

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Marta Veberová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Marta Veberová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S KARCINOMEM ŽALUDKU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Šafránková

PLZEŇ 2017

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2017

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Šafránkové za její trpěvilost. Dále děkuji MUDr. Baliharovi a MUDr. Šmídovi za jejich ochotu a odborné konzultace.

Anotace

Příjmení a jméno: Marta Veberová

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem žaludku

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Šafránková

Počet stran – číslované: 73

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 12

Počet příloh: 9

Počet titulů použité literatury: 29

Klíčová slova: karcinom, žaludek, diagnostika, ošetrovatelský proces

Souhrn:

Anotace

Bakalářské práce „Karcinom žaludku“ se v teoretické části snaží čtenáře zorientovat v dané problematice díky sumarizaci potřebných teoretických dat získaných z dostupných literárních zdrojů. Jedná se především o anatomii, fyziologii a patofyziologii žaludku. V praktické části se práce snaží objektivně zhodnotit kvalitu života pacienta s touto diagnózou, vytyčit stěžejní negativní faktory hospitalizovaných pacientů a návrh, jak těmto problémům předcházet nebo se jim vyhnout.

Annotation

Surname and name: Marta Veberová

Department: Department Nursing and Midwifery

Title of thesis: Nursing proces of patient with

Consultant: MGR. Zuzana Šafránková

Number of pages – numbered: 73

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 12

Number of appendices: 9

Number of literature items used: 29

Keywords: cancer, stomach, nursing proces, dignositc

Summary:

Bachelor thesis "Nursing Care of Pacient with Stomach Cancer" tries in its theoretical part to determine orientation for the reader in the given problematics based on the summarization of theoretical data from the availible literary sources. It deals mainly with stomach anatomy, physiology and pathophysiology. The practical part of the thesis tries to objectively assess the quality of life of patients with this diagnosis. It also tries to set the main negative factors of hospitalized patients and suggest how to prevent or avoid these problems.

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ANATOMIE	12
1.1 Hlavní tvar, poloha a části žaludku.....	12
1.2 Stěna žaludku.....	12
1.3 Cévní a nervové zásobení.....	13
2 FYZIOLOGIE.....	14
2.1 Mechanické a chemické funkce žaludku.....	14
2.2 Regulace sekrece a motility žaludku	14
3 PATOFYZIOLOGIE.....	16
3.1 Klasifikace nádorů žaludku	16
3.1.1 Makroskopické rozlišení.....	16
3.1.2 Mikroskopické rozlišení.....	17
3.1.3 TNM klasifikace	17
4 EPIDEMIOLOGIE.....	19
5 ETIOLOGIE	21
5.1 Dědičná dispozice a genetické vlivy.....	21
5.2 Vnější vlivy	21
5.2.1 Helicobacter pylori	21
5.2.2 Potravinové vlivy.....	21
5.2.3 Kouření.....	21
5.2.4 Alkohol.....	22
5.2.5 Obezita	22
5.2.6 Socioekonomický status.....	22
6 KLINICKÝ OBRAZ	23
7 DIAGNOSTIKA	24
8 TERAPIE.....	26
8.1.1 Endoskopická resekce	26
8.1.2 Chirurgická léčba.....	26
8.1.3 Onkologická léčba	27
8.1.4 Cílená léčba	27
8.1.5 Paliativní terapie	27
8.1.6 Symptomatická léčba	28
8.1.7 Psychoterapie.....	28
8.2 Dispenzarizace.....	28

8.3	Psychologie onkologicky nemocných.....	29
8.4	Ošetrovatelský proces	29
8.4.1	Zhodnocení, posuzování	30
8.4.2	Pozorování.....	30
8.4.3	Diagnostika.....	30
8.4.4	Plánování.....	31
8.4.5	Realizace	31
8.5	Model funkčního typu zdraví Marjory Gordon.....	31
8.5.1	12 vzorců zdraví M. Gordon	32
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	33
9	FORMULACE PROBLÉMU	33
10	CÍL PRÁCE:	34
	DÍLČÍ CÍLE:	34
11	METODIKA	36
12	VÝBĚR PŘÍPADU	37
13	PŘÍPADOVÁ STUDIE I.....	38
13.1	Průběh hospitalizace.....	40
13.2	Aplikace modelu Marjory Gordonové	45
13.3	Krátkodobý ošetrovatelský plán.....	49
13.3.1	Ošetrovatelské diagnózy	49
13.4	Dlouhodobý ošetrovatelský plán.....	55
13.5	Edukační plán.....	57
14	PŘÍPADOVÁ STUDIE II.....	58
14.1	Průběh hospitalizace:.....	59
14.2	Aplikace modelu Marjory Gordon	61
14.3	Krátkodobý ošetrovatelský plán.....	64
14.3.1	Ošetrovatelské diagnózy	64
14.4	Dlouhodobý ošetrovatelský plán.....	69
	DISKUZE.....	70
	ZÁVĚR	73
15	CITOVANÁ LITERATURA.....	10
	SEZNAM ZKRATEK.....	12
	SEZNAM GRAFŮ.....	13
	SEZNAM PŘÍLOH.....	14

ÚVOD

Karcinom žaludku patří dlouhodobě a celosvětově mezi nejčastější zhoubné nádory. Rakovina žaludku má sice ve vyspělých zemích klesající incidenci, ale stále je v Evropě čtvrtou nejčastější příčinou smrti mezi onkologickým onemocněním. Asi 50% nemocných podstupuje už jen symptomatickou léčbu a to platí i pro Českou republiku (dále jen ČR). V podmínkách ČR nic nenasvědčuje tomu, že by se karcinom žaludku stal v budoucnu palčivým problémem. Dlouhodobě jsou ale diagnostikováni nemocní v pokročilém stadiu onemocnění, kdy se nabízí již jen paliativní léčba, což činí z karcinomu žaludku velký terapeutický problém. Toto a můj osobní zájem o problematiku onemocnění trávicího ústrojí rozhodlo při výběru tématu práce.

Hlavním cílem bakalářské je objektivně zhodnotit kvalitu života pacienta s karcinomem žaludku a vytyčit stěžejní negativní faktory hospitalizovaných pacientů, které mohou zdravotničtí pracovníci ovlivnit a tím alespoň z části přispět k dosažení maximálního možného komfortu nemocného. Ke splnění cílů práce byly využity dvě případové studie pacientů se zmíněnou diagnózou. První kazuistika rozebírá ošetrovatelský proces u pacienta s časně diagnostikovaným karcinomem žaludku a s dosaženou R0 resekci (resekce žaludku s bezpečným lemlem zdravé tkáně), druhá kazuistika popisuje případ pacienta s již generalizovaným tumorem žaludku. Teoretická část shromažďuje potřebná data z anatomie, fyziologie, patofyziologie, epidemiologie trávicího traktu, nezapomíná na psychosociální složku nemocných. Dále vysvětluje pojem ošetrovatelský proces a model Marjory Gordonové, který je následně aplikován na již zmíněných případových studiích, čímž smysluplně propojuje obě části práce do jednoho celku.

Pracuji na interním oddělení, kde se s tímto onemocněním setkávám zřídka. Připočteme-li k této skutečnosti fakt, že je to pacient s často fatální prognózou, kde se již vyskytují nebo hrozí různé komplikace, je jasné, jak je péče o nemocné s karcinomem žaludku náročná. Ukázka a důkladný rozbor obou kazuistik má tak sloužit jako vodítko pro sestry, které se s karcinomem žaludku ve své praxi běžně nesetkávají.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE

Žaludek, řecky gaster, latinsky ventriculus, je rozšířený úsek trávicí trubice, který slouží jako zásobník přijaté potravy. (1 str. 85)

1.1 Hlavní tvar, poloha a části žaludku

Tvar žaludku je velmi variabilní, záleží na tělesné konstituci, náplni, poloze těla a i na věku. Jsou dva typy tvaru žaludku. Žaludek hákovitý připomíná svým tvarem písmeno J, častěji ho vidáme u žen a ve stoji. Druhý typ je tvar býčího rohu, vyskytuje se u atletických osob a při -poloze vleže nalačno. (2 str. 155)

Na žaludku rozeznáváme fundus gastricus, což je to slepý konec, kde se často hromadí spolykaný vzduch a po jehož pravé straně vstupuje jícen. Toto místo nazýváme kardie (cardia gastrici). Fundus poté přechází do těla žaludku (corpus gastricum). Tělo se dále zužuje v pylorickou část (pars pylorica), kde vrátníkem (pylorus) pokračuje jako tenké střevo (duodenum). Žaludek má přední a zadní stěnu, které se spojují v ohbích malé a velké kurvatury. Od obou zakřivení odstupují předstěry. Mezi malou kurvaturou a hilem jater se napíná malá předstěra (omentum minus). Velká předstěra (omentum majus) odstupuje od velké kurvatury před kličky tenkého střeva a upíná se k příčnému tračníku. (1), str. 83-84)

1.2 Stěna žaludku

Stěnu žaludku tvoří několik vrstev: sliznice, podslizniční vazivo, svalovina a seróza. Sliznice (mucosa) má růžovočervenou barvu, je pokryta cylindrickým epitelem a je složena v řasy (plicae gastricae). Tyto řasy jsou podélné u malého zakřivení, rychle tak tudy protéká tekutina. Sliznice obsahuje žlázy (glandulae gastricae), dále mucinózní buňky, které produkují hlen, buňky hlavní, produkující pepsin a buňky krycí (parietální), tvořící kyselinu chlorovodíkovou. Žaludeční sliznice má i určitou resorpční schopnost, vstřebává se zde alkohol některé léky a soli. Podslizniční vazivo (tela submucosa) je řídké kolagenní vazivo, které dovoluje posun sliznice. Svalovina žaludku má tři vrstvy: zevní podélnou, střední cirkulární a vnitřní šikmou. Střední cirkulární vrstva je nejmohutnější v pyloru, vytváří tak musculus sphincter pylori. Serózní povlak žaludku tvoří pobřišnice. (1 str. 86)

1.3 Cévní a nervové zásobení

Hlavní cévní kmeny probíhají při obou kurvaturách. Tepny žaludku odstupují z ventrálního obvodu aorty jako krátký kmen, který se dále větví ve tři hlavní tepny: a. gastrica sinistra, a. hepatica communis a a. splenica. Žíly jsou uloženy souběžně s tepnami podél kurvatur a ústí do vrátnicové žíly. (2 str. 157) (3 str. 123)

Inervace je zajištěna z bloudivého nervu (nervus vagus) a z hrudních sympatických ganglií. (2 str. 155) Zatímco parasimpatikus stimuluje svalstvo trávicího traktu a činnost žláz k větší aktivitě, sympatikus ji zase tlumí. Činnost hladké svaloviny je podmíněná správnou součinností nervových plexů ve stěnách traktu. Je to plexus myentericus a plexus submucosus. Hladká svalovina zajišťuje také správný tonus, nezbytný pro správné přizpůsobení objemovým změnám. (2 str. 155)

2 FYZIOLOGIE

Žaludek je schopen v poměrně krátké době přijmout i velké množství potravy, které pak po malých částech předává do tenkého střeva. Tím se organismus brání rychlému vzestupu hladin látek v krvi po jídle a naopak jejich poklesu v době mezi jídly. (4 str. 97)

2.1 Mechanické a chemické funkce žaludku

Dalšímu rozmělnění, promíchání potravy a dávkování chymu do duodena napomáhají pohyby žaludku. S prvními sousty se hladká svalovina žaludku relaxuje (adaptivní relaxace), za což zodpovídají mechanoreceptory ve stěně žaludku a peristaltické vlny jícnu, způsobené polykáním. Žaludek dospělého člověka je schopen přijmout 1 až 2 litry rozmělněné potravy. Po skončení příjmu potravy přestávají mechanoreceptory působit a aktivuje se pacemaker žaludeční aktivity. Základní rytmus jsou 3 peristaltické vlny za minutu. Každá peristaltická vlna má za následek uvolnění pylorického svěrače a přesun 5 až 10 mililitrů žaludečního obsahu do duodena. Hybnost žaludečního svalstva přímo ovlivňuje množství potravy a její složení. (5 str. 156)

Vyprazdňování žaludku je tedy řízený děj, kdy pylorická pumpa po částech nechává odcházet natráveninu - chymus tak, aby mohly v duodenu probíhat další významné pochody pro vstřebávání. Zvláštní formou vyprazdňování žaludku je zvracení, vyvinuté jako obranný reflex organismu. Zpětnou peristaltickou aktivitou je za pomoci břišních svalů obsah žaludku vytlačen ústy. Není to ale jen peristaltika žaludku, která zajišťuje vytvoření chymu. Další důležitou složkou je žaludeční šťáva. Tu, jak je popsáno výše, tvoří žlázy sliznice žaludku v množství asi 2 až 3 litry denně. Kyselost žaludeční šťávy způsobuje kyselina chlorovodíková, její význam je rozmanitý. Má antibakteriální účinky, pomáhá resorpci železa a vápníku a vytvářením nízkého pH chrání některé vitaminy před inaktivací. Kyselina chlorovodíková taky aktivuje hlavní preteolytický enzym pepsinogen na pepsin. Pepsiny ovšem nehrají hlavní úlohu při zpracovávání proteinů, hlavní část se zpracuje v duodenu a tenkém střevě. Sliznice je pokryta hlenem, další komponentou žaludeční šťávy, který nemá jen protektivní účinky, ale je také součástí některých mechanismů. (6 str. 152) (4 str. 98)

2.2 Regulace sekrece a motility žaludku

Na produkci žaludeční šťávy se podílí dvě složky, hormonální (humorální) a nervová. Gastrin, hormon který se z velké části podílí na tvorbě žaludeční šťávy, se

uvolňuje v důsledku činnosti parasympatického systému (nervus vagus), ale i díky mechanickým a chemickým vlivům. Zesiluje tonus žaludeční stěny, kontrakce a způsobuje vazodilataci. Sekretin je hormon produkovaný tenkým střevem, má ale vliv i na žaludek, zeslabuje žaludeční motilitu a napomáhá sekreci žaludečních enzymů v žaludeční šťávě. Je ještě celá řada humorálních faktorů, které se podílí na různých funkcích gastrointestinálního traktu. Vazoaktivní intestinální peptid má vazodilatační účinek, somatostatin inhibuje tvorbu gastrinu a zpomaluje zpracování potravy. Motilitu zase naopak zvyšuje motilin. (6 stránky 141-143)

Podle stimulace a časového sledu rozdělujeme 3 fáze hormonálních a nervových regulací trávicího systému. *Cefalická fáze* začíná stimulací smyslových receptorů v mozku (představa jídla) a odtud jsou pak cestou vegetativních nervů a hormonů gastrointestinálního traktu (dále jen GIT) aktivovány hladké svaly nebo žlázy ve stěně GIT. *Gastrická fáze* je iniciována stimulací receptorů v žaludku, mechanoreceptory a chemoreceptory vylučují žaludeční šťávu. Přispívají k tomu i některé složky potravy. *Intestinální fáze* je spouštěna při vstupu chymu do duodena. Receptory reagují na zvýšení acidity a dilataci střevní stěny, to vyvolá další reflexní reakci, která ovlivňuje motilitu. (6 str. 145)

3 PATOFYZIOLOGIE

Karcinom žaludku je nejčastějším zhoubným nádorem žaludeční sliznice, představuje asi 95% malignit v této lokalizaci. Na příčině vzniku tohoto onemocnění se podílí několik faktorů, společným predikčním jmenovatelem bývá zánět. U některých pacientů vlivem chronických zánětlivých změn dojde k atrofii sliznice žaludku. Chronická atrofická gastritida se hodnotí jako prekancerózní stav. (7 str. 21; 8 str. 38)

3.1 Klasifikace nádorů žaludku

Pro zhodnocení typu nádoru, pokročilosti onemocnění a porovnání nemocných byly vyvinuty různé klasifikace.

3.1.1 Makroskopické rozlišení

Makroskopicky rozlišujeme podle Bormanna tyto typy:

- Typ I: polypózní forma.
- Typ II: ulcerující forma – nejčastější forma.
- Typ III: povrchově- exulcerovaná forma.
- Typ IV: difúzně infiltrující – nádor infiltruje celý žaludek. (7)

Makroskopické rozlišení nádoru nemá vliv na prognózu nebo způsob léčby. O prognóze rozhoduje především hloubka postižení, japonská lékaři zavedli pojem časný a pokročilý karcinom. (8 str. 88)

- *Časný karcinom* (early cancer) do této skupiny se řadí malignity, které nepronikají do svaloviny. Zasahují tedy mukózu nebo submukózu. V endoskopických popisech najdeme spíše označení povrchový (superficial). U časného karcinomu mohou být přítomny i metastázy v lymfatických cévách, zasahují totiž až do žaludeční sliznice. To sice nevylučuje přítomnost metastáz v lymfatických uzlinách, pravděpodobnost je ale malá. Stejně tak plošné šíření tumoru nerozhoduje při jeho klasifikaci.
- *Pokročilý karcinom* je charakterizován invazí tumoru do svaloviny, serózy popřípadě do okolí. Diagnostika včasného nebo pokročilého karcinomu je možná pouze histologickým vyšetřením preparátu. (7 str. 39)

3.1.2 Mikroskopické rozlišení

Posuzujeme nejčastěji podle Laurénovi klasifikace, ta rozděluje tři typy karcinomu žaludku.

- *Intestinální typ* je lépe diferencovaný, o něco častější než difúzní typ a prognosticky příznivější. Velmi často mu předchází chronická atrofická gastritida, proto je spojen s výskytem ve vyšším věku. Je také typičtější pro muže.
- *Difúzní typ* karcinomu má závažnější prognózu, vyvíjí se z tzv. “naivní sliznice“ (bez předchozí chronické gastritidy) a je tedy běžnější u mladších věkových skupin. (9 str. 264), (8 str. 88)
- *Směšený typ* karcinomu žaludku představuje asi 20% případů. U tohoto typu obsahuje nádorová tkáň oba typy buněk. (7 stránky 33,34)

3.1.3 TNM klasifikace

TNM klasifikace je průběžně aktualizovaný systém pro zhodnocení většiny nádorů a je stěžejní pro další rozhodování o léčbě.

- „**T**“ určuje hloubku penetrace tumoru.
 - *Tis* nepřesahuje lamina propria.
 - *T1* zasahuje lamina propria mucosae nebo submukózu.
 - *T2* zasahuje lamina muscularis propria,
 - *T3* penetruje subserózní vazivu.
 - *T4* infiltruje viscerální peritoneum nebo okolní struktury.
- „**N**“ určuje postižení regionálních lymfatických uzlin.
 - *N0* nejsou-li postižené žádné uzliny.
 - *N1* přítomné metastáze do 1 - 2 regionálních uzlin.
 - *N2* metastáze postihující 3 - 6 uzlin.
 - *N3* metastáze ve více než 7 uzlin.
- „**M**“ znamená přítomnost vzdálených metastáz.

- *MO* nejsou-li postiženy vzdálené orgány.
- *MI* přítomnost vzdálených metastáz (8 str. 53) (7 str. 45)

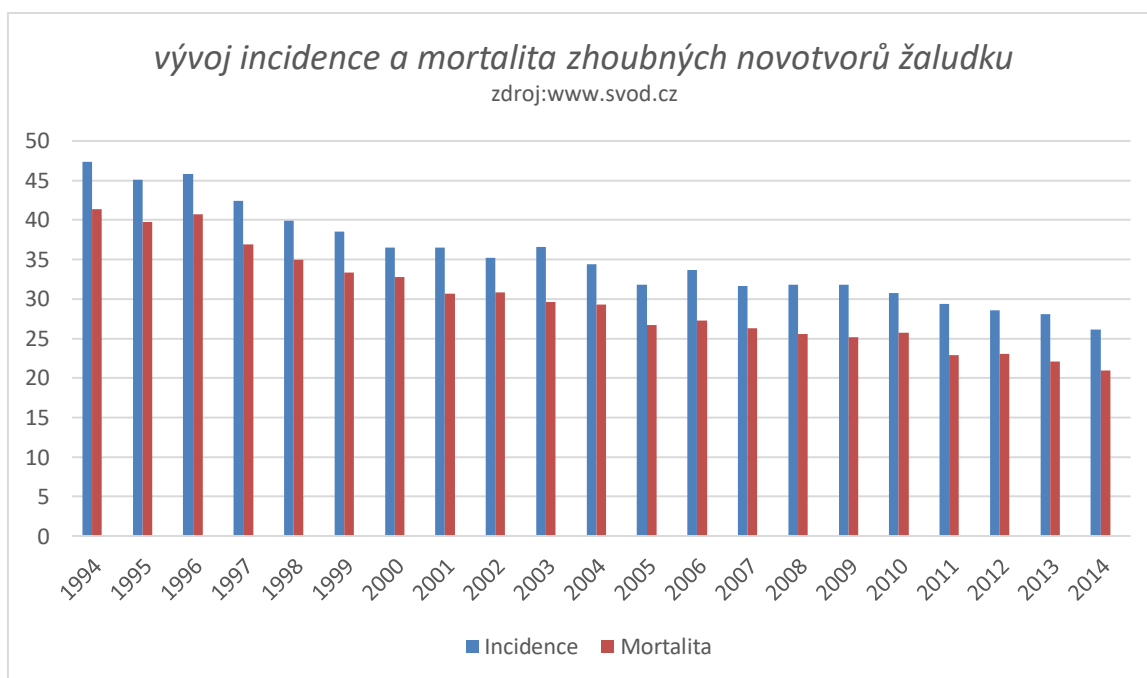
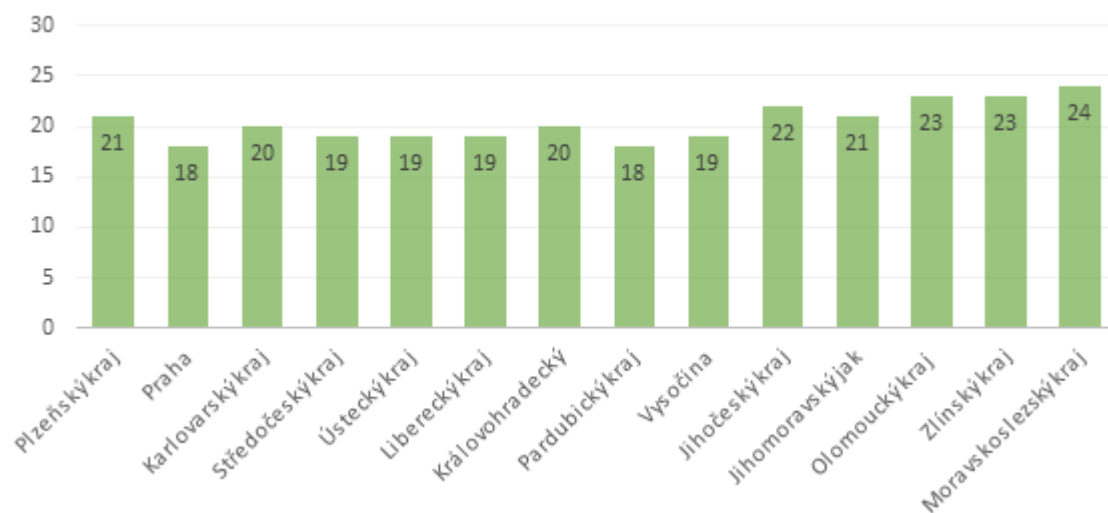
4 EPIDEMIOLOGIE

Karcinom žaludku je čtvrtým nejčastějším zhoubným onemocněním. V incidenci karcinomu žaludku vede celosvětově Japonsko, které se navíc díky screeningovému programu vyznačuje nejvyšším zachytem časného karcinomu žaludku. (8 str. 8) Přes 60% nově diagnostikovaných je z rozvojových zemí, zejména z oblastí východní Asie, jižní Ameriky a východní Evropy. Výskyt karcinomu žaludku je také značně ovlivněn pohlavím a věkem. Muži jsou tímto onemocněním postiženi až dvakrát častěji než ženy. Je vidět i jasný nárůst incidence s pokročilostí věku, medián věku nemocných, kteří přicházejí s prvními příznaky, se pohybuje okolo 70 let. U mladých lidí jsou tyto nádory vzácné, převládají ale bohužel agresivní, difuzní typy s vážnou prognózou. Paradoxně u mladších věkových skupin bývají častěji postižené ženy.

V České republice je v období 1977 – 2011 nejvyšší výskyt v Moravskoslezském kraji. Zajímavý je nárůst incidence karcinomu žaludku v Karlovarském kraji, která koreluje s vysokým počtem imigrantů z Asie a východní Evropy. V následujících desetiletích lze tedy čekat pokles výskytu karcinomu žaludku. Můžeme tak předpovídat na základě studie migrantů Japonska do USA, kdy první generace byla zasažena stejně jako jejich vrstevníci v Japonsku, zatímco v druhé generaci je patrný výrazný pokles v incidenci tohoto onemocnění. (10), (8 str. 8), (7 stránky 25,29)

Graf č1: Incidence zhoubného nádoru žaludku v krajích za období roku 1977- 2014 (počet případů na 100 000 osob)

zdroj: www.svod.cz



5 ETIOLOGIE

Pro určení etiologických faktorů je nezbytné rozlišit typ nádoru. Je celá řada teorií, které se zabývají přeměnou normálního epitelu v karcinom. Zdá se ale, že společným rysem je zánět spojený s infekcí *Helicobacter pylori*. Nádory postihující kardii, tedy proximální, mají často v předchozí anamnéze gastroesofageální reflux. (10)

5.1 Dědičná dispozice a genetické vlivy

Příbuzní pacienta s karcinomem, kteří jsou v přímé linii, mají 2 – 3 krát vyšší relativní riziko. Familiární polypóza, pozitivní rodinná anamnéza, mutace některých onkogenů jsou predisponujícími nezávislými faktory pro vznik choroby. Také u nositelů krevní skupiny A je zaznamenán vyšší výskyt tohoto onemocnění až o 20%. (8 str. 34)

5.2 Vnější vlivy

Vnější vliv prostředí má zásadní vliv na rozvoj onemocnění v časném dětství, dokazuje to výše zmíněná studie migrantů. Dalšími vlivy vnějšího prostředí je bakterie *Helicobacter pylori*, potravinové vlivy, kouření, alkohol, obezita a socioekonomický status.

5.2.1 *Helicobacter pylori*

Jedná se o gramnegativní aerofilní bakterie. V roce 1994 byla definitivně zařazena mezi karcinogeny první třídy. Osídlení sliznice žaludku *Helicobacterem pylori* ovšem automaticky neznamená vznik karcinomu, dalšími důležitými faktory jsou virulence mikrobu a doba trvání infekce. Chronický zánět změní histologickou povahu sliznice, které může vést až ke vzniku karcinomu.

5.2.2 Potravinové vlivy

Velký příjem soli a konzervovaných výrobků, dále pak nitráty a nitrosaminy, které vznikají při pečení nebo uzení masa, to vše způsobuje atrofii sliznice. Naopak vysoký příjem čerstvé zeleniny nebo ovoce snižují riziko tohoto onemocnění o 30 – 50%. Pomáhá rovněž dostatečný příjem vlákniny (10 gramů denně), která má v kyselém prostředí schopnost navázat nitrosaminy a snížit tím jejich škodlivý kontakt se sliznicí. Svojí roli hraje i rozšíření ledniček a tím snížení bakteriální a mykotické kontaminace.

5.2.3 Kouření

Je jasným, dobře ovlivnitelným rizikovým faktorem. Vystavení žaludeční sliznice karcinogenním látkám, které se do žaludku dostanou rozpuštěné ve slinách, zvyšuje aktivním kuřákům riziko asi dvojnásobně.

5.2.4 Alkohol

Jako rizikový faktor alkohol někteří autoři nepotvrzují. Opakované dráždění žaludeční sliznice destilátem, má ale vliv na vznik akutní a chronické gastritidy, která už je prekancerózním stavem.

5.2.5 Obezita

Patří mezi další ovlivnitelné faktory. Mechanismus vlivu obezity na vznik nádorového onemocnění žaludku je složitý děj, který vzniká na podkladě abnormálního metabolismu tuků.

5.2.6 Socioekonomický status

Nízká životní úroveň úzce souvisí se způsobem stravování a zhoršenými hygienickými podmínkami, tedy i kontaminací potravy. Některé průzkumy ukázaly, že nízký socioekonomický status je nezávislým rizikovým faktorem. (10) (8 stránky 36,37) (7 stránky 49,50)

6 KLINICKÝ OBRAZ

Většina nemocných má v raném stadiu velmi nespecifické potíže nebo dokonce nemají žádné. Pacienti často udávají neurčité zažívací potíže, tlak v epigastriu, říhání, pocit plnosti a dyspepsie, tzv. soubor malých příznaků. Někteří pacienti vyjadřují odpor k masu, dnes už to ale není tak časté. Doba takových obtíží bývá relativně krátká asi 3-6 měsíců. U pokročilých forem onemocnění se pak přidává anemie, hmotnostní úbytek nebo anorexie a bolest v epigastriu. Nádory proximální části žaludku provází dysfagie, tlak za dolní částí hrudní kosti a pocit váznutí sousta. Regurgitace natrávené stravy nebo objemné zvracení je zase příznak pro postižení až obstrukci distální části žaludku. Prvním příznakem může být až krvácení do zažívacího traktu, hemateméza nebo meléna se objevuje u pokročilého nádoru. (8 str. 42)

7 DIAGNOSTIKA

Při odebrání anamnézy se lékař soustředí na změnu povahy dyspeptických potíží a nově vzniklé potíže a tzv. alarmující symptomy, patří sem zvracení, ztráta hmotnosti nebo krvácení do zažívacího traktu. Pozornost je také nutné věnovat výskytu onemocnění v rodině nebo jiných možných prekanceróz, např. polypózy žaludku, chronická gastritida, předchozí operace žaludku. Klinické vyšetření je, zvláště v časných stádiích onemocnění, často bez nálezu. Naopak hmatná rezistence je téměř vždy známkou pokročilého onemocnění. Pro potvrzení karcinomu žaludku neexistuje specifický nádorový marker, laboratorní vyšetření má význam při posuzování celkového stavu nemocného. Z onkomarkerů se nejčastěji sleduje karcino-embryonální antigen CEA a sacharidový antigen 19-9 (CA 19-9). Význam má sledování trendů hladin před a po operaci než jeden samostatný odběr. Je třeba pamatovat, že normální hladina markerů maligní onemocnění nevyklučuje. (8 stránky 43,44) Suverénní diagnostickou metodou v případě podezření na maligní onemocnění žaludku je esofagogastroduodenoskopie (dále jen EGDS). Gastroskopie má svůj nezastupitelný význam i v diagnostice a léčbě prekancerózních stavů. Vyšetření dává možnost shlédnout všechny suspektní léze a odebrat z nich biotické vzorky. Pro histologické vyšetření je potřeba minimálně 6 – 8 vzorků odebraných ze spodiny a okrajů léze. Stejně jako v případě onkomarkerů negativní výsledek vzorku nevyklučuje nádorové onemocnění, při trvajících klinických potížích je nutné provést hlubší odběr tkáně. Nebývá výjimkou, že u mnoha pacientů je diagnóza karcinomu žaludku potvrzena až z histologického vzorku resekovaného žaludku. (8 str. 45) Další možností jak lépe identifikovat drobné léze žaludeční sliznice je spojení klasické endoskopie s použitím barevných filtrů tzv. Narrow Band Imaging. Barevný filtr umístěný na zdroji endoskopického světla mění hloubku penetrace světla, čímž zvýrazní kontrast mezi povrchem epitelu a kapilární sítí. Zánětlivé onemocnění nebo metaplastické změny jsou spojené se zvýšeným kapilárním prokrvením. (10) Endoskopická ultrasonografie nabízí nejlepší zhodnocení stěny žaludku, je základním stagingovým vyšetřením, může se vyjádřit i k blízkým lymfatickým uzlinám. Její nevýhodou je omezená dostupnost v ČR. Příprava pacienta před EGDS má stejné zásady jako před jiným invazivním vyšetřením: informovaný souhlas, kontrola lačnění, vyjmutí zubní protézy těsně před výkonem, aj.. Sestra pomůže pacientovi zaujmout polohu na levém boku s podloženou hlavou a mírně

pokrčenými koleny a vysvětlí nutnost ústního kroužku. Je dobré pacientovi doporučit pomalé a hluboké dýchání těsně po zvedení fibroskopu, pomůže to překonání pocitu nucení na zvracení. V případě podání analgosedace zajistí převoz na dospávací pokoj. (11 str. 75) Po provedení gastrokopie a při pozitivním histologickém nálezu by měli navazovat další zobrazovací metody pro ucelení obrazu pokročilosti onemocnění. Standardním stagingovým vyšetřením je výpočetní tomografie. Pozitronová emisní tomografie (dále jen PET/CT) dobře prokáže vzdálené metastázy. Nevýhodou je vysoká radiační zátěž a případná alergická reakce na jodovou kontrastní látku, v případě PET CT je to ještě špatná dostupnost a cena vyšetření. Obdobnou variantou je nukleární magnetická rezonance (dále jen NMR), při které odpadá radiační zatížení. (8 stránky 63-65)

8 TERAPIE

Kvůli nesnadné diagnostice karcinomu v časných stádiích a silně omezeným možnostem léčby zůstává karcinom žaludku velkým terapeutickým problémem. Jedinou metodou s kurativním potenciálem je radikální operace, ale i tak lze u většiny pacientů očekávat relaps tohoto onemocnění. (12)

8.1.1 Endoskopická resekce

Kritéria pro endoskopickou resekci splní jen malá část pacientů. V roce 2012 bylo 172 nemocných diagnostikováno jako T1 a z nich pouze část by se dala indikovat k endoskopickému řešení. Lze říci, že pokud jde o dobře diferencovaný karcinom do 2cm, postihující pouze sliznici a bez přítomnosti vaskulární invaze je riziko metastatického postižení regionálních mízních uzlin velmi nízké. V Evropě je takové řešení spíše výjimkou. (13)

8.1.2 Chirurgická léčba

Hlavním cílem je dosažení R0 resekce, tedy kompletní odstranění nádoru. (8 str. 88) Při plánování operace rozhoduje chirurg o typu resekce, rozsahu lymfadenektomie a způsobu rekonstrukce trávicího traktu. (14) V případě, že je nutné resekovat celý žaludek, hovoříme o totální gastrektomii. Rozsah resekce určuje histologický typ a lokalizace karcinomu žaludku. Difuzní nádory žaludku mají schopnost propagovat daleko od makroskopické léze, proto je totální gastrektomie často nejlepším řešením. (13) Podle možností lze u tohoto nádoru provést i peroperační záření. Výsledky sice ještě nejsou plně ověřené, ale prodloužení operačního výkonu je nevýznamné, stejně tak i zátěž organismu..V řadě případů snižuje i riziko lokální recidivy. Chirurg tak ale nemocného vystavuje riziku o ozáření tenkých kliček, z tohoto důvodu se od peroperačního záření v Plzni ustoupilo. (12) Jestliže stačí pro odstranění nádoru resekovat větší část žaludku (aborální 4/5 žaludku), jde o subtotální gastrektomii. Subtotální resekce je spojena s nižší morbiditou, zejména pro starší pacienty znamená menší zátěž. (8 str. 95) (14) Součástí operace je i resekce velké předstěry (omentektomie) a spádových lymfatických uzlin (lymfadenektomie). (12) Dalším důležitým krokem je rekonstrukce trávicího traktu. U subtotální resekce můžeme použít pahýl žaludku. Po totální gastrektomii pak připadá v úvahu rekonstrukce I. typu, kdy je zachována pasáž duodenem nebo naopak rekonstrukce II, typu, vylučující duodenum z pasáže. (8 str. 96) Nejčastěji je prováděna rekonstrukce Y-

ROUX, tedy na exkludovanou kličku jejunu. Další možností je ušití rezervoáru (pouche), tato metoda ale není široce rozšířena. (12)

Předoperační příprava pacientů indikovaných k výkonům na žaludku je v zásadě stejná jako u jiných onkochirurgických operací trávicího traktu. Specifická je korekcí výživových parametrů, tzn. zavedením centrálního žilního katétru nebo nasogastrické sondy k zahájení parenterální či enterální výživy. U těžce malnutričních pacientů je s výhodou trvá-li příprava aspoň 10-12 dní, vždy je ale třeba zvážit odklad operace. Dalšími ošetrovatelskými intervencemi je kontrola bolesti, sledování žaludečního obsahu nebo aplikaci transfuze. (11 str. 228) (8 str. 89)

8.1.3 Onkologická léčba

Onkologickou léčbu můžeme rozdělit na neoadjuvatní, adjuvantní, perioperační a paliativní. Cílem neoadjuvatní terapie je zmenšit nádorovou masu a tím dosáhnout její operability. Nově se podává chemoterapie perioperačně, tedy 3 cykly před a 3 cykly po operaci. Tento postup se opírá o výsledky několika studií, které prokázaly zlepšení přežití u těchto pacientů. Má ale svoje odpůrce, zejména v Japonsku. Adjuvantní chemoterapie následuje po chirurgickém výkonu u pokročilých tumorů. Nejčastěji používaná cytostatika jsou epirubicin, cisplatina, fluorouracil, leukovorin nebo kapecitabin. (13) (12)

8.1.4 Cílená léčba

Zatímco cytostatika dokáží zastavit dělení nádorových buněk, ale i buněk, pro které je rychlé dělení specifické (krvetvorba), cílená léčiva se snaží blokovat pouze nádorové buňky. (15) Bohužel se tento nový trend v terapii karcinomu žaludku zatím neosvědčil. (12)

8.1.5 Paliativní terapie

Většina pacientů přichází ve stadiu, kdy radikální léčba již není možná, proto paliativní péče u karcinomu žaludku zůstává bohužel významnou kapitolou. Cílem této terapie je zlepšení kvality života a zmírnění symptomů onemocnění. Paliativní resekční výkony jsou indikovány pro řešení komplikací, v první řadě obstrukce žaludku nádorem, krvácení z nádoru a vzácně i perforace. Platí, že paliativní výkony mají být pro pacienty co nejméně zatěžující. Lymfadenektomie ani dodržení bezpečného rozsahu resekce nejsou tedy indikované. (13) Není-li možné chirurgické řešení, přichází v úvahu endoskopické nebo radiologické zavedení stentu. Další variantou jsou destrukční metody (laser).

Výhodnější bývá zavedení stentu v oblasti jícnu, kvůli lepší fixaci. (16) Jsou případy, kdy selžou i tyto metody. U takových pacientů zajišťuje výživu perkutánní endoskopická gastrostomie (dále jen PEG) nebo perkutánní endoskopická jejunostomie (dále jen PEJ). Nemocní PEG/PEJ lépe snášejí a to i společensky, odpadají i některé komplikace (dekubity, aspirace). (14)

Přínos adjuvantní samostatné radioterapie se neprokázal, léčba ozářením má tedy spíše omezený význam. Pozitivní účinky má ale bezesporu při kontrole symptomů pokročilého maligního onemocnění, stavy spojené s krvácením do GIT nebo s bolestmi. Radioterapie je často provázena nauzeou a zvracením, proto je dobré metodu provádět ráno a na lačno, popřípadě pacientovi podat antiemetika. (12)

8.1.6 Symptomatická léčba

V terminálním stádiu nemoci zbývá nabídnout jen léčbu symptomatickou, důležitá je účast algeziologa, radiologa a klinického psychologa. Léčba bolesti je nezbytnou součástí terapie. U pacientů s onkologickou bolestí volíme silné opiáty jako první. V pozdější fázi onemocnění nejsou neobvyklé dávky, jež několikanásobně převyšují bezpečné dávky opiátů pro zdravého pacienta. Cílem je dosáhnout co možná největšího komfortu pacienta. (7 str. 84)

8.1.7 Psychoterapie

Psychoterapie je další podstatnou složkou komplexní péče. Vždy je s výhodou, má-li pacient za sebou rodinu, kterou můžeme také zapojit. Na tento nesnadný úkol by neměla být rodina sama, je dobré využít odborné pomoci klinického psychologa. (7 str. 85)

8.2 Dispenzarizace

Pro dispenzární péči po radikální léčbě karcinomu žaludku se doporučuje kontrola jednou za 3 - 6 měsíců, ta zahrnuje odběr onkomarkerů a klinické vyšetření. Každých 6 měsíců by měla být provedena gastroscopie a CT vyšetření. Po třech letech se interval kontrol prodlužuje až na 12 měsíců. (10) Rovněž platí, že agresivní charakter většiny nádorů žaludku spolu s neuspokojivým dlouhodobým přežíváním i u radikálně operovaných pacientů vede k tomu, že grafická vyšetření sonografií a CT by měla být prováděna po pečlivém uvážení jejich přínosu. (16) Po resekčních výkonech je třeba myslet na poruchu vstřebávání vitamínu B12, která se projeví teprve po roce až dvou

letech. Doporučuje se substituce vitamínu aplikací 1000 mikrogramů každé tři měsíce. U pacientů po resekci je také nutné sledovat, nedochází-li k deficitu výživy. (13)

8.3 Psychologie onkologicky nemocných

Každé onkologické onemocnění doslova převrátí život pacienta i jeho rodiny. Přítomnosti takové nemoci výrazně změní pacientovo priority, sociální status, negativně ovlivní psychiku. Z toho všeho vyplývá, že takoví pacienti jsou specifictí řadou potíží, které přináší sama nemoc, její náročná léčba a strach z budoucna. Sestra svým citlivým přístupem a správně vedenou edukací může pomoci k překonání této těžké životní situace.

Americká lékařka Elisabeth Kubler-Ross v roce 1992 popsala na základě rozhovorů s pacienty umírajících na rakovinu fáze procesu umírání. Jedná se o 5 fází, kdy si nemocní projdou prvotním šokem spojeným s popíráním dané skutečnosti. Následuje zloba a zášť, často se ptají, „*proč ne někdo jiný*“? Další fází je smlouvání, vyjednávání. Součástí celého procesu je smutek, deprese, truchlení nad tím, co skončí, často potom přichází samotné smíření se se smrtí. Pořadí jednotlivých fází může být u každého nemocného odlišné, stejně tak i jejich doba, po kterou je prožívají. (17) (18 stránky 272,273)

Onkologický pacient si často drží iracionální naději, je důležité mu jí nebrat, nijak nevymlouvat. Nikdo by neměl zemřít dříve psychicky. Psychologický přístup znamená přehlédnout rozdíly mezi tím, jak se díváme na situaci my, zdravotníci a jak ji vidí nemocný. (17)

8.4 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces znamená sled plánovaných činností cílený na individuální potřeby ošetrovaného, řeší jeho problémy a předchází jim. *Z teoretického hlediska jde o systémovou teorii aplikovanou na postup a z praktického hlediska je to systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče, jejímž cílem je změna zdravotního stavu pacienta.* (19 str. 16) Je-li to možné, snažíme se aktivně zapojit pacienta. Nemocný, který se podílí na těchto aktivitách, si tak rozšiřuje znalosti o svém zdraví, rozvíjí zručnost při ošetrování sama sebe, což ho činí zodpovědnějším za dosažení cíle.

Využití ošetrovatelského procesu umožní sestře samostatné rozhodování pro nejvhodnější postup při plánování péče, může tak lépe zhodnotit, jakého pokroku s její pomocí pacient dosáhl. Tyto ošetrovatelské činnosti doplňují ostatní profese, tím že se soustředí na nemocného jako celek, ne pouze na jeho lékařské diagnózy. Moderní ošetrovatelský přístup tedy znamená detekci negativních reakcí klienta na nemoc, léčebný režim a umožňuje včasné intervence. Stává se tak účinnou prevencí odosobnění klienta. Má-li mít ošetrovatelský proces smysl, musí péče plynule navazovat. To klade důraz na řádně vedenou dokumentaci, která je dostupná všem jedincům, podílejících se na péči o nemocného. V České republice se zavedl pětifázový proces, jehož jednotlivé fáze jsou popsány níže. Americká literatura popisuje čtyři fáze, spojuje první dvě fáze v jednu. (19 str. 16) (20 str. 35)

8.4.1 Zhodnocení, posuzování

V této fázi sestra sbírá informace o pacientovi, soustředí se na rizikové faktory, hledá možné patologické procesy, ale i jeho silné stránky. Získávání informací se vlastně prolíná všemi fázemi, verifikujeme si tak správnost nastaveného plánu, slouží k vyhodnocení výsledků ošetrovatelských postupů. Aby byla data co nejvíce komplexní, je dobré se s pacientem seznámit ještě před vlastním setkáním (ošetřující lékař, chorobopis). Rozhovor s pacientem je plánovaný (důvěrné prostředí, pohodlná poloha), vedený za určitým cílem (identifikace problému, poučení, poskytnutí podpory). (19 str. 39)

8.4.2 Pozorování

Další hlavní metodou je pozorování, sestra si při něm počíná taktně a nenápadně. Pacient se tak bude cítit uvolněný. Zároveň tak ale činí při každé jeho činnosti. V sesterské práci se nejvíce zaměřujeme na stav vědomí, smyslové poruchy, objektivní příznaky, reakce nemocného na léčbu.

8.4.3 Diagnostika

Na základě analýzy získaných informací sestra určí existující problémy a možné rizika, tím vytvoří základ plánu péče. Každý jedinec reaguje na nemoc, léčbu nebo jiné problémy odlišně. Cílem této fáze je rozpoznat a sjednotit tyto reakce. Reakce jedince na nemoc může být zdrojem různých problémů, tyto problémy mohou negativně ovlivnit uspokojování potřeb nemocného. Úkolem sestry je v rámci diagnostiky identifikovat potřeby pacienta, určit pořadí jejich důležitosti a aktualizovat je v průběhu nemoci. Stanovení ošetrovatelské diagnózy je výrazně ovlivněno i tím, jak svou situaci vnímá sám pacient. Sestra by měla mít stále na paměti, že jen správně stanovená diagnóza soustředí

péči a pozornost tam, kde je problém a tím zajišťuje efektivní uspokojování potřeb každého nemocného. (19 str. 64) (20 stránky 58,61)

8.4.4 Plánování

Plánování je další etapou procesu, ve kterém sestra určí ošetrovatelské intervence s cílem zabránit, redukovat nebo eliminovat problémy zjištěné během diagnostické fáze. Důležitou součástí je vytyčení priorit, to určuje pořadí, v jakém se budou pacientovi problémy řešit. Nejčastěji používanou metodou je Maslowova hierarchie potřeb (viz. Obrázek/tabulka č.). Dalším krokem je pak stanovení očekávaných výsledků. Stanovením cílů měříme efektivitu realizace plánu, určujeme ošetrovatelské intervence. Očekávané výsledky hodnotíme podle somatických či psychických změn. Plán ošetrovatelské péče musí být sestaven tak, aby nám dal odpověď na následující otázky:

- Jaké problémy je potřeba vyřešit, zmírnit popř. jim předejít do propuštění pacienta?
- Jaké očekáváme výsledky?
- Jaké ošetrovatelské intervence povedou k odstranění či předejití problému?

8.4.5 Realizace

Zůstane-li pouze u dokumentace problému, nepocítí nemocný žádnou změnu. Realizace ošetrovatelského procesu představuje jeho praktické naplnění, tato fáze je sestřám nejbližší. Nový způsob realizace ošetrovatelského plánu je od tradičního odlišný tím, že nyní musí sestra přemýšlet, co a proč dělá, zatímco dříve plnila uložené úkoly. Dalším rozdílem je, že nemocný a jeho rodina už nejsou jen pasivními příjemci péče. Sestra edukací rozvíjí znalosti a zručnost pacienta i jeho okolí, čímž zajistí, že po propuštění nebude narušena kontinuita péče o něj. Ošetrovatelská diagnóza je klinickým posouzením lidské reakce na zdravotní stav/procesy nebo náchylnost jedince, rodiny, skupiny nebo komunity k takové reakci. (18 str. 22) Sestry stanovují diagnózy při zdravotních potížích, u rizikových stavů. Je důležité mít na paměti, že rizikové diagnózy jsou stejně důležité jako diagnózy zaměřené na problém, mnohdy mají dokonce vyšší prioritu. (21 str. 23)

8.5 Model funkčního typu zdraví Marjory Gordon

Marjory Gordon pojmenovala v roce 1974 jedenáct okruhů vzorců chování, na základě toho pak za přispění federální vlády USA vznikl koncepční model fungujícího zdraví. Zdraví každého jedince je vyjádřením bio-psycho-sociální interakce. Dojde-li k

narušení jedné z těchto oblastí, hovoříme o dysfunkci. Model Gordonové vychází ze vzájemného působení osoba – prostředí. Konstrukci modelu tvoří 12 oblastí (vzorců), každá tato oblast/vzorec ukazuje na určitou část zdraví ať už funkční či naopak.

8.5.1 12 vzorců zdraví M. Gordon

1. Vnímání zdraví – popisuje vnímání zdraví jedincem a způsoby jak jej udržuje.
2. Výživa – metabolismus způsob přijímání potravy a tekutin ve spojitosti s metabolickou potřebou organismu.
3. Vylučování – funkce střev, močového měchýře a kůže.
4. Aktivita – cvičení nebo jiné aktivity, které pomáhají udržet tělesnou kondici, obsahuje aktivity denního života.
5. Spánek – odpočinek popisuje způsoby relaxace, zvyklosti při spaní.
6. Citlivost – poznávání obsahuje kognitivní schopnosti jedince (orientace, paměť) a smyslové vnímání, včetně bolesti.
7. Sebepojetí – sebeúcta jak dotyčný vnímá sám sebe
8. Role – vztahy zabývá se plněním životních rolí, interpersonálními vztahy nemocného.
9. Reprodukce – sexualita spokojenost, změny v sexuálním a reprodukčním životě.
10. Stres, zátěžové situace – zvládání, tolerance vyjadřuje, jak jedinec reaguje na stresové situace,
11. Víra- životní hodnoty popisuje vnímání životních cílů.
12. Jiné. (22 str. 93)

PRAKTICKÁ ČÁST

9 FORMULACE PROBLÉMU

Karcinom žaludku je progresivní maligní onemocnění, jehož prognóza je nejvíce ovlivněna pokročilostí onemocnění. Ve svém počátečním stádiu nijak neovlivňuje kvalitu života pacienta. Změny a zdravotní potíže, které přicházejí s prvními příznaky tohoto onemocnění, mění pacientův život zásadně.

Soustředila jsem se na hlavní ošetřovatelské diagnózy, identifikuji tak dominující somatické, psychické potíže a rizika.

V ČR neexistuje screeningový program pro malignity žaludku. Nejvíce ohroženi jsou pacienti trpící vředovou chorobou, chronickou atrofickou gastritidou. Včasnost diagnostiky je rozhodující determinant v prognóze pacienta. (13)

10 CÍL PRÁCE:

Hlavním cílem práce je objektivně zhodnotit kvalitu života pacienta s karcinomem žaludku a vytyčit stěžejní negativní faktory hospitalizovaných pacientů, které mohou jako zdravotnický pracovník ovlivnit a tím alespoň z části přispět k dosažení maximálního možného komfortu nemocného.

Dílčí cíle:

- vypracovat kazuistiku pacienta s recentně zjištěným karcinomem žaludku,
- vypracovat kazuistiku pacienta v paliativní péči,
- zjistit a dokumentovat potřeby a prožívání nemocného v průběhu hospitalizace,
- navrhnout edukační leták pro cílovou skupinu.

11 METODIKA

Ve své práci jsem se rozhodla využít kvalitativního výzkumu. Mám za to, že k dosažení cílů ve své práci je tato technika nejsmysluplnější. Data o nemocných jsem získávala vlastním pozorováním nemocných, rozhovory s nimi. Informace mi také poskytovali ošetřující sestry a lékaři. Měla jsem možnost nahlížet do dokumentace.

12 VÝBĚR PŘÍPADU

Hlavním kritériem pro výběr kazuistik byl diagnostikovaný karcinom žaludku. Protože velká většina nemocných je podrobena už jen paliativní terapii, byla zadržena léčba dalším kritériem. Pro druhou případovou studii jsem hledala pacienta s časným karcinomem žaludku.

V první případové studii popisují tedy pacienta přijatého k plánované subtotální gastrektomii, přijatého na Chirurgickou kliniku FN Plzeň. Ve druhém případě zachycují průběh terminálního stádia karcinomu žaludku u pacienta na interním oddělení I. Interní kliniky.

13 PŘÍPADOVÁ STUDIE I.

Základní údaje o nemocném:

Jméno a příjmení: J. K.

Pohlaví: Muž

Věk: 47 let

Diagnóza: C 169 – zhoubný novotvar žaludku

Osobní anamnéza: Pacient prodělal v 12/20015 akutní Q infarkt přední stěny, provedena PCI RIA se stentem via a. radialis, léčí se s hypertenzí, která je dobře kontrolovaná medikací. Má nadváhu.

Rodinná anamnéza: Pacient udává, že rodiče zemřeli stářím, na jejich nemoci si přesně nepamatuje, matka snad měla diabetes. Děti se s ničím neléčí, sourozence nemá.

Sociální anamnéza: Žije s manželkou v malém rodinném domku, často ho navštěvuje syn.

Alergická anamnéza: alergie nejuje

Farmakologická anamnéza: Plavix 75 mg 1-0-0; Anopyrin 100 mg 1-0-0; Torvacard 40 mg 0-0-1; Prestarium Neo 5 mg 1-0-0; Nolpaza 40 mg 1-0-1

Abusus: Nikotinismus asi 10 cigaret denně.

Nynější onemocnění: Pacient přichází na plánovaný výkon pro diagnostikovaný adenokarcinom žaludku, verifikovaný biopsií odebranou při EGDS. Potíže začaly krvácením do GIT, manifestované hematemézou a melénou s poklesem v červeném krevním obraze.

Lékařská diagnóza – akutní: Adenokarcinom žaludku; St.p. krvácení do GIT

Lékařské diagnózy – chronická: ICHS, St. P. Q IM přední stěny, primární PCI RIA se stentem, Hyperlipidémie, Nikotinismus

Fyzikální vyšetření sestrou: Vědomí: orientovaný časem, místem, osobou, odpovídá přilehavě, nálada přiměřená; Váha: 85 kg; Výška: 178 cm; TK: 140/90 mmHg; P: 88', pravidelný; D: 17/min, pravidelný TT: 36,6 °C; Sliznice: v normě, bez defektů; Zuby: horní zubní protéza, vlastní jsou udržované; Svalová síla: v normě; Kůže: bez defektů, bez eflorescence; Výživa: BMI 26,8, nadváha; v posledních 2 měsících potvrzuje neúmyslný úbytek hmotnosti asi 5 kg; Chůze, hybnost: normální; Kompenzační pomůcky: zubní protéza, periferní žilní katétr (G22); Konstituce: astenik; Čítí: normální.

Vyšetření hlavy: Lebka normocefalická, výstupy nervus trigeminus nebolestivé, postavení očních bulbů normální, zornice izokorické, fotoreakce přítomna, spojivky růžové; rty růžové, jazyk plazí středem; vlastní chrup sanován, sliznice dásně růžové, vlhké.

Vyšetření krku: páteř volně pohyblivá, pulzace karotid symetrická, lymfatické uzliny oboustranně nehmatné.

Vyšetření hrudníku: hyperstenický, prsy bez symetrické bez rezistence.

Vyšetření břicha: břicho měkké, nebolestivé, v úrovni hrudníku souměrné, kůže je bledá. Játra nezvětšena, dosahují po oblouk.

Vyšetření dolních končetin: DK bez otoků, symetrické, pulzace hmatná a. poplitea i a. tibialis symetricky. Kůže růžová, teplá bez defektů. Svalový tonus přiměřený, klouby volně pohyblivé.(17)

Použité škály:

Glasgow Coma Scale: 15 bodů = normální stav

Barthelův test: 100 bodů = nezávislý

Hodnocení nutričního stavu: 9 bodů = riziko malnutrice

Výsledek doplňujícího vyšetření: 12,5 bodu. Celkem: 21,5 bodu

Hodnocení rizika pádu: 0 bodů = není riziko pádu

Klasifikace tromboflebitidy dle Maddona: 0 bodů = bez bolesti nebo reakce v místě vpichu

13.1 Průběh hospitalizace

1. den:

Pacient byl přijat k plánovanému výkonu – subtotální gastrektomie. Pacienta jsme zavedli na pokoj, sepsali s ním kompletní dokumentaci, seznámili s oddělením a poučili o předoperační přípravě (oholení operačního pole, vyčištění pupku), režimu na oddělení, dietě a možnosti tišení bolesti. Před přijetím pacient absolvoval interní vyšetření, v den přijetí byla odebrána ošetrovatelská anamnéza, změřeny fyziologické funkce a proběhlo anesteziologické vyšetření. FF: TT – 36,8°C, TK – 135/70, P – 82', pravidelný, D – 19;

Dieta šetřící a od 24. hodiny NPO.

Medikace: podána chronická medikace Torvacard 40 mg 1 tbl, Clexane 0,4 ml s. c. ve 20:00; při bolesti podat Novalgin i.v. v minimálním intervalu 6 hod.; pre-premedikace 10 mg Stilnox tbl. v 22:00; premedikace - na výzvu Dolsin 50mg i. m.; Augmentin 1,2 g i. v.

2. den, 0. pooperační den

Pacient cítí ráno mírnou nervozitu, při odběru krve zavedena PŽK (G22) a po ranní toaletě nasazeny kompresivní punčochy. Pacienta se snažím uklidnit rozhovorem. V 9:00 podána premedikace a pacient převezen na operační sál.

Operační výkon: subtotální gastrektomie, založen 2x Redonnův drén v pravém a levém mesogastriu. Na sále ještě zaveden CŽK, PMK a NGS. Ze sálu přivezen v 12:30 na oddělení chirurgické JIP, při příjezdu probuditelný, spontánně ventiluje s kyslíkovou maskou 4 l/min, bez bolesti. FF: TK – 135/88 mmHg, SPO2 – 98%, P – 92', pravidelný, D – 22'.

Břicho klidné, krytí suché, drény odvádějí minimální množství, NGS derivuje sangvinolentí obsah v malém množství. V 20:00 subfebrilie 37,2°C; TK nadále stabilní, mírná hypotenze ve 21:00 TK 110/66 mmHg, podán bolus Plasmalyte 500 ml i. v.; bilance tekutin v 24 hodin pozitivní o 700 ml, diuréza 900ml, odpad z drénu 150 ml, NGS odvedla 50 ml. Kontrola bolesti v 15:00 VAS 5, navýšení Morphin 20 mg na 2 mg/hod a podán Novalgin 1g i. v, pacient cítí úlevu.

Medikace: 5% Glukóza 500ml - 50 ml/h, Plasmalyte 1000ml - 100 ml/h, Augmentin 1,2 g po 8 hodinách, Morphin 20mg/ 20 ml FR kape 2 mg/hodinu, titrace dle VAS, přidání Novalgin 1 g při bolesti nad VAS 3, Helicid 80mg do 20 ml FR kape 2ml/h, Degan 1 amp. i. v. po 8 hodinách, Ambrobene 1 amp. i. v. po 8 hodinách, Clexane 0,4 ml s. c. v 20:00

3. den, 1. pooperační den

Pacient orientovaný, spolupracuje, hemodynamicky stabilní, afebrilní, nadále bez potřeby kyslíku. Břicho přifouklé, peristaltika zatím není. V noci bez komplikací, spal dobře. Ráno provedena hygiena, kontrola a promazání predikčních míst, zvýšená péče o dutinu ústní, upraveno lůžko. Pacientovi jsme po hygieně oblékli kompresivní punčochy. Proveden převaz CŽK, okolí klidné, bez zarudnutí, převaz NGS. Během polohování si pacient stěžuje na bolest, podána analgetika dle ordinace. Ráno převaz operační rány. Přes den se cítí slabý, pospává. Působí apaticky, během návštěvy usíná. Bolest dle VAS 2-4. Režim – klidový, na lůžku. Dieta – NPO. Drén i NGS odvádí malé množství. Bilance ve 24 h pozitivní o 1000 ml. Drén odvedl 100 ml, NGS 30 ml, diuréza 1020 ml

Terapie: 5% Glukóza 500 ml kape 80 ml/h, Plasmalyte 1000 ml kape 80 ml/h, Helicid 80mg do 20 ml FR kape 2ml/h, Augmentin 1,2 g po 8 h, Morphin 20mg do 20 ml FR 0-3 ml/h (kape 1,5 ml/h) úprava dle VAS – cíl VAS pod 3, Novalgin 1g maximálně 4amp/24 h - minimální rozestup 6h (podán v 8:30, 22:30); Degan 1 amp i. v. po 8 h, Helicid, Ambrobene 1 amp i. v. po 8 h, Clexane 0,4 ml s. c. v 20:00

4. den, 2. pooperační den

Pacient orientovaný, oběhově stabilní. V noci bez komplikací, spal celou noc. Cítí se ale unavený. Bolest udává dle VAS 1-3. Odmítá ranní toaletu, bojí se bolesti. Pacientovi po domluvě s lékařem podán bolus Morphin před hygienou. Nemocný o postupu informován, ujištěn, že v případě dalších bolestí, nebudeme pokračovat do jejich utišení. Po té souhlasí s ranní toaletou, úpravou lůžka. Po provedení ranní toalety, převaz operační rány – dezinfekce Betadine, přiloženo sterilní krytí. Převaz NGS, CŽK – okolí klidné, nebolestivé, všechny lumen funkční. Kvůli restrikci příjmu per os doporučuji ještě pacientovi vytírat DÚ glycerinovými štětičkami.

Operační rána klidná, břicho přifouklé, peristaltika zatím není slyšet. Dieta – NPO, režim – klidový, rehabilitace – postupná mobilizace na lůžku. Bilance + 1000 ml, diuréza 1100ml, drén 40 ml, NGS 20 ml.

Terapie: Kabiven 1540 ml + 1 amp Cernevit + 12 j actrapid kontinuálně 80ml/h, kontrola glykemií po 3 hod, korekce 6-10 mmol/l; Plasmalyte 1000 ml 60 ml/h, Augmentin 1,2 g po 8h, Helicid 80mg do 20 ml FR kape 2ml/h, Morphin 20mg do 20 ml FR 0-3 ml/h (kape 1,5 ml//) před hygienou podán bolus 2 mg, po dokapání stop. Novalgin při bolestech nad VAS 2 (14:00, 21:00), Degan 1amp po 8 h, Helicid 20 mg i. v., Clexane 0,4 ml s. c. 20:00.

5. den, 3. pooperační den

Pacient orientovaný, bolesti mírné (VAS 1-2), afebrilní. Probouzí se s dobrou náladou, odpočatý. Sám uvádí, že se cítí lépe. Ranní toaletu provedl již pacient sám, v sedě na lůžku. Během dne rehabilituje, postavuje se u lůžka. Převaz NGS, CŽK. Pacientovi vadí sucho v ústech, žízeň, poučen o důvodech lačnění, znovu nabídnuto vyplachování úst, glycerinové štětičky, podán ještě led volně rozpustit v ústech. Při návštěvě komunikuje s manželkou, má zájem o dění doma. Operační rána klidná.

Břicho již dobře prohmatné, peristaltika přítomna. Dieta – NPO, režim – rehabilitace u lůžka (sed, stoj). Bilance +600 ml, diuréza 1800 ml, drén 20 ml, NGS odvedla minimální množství.

Terapie: Kabiven 1540 ml + 1amp Cernevit + 12 j actrapid 80 ml/h, kontrola glykemií po 6 hod, Plasmalyte 1000 ml 60 ml/h, Helicid 80mg do 20 ml FR kape 2ml/h, Augmentin 1,2 g po 8 hod, Novalgin při bolestech nad VAS 3 (16:00,24:00), Clexane 0,4 ml s. c. 20:00.

6. den, 4. pooperační den

Pacient hemodynamicky stabilní, při dobré svalové síle, afebrilní, bolesti t. č. mírné dle VAS 1– 4, maximum při mobilizaci. Pacient znovu poučen o tišení bolesti a negativním dopadu limitace mobilizace z důvodu bolesti. Ráno při převazu, podána analgetika. Podání analgetik s efektem, pacient poté přesunut s dopomocí do křesla.

Břicho dobře prohmatné, peristaltika +, odchod plynů +. Dieta – NPO, režim – RHB u lůžka, s pomocí přejde do křesla. Diuréza – 1950 ml, bilance tekutin +200 ml, NGS i drény vedou minimální množství.

Terapie: Kabiven 1540 ml + 1 amp Cernevit + 12 j actrapid 80 ml/h, Plasmalyte 1000 ml 60 ml/h, Helicid 80mg do 20 ml FR kape 2ml/h, Augmentin 1,2 g po 8 hod, Novalgin při

bolestech nad VAS 3(podán 09:00, 21:00), Degan 1 amp. po 8 h, Clexane 0,4 ml s. c. 20:00.

7. den, 5. pooperační den

Pacient klidný, orientovaný, s dobrou svalovou silou, hemodynamicky stabilní, bolesti dle VAS 1-3. proveden převaz. Pacient po ranní toaletě absolvoval RTG kontrolu pasáže GIT vodnou kontrastní látkou, po jeho popisu chirurg povoluje čaj po lžičkách. Vytažen PMK, po 5 hodinách se pacient spontánně vymočil. Peristaltika +, krytí bez prosáknutí, rána klidná. Dieta 0s – čaj po lžičkách, režim – chodí s dopomocí, diuréza 1800 ml, bilance tekutin + 600 ml, NGS i drény vedou minimálně.

Terapie: Kabiven 1540 ml + 1 amp Cernevit + 12 j Actrapid 80 ml/h, Augmentin 1,2 g po 8 hod, Novalgin při bolestech nad VAS 3(22:00), Helicid 80mg do 20 ml FR kape 2ml/h, Anopyrin 100 mg tbl 1- 0-0,Clexane 0,4 ml s. c. 20:00.

8. den, 6. pooperační den

Pacient klidný orientovaný, oběhově stabilní, afebrilní. Při ranní hygieně nauzea, po přesunu do lůžka, úprava stavu. Během dne se nauzea již neopakuje, rehabilituje bez limitace. Bolesti mírné, analgézii vyžaduje pouze na noc. NGS neodvádí, proto vytažena. Při převazu vytaženy i drény. Pacient k dalšímu doléčení přeložen s ošetrovatelskou a lékařskou překládovou zprávou na standardní oddělení. Před překládem proveden převaz CŽK. Peristaltika + Dieta – 0s (čaj,bujón).

Terapie: : Kabiven 1540 ml + 1amp Cernevit + 12j Actrapid 80 ml/h, Augmentin 1,2 g po 8 hod, Paracetamol 1 g i. v. při bolestech nad VAS 3 v minimálním rozestupu 6 hodin (22:00), Degan 1amp po 8 h, Helicid 20 mg i. v., Anopyrin 100 mg tbl. 1- 0-0, Clexane 0,4 ml s. c. 20:00.

9. den, 7. pooperační den

Pacient klidný, orientovaný, oběhově stabilní, afebrilní. Toleruje příjem per os. Nemocný má dobrou náladu, těší se z příznivého pooperačního vývoje a postupné mobilizace. Bolesti dle VAS 1 – 3. V noci špatně spal, ale hypnotikum nechtěl. Večer jsme pacientovi vyvětrali pokoj, upravili lůžko dle jeho zvyklostí. Peristaltika +, operační rána klidná. Dieta – kašovitá. Režim – chodící. Diuréza 1200 ml, bilance tekutin + 200ml.

Terapie: Kabiven 1540 ml + 1amp Cernevit + 12j Actrapid 80 ml/h, Augmentin 1,2 g po 8 hod, Paracetamol 1 g i. v. při bolestech nad VAS 3 v minimálním rozestupu 6 hodin (21:30), Helicid 40 mg i. v. 2x denně, Anopyrin 100 mg tbl. 1- 0-0, Clexane 0,4 ml s. c. 20:00.

10. den, 8. pooperační den

Pacient stabilní, při dobrém vědomí, mobilizovaný. Ranní hygienu provádí samostatně zatím u umyvadla (CŽK). V noci spal dobře. Chodí již i mimo oddělení. Přes den bez obtíží, v 17.00 febrilie 38,9°C, třesavka. Via CŽK nabrané hemokultury, katétr poté vytažen, jeho konec posíláme na mikrobiologické vyšetření. Zaveden PŽK, podán 1g Perfalgan i. v. Kontrola teploty po hodině, ve 21:00 36,5°C. Peristaltika +. Dieta bezzbytková, sipping. Diuréza 1100, bilance + 100 ml.

Terapie: Kabiven 1540 ml + 1amp Cernevit + 12j Actrapid 80 ml/h po dokapání stop, Augmentin 1,2 g po 8 hod, Paracetamol 1 g i. v. při bolestech nad VAS 3 v minimálním rozestupu 6 hodin (17:00), Helicid 40 mg p. o. 2x denně, Anopyrin 100 mg tbl. 1- 0-0, Clexane 0,4 ml s. c. 20:00.

11. den, 9. pooperační den

Pacient stabilní, při vědomí, chodící, afebrilní. Ráno nabrána kontrolní laboratoř. Bolesti dle VAS 1-2. Pooperační rána klidná. Stolice +. Dietu toleruje bez nauzei, pocitu plnosti. Dieta bezzbytková

Terapie: Paracetamol 1 g i. v. při bolestech nad VAS 3 v minimálním rozestupu 6 hodin, Helicid 40 mg p.o. 2x denně, Clexane 0,4 ml s. c. 20:00, augmentin 625 mg tbl po 8 hod, Anopyrin 100 mg tbl 1- 0-0.

12. den 10. pooperační den

Pacient stabilní, mobilizovaný, bez bolestí, afebrilní. Toleruje kašovitou stravu. Dieta bezzbytková.

Terapie: Paracetamol 1 g i. v. při bolestech nad VAS 3 v minimálním rozestupu 6 hodin, Helicid 20 mg p. o., Anopyrin 100 mg tbl 1- 0-0, augmentin 625 mg tbl po 8 hod, Anopyrin 100 mg tbl 1- 0-0, Clexane 0,4 ml s. c. 20:00

13. den, 11. pooperační den

Pacient stabilní, chodící, orientovaný, afebrilní. Plyny, stolice odchází. Dieta – bezsezbytková. Pacient je propuštěn do domácího léčení. Při propuštění byl pacientovi doporučen šetřící režim, dieta. Pacient byl vybaven recepty a léky na příští tři dny a předán do péče onkologů.

13.2 Aplikace modelu Marjory Gordonové

Informace, které jsem získala z rozhovoru s nemocným, ze zdravotnické dokumentace, vlastním pozorováním a od ošetřujícího lékaře, mi pomohly k sestavení modelu funkčního zdraví. Data jsem sbírala po dobu hospitalizace nemocného.

Vnímání a udržování zdraví

Subjektivně: Pacient uvádí, že ho diagnóza rakoviny žaludku zpočátku zdrtila. „Zhruba před půl rokem jsem prodělal infarkt, to můj život obrátilo vzhůru nohama. Představa, že budu mít rakovinu, mě vždy děsila, tak když mi to řekli, nevěřil jsem tomu. Hodně mi ale pomohl fakt, že se na to přišlo brzo a moje rodina. Věřím, že po operaci bude vše jako dřív.“ Alkohol pije příležitostně, doposud kouřil, ale je pevně rozhodnutý přestat.

Objektivně: Nemocný spolupracuje, je optimistický. Aktivně se zajímá o možnosti léčby, dalším průběhu. Dodržuje léčebný režim, snaží se maximálně podílet, aby zkrátil dobu hospitalizace.

Výživa – metabolismus

Subjektivně: „Vždy mi chutnalo jíst, před infarktem jsem si rád dopřál dobré jídlo. Ted' sním pár soust a jsem plný. Manželka mi vaří vývary, ty mi chutnají. Ted' po operaci mě trápí spíše, že nemůžu pít, jídlo mi nechybí.“ Snaží se jíst pravidelně, denní příjem tekutin udává tak 1 – 1,5 l denně. Za poslední půl roku zhubl asi o 10kg, z toho ale jen část úmyslným omezením příjmu potravy. Neudává alergii na potraviny.

Objektivně: Pacient po výkonu nemůže přijímat per os, živiny tedy dohrazujeme parenterální výživou. Po RTG kontrole přechází nemocný na čaj po lžičkách a postupně na bezsezbytkovou dietu. Jeho příjem doplňujeme sippingem s oblíbenou příchutí. Kůži má

suchou, jiné problémy s vlasy nebo nehty nemá. Nemocného edukuji, jak se správně stravovat po operaci, dalších možnostech sippingu (příchutě, formy).

Vylučování

Subjektivně: „Do začátku onemocnění, jsem neměl žádné potíže. Pak jsem začal pozorovat tmavou stolici a vygradovalo to zvracením krve. Teď jak málo jím, nechodím na ‘velkou‘ pravidelně. Taký se těším, až se vytáhne ta cévka.“

Objektivně: Stolice po zahájení příjmu per os byla normální barvy, kašovitě konzistence. Moč po vytažení močového katétru odchází čirá. Aktivita – cvičení.

Aktivita – cvičení

Subjektivně: „Doma jsem po infarktu chodil se ženou na procházky. Tady jsem ale po operaci unavený, připadá mi, že mi to vzalo hodně sil. Zpočátku mě i jakýkoliv pohyb bolel, už je to ale lepší.“

Objektivně: nemocný první dny po výkonu prospí většinu dne, působí apaticky. Zprvu se vyhýbá rehabilitaci, limituje ho bolest. Nemocného edukuji o možnostech tišení bolesti a možných rizik, plynoucích z imobilizace. Během rehabilitace kontroluji bolest pomocí numerické škály bolesti, pozoruji výraz nemocného. Postupem času je aktivnější a soběstačný.

Spánek – odpočinek

Subjektivně: „Nikdy jsem neměl potíže se spánkem, jen co mi to zjistili, jsem první noci téměř nespál. Tady, když se mi udělalo lépe, mi začal vadit v noci ruch na oddělení.“ Pacient si stěžuje ještě na těžký vzduch na pokoji, někdy musí spát chvíli přes den, aby se cítil odpočatý.

Objektivně: Většinou neměl problém usnout, paradoxně po překladi na standardní oddělení večer udává, že nemůže spát. Hypnotika odmítá.

Vnímání- poznávání

Subjektivně: Pacient nemá problémy se zrakem ani sluchem. Vnímá určitý diskomfort ve smyslu omezení pohybu (bolest, pooperační stav, slabost). Rád se dívá na vědomostní soutěže, tu možnost má i na standardním oddělení.

Objektivně: Pacient je plně orientován, po dobu komunikace udržuje pozornost, přiléhavě odpovídá. Dobře slyší i vidí.

Sebepojetí – sebeúcta

Subjektivně: „Už nemám takový strach jako na začátku, teď po operaci je to ještě lepší.“ Je si vědom, že operací léčba neskončila, ale těší se domů, snaží se myslet pozitivně.

Objektivně: Při příjmu byl z chování nemocného jasně patrný strach z operace. Nyní je odhodlaný bojovat, je pozitivně naladěný. I tak je ale občas uzavřený, zamyšlený.

Plnění rolí – mezilidské vztahy

Subjektivně: pacient žije v rodinném domku spolu s manželkou, často je navštěvuje syn. „Jsou mi velkou oporou, nikdy jsme se nijak zvlášť nehádali.“ Má pár přátel, se kterými se vidá, v práci měli dobrý kolektiv.

Objektivně: Nemocný rád mluví o své rodině, která ho také pravidelně navštěvuje. Během návštěvy pozorují uvolněnou atmosféru. Nemocného navštívil i kamarád.

Sexualita – reprodukční schopnost

Subjektivně: „Před infarktem bylo vše v pořádku, se ženou se máme pořád rádi, tak věřím. Že tak bude i nadále, až se uzdravím.“

Objektivně: Pacientovi je téma nepříjemné, je ženatý a má syna.

Stres – zvládání, tolerance

Subjektivně: „V posledním půl roce se toho hodně stalo, dříve jsem měl takové normální problémy. Nemoc mi ukázala, co je bát se budoucnosti.“

Objektivně: Pacient vypadá vyrovnaný, maličkostem nepřikládá zvláštní důraz. Působí uvolněně.

Víra – životní hodnoty

Subjektivně: „Nikdy jsem v Boha nevěřil a myslím, že začít s tím teď, by byl hřích. Věřím v moji rodinu.“ Na první místo nemocný řadí zdraví svoje a svých blízkých.

Objektivně: Pro pacienta je na prvním místě rodina.

Jiné:

Subjektivně: Nemá, co by dodal.

13.3 Krátkodobý ošetrovatelský plán

Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila 4. den hospitalizace/2. pooperační den na chirurgické JIP po konzultaci s pacientem a s pomocí údajů z ošetrovatelské dokumentace. Ošetrovatelské diagnózy jsou seřazené podle naléhavosti. Hodnocení krátkodobého plánu jsem stanovila na příští den.

13.3.1 Ošetrovatelské diagnózy

1. *00132 Akutní bolest související s operačním výkonem a přítomností břišních drénů* projevující se:

Subjektivně: pacient vyjadřuje bolest slovně.

Objektivně: pacient vyhledává úlevovou polohu, tachykardie, tachypnoe.

Očekávané výsledky: pacient udává bolest max. 2 dle VAS do 1 hodiny od podání analgetik, pacient zná a využívá některé metody zmírňující bolest.

Intervence:

- posud' bolest (charakter, lokalizace, intenzita), vyvolávající faktory,
- všímej si chování pacienta, neverbálních projevů bolesti,
- sleduj fyziologické funkce,
- podávej analgetika dle ordinace lékaře,
- pomoz pacientovi se změnou polohy.

Realizace:

U pacienta jsem pravidelně sledovala bolest, poučila ho o nutnosti upozornit na rozvíjející se bolest. Při každé kontrole bolesti jsem zároveň sledovala neverbální projevy, fyziologické funkce. Nemocného jsem edukovala o úlevové poloze, jak se chovat při kašli (mírně zatlačit proti ráně). Nejintenzivnější bolesti se dostavily v 14:00 a 21:00, pacientovi jsme podali analgetika dle ordinací, po 30 min přišla úleva. Pacientovi jsem pomohla zaujmout polohu na boku s mírně pokrčenými nohami.

Hodnocení:

Pacient v úlevové poloze a po podání analgetik usnul, bolest ustoupila po 40 min od podání analgetik. Nemocný zná a využívá nefarmakologické techniky zmírňující bolest.

2. 00148 Strach související s ošetrovatelskými výkony projevující se:

Subjektivně: vyjadřuje obavy z bolesti

Objektivně: úzkostný výraz při plánování těchto činností, odmítání ranní hygieny,

Očekávané výsledky: strach se zmírní, pacient nebude pociťovat bolest, pacient bude informován o možnostech tišení bolesti

Intervence:

- informuj pacienta o možnostech tišení bolesti,
- ujisti ho, že výkon může při bolestech přerušit,
- po dohodě s lékařem podej analgetika ještě před hygienou, rehabilitací,
- během výkonu sleduj projevy bolesti, komunikuj s pacientem.

Realizace:

Nemocný se ráno svěřil, že se obává ranní toalety pro bolest. Po domluvě s lékařem jsme aplikovali infuzi s analgetiky a po 30 min začali asistovat s celkovou toaletou. Nemocný si na bolesti nestěžoval, byl ujistěn, že pokud by začaly bolesti nad 3 dle VAS, akci přeručíme a budeme intervenovat.

Hodnocení:

Podářilo se u nemocného překonat strach, ranní toaleta proběhla bez komplikací.

3. 00246 Riziko prodloužení pooperačního zotavení v souvislosti se strachem/bolestí z mobilizace

Očekávané výsledky: pacient je mobilizovaný v co nejkratší možné době, u pacienta nedojde ke komplikacím spojeným s prodloužením pooperačního zotavení

Intervence:

- monitoruj bolest, její neverbální projevy,
- informuj pacienta o rizicích plynoucích z imobilizace,
- motivuj pacienta k rehabilitaci,
- edukuj pacienta o dechové rehabilitaci, zajisti pomůcky,
- dbej na prevenci TEN, sleduj případné projevy tohoto onemocnění.

Realizace:

Pacient je po probuzení unavený, rychle zase usíná, pro strach z bolesti limituje denní aktivity (rehabilitace, toaleta, mobilizace). Nemocnému jsem vysvětlila všechna rizika plynoucí z prodloužení pooperačního období, již předtím jsem ho informovala o možnostech léčby bolesti. Pacient dostal k dispozici měkký balón, který používal při polohování, kašli. S rehabilitační pracovníci pak prováděl dechová cvičení.

Hodnocení:

Nemocný pochopil všechna rizika plynoucí z prodlouženého zotavování. Balón, který používá při změně polohy, si velmi pochvaloval. Odpoledne si sedl na posteli s nohama dolů. Po domluvě s pacientem jsme zastavili infuzi s Morphinem, pacienta jsem informovala, tlumit bolest lze i jinak než opiáty, které ho činí spavým. K infuzi nebylo třeba se vracet.

4. 00093 Únava v souvislosti se základním onemocněním projevující se

Subjektivně: pacient si stěžuje na nedostatek energie, po probuzení se necítí odpočatý.

Objektivně: nemocný je ke svému okolí lhostejný, přes den pospává.

Očekávané výsledky: pacient se cítí odpočatý, pacient bude vykonávat běžně každodenní činnosti, spolupracuje na léčebném programu.

Intervence:

- rozpoznaj příčinu, vyvolávající faktor,
- monitoruj fyziologickou odpověď organismu na aktivitu,
- sleduj rozložení energie během dne a podle toho plánuj aktivity,
- zajisti nemocnému dostatek času k odpočinku a eliminuj rušivé podněty,
- pomoz pacientovi se základní péčí.

Realizace:

Pacient se probudil unavený, ráno jsme mu dopomohli s hygienou, upravili lůžko. Během ranní toalety byl aplikován bolus Morphin, který kape i kontinuálně. Spavost připisují převisu sedativnímu účinku opiátu. Infuzi Morphinu jsem zastavili v 12:00, pacient se odpoledne zdál čilejší, při návštěvě neusínal, komunikoval. Pomohli jsme mu posadit se na postel. Do večera vydržel bdělý, komunikativní.

Hodnocení:

Nemocný se druhý den ráno probudil odpočatý, ranní toaletu zvládá bez asistence.

5. 00044 narušená integrita tkáně související s operačním výkonem projevující se

Subjektivně: bolest v okolí postižené oblasti.

Objektivně: porušení kožního krytu.

Očekávané výsledky: včasné zhojení kožního krytu bez komplikací, pacient se účastní na léčebném programu, preventivních opatření

Intervence:

- sleduj okolí operační rány,
- denně kontroluj operační ránu,
- operační ránu denně asepticky převazuj, udržuj ji čistou suchou,
- pouč pacienta o správném postupu při posazování, aby nedošlo k dehiscenci rány.

Realizace:

Ránu jsme asepticky převázali. Poučila jsem pacienta o tom, jak se správně posazovat a jak se projeví případná infekce.

Hodnocení:

Pacient chápe preventivní opatření, ke komplikacím nedošlo, operační rána nezhojena, diagnóza trvá.

6. 00247riziko poškození sliznice ústní související s nepřijímáním potravy déle než 24 hodin

Očekávané výsledky: nedojde k poškození sliznice, pacient zná opatření, jak tomu předejít, aniž by porušil léčebný režim.

Intervence:

- zajisti pomůcky k péči o dutinu ústní,
- edukuj pacienta v péči o dutinu ústní, poskytni mu potřebné pomůcky,
- zastupuj pacienta v péči o DÚ, není-li toho sám schopen,
- kontroluj sliznici dutiny ústní.

Realizace:

Pacientovi jsem připravila k lůžku glycerinové štětičky k vytírání úst a roztok „Caphosol“, určený k vyplachování úst a jejich lubrikaci.

Hodnocení:

U nemocného nedošlo k ragádám ani jinému poškození sliznice úst, restrikce příjmu trvá, diagnóza pokračuje.

7. 00004 riziko infekce v souvislosti se zavedenými invazivními vstupy

Očekávané výsledky: nedojde k infekci: Pacient zná a ovládá preventivní opatření.

Intervence:

- dodržuj přísně aseptický postup při manipulaci s invazivními vstupy,
- edukuj pacienta v péči o invazivní vstupy,
- sleduj známky infekce v okolí invazivních vstupů,
- sleduj barvu, charakter moči,
- pouč nemocného o příznacích možné infekce.

Realizace:

CŽK byl krytý chlorhexidinovým transparentním lepením, v pravidelném intervalu jsme měnili infúzní linky dle standardu. PMK byl oplachován roztokem Skinsept mucosa.

Hodnocení:

Nedošlo ke vzniku infekce, invazivní vstupy ponechány, diagnóza trvá.

13.4 Dlouhodobý ošetrovatelský plán

Pacient byl přijat 31. 7. 2016 na standardní oddělení chirurgické kliniky FN Plzeň, další den podstoupil operační výkon subtotální gastrektomie, ze sálu byl přeložen na JIP, kde pobýval do 7. 8. 2016 (8. den hospitalizace, 6. pooperační den).

Na oddělení JIP potřeboval pacient v prvních pooperačních dnech asistenci v oblasti sebeděče, přehodnotila jsem Barthelův test (1. - 2. 8. 2016 se stal pacient vysoce závislým). Při překladi na standardní oddělení byl ale již plně soběstačný a nezávislý.

Kontrola bolesti probíhala uspokojivě, nemocný neudával bolest vyšší než 5 dle VAS, od 5. pooperačního dne jsme podávali analgetika pouze na noc, pacient je většinou vyžadoval, aby mohl klidně usnout.

9. 8. 2016 (8. pooperační den) se u nemocného objevila třesavka, zimnice spolu s febrilní špičkou (38,9°C). Pacientovi jsme nabrali hemokultury, vytáhli CŽK a zavedli PŽK, pro zmírnění teploty jsme podali 1g Perfalganu i. v. Teplotu jsme dále kontrolovali po hodině, ve 21:00 měl nemocný normální teplotu. Další den jsme nabrali kontrolní laboratoř, febrilie se již neopakovaly. V laboratoři mírně elevovaly zánětlivé parametry, které ale dále s poklesem.

6. 8. 2016 (5. pooperační den) byl pacientovi vytažen PMK, po 5 hodinách se spontánně vymočil, ale stěžuje si častost močení a pocit nucení na močení. Informovala jsem ho, že se tato komplikace může po vytažení PMK vyskytnout, Edukovala jsem pacienta, jak trénovat močový měchýř (volní zadržování moče, aby se mohl plnit).

Nemocnému měl zavedenou nasogastrickou sondu, kterou jsme 6. pooperační den vytáhly pro její nadbytečnost. Pacientovi jsme 8. pooperační den změnili dietu na bezsezbytkovou. Nemocný ale nadále neměl velkou chuť k jídlu. Přizvali jsme tedy nutričního specialistu, aby spolu s pacientem sestavil jídelníček, který by koloval s jeho dietou i chutí. Velkou pomocí nám byla jeho manželka, domácí strava pacientovi chutnala o mnoho lépe. Sladké Nutridrinky jsme zkusili vyměnit za slanou formu, což mu také vyhovovalo. Pacientovi jsem dále doporučila malé porce v častějších intervalech.

Po celou dobu hospitalizace se zdál pacient otevřený komunikativní. Strach pociťoval hlavně před operací a v brzkém období po ní, kdy hlavním vyvolávajícím faktorem byla bolest. Podařilo se nám tyto obavy odbourat, po zbytek hospitalizace pacient spolupracoval, těšil se domů.

11. 8. 2016 byl nemocný propuštěný domů, před dimisí jsem ho ještě jednou edukovala o správné dietě.

Pacient za 3 měsíce ještě podstoupil pooperační adjuvantní radioterapii. Setkali jsme se v pavilonu onkologie, těsně před výkonem. Bylo vidět, že za tři měsíce od propuštění již nezhubl. Zdál se ale úzkostný, svěřil se mi, že má veliké obavy, jak to bude snášet. Uklidnila jsem ho, že tato terapie není bolestivá. Připravila jsem ho na případnou nauzeu, zvracení, které mohou ozáření žaludku provázet a připomněla mu, ať případné potíže hlásí, aby mohl dostat léky na zklidnění. Radioterapii nakonec pacient zvládal dobře bez potřeby antiemetik, během RT zhubl o 1 kg. V laboratoři se lehce navýšily transaminázy zřejmě jako důsledek ozáření přilehlé části jater. Po konzultaci s pacientem, jsem došla k závěru, že jeho dosavadní dieta játra šetří, doporučila jsem mu pouze vyvarovat se alkoholu, popřípadě pivo značky Bavaria.

Pacient se po dokončení radioterapie vrátil do dispensární péče Gastroenterologické ambulance, kam dochází na pravidelné kontroly.

13.5 Edukační plán

Účel edukace: ochota správně se stravovat.

Cíl: pacient zná omezení bezzbytkové diety, dokáže určit nevhodné potraviny.

Pomůcky: edukační leták, vzorový jídelníček.

Metoda prezentace: rozhovor.

Kognitivní oblast: pacient vyjmenuje vhodné potraviny, zná způsob přípravy.

Hlavní body plánu: vysvětlím pacientovi bezzbytkovou dietu, vhodný způsob tepelné úpravy.

Časová dotace: 5 minut.

Hodnocení: pacient chápe svá omezení, umí vyjmenovat svá omezení.

Afektivní oblast: pacient chápe komplikace plynoucí z nedodržování dietních omezení.

Hlavní body plánu: vyjmenuji a vysvětlím komplikace vzniklé nesprávným stravováním.

Časová dotace: 5 min

Hodnocení: pacient si uvědomuje nezbytnost dodržování diety, správně odpovídá na otázky

Psycho-motorická oblast: pacient si rozvrhne denní režim tak, aby měl prostor se častěji a v klidu najíst

Hlavní body plány: spolu s pacientem sestavíme denní rozvrh, kde zahrneme 6 alespoň 30 minutových přestávek na jídlo.

Časová dotace: 10 minut

Hodnocení: pacient jí každé jídlo asi 10 -15 minut, jí menší porce častěji

14 PŘÍPADOVÁ STUDIE II.

Základní údaje o nemocném:

Jméno a příjmení: B.J.

Pohlaví: muž

Věk: 67 let

Diagnóza: generalizovaný tumor žaludku

Anamnéza: Pacientovi byl v říjnu roku 2015 zjištěn generalizovaný karcinom žaludku, podstoupil paliativní resekci žaludku s následnou gastroenteroanastomózou. Ta se stala v 4/2016 neprůchodná, proto založena jejunostomie. Pacient trpí malnutricí. V minulosti se léčil s vředovou chorobou žaludku, jinak vážněji nestonal.

Osobní anamnéza: Pacient má bratra, který prodělal mrtvici. Jeho dcera s ničím vážněji nestonala. Nepamatuje si, na co zemřeli rodiče.

Sociální anamnéza: Žije s manželkou v bytě s bezbariérovým přístupem. Manželka se pohybuje na vozíku. Dcera pravidelně dochází.

Alergická anamnéza: Biseptol (exantém).

Farmakologická anamnéza: Essentiale F 250 mg cps 1-0-1; Furon 40 mg tbl 1-0-1; Lactulosa sir 10 ml 1-0-0.

Nynější onemocnění: Pacient přichází pro zhoršení stavu, kolem jejunostomie odchází ascites, udává progresi bolestí. Nemocný dále opakovaně zvrací, obstrukce na úrovni žaludku. Onkologická léčba pro vyčerpání všech možností i rezerv pacienta ukončena, doporučena léčba symptomatická.

Fyzikální vyšetření sestrou: Vědomí: orientovaný časem, místem, osobou; odpovídá přiléhavě, je smutný, vyčerpaný; Váha: 70 kg; Výška: 188 cm; TK: 130/60 mmHg; P: 95', nepravidelný; D: 19/min, pravidelný, TT: 36,8 °C, Sliznice: v normě, bez defektů, Zuby: horní a dolní zubní protéza, Svalová síla: malá, vydrží sedět na sedačce; Kůže: suchá, mírně ikterická, bez defektů, bez eflorescence; Výživa: BMI; 19,8; Chůze, hybnost: sedí na

sedače, s pomocí se přesune na lůžko; Kompenzační pomůcky: zubní protéza, invalidní vozík, periferní žilní katétr (22), jejunostomie.; Konstituce: astenik; Čítí: normální

Vyšetření hlavy: Lebka normocefalická, výstupy nervus trigeminus nebolestivé, postavení očních bulbů normální, zornice izokorické, fotoreakce přítomna, spojivky a rty bledé, jazyk pláží středem; sliznice dásně lehce ikterické, suché.

Vyšetření krku: Páteř volně pohyblivá, pulzace karotid symetrická, lymfatické uzliny oboustranně zvětšené.

Vyšetření hrudníku: Hrudník astenický, prsy bez symetrické bez rezistence.

Vyšetření břicha: Břicho tvrdé, zvětšené, nebolestivé, v úrovni hrudníku souměrné, kůže je bledá. Játra hmatám pod obloukem.

Vyšetření dolních končetin: DK prosáklé kolem koníků, symetricky, pulzace hmatná a. poplitea i a. tibialis symetricky. Kůže mírně ikterická, teplá bez defektů. Svalový tonus přiměřený, klouby volně pohyblivé.(17)

Použité škály:

Glasgow Coma Scale:	15 bodů = normální stav
Barthelův test:	55 bodů = závislost středního stupně
Hodnocení nutričního stavu:	6 bodů = riziko malnutrice
Výsledek doplňujícího vyšetření:	5 bodů Celkem: 11 bodů = podvýživa
Hodnocení rizika pádu:	3 body = riziko pádu
Klasifikace tromboflebitidy dle Maddona:	0 bodů = bez bolesti nebo reakce v místě vpichu

14.1 Průběh hospitalizace:

1. den

Pacient přijatý na interní oddělení pro celkové zhoršení stavu. Při příjmu orientovaný, spolupracuje. Udává bolesti dle VAS 7. Námahově i klidově dušný, uložen tedy do

úlevové polohy se zvednutým záhlavím a podán kyslík. Pacientovi zavádíme nasogastrickou sondu, která derivuje žaludeční sekret. Kolem jejunostomie připevňujeme stomický sáček k odvodu ascitu. Pacientovi k lůžku připravíme močovou lahev a zvonek na sestru.

Medikace: Furosemid forte 125 mg i. v. 1-0-0, Nutrison sol bolusově 300 ml po 5 hodinách, proplach stolní vodou, Morphin 1% 1ml s. c. po 6 hodinách

2. den

Po aplikaci morfinu pacientovi bolesti ustoupily, v noci spal v klidu. Dušnost přetrvává, nemocný dependentní na oxygenoterapii. NGS odvádí až 800 ml žaludečního obsahu za den. Kolem 17 hodiny se dostavuje křečovitá bolest břicha, podán Novalgin 1g i.v., následuje úleva. Pacient je opět úzkostný. Mrzí ho, že za ním nikdo nepřišel. Bolesti se již neopakují, nemocný ve 21:00 usíná.

Medikace: Nutrison sol bolusově 300 ml po 5 hodinách, proplach stolní vodou; Morphin 1% 1ml po 6 hod.

3. den

V 5:00 zhoršení dušnosti, pacient dále udává bolest 7 dle VAS. Aplikován Morphin 1% 1ml i. v., nemocný po chvíli usíná. Probouzí se v 8:00 bez bolestí, ranní hygienu odmítá, je vyčerpaný, chce odpočívat. Respektujeme jeho přání, pouze mu dopomůžeme vypláchnout ústa a omýt obličej. V 10:30 se opakují křečovité bolesti břicha, které znovu tlumíme 1% Morphinem 1ml i. v., do 30 minut od podání se dostavuje úleva. V 12.00 za přítomnosti sestry zemřel.

14.2 Aplikace modelu Marjory Gordon

Vnímání zdraví

Subjektivně: Pacient je vyčerpaný dlouhou nemocí, má bolesti.

Objektivně: Nemocný si plně uvědomuje vážnou prognózu, je uzavřený, zdá se odevzdaný. Bojí se bolesti a smrti v osamocení.

Výživa – metabolismus

Subjektivně: Zvykl si na jejunostomii, v posledních dnech ho trápí zvracení. Za poslední rok zhubl asi o 20kg. Trápí ho pocit žízně a pachů v ústech.

Objektivně: Nemocný je malnutriční. Nemůže přijímat per os, proto přistupujeme k bolusovému podávání Nutrison sol. via PEJ. Nemocný má suchou pokožku, jazyk.

Vylučování

Subjektivně: Pacient udává problémy s vyprazdňováním stolice, často si musí vzít projímadlo, aby se vyprázdnil. S močením potíže nemá, chodí ale méně často než dříve, zároveň přiznává snížený příjem tekutin.

Objektivně: Pacient vylučuje tmavou moč do močové lahve, je oligourický. Stolicí po dobu hospitalizace neměl. Pacientovi byla naordinována laxativa.

Aktivita

Subjektivně: Nemocný se cítí vyčerpaný, už dlouho nebyl venku. Doma si došel na WC, tady už na to nemá sílu.

Objektivně: Pacient potřebuje v mnoha oblastech dopomoci, snaží se být soběstačný, ale nemá dostatek sil. K jeho útlumu přispívá i sedativní účinek opiátů. Přesedne si s pomocí z lůžka na židli/pojízdný klozet. Veškerý pohyb ho zadýchává, unavuje.

Spánek

Subjektivně: Ze spánku nemocného ruší bolest, po probuzení se necítí odpočatý. „*Když mě ale nic nebolí, hned zase usnu.*“

Objektivně: Pacient je během dne spavý, má unavený výraz. Nemá-li žádný stimul, rychle zase usíná.

Vnímání a poznávání

Subjektivně: „*Už se nedokážu tak soustředit, nebaví mě televize ani rádio, jako dříve. Připadá mi jako bych byl někde pod vodou. Někdy vidím rozmazaně.*“

Objektivně: Nemocný je orientovaný časem, místem i osobou. Vyhoví výzvě, někdy dlouho trvá než se tak stane. Odpovídá přiléhavě s latencí. Slyší dobře.

Sebepojetí, sebeúcta

Subjektivně: Nemocný je se svým onemocněním smířený, bojí se, že „*až to přijde*“ bude sám a bude mít bolesti. Věří ale, že mu pomůžeme. Kvituje naší častou přítomností.

Objektivně: Na pacientovi je poznat, že se bojí nedůstojného konce. Je depresivní, úzkostný, když o tom mluví. Nemá-li bolesti a v přítomnosti druhé osoby, se jeví klidnější.

Plnění rolí

Subjektivně: Pacient žije s manželkou, která ho ale nemůže navštěvovat, to ho mrzí. Měli hezký vztah. Postrádá její přítomnost. „*Dcera je zřejmě hodně zaměstnaná, má vlastní rodinu, vím, že mě má ráda.*“ Měl dobrého přítele, ten ale loni zemřel.

Objektivně: Pacient má svou rodinu velmi rád, cítí se ale izolovaný, manželka ho navštívit nemůže a dcera také nedochází.

Sexualita

Objektivně: Pacient má dceru. Vzhledem k terminálnímu stadiu onemocnění, upouštím od téhle otázky. Mám za to, že by přinesla spíše rozpaky a prohloubila pacientovu depresi. Což by lehce zastínilo jen malý užitek ze získané informace.

Stres, tolerance

Subjektivně: „*Někdy mě přepadne hrozná úzkost, vždy pomůže, když se tu někdo objeví.*“
V posledních letech se událo hodně změn, manželka i on začali stonat.

Objektivně: Nemocný vypadá, že je smířen s tím, co má přijít, bojí se ale jak. Nabízím návštěvu klinického psychologa, odmítá s tím, že mu stačí naše přítomnost.

Víra, životní hodnoty

Subjektivně: Nemocný věří v Boha, do kostela nechodil. „*Někdy se modlím, pomáhá mi to.*“

Objektivně: Pacient věří v Boha, nechce, aby ho navštívil kněz.

Jiné:

Objektivně: Pacient je vyčerpaný. Odpovídá krátce a i to ho stojí velké úsilí. Trápí ho bolesti, připadá si sám. Má protichůdné pocity. Nechce být v nemocnici, zároveň si tu ale připadá bezpečněji (tišení bolesti, nezatěžuje nemocnou manželku).

14.3 Krátkodobý ošetrovatelský plán

Nemocný byl na interním oddělení I. interní kliniky hospitalizovaný od 12. 11. 2016 do 14. 11. 2016, kdy zemřel. Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila první den hospitalizace a jejich vyhodnocení jsem naplánovala na další den. Ošetrovatelské diagnózy jsem seřadila podle naléhavosti.

14.3.1 Ošetrovatelské diagnózy

1. 00133 Chronická bolest související se základním onemocněním projevující se:

Subjektivně: pacient vyjadřuje bolest slovně, únava.

Objektivně: bolestivé grimasy, vyhledávání úlevové polohy, pacient je depresivní.

Očekávané výsledky: dosažení úlevy, zvládnutí bolesti.

Intervence:

- zjistí trvání bolesti, druh, lokalizace, charakter,
- podávej analgetika dle ordinace lékaře,
- podle stavu nauč pacienta relaxačním technikám.

Realizace:

Pacientovi byl dle lékaře naordinován Morphin 1% časovaně, s možností aplikovat Novalgin při bolestech. Nemocnému jsme tedy při příjmu aplikovali Morphin s.c. Nemocný byl unavený, dušný, po zmírnění bolesti usnul. Alternativní techniky pro zvládnutí bolesti by vyžadovaly vyšší míru koncentrace i spolupráce, odložila jsem jejich nácvik na dobu, kdy toho pacient bude schopen.

Hodnocení:

Bolest se podařilo zmírnit analgetiky, příčina bolesti trvá, diagnóza pokračuje.

00032 neefektivní vzorec dýchání související se sníženou energií, přítomností ascitu projevující se:

Subjektivně: dušností, úzkostí.

Objektivně: zvýšená dechová frekvence, snížená saturace hemoglobinu kyslíkem, cyanóza.

Očekávané výsledky: dosáhnout účinného dýchání, vymizení cyanózy.

Intervence:

- podej zvlčený kyslík v nejnižší možné koncentraci,
- pomoz pacientovi zaujmout úlevovou polohu se zvednutým záhlavím, pro usnadnění inspirační fáze,
- ber na zřetel další negativní faktory, ovlivňující dýchání (bolest).

Realizace:

Nemocnému jsme zvedli záhlaví lůžka a podali zvlčený kyslík obličejovou maskou. Dále jsme dle ordinací podali Morphin, pro ztlumení bolesti a úzkosti nemocného. Při příjmu byla naměřená SPO2 85%.

Hodnocení:

Po podání zvlčené směsi O2 se pacientovi zvýšila SPO2 na 94%, zmírnil se i pocit dušnosti. Po aplikaci Morphinu ustala i tachypnoe. Nemocný toleruje horizontální polohu, nadále je ale dependentní na kyslíkové terapii. Diagnóza pokračuje.

2. 00134 nauzea související se základním onemocněním projevující se

Subjektivně: pocitem ošklivosti, kyselá pachů v ústech.

Objektivně: zvracení, zvýšené slinění, vyčerpání, očekávané výsledky: pacient nepocítuje nucení na zvracení, pacient je dostatečně hydratován.

Intervence:

- sleduj častost, charakter zvratků,

- podej léky proti zvracení dle ordinací lékaře, sleduj účinek léků,
- informuj pacienta, aby při obtížích cucal kostky ledu,
- sleduj příjem a výdej tekutin.

Realizace:

Pacient byl již z domova vyčerpaný úporným zvracením, které ustalo po podání antiemetik jen na chvíli. Přistoupili jsme proto k zavedení NGS, která nadále odváděla značné množství žaludečního obsahu. Pacienta jsme začali rehydratovat a živit do jejunostomie.

Hodnocení:

Po zavedení nasogastrické sondy a podání antiemetik došlo u pacienta k úlevě. Zvracení ustalo, NGS spolehlivě odvedla žaludeční sekret.

3. 00147 úzkost ze smrti související s předvídaním bolestivého umírání projevující se:

Subjektivně: pacient vyjadřuje strach z průběhu umírání, vtíravé nepříjemné myšlenky.

Objektivně: smutek, deprese.

Očekávané výsledky: pacient svobodně vyjadřuje pocity, odstranit úzkost nebo její příčiny.

Intervence:

- upřesni pacientovi jeho situaci, odstraň mylné představy,
- zjistí pacientovo náboženskou orientaci, nabídne přítomnost duchovního,
- snaž se získat si důvěru pacienta,
- umožni příbuzným/blízkým přítomnost u lůžka nemocného,
- respektuj vyjádřená přání.

Realizace:

Nemocný se opakovaně svěřil se svým strachem z bolestivé smrti. Ujistila jsem ho, že naším cílem je, zabránit takovému utrpení a zajistit klidný a důstojný odchod. Ošetrovatelské činnosti jsem rozplánovala do kratších, ale častějších epizod. Snažila jsem se tak zabránit pocitu osamění pacienta a zároveň ho zbytečně neunavit.

Hodnocení:

Pacient se dopoledne jevil klidnější. Přes den pospával, ale zdál se komunikativnější. Zvrat přišel kolem 17 hodiny, kdy opět eskalovaly bolesti. Podařilo se je sice utěšit, ale na nemocného opět dopadla úzkost. Diagnóza pokračuje.

4. 00196 dysfunkční gastrointestinální motilita související se základním onemocněním projevující se:

Subjektivně: potíže s odchodem stolice, nauzea.

Objektivně: zvracení, změna střevních zvuků.

Intervence:

- podávej laxativa dle ordinací lékaře,
- při úporném zvracení zaveď NGS,
- sleduj barvu, charakter, příměsy žaludečního obsahu,
- sleduj charakter, barvu, konzistenci, četnost stolice.

Realizace:

Zde platí veškeré intervence provedené u ošetrovatelské diagnózy Nauzea. Nemocnému jsme podali laxativa i vzhledem k medikaci opiáty, které mají tlumivý účinek na střevní motilitu.

Hodnocení:

Pacient na stolicí nebyl, NGS stále odvádí žaludeční obsah. Střevní peristaltika byla slyšet oslabeně. Diagnóza pokračuje.

5. 00002 *Nevyvážená výživa (méně než je potřeba organismu) související s nedostatečným přísunem potravy, zhoršeným vstřebáváním živin projevující se:*

Subjektivně: pacient udává nedostatečný příjem.

Objektivně: tělesná hmotnost 0 20% nižší než ideál, svalová slabost, snížený tonus, soor dutiny ústní.

Očekávané výsledky: dosáhnout požadovaného přírůstku na váze, normalizace laboratorních hodnot, nedojde k prohlubování malnutrice.

Intervence:

- posud' příčinu vzniklého stavu,
- monitoruj laboratorní výsledky,
- važ pacienta alespoň 1x týdně,
- sleduj vývoj hmotnosti,
- ujisti se, že pacient umí zacházet s PEJ.

Realizace:

Nemocný přijímal výživu jejunostomií, pro obstrukci gastroenteroanastomózy nemohl přijímat per os. Začali jsme s bolusovým podáváním enterální výživy a tekutin via PEJ. Kvůli stavu pacienta jsme odložila diskusi o PEJ, a bude schopen se lépe koncentrovat.

Hodnocení:

Zahájení enterální výživy v plné výši zabránilo prohlubování deficitu.

14.4 Dlouhodobý ošetrovatelský plán

Nemocný byl na interním oddělení hospitalizován od 12. 11. 2016 – 14. 11. 2016. Pro charakter a pokročilost onemocnění se ustoupilo od kurativní léčby. Další postupy měly za úkol ulevit nemocnému. Dominujícím stresovým faktorem byla průlomová bolest, kterou se sice dařilo tlumit, ale nezabránili jsme jejím záchvatům. Dušnost na kyslíkové terapii ustoupila, ale při námaze byla dechová nedostatečnost stále patrná, pacient potřeboval kyslík po celou dobu hospitalizace. Kyslíková maska ho nijak neobtěžovala, abychom zabránili vysušování sliznic, vytírali jsme ústa borglycerinem a vykapávali nos kapkami Sanorin 0.5%. Pacient pro svoje vyčerpání vyžadoval asistence v oblasti sebeděže, výživy.

DISKUZE

Hlavním cílem mé práce bylo zaměřit se na problémy pacientů s karcinomem žaludku, které mohu jako zdravotnický pracovník ovlivnit a co největší možnou měrou tak zmírnit negativní prožívání hospitalizace.

Popisuji kazuistiky dvou nemocných, jejichž rozdílná stádia onemocnění určila zcela jiný průběh a prožívání nemoci.

Jedním z příznaků, které onkologicky nemocné sužuje nejvíce je bolest, aby byla léčena efektivně, musíme (zdravotníci) jí věnovat dostatečnou pozornost. V první kazuistice popisuji pooperační průběh u pacienta po subtotální gastrektomii s časným karcinomem žaludku. Pacientova rekonvalescence probíhala téměř bez komplikací, byl hospitalizován 12 dní, z toho 7 dní na oddělení JIP. Nemocného zprvu výrazně limitovala bolest, kterou jsme v prvních pooperačních dnech tlumili Morphinem. Kontrolovat bolest se nám dařilo i bez opiátu, nemocný neudával bolest větší než 4 dle VAS a i tyto ustoupily do 1 hodiny od podání analgetik.

Ve druhé případové studii popisuji průběh hospitalizace u nemocného s generalizovaným nádorovým onemocněním, kde dominovaly průlomové bolesti s maximem 7 dle VAS. Na každý takový záchvat jsme reagovali okamžitě, pacientovi bolesti ustoupily, v případě, že nedošlo k jejich zmírnění pod 3 dle VAS, jsme pokračovali v intervenci. Mgr. Eva Zacharová ve svém odborném článku *Zvládnutí bolesti u onkologických pacientů v ošetrovatelské péči* uvádí, že některé průzkumy v ČR odhalují tuto problematiku jako nedostatečně řešenou, přičemž jednou z příčin může být i podcenění bolesti ze strany zdravotníka. (23)

Dalším činitelem, výrazně zasahujícím do života nemocných a hospitalizovaných je nechuť někdy až odpor k jídlu, toto pak vede k podvýživě pacientů. Malnutriční nemocní vyžadují pro výkon odklad 10 -12 dní, aby se alespoň z části normalizoval jejich výživový status, což jim prodlužuje dobu hospitalizace. Dalším jejich úskalím je problémové hojení operační rány, malá svalová síla, která tyto pacienty upoutává na lůžko. Aby se neprohlubovala podvýživa u hospitalizovaných onkologicky nemocných, musíme jednat již při diagnóze onemocnění. Jako samozřejmou součást ošetrovatelské dokumentace u takto ohrožených pacientů by měl být nutriční screening, včas tak můžeme přizvat i nutričního specialistu popřípadě zajistit nemocným docházení do nutričních ambulancí i

mezi obdobím hospitalizace. Tento postup je dobře zachycen v prvním popsaném případě, podařilo se nám zvládnout pacientovo nechutenství prohloubené dietním omezením, aniž bychom byli nuceni přistoupit k enterální výživě. Nemocnému se dařilo udržet sívahu i výživový status doma i během radioterapie. Edukační činností jsme vzbudili pacientův zájem o optimální stravování, lze tak předpokládat, že si tento pozitivní trend udrží, nedojde-li k recidivě onemocnění.

MUDr. Šachlová popsala ve svém článku, jakým stresovým faktorem je operační výkon a vytyčila několik bodů, jejichž kombinací lze minimalizovat pooperační stres a urychlit tak zotavení. Mimo jiné uvádí i včasnou mobilizaci pacienta. (24) I toto bylo jedním z důvodů, proč jsem považovala ošetrovatelskou diagnózu riziko protrahovaného pooperačního období jako naléhavou. U pacienta se ale díky včasným intervencím tomuto podařilo předejít. Třetí den rehabilitoval u lůžka, získal zájem o dění kolem sebe.

Diagnóza nádorového onemocnění neovlivňuje ale jen somatickou stránku jedince. Onkologická onemocnění často nutí pacienty přehodnotit jejich dosavadní plány ve smyslu jejich redukce. Ve stáří, kdy jsou lidé emotivnější, dominuje smutek, bezmoc nebo strach ze smrti, samoty. Strategie zvládání takové zátěže mohou být různé. Susan Ayers ve své knize uvádí spornou souvislost mezi postupem onemocnění a způsobem, jak nemocný zvládá zátěž. Myslím, že by toto téma bylo zajímavé zpracovat formou kvantitativního výzkumu.

Ve druhé kazuistice je zachycen průběh terminálního stádia onemocnění, kde po ústupu somatických potíží převládají u nemocného právě tyto pocity. Otevřenou komunikací jsme si ale získali důvěru, někdy ale stačila pouhá přítomnost, podržení ruky. V bakalářské práci G. Rolové na toto téma popisuje kazuistiku nemocného, kdy negativní pocity vyústily první pooperační den v hypertenzní stresovou reakci. Snahy promluvit si o jeho onemocnění popisuje jako marné. (25) Zůstává otázkou, proč nemocného nenavštívil klinický psycholog. Faktem ale je, že komunikace s onkologickými nebo umírajícími pacienty je oboustranně náročná. Druhá případová studie jasně ukazuje, nezastupitelnost rodiny v takové fázi života. Nemůže-li to tak být, stává se sestra jejím zástupcem. Pacientova největší obava z osamocené smrti se nevyplnila, přestože rodina nemohla být přítomna, zajistili jsme pacientovi klidný odchod za přítomnosti sestry. Ve své praxi vidím, jak problematický tento doprovod pro zdravotníka umí být. Věřím, že ukázkou tohoto smutného případu a intervencí, které nevyžadují, kromě schopnosti

empatie, speciální psychologické proškolení, si všichni, kdo si toto přečtou, uvědomí, jak velice mohou být nápomocní.

Výzkumy obecně ukázaly, že psychologické intervence u onkologických pacientů zlepšují duševní zdraví, to pozitivně působí na funkci neuroendokrinního a imunitního systému a tedy i na vývoj zhoubného onemocnění. Jednou z takových intervencí je i podpora zdravotníkem. (18 str. 276)

Uvážíme-li jak vážnou má toto onemocnění prognózu zvláště díky pozdní diagnostice, kladu si otázku, zda je laická veřejnost dostatečně informována o prevenci a varovných příznacích tohoto onemocnění. Protože pracuji na metabolické JIP, setkávám se s pacienty, kteří mají ve své anamnéze abusus alkoholu a s tím i často spojenou chronickou gastritidu, která se hodnotí jako prekancerózní stav. Studie této problematiky mě motivovala oslovit pacienta s chronickou gastritidou a zjistit, má-li o tomto nějaké vědomosti. Pacient si byl do té doby jist, že vyhýbání se ostrým potravinám a naopak zařazením jogurtů do jídelníčku, udělal pro prevenci maximum. Jevil ale o mojí edukaci zájem a to mě povzbudilo k vypracování edukačního letáku, který je přiložen v příloze.

Mám za to, že klesající výskyt karcinomu žaludku posunul tuto problematiku v ČR do pozadí. Nízká incidence je určitě dobrou zprávou, ale jak se již prokázalo i toto je relativní. S otevřením hranic a fluktuací migrantů se mohou procenta výskytu rychle změnit. Pro zdravotníka není podstatné, jaké národnosti nemocný je, stěžejní je pro nás, jak pomoci od utrpení. Věřím, že moje práce poslouží jako vodítko pro všechny sestry, které s tímto onemocněním nemají tolik zkušeností a pomůže jim pochopit problémy pacientů s karcinomem žaludku, identifikovat všechna možná rizika a tak eliminovat komplikace.

ZÁVĚR

Ve své práci popisuji kazuistiky dvou pacientů s karcinomem žaludku, průběh obou hospitalizací, určený především stádiem nemoci, je zcela odlišný. Poukazuji tak na rozdílné potřeby těchto pacientů a zároveň společné negativní pocity. Cílem bylo vytyčit stěžejní negativní faktory, ovlivňující prožívání hospitalizace.

Bakalářská práce je rozvržena do dvou částí, kde v teorii popisují anatomii a fyziologii žaludku. Dále představují ošetrovatelský proces a model americké sestry Marjory Gordon. V praktické části pak aplikují tento model do praxe u rozboru dvou kazuistik. V první případové studii jde o rozbor kazuistiky nemocného s relativně dobrou prognózou pětiletého přežití. Pacient byl přijat k operačnímu výkonu – subtotální gastrektomie, jeho rekonvalescence pak probíhala na Chirurgické klinice. Krátkodobý ošetrovatelský plán jsem zaměřila druhý pooperační den. Druhým pacientem byl nemocný s generalizací karcinomu žaludku v paliativní péči. Rychlý zvrát jeho stavu mi sice nedovolil zajistit obsáhlejší kazuistiku, kde bych měla prostor lépe představit pacienta v paliaci, měla jsem ale možnost ukázat na jiný citlivý problém. Podpora umírajícího pacienta zdravotníkem, je v případě, kdy se nemůže rodina účastnit stejně důležitá, jako tlášení somatické bolesti.

Výstupem praktické části je rozbor obou kazuistik, zacílení na hlavní ošetrovatelské diagnózy a návrh edukačního letáku, který předám na gastroenterologické ambulanci Interní kliniky.

15 CITOVANÁ LITERATURA

1. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2*. Praha : Grada publishing, 2013. 497 s. ISBN 978-80-247-4788-0.
2. NAŇKA, Ondřej a ELIŠKOVÁ, Miloslava. *Přehled anatomie*. Praha : Galén, 2009. 416 s. ISBN 978-80-7262-612-0.
3. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 3*. Praha : Grada Publishing, 2016. s. 272. ISBN 978-80-247-9552-2.
4. MOUREK, Jindřich. *Fyziologie. Učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. Praha : Grada Publishing, a.s, 2012. s. 222. ISBN 978-80-247-3918-2.
5. LANGMEIER, Miloš a kolektiv. *Základy lékařské fyziologie.2., doplněné vydání* Praha : Grada Publishing, 2009. 320 s. ISBN 978-80-247-2526-0.
6. KITTNAR, Otomar a MLČEK, Mikuláš. *Atlas fyziologických regulací*. Praha : Grada Publishing, a.s, 2009. 316 s. ISBN 978-80-247-2722-6.
7. ŠMÍD, David, 2016. Prediktivní a prognostické nádory žaludku. Plzeň. Disertační práce. vedoucí práce Tomáš Skalický.
8. ŠIMŠA, Jaromír a kol. *Karcinom žaludku*. Praha : Maxdorf, 2012. 88 s. ISBN 978-80-7345-253-7.
9. DÍTĚ, Petr et al. *Vnitřní lékařství*. 2. dopln. a přeprac. vydání. PhDr. Lubomír Houdek. Praha: Galén, 2007. 616 s. ISBN 978-80-7262-496-6.
10. ŠMÍD, David, SKALICKÝ, Tomáš, DOLEŽAL, Jan, et al. Karcinom žaludku- komplexní pohled na nemocného. *Practicus*. 2014, 13(2), s. 14-16 .ISSN 1213-8711.
11. JANÍKOVÁ, Eva a ZELENÍKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelská péče v chirurgii*. Praha : Grada, 2013. s. 151. ISBN 978-80-247-4412-4.
12. SVOBODA, Tomáš, DAUM, Ondřej, ŠMÍD, David. Management léčby karcinomu

žaludku. *Postgraduální medicína*. 2014, 16(3), 265-277. ISSN 1212-4184.

13. HOSKOVEC, David. Karcinom žaludku. *Onkologie*. 2015, 9(6), s. 272-276. ISSN 1802-4475

14. ŠIMŠA, Jaromír. Chirurgická léčba karcinomu žaludku. *Postgraduální medicína*. 2015, 17(2), s. 120-123. ISSN 1212-4184.

15. GONĚC, Roman, KOZÁKOVÁ, Šárka. Cílená léčba versus klasická cytostatika. *Onkologie*. 23. 1 2014, 8(5), s. 231-233. ISSN 1802-4475. Dostupné také z: <http://www.onkologiecs.cz/archiv.php>

16. HOSKOVEC, David. Možnosti léčby karcinomu žaludku. *Lékařské listy*. 2014, 14(6) s. 23-27. Dostupné také z: <http://www.zdravky.cz/>

17. ZACHAROVÁ, Eva a HERMANOVÁ, Miroslava a ŠRÁMOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie*. Praha : Grada, 2007. s. 100. ISBN 978-80-247-2068-5.

18. AYERS, Susan a VISSER Richard. *Psychologie v medicíně*. Praha : Grada Publishing, 2015. str. S. 568. ISBN 978-80-247-5230-3.

19. TÓTHOVÁ, Valerie a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha : Triton, 2014. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.

20. SYSEL, Dušan. a BELEJOVÁ, Hana. a MASÁR, Oto. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. Brno : Tribun EU s. r. o., 2011. 280 s. ISBN 978-80-23600001-4.

21. NANDA INTERNATIONAL. *Ošetrovatelské diagnózy*. T. H. Herdman, Shigemi Kamitsuru. Praha : Grada Publishing, 2015. 439 s. ISBN 978-80-271-9009-6.

22. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Vybrané ošetrovatelské modely v kostce*. Praha : Grada Publishing, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.

23. ZACHAROVÁ, Eva. Zvládání bolesti u onkologických pacientů v ošetrovatelské péči. *Onkologie*. 2014, 8(1), s. 44-46. ISSN 1802-4475.

24. ŠACHLOVÁ, Milana. Řešení nutričních problémů pacientky s karcinomem žaludku. *Acta Medicinae*. 2015, 4(2), s. 12-16. ISSN 1805-398x. Dostupné také z: <http://www.actamedicinae.cz>

25. ROLOVÁ, Gabriela. Ošetrovatelská péče u pacienta s karcinomem žaludku. Praha. 2014. Bakalářská práce. 1. LF UK.
26. Včelák, Petr. Studijní materiály. *Informatika a výpočetní technika*. [Online] 20. únor 2012. [Citace: 20. únor 2012.] <http://home.zcu.cz/~vcelak/fzs-materialy.php>.
27. Nejedlá, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry: 2., přepracované vydání*. Praha : Grada, 2015. stránky S. 32-80, 120, 162, 187, 191-211. ISBN 978-80-247-4449-0.
28. KOCNA, Petr, VANÍČKOVÁ, Zdislava, ZIMA, Tomáš. Laboratory screening markers in gastroenterology. *Biomedical papers of the Medical faculty of the University Palacký*, Olomouc. 2013,157(2). s 91-97. ISSN 1213-8118.

SEZNAM ZKRATEK

A. RADIALIS	arteria radialis
BMI.....	body mass index
CŽK.....	centrální žilní katétr
EGDS.....	esofagogastroduodenoskopie
GCS	glasgow coma scale
GIT	gastrointestinální trakt
ICHS	ischemická choroba srdeční
NMR.....	nukleární magnetická resonance (nuclear magnetic resonance)
PCI.....	perkutánní koronární intervence (percutaneous coronary intervention)
PEG.....	perkutánní endoskopická gastrostomie
PEJ.....	perkutánní endoskopická jejunostomie
PET	pozitronová emisní tomografie
PMK	permanentní močový katétr
PŽK.....	periferní žilní katétr
RIA	ramus interventricularis anterior
IM	infarkt myokardu
ST. P.	stav po


SEZNAM GRAFŮ

Graf č.1: Incidence zhoubného nádoru žaludku v krajích.....	20
Graf č 2: Vývoj incidence a mortality zhoubných novotvarů žaludku	20

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA 1	EDUKAČNÍ KARTA
PŘÍLOHA 2 a	OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA
PŘÍLOHA 3	POVOLENÍ SBĚRU DAT
PŘÍLOHA 4	GLASCOW COMA SCALE
PŘÍLOHA 5	BARTHEL TEST
PŘÍLOHA 6 a	HODNOCENÍ NUTRIČNÍHO RIZIKA
PŘÍLOHA 6b	DOPLŇUJÍCÍ NUTRIČNÍ VYŠETŘENÍ
PŘÍLOHA 7	NORTON SKÓRE
PŘÍLOHA 8	VAS
PŘÍLOHA 9	EDUKAČNÍ LETÁK
PŘÍLOHA 10	MASLOWOVA PYRAMIDA POTŘEB

Příloha 1 Edukační karta pacienta (FN Plzeň, 1. interní klinika)

 FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ Edvarda Benáde 13, 305 99 Plzeň - Bory ul. Svobody 50, 306 60 Plzeň - Lochotín IČO 00989988 tel.: 377 461 111, 377 103 111 015501 I.IK - 5A		Identifikační štítek List č.:	
Téma edukace		Kdo edukuje	
1. výživa 2. edukace diabetika 3. sebezpěče 4. medicace 5. pohybový režim 6. polohování	7. péče o stomii 8. péče o chronickou ránu 9. péče o invazivní vstupy 10. respirační terapie 11. příprava před výkonem 12. péče po výkonu	13. možnost péče v domácím prostředí 14. prevence TEN 15. prevence a šíření infekce 16. prevence pádu 17. manipulace s lůžkem 18. manipulace se signalizací	19. bolest 20. 21. 22. 23. 24.
Datum/hodina		Podpis (+ zn. A – F)	
<input type="checkbox"/> pacienta/ky <input type="checkbox"/> rodiny <input type="checkbox"/> doprovodu	Komunikační bariéra <input type="checkbox"/> smyslová <input type="checkbox"/> jazyková <input type="checkbox"/> psychická <input type="checkbox"/> jiná	Použité metody <input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik	A – všeobecná sestra B – porodní asistentka C – lékař D – fyzioterapeut E – nutriční terapeut F – zdravotnický asistent
<input type="checkbox"/> pacienta/ky <input type="checkbox"/> rodiny <input type="checkbox"/> doprovodu	<input type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	Podpis edukujícího Podpis edukovaného	
<input type="checkbox"/> pacienta/ky <input type="checkbox"/> rodiny <input type="checkbox"/> doprovodu	<input type="checkbox"/> smyslová <input type="checkbox"/> jazyková <input type="checkbox"/> psychická <input type="checkbox"/> jiná	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik	Podpis edukujícího Podpis edukovaného
<input type="checkbox"/> pacienta/ky <input type="checkbox"/> rodiny <input type="checkbox"/> doprovodu	<input type="checkbox"/> smyslová <input type="checkbox"/> jazyková <input type="checkbox"/> psychická <input type="checkbox"/> jiná	<input type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	Podpis edukujícího Podpis edukovaného
<input type="checkbox"/> pacienta/ky <input type="checkbox"/> rodiny <input type="checkbox"/> doprovodu	<input type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik	Podpis edukujícího Podpis edukovaného

Příloha 3

Vážená paní

Marta Veberová

Studentka oboru Všeobecná sestra

Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** sběr informací o léčebných metodách / ošetrovatelských postupech, používaných u pacientů 1. interní kliniky (1. IK) FN Plzeň. Vaše šetření budete provádět v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce práce s názvem „Ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem žaludku“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra 1. IK souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nesmí narušit chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření budete provádět za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
 - **Sběr informací pro Vaši bakalářskou práci budete provádět pod přímým vedením MUDr. Karla Balihara, lékaře 1. IK FN Plzeň.**
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, které budou uvedeny ve Vaší práci, musí být zcela anonymizovány.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete Zdravotnickému oddělení / klinice či Organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, jejich soukromí či pokud by spolupráci s Vámi zaměstnanci pocítovali jako újmu. Účast zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná.

Toto povolení také nezakládá povinnost vedoucích pracovníků Vám šetření umožnit, pokud by Vaše šetření narušovalo plnění Vašich pracovních povinností, či nevhodně zasahovalo do provozu ZOK.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

Příloha 4

Glasgow Coma Scale (GCS)- slouží ke kvantifikaci hloubky poruchy vědomí u dospělých

Otevření očí

spontánní	4
na výzvu	3
na bolestivý podnět	2
žádné	1

Vědomí – komunikace, kontakt, bdělost

orientován	5
dezorientován	4
zmatená, neodpovídající	
slovní reakce	3
nesrozumitelné zvuky	2
bez reakce	1

Motorická reakce na slovní výzvu, případně na bolestivý podnět

vyhoví správně výzvě	6
cílená reakce na bolest	5
necílená reakce na bolest	4
flekční reakce na bolest	3
extenční reakce na bolest	2
bez reakce	1

Maximum bodů: 15 = normální stav

8 = mez kritického stavu mozku

Minimum bodů: 3 = areflektorické kóma

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5804.pdf>

Barthelův test základních všedních činností – ADL



Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Hodnocení nutričního stavu



Hodnocení nutričního stavu

Jméno pacienta:

Datum:

Test provedl:

Nejdříve proveďte screening, dále postupujte dle jeho výsledku

Screening:

- A. Jíte méně v posledních 3 měsících?
(například pro menší chuť k jídlu, zažívací potíže, potíže s kousáním či polykáním)
0 - ano, výrazně méně
1 - ano, trochu méně
2 - ne, jím pořád stejně
- B. Zhubnul jste v posledních měsících? O kolik kilogramů?
0 - více než o 3 kg
1 - nevím
2 - úbytek mezi 1-3 kg
3 - žádný úbytek na váze
- C. Stav hybnosti
0 - upoutaný na lůžko nebo invalidní vozík
1 - schopen vstát, ale většinu dne tráví na lůžku či vozíku
2 - samostatně se pohybuje
- D. Prodělal jste v posledních 3 měsících nějaké akutní onemocnění nebo výrazný stres?
0 - ano
1 - ne
- E. Neuropsychologický stav pacienta
0 - deprese nebo těžká demence
1 - mírná a střední demence (pacient je schopen komunikovat, může být dezorientovaný, ale není agresivní či neklidný, v noci převážně spí)
3 - bez těchto problémů
- F. BMI – Body Mass Index
0 - BMI méně než 19
1 - BMI 19 až méně než 21
2 - BMI 21 až méně než 23
3 - BMI 23 či vyšší

Výsledek screeningu (maximální počet bodů 14)

12 bodů a více - PACIENT NENÍ OHROŽEN MALNUTRICÍ (není třeba pokračovat ve vyšetření)

11 bodů a méně - RIZIKO MALNUTRICE – (pokračujte ve vyšetření)

Doplňující vyšetření

- G. Žije samostatně v domácím prostředí (není nikde dlouhodobě umístěn či hospitalizován)
0 - ne
1 - ano
- H. Užívá více než tři druhy léků denně (dlouhodobá medikace)
0 - ano
1 - ne
- I. Dekubity či jiné výrazné kožní defekty
0 - ano
1 - ne
- J. Kolik plnohodnotných jídel sní pacient za den?
0 - jedno
1 - dvě





- 0 - tři
- H. Zhodnoťte následující indikátory příjmu proteinů
alespoň jedenkrát denně mléčný pokrm (mléko, sýr jogurt) ano - ne
alespoň dvakrát v týdnu vejce nebo luštěniny ano - ne
maso, ryba nebo drůbež každý den ano - ne
- 0 bodů - do jedné pozitivní odpovědi
0,5 bodu - při dvou pozitivních odpovědích
1 bod - při třech pozitivních odpovědích
- I. Jí pacient alespoň dvě porce čerstvé zeleniny nebo ovoce za týden?
0 - ne
1 - ano
- J. Kolik tekutin pacient vypije? (voda, džus, káva, čaj, mléko...)
0 - méně než tři šálky
0,5 - tři až pět šálků
1 - více než 5 šálků N. Jak pacient jí:
0 - musí být krmen, sám se nenají
1 - jí sám, ale s potížemi
2 - bez problémů sám
- O. Jak sám posuzuje svůj nutriční stav
0 - domnívá se, že je podvyživený
1 - neví
2 - domnívá se, že podvyživený není a potíže s výživou nemá
- P. Jak posuzuje pacient svůj zdravotní stav, když jej srovnává s většinou lidí svého věku?
0 - horší než většina vrstevníků
0,5 - neví
1 - asi tak stejný jako většina vrstevníků 2 - lepší
- Q. Střední obvod paže v centimetrech
0 - méně než 21 cm
0,5 - 21-22 cm
1 - 22 cm a více
- R. obvod lýtka
0 - méně než 31 cm
1 - 31 cm a více
- Výsledek doplňujícího vyšetření (maximální počet bodů 16)
Výsledky screeningu:
Výsledky doplňujícího vyšetření:
Celkové skóre: (max. 30 bodů)
HODNOCENÍ
24 a více bodů - není riziko malnutrice
17-23,5 bodů - z pohledu nutričního stavu se jedná o rizikového pacienta (je vhodné, aby sestra dohlédla na příjem a doporučila eventuálně sipping)
méně než 17 bodů - podvýživa (vhodná konzultace s lékařem)



Stupnice dle Nortonové

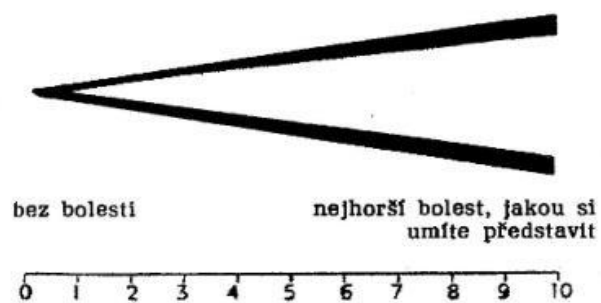
- slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů

Schopnost spolupráce	Věk		Stav pokožky		Každé další onemocnění	Fyzický stav		Stav vědomí		Aktivita		Pohyblivost			
úplná	4	< 10	4	normální	4	žádné	4	dobrý	4	dobrý	4	chodí	4	úplná	4
malá	3	< 30	3	alergie	3	DM, anemie	3	zhoršený	3	apatický	3	doprovod	3	částečně omezená	3
částečná	2	< 60	2	vlhká	2	kachexie, ucpávání tepen	2	špatný	2	zmatený	2	sedačka	2	velmi omezená	2
žádná	1	> 60	1	suchá	1	obezita, karcinom	1	velmi špatný	1	bezvědomí	1	leží	1	žádná	1

NEBEZPEČÍ DEKUBITŮ VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MÉNĚ

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5821.pdf>

4. škála
VISUAL ANALOGUE SCALE -
ČERNOBÍLÁ
(VAS-ČERNOBÍLÁ)
(VIZUÁLNÍ ANALOGO VÁ ŠKÁLA)



Vorlíček, Ševčík, 2000

7

Příloha 9:

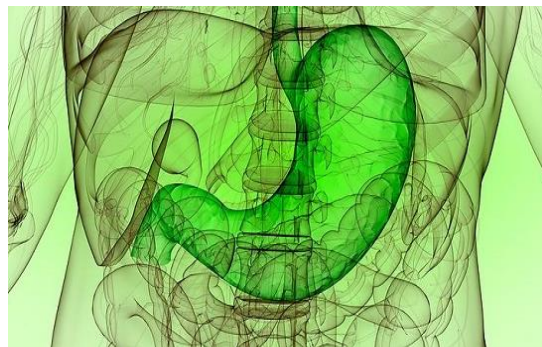
Co je karcinom žaludku a kdo je nejvíce ohrožen?

Karcinom žaludku je zhoubné nádorové onemocnění žaludeční sliznice. Jak se bude toto onemocnění vyvíjet je úzce spojeno s včasnou diagnostikou.

Patřím do rizikové skupiny?

Za jeden z nejzávažnějších kancerogenů se považuje infekce **Helicobacter pylori** (bakterie osidlující žaludeční sliznici). Nemocní trpící **dlouhodobou chronickou infekcí a tzv. atrofickou gastritidou mají 6x vyšší riziko vzniku** karcinomu žaludku.

Výskyt tohoto onemocnění je 2x častější u mužů.



Obrázek 2

Jaké jsou příznaky?

Nemocní v časných stádiích pocítují jen neurčité příznaky, provázející obvykle vředovou chorobu. Později se přidává **bolest v nadbříšku** související s příjmem potravy, **únava**, **úbytek na váze**, nechutenství, někdy odpor k masu.



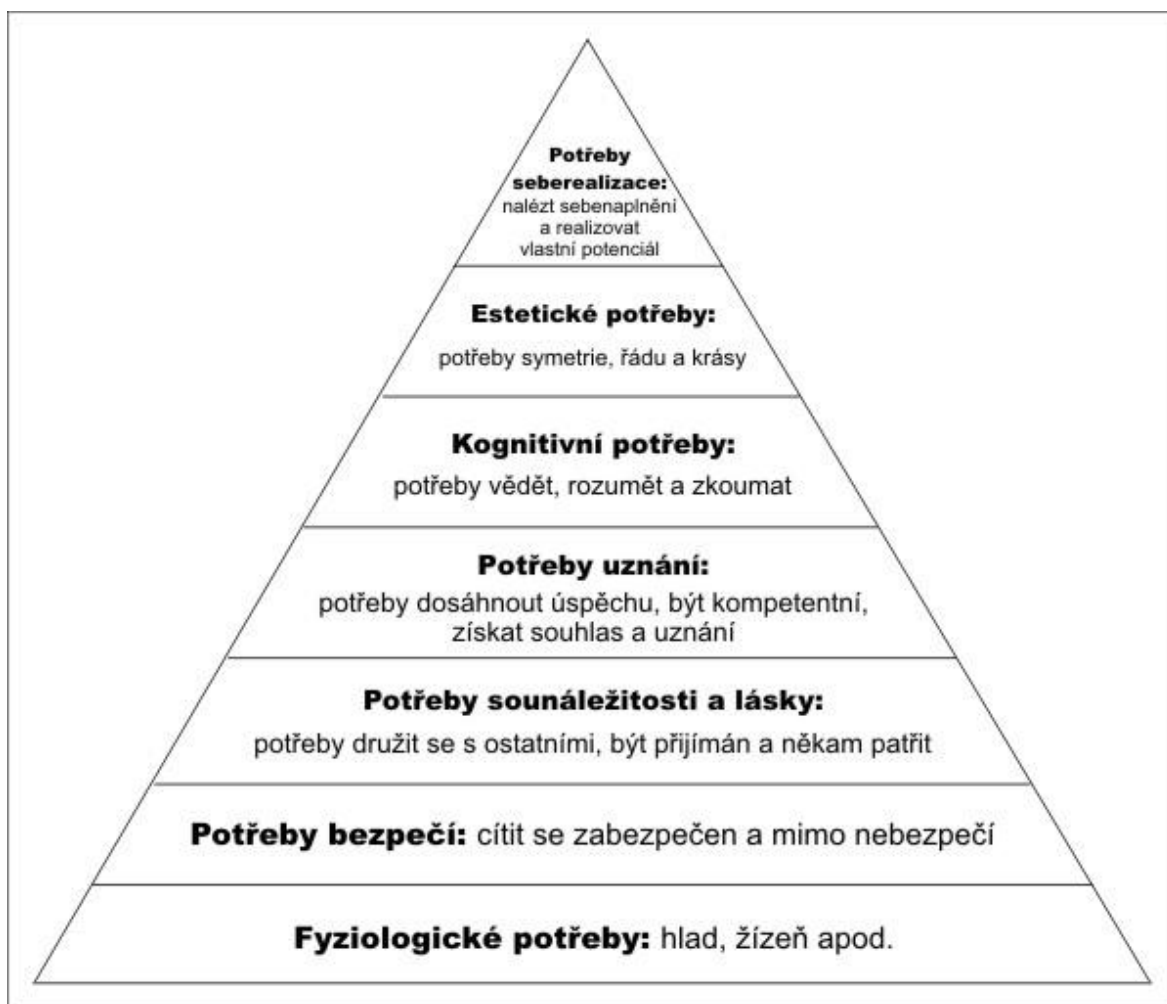
Obrázek 1

Co mohu ovlivnit?

- úprava potravin – pečením, uzením masa vznikají tzv. nitrosaminy, ty působí jako karcinogen
- konzervace potravin – konzervace solí
- příjem soli – omezte konzumaci uzenin, sušeného masa, jídel konzervovaných solí
- kouření – je rizikový faktor, nejen u karcinomu žaludku
- alkohol – zejména opakované dráždění sliznice destiláty, vede ke vzniku chronické gastritidy
- příjem vlákniny – vláknina na sebe váže škodlivé sloučeniny potravy a tím částečně brání vzájemnému působení se sliznicí
- dostatek vitaminů A, C – bohatý příjem čerstvé ovoce a zeleniny snižuje riziko rakoviny o 30-50%

Zdroj: Vlastní

PŘÍLOHA 10:



ZDROJ: <http://www.filosofie-uspechu.cz/maslowova-pyramida-lidskych-potreb/>