 70%). Výskyt karcinomu je stále častější. Dnes představuje již více než 10%. Průměrný věk v době stanovení diagnózy je přibližně 59 let. Prognóza karcinomu pankreatu je velmi nepříznivá. Průměrné přežití je 4-6 měsíců.

V ošetrovatelské části za byly stanoveny aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy k 1 pooperačnímu dni a seřazeny podle aktuálnosti. Metodou první volby pro získávání informací byl rozhovor s pacientem, dále sběr informací z ošetrovatelské dokumentace, pozorování a rozhovor s ošetřujícím zdravotnickým personálem. Byl využit ošetrovatelský model M. Gordonové. Se souhlasem nemocného byly vytyčeny cíle péče (krátkodobé), sestaven plán, popsána realizace plánu a zhodnocení účinnosti jednotlivých ošetrovatelských intervencí. Intervence, které nebylo možné splnit v rámci krátkodobých cílů, byly znovu přehodnoceny a jejich realizace byla navržena v delším časovém horizontu. Jsou tedy zaznamenány v oddíle dlouhodobý ošetrovatelský plán. V psychologické části byl nastíněn momentální psychický stav pana L.H., jeho očekávání, ale také nedostatek informací ohledně diagnózy, prognózy a působení této skutečnosti na stav nemocného. Sociální problematika byla zaměřena na práci, domov a rodinu nemocného. V části věnované edukaci je znovu brán zřetel na nedostatek informací, které nemocný měl o své chorobě, ale i na špatnou prognózu jeho onemocnění. Z toho důvodu nebyl vypracován klasický edukační plán.

Pan L.H. byl v poslední den (3.pooperační den), kdy jsem u něj plnila ošetrovatelskou péči v dobrém fyzickém i psychickém stavu, samozřejmě s ohledem k jeho diagnóze. Další vývoj z ošetrovatelského hlediska pro nynější hospitalizaci se jeví jako příznivý. Postupně by měly být zrušeny všechny invazivní vstupy. Pacient by měl pomalou realimentací dospět opět ke své diabetické dietě (již před příjmem měl v anamnéze diabetes mellitus). Očekává se přeložení nemocného z JIP na standardní chirurgické oddělení a rozvoj soběstačnosti ve všech oblastech.

Dlouhodobý výhled pro karcinom pankreatu není příliš příznivý. Jak již bylo řečeno většina nemocných umírá během prvního roku. Nezapomeňme dopřát pacientovi s onkologickou diagnózou a jeho rodině dostatek informací a hlavně pochopení.

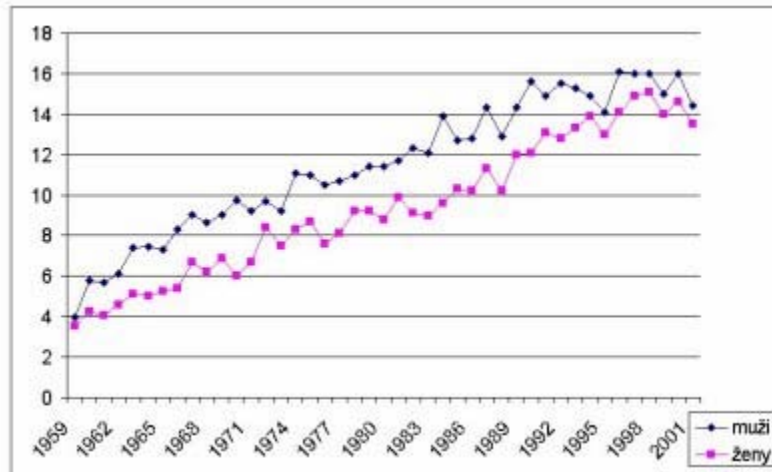
Seznam použitých zkratk

ACE inhibitor	inhibitor angiotenzin konvertujícího enzymu
AV	atrioventrikulární
ca	karcinom
CCK	cholecystokinin
CT	výpočetní tomografie
CŽK	centrální žilní katétr
CVP	centrální žilní tlak
DK	dolní končetina
dlp.	dle potřeby
DF	dechová frekvence
EKG	elektrokardiograf
ENMDS	An European Nursing Minimum Data set
ERCP	endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie
HCl	kyselina chlorovodíková
IM	infarkt myokardu
i.v.	intra venózně
inj.	injekčně
JIP	jednotka intenzivní péče
NGS	nasogastrická sonda

NMR	nukleární magnetická rezonance
obd.	ob den
PMK	permanentní močový katétr
PTCA	perkutánní transluminární koronární angioplastika
s.c.	subkutánně
sol.	solution
SpO ₂	saturace krve kyslíkem
TEN	tromboembolická nemoc
TF	tepová frekvence
TK	krevní tlak
5FU	5-fluorouracil

Seznam použité literatury

- 1) Bartoš V., Pelikánová T. a kol.: Praktická diabetologie, Maxdorf s. r. o., Praha 1996, ISBN 80-85800-31-4
- 2) Beran J., Chaloupková L., Tumpachová N.: Základy lékařské psychologie pro bakalářské studium ve zdravotnictví, nakladatelství Karolinum, Praha 2002, ISBN 80-246-0463-9
- 3) Červinková E.: Ošetrovatelské diagnózy, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, Brno 2001, ISBN 80-7013-303-1
- 4) Doenges M: Kapesní průvodce zdravotní sestry, Grada publishing, Praha 2001, ISBN 80-247-0242-8
- 5) Grim: Základy anatomie (3.díl), Karolinum, Praha 2005, ISBN 80-7184-112-9
- 6) Hoch J., Leffler J. a kol.: Speciální chirurgie (učebnice pro lékařské fakulty), Maxdorf s. r. o., Praha 2001, ISBN 80-85912-44-9
- 7) Konopásek B. et al.: Onkologie pro praktické lékaře, Galén, Praha 2004, ISBN 80-7262-287-0
- 8) Křivohlavý J.: Psychologie nemoci, Grada, Praha 2002, ISBN 80-247-0179-0
- 9) Mastiliaková D.: Úvod do ošetrovatelství (II. díl), nakladatelství Karolinum, Praha 2002, ISBN 80-246-0429-9
- 10) Mastiliaková D.: Úvod do ošetrovatelství (II. díl), nakladatelství Karolinum, Praha 2003, ISBN 80-246-0428-0
- 11) Rokyta R.: Fyziologie pro bakalářská studia v medicíně, přírodovědných a tělovýchovných oborech, ISV nakladatelství, Praha 2000, ISBN 80-85866-45-5
- 12) Zavoral M. et al.: Karcinom pankreatu, Galén, Praha 2005, ISBN 80-7262-348-6
- 13) Zeman M.: Chirurgická propedeutika: Grada Publishing a. s., Praha 2003, ISBN 80-7169-705-2
- 14) Zeman M. et al.: Speciální chirurgie (druhé vydání), Galén, Praha 2004, ISBN 80-7262-260-9
- 15) www.chirweb.cz (texty MUDr. L. Denemark)



Hrubá incidence karcinomu pankreatu v České republice

Ošetrovatelský záznam

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Věk:

Vyznání:

Adresa, telefon:

Osoba, kterou lze kontaktovat:

Oslovení:

Datum přijetí:

Hlavní důvod přijetí:

Datum a kam propuštěn:

Lékařská diagnóza

Jak je nemocná informován o své diagnóze?

Osobní anamnéza

Rodinná anamnéza

Vyšetření

Alergie:	jídlo	ne	ano	pokud ano, které
	léky	ne	ano	pokud ano, které
	jiné	ne	ano	pokud ano, na co

Nemocný má u sebe tyto léky:

Je poučen, že je nemá brát	ano	ne
jak je má brát	ano	ne

Psychický stav

Sociální situace

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává, vnímání zdraví:

Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)?

Co si myslíte, že způsobilo vaší nemoc?

Změnila vaše nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak?

Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane?

Jaké je to pro vás být v nemocnici?

Jak dlouho tu podle vás budete?

Kdo je pro vás nejbližší člověk?

Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaší rodinu?

Může vás někdo z rodiny (,nebo blízká) navštěvovat?

Jak očekáváte, že se vám bude dařit doma po propuštění?

Jaká byla a je úroveň vašeho zdraví?

Co děláte pro udržení svého zdraví?

Měl jste nějaké problémy v minulosti s dodržováním zásad léčby, které vám doporučil lékař?

Specifické základní potřeby

1. Osobní péče

Můžete si doma vše obstarat sám?	ano	ne
Potřebujete pomoc při mytí?	ano	ne
Kdy se obvykle koupete?		
Jak je to s hygienou nyní?		

2. Bezpečí a smyslové funkce

Lokomotorické funkce

Máte potíže s chůzí?	ano	ne
pokud ano, upřesněte		
Měl jste potíže již před přijetím?	ano	ne
pokud ano, upřesněte		

Řekl vám v nemocnici někdo, abyste nechodil? ano ne
pokud ano, upřesněte

Očekáváte problémy s chůzí po propuštění? ano ne
pokud ano, jak je budete zvládat?

Zrak

Máte potíže se zrakem? ano ne
pokud ano, upřesněte

Nosíte brýle? ano ne
na dálku na blízko

Kdy jste byl na poslední oční kontrole?

Sluch

Slyšíte dobře? ano ne

Užíváte naslouchadlo? ano ne

Vnímání a učení

Rozhodujete se snadno? ano ne

Máte pocit nejistoty? ano ne

Máte potíže s učením? ano ne

3. Strava / dutina ústní

Jak vypadá váš chrup? dobrý vadný
Máte zubní protézu? horní dolní žádnou

Dělá vám stav vašeho chrupu problémy při jídle? ano ne
pokud ano, upřesněte

Máte rozbolavělá ústa? ano ne
pokud ano, ruší vás to při jídle?

Kdy byla vaše poslední návštěva na stomatologii?

Myslíte, že máte tělesnou váhu
přiměřenou
vyšší (o kolik?)
nižší (o kolik?)

Změnila se vaše váha v poslední době? ano ne
pokud ano, o kolik kg jste zhubnul/přibral?

BMI

Změnila nemoc vaši chuť k jídlu? ano ne

Co obvykle jíte? Jak se stravujete?

Je něco, co nejíte? ano ne
pokud ano, co a proč?

Máte zvláštní dietu? ano ne
pokud ano, jakou?

Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován? ano ne
pokud ano, upřesněte

Co by mohlo váš problém vyřešit?

Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? ano ne

4. Tekutiny

Změnil jste příjem tekutin, od té doby, co jste onemocněl?

snížil zvýšil nezměnil

Co rád pijete?

Co nepijete rád?

Kolik tekutin denně vypijete? ml

Pijete alkohol?

Máte k dispozici dostatek tekutin? **ano** **ne**

5. Vyprazdňování

Defekace

Máte obvykle normální stolicí zácpu průjem?

Pomáhá vám něco, aby jste se vyprázdnil?

Berete projímadlo? pravidelně často
 příležitostně nikdy

Jak často chodíte na stolicí?

Kdy se obvykle vyprazdňujete?

Máte nyní problémy se stolicí? ano ne

Močení a pocení

Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice? ano ne

pokud ano, upřesněte

jak jste je vládal?

Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice? ano ne

pokud ano, myslíte, že je vládnete?

PMK

Potíte se nadměrně? ano ne

6. Dýchání

Měl jste před onemocněním nějaké potíže s dýcháním? ano ne

pokud ano, upřesněte

jak jste je zvládal?

Máte nyní potíže s dýcháním? ano ne

pokud ano, co by vám pomohlo?

Očekáváte, že budete mít potíže po příchodu domů? ano ne

pokud ano, jak je vládnete?

Kouříte? ano ne

pokud ano, kolik denně?

7. Kůže

Máte obvykle kůži suchou mastnou normální

Pozorujete změny na kůži? ano ne

pokud ano, jaké?

Svědí vás kůže? ano ne

8. Pohodlí, bolest, spánek

Bolest / nepohodlí

Pocítujete bolest nebo něco nepříjemného? ano ne
pokud ano, upřesněte
jak byste ji hodnotil od 1 do 10



na čem je bolest závislá?
co můžeme udělat pro její ústup?
Měl jste nějaké bolesti již před přijetím? ano ne
pokud ano, upřesněte
jak dlouho?
na čem byla bolest závislá?
co jste dělal pro úlevu?
Došlo po naší léčbě k úlevě? úplně částečně ne

Odpočinek / spánek

Máte nějaké potíže se spánkem nebo odpočinkem od té doby, co jste přišel do nemocnice? ano ne

pokud ano, upřesněte

Měl jste obtíže se spánkem doma? ano ne
jak jste je řešil?

Usínáte obvykle těžko? ano ne

Budíte se příliš brzy? ano ne

pokud ano, upřesněte

Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát?

Berete doma léky na spaní? ano ne

Zdřímnete si během dne? Jak dlouho a jak často?

9. Aktivita, cvičení, záliby

Chodíte do zaměstnání? Pokud ano, co děláte?

Máte obtíže pohybovat se v domácnosti? ano ne

Máte doporučeno nějaké cvičení? ano ne

pokud ano, upřesněte

Cvičíte doma? Pokud ano, jaké sporty?

Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici? ano ne

Jak trávíte svůj volný čas?

Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici?

Můžeme udělat něco v jejich uskutečnění?

10. Sexualita

Způsobila vaše nemoc nějaké změny v sexuálním životě? ano ne
pokud ano, jaké?
Očekáváte, že se váš pohlavní život změní po odchodu z nemocnice? ano ne
pokud ano, upřesněte

11. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance

Vyskytla se nějaká větší změna ve vašem životě v posledních 2 letech?
Kdo vám nejvíce pomáhá při řešení problémů?
Prožíváte napětí dlouhodobě? Co vám pomáhá k jeho snížení?
Jak problémy zvládáte?

12. Sebepojetí, sebeúcta

Jak se cítíte?
Jak zvládáte situace? Na koho spoléháte?
Změnil se nějakým způsobem váš tělesný vzhled, Jak případnou změnu vnímáte? Omezí to nějak váš způsob života?
Jak prožíváte současnou situaci?
Existuje něco, co vás uklidňuje? Jaké relaxační techniky používáte?

13. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Bydlíte samostatně / s rodinou?
Jak rodina / přátelé prožívají vaši hospitalizaci?
Je na vás rodina závislá?
Jste spokojen ve svém zaměstnání?
Cítíte se izolován od okolí?

14. Jiné

Máte dostatek informací o vašem léčebném režimu? ano ne
Máte dostatek informací o nemocničním režimu? ano ne
Je něco, co mi chcete sdělit? ano ne
pokud ano, co?

Zjednodušený léčebný algoritmus u tumorů pankreatu

