

ZÁPADO ČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

BAKALÁ ŔSKÁ PRÁCE

2013

Karolína Böhmová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
Studijní program: Ošetřovatelství B 5341

Karolína Böhmová

Studijní obor: Všeobecná sestra – kombinovaná forma 5341R009

**Ošetřovatelská péče o nemocného s karcinomem
pankreatu v domácím prostředí**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Soňa Loudová

PLZE 2013

Prohlášení:

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

í í í í í í í í í í ..

V Plzni dne 14.3.2013

vlastnoruční podpis

Pod kování:

Ráda bych pod kovala vedoucí práce Mgr. Son Loudové za odborné vedení mé práce, vst ícnost, p ípomínky a cenné rady p í zpracovávání bakalá ské práce. Také bych ráda pod kovala mému klientovi za spolupráci, trp livost a vst ícnost v jeho nejt flím flivotním období.

OBSAH:

ÚVOD.....	9
1 TEORETICKÁ ČÁST	10
1.1 Pankreas ó po staletí tajemný orgán.....	10
1.2 Karcinom pankreatu.....	10
1.3 Příznaky	11
1.4 Dělění maligních nádorů pankreatu/dle WHO/	11
1.5 Lokalizace.....	12
1.6 Příznaky.....	12
1.7 Diagnostika.....	13
1.7.1 TNM klasifikace.....	14
1.8 Léčba	14
1.8.1 Endoskopická léčba.....	14
1.8.2 Chirurgická léčba	14
1.8.3 Onkologická léčba.....	15
1.9 Ošetřovatelská péče.....	15
1.9.1 Model Virginia Henderson a Teorie základní ošetřovatelské péče.....	16
1.10 Bolest.....	22
1.10.1 Farmakoterapie nádorové bolesti	23
1.11 Umírání a smrt	24
1.11.1 Jednotlivé fáze v prožívání těžké nemoci (Elizabeth Küblerová a Ross, 1992)	25
1.12 Domácí péče	26
2 PRAKTICKÁ ČÁST	28
2.1 Anamnéza.....	28
2.2 Informace o přijmu a hospitalizaci pacienta:.....	29
2.3 Akceptace nemoci	30
2.4 Zpracování dat dle modelu Virginie Handerson.....	31
2.5 Ošetřovatelské diagnózy	35
2.6 Edukační plán	43
2.6.1 Edukace nemocného v péči o epidurální katétr a aplikaci léků do epidurálního prostoru za využití rozhovoru, diskuze a praktické ukázky.....	44

2.6.2 Edukace nemocného o v ý f l i v p í n á d o r o v é m o n e m o c n í p a n k r e a t u z a využití rozhovoru, diskuse a informa ní broflury..	45
3 DISKUZE.....	46
4 Z Á V R.....	50
SEZNAM ZKRATEK	
SEZNAM POUÍITÝCH ZDROJ	
SEZNAM P Í L O H	

ANOTACE

Příjmení a jméno: Böhmová Karolína

Katedra: Ošetřovatelská péče o porodní asistenci

Název práce: Ošetřovatelská péče o nemocného s karcinomem pankreatu v domácím prostředí

Vedoucí práce: Mgr. Sošalová a Loudová

Počet stran: úslované 50

Počet stran: neúslované 15

Počet příloh: 11

Počet citované literatury: 25

Klíčová slova: karcinom pankreatu, ošetřovatelská péče, domácí péče, léčba bolesti, smrt

Souhrn:

V bakalářské práci se vnují ošetřovatelské péči o nemocného s maligním onemocněním pankreatu v domácím prostředí. Je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části blíže specifikují samotné onemocnění. Stručně popisují anatomii pankreatu. Definiují pojem solidní adenokarcinom pankreatu. Zabývám se klinickým obrazem, příčinou a léčbou nemoci. Dále se vnují ošetřovatelské péči, léčba bolesti, domácí péče a v neposlední řadě umírání a smrti.

V praktické části je jifl samotná kazuistika, zaměřená na bio-psycho-sociální potřeby, jejíf součástí je ošetřovatelský proces a edukační plán.

ANNOTATION

Surname and name: Böhmová Karolína

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Medical home care for pancreatic cancer patients

Konsultant: Mgr. Loudová Soňa

Number of pages: numbered 50

Number of pages: nonnumbered 15

Number of appendices: 11

Number of literature items used: 25

Key words: pancreatic cancer, nursing care, home care, therapy of pain, death

Summary:

The bachelor's assessment is dedicated to home nursing of the patient suffering with pancreatic cancer. It is divided into two parts – theoretical and practical one. The theoretical part deals with illness (disease) itself. Anatomy of the pancreas is briefly described and the notion of solid adenocarcinoma of pancreas is defined. There are described clinical symptoms, cause and treatment of the illness. The nursing, pain relief treatment, home care and last but not least dying and death are dealt further. The practical part deals with the Casuistry itself focused on bio-psycho-social needs, which includes nursing process and the educational plan.

ÚVOD

Miroslav Zavoral ve své knize uvádí: *„Zhoubné novotvary slinivky břišní zůstávají přes ohromný pokrok v poznání molekulárně biologických procesů i v astných jejich patogeneze a navzdory novým diagnostickým možnostem nejobávanější chorobou v oboru gastroenterologie i v oboru samotné onkologie. Naznačují skepse odrážející nemohoucnost moderní medicíny v léčbě tohoto onemocnění, která je v naprosté většině spojena s infaustní prognózou nemocných.“* (1.s.21)

Onemocnění jako v dnešním oboru v tomto případě nachází naprosto nenahraditelné uplatnění. Neboť kde nedostačí síly klasické medicíny, tam pomáhá především teplo lidského pochopení, pohlazení rukou, slovem i vlastní přítomností.

Pro mou bakalářskou práci jsem si vybrala téma šesti let ovatelská péče o nemocného s karcinomem pankreatu v domácím prostředí.

Vedle mě k tomu především osobní zkušenost. V domácím prostředí jsem se starala o nemocného v terminálním stádiu tohoto zhoubného onemocnění a měla jsem možnost získat zkušenosti v péči o takto nemocného. Prošli jsme společně nelehkou, dalekou cestou bez možnosti návratu, cestou na jejímž konci nejsou pozitivní nebo je to všechno trochu jinak? Lze najít alespoň trochu klidu v bezbolestném, důstojném umírání v přítomnosti blízkých? Tato práce by měla být pro mnohé odpovědí.

Incidence onemocnění v České republice neustále stoupá. O vlastní choroby se zmíní uji v teoretické části.

V praktické části mé práce se vyznačí samotné kazuistice, jejíž součástí je především zajištění bio - psycho- sociálních potřeb nemocného.

Jednalo se o nemocného, kterému byl diagnostikován inoperabilní adenokarcinom pankreatu a trpěl postupně narůstajícími krutými bolestmi. Z tohoto důvodu měl zavedený epidurální katétr pro dlouhodobou analgezii. Vzhledem k prognóze a nemožnosti operativního řešení byl propuštěn do domácí péče.

Motto: „Být nemocen, to je událost, která se týká celého člověka. Protože nemůže být pochopena jen z důležitých diagnostických nálezů.“

W.Ninow

1 TEORETICKÁ ÁST

1.1 Pankreas Ě po staletí tajemný orgán

Julius Třiák ve své knize uvádí: *šfiádny jiny významný orgán neunikl podrobnému prozkoumání tak dlouho jako pankreas. I jeho název prod lal v pr b hu staletí adu zm n. Nazýval se b i-ní i flalude ní flázou, malým flaludkem a ekové jej ozna ovali názvem, který by bylo mořné p ibliřn p elofit jako krásná d e .õ(2.s.15)(P íloha .1)*

Pankreas je velikosti zhruba cca 13 x 7 x 2 ó 3cm. Za íná -ir-í hlavou (caput), pokračuje -tíhlej-ím t lem (corpus) a kon í úzkým ocasem (cauda). Hlava se nachází v duodenálním oknu, t lo se klade p ed páte L2, ocas dosahuje k hilu sleziny. Zevn sekretorická ást produkuje pankreatickou - ávu, která má alkalickou reakci a obsahuje enzymy -t pící cukry (amylázy), bílkoviny (proteázy, trypsin) a tuky (lipázy). Pankreatickou - ávu odvádí do duodena ductus pancreaticus Wirsungi ústící spolu s choledochem na papilla Vateri, zpravidla je p ítomen i men-í ductus pancreaticus accessorius Santorini ústící na papilla duodeni minor pon kud oráln ji. Endokrinní funkce je soust ed na do tzv. Langerhansových ostr vk , kterých je asi jeden milión a jsou rozesety v celém pankreatu. Produkují hormony, které ovliv ují metabolismus cukr (insulinu a glukagonu), sekreci flalude níh - áv (gastrinu) a motilitu st evní (vasoaktivní intestinální polypeptid, VIP).(3)

1.2 Karcinom pankreatu

Pankreas, jak uřl jsem se zmínila, je flázou s funkcí endokrinní i exokrinní. Miroslav Zavoral ve své knize uvádí: *šPojmem karcinom pankreatu ozna ujeme výhradn tumory vycházející z exokrinních struktur slinivky b i-ní. V naprosté v t-in p ípad se jedná o solidní adenokarcinom, cystické tumory p edstavují mén neřl 5% diagnostikovaných novotvar .õ(1.s.21)(P íloha .2)*

Neustále nar stá incidence a vyniká vysokou mortalitou i p es v asnou diagnostiku a up esn ní typu nádoru. Postihuje ást ji muřle neřl fleny. V posledních letech se z hlediska úmrtnosti adí na tvrté místo (po bronchogenním karcinomu, kolorektálním karcinomu a karcinomu prsu). Od stanovení diagnózy se p ti let dořřívají pouze ty i

procenta nemocných. Většina nemocných umírá do jednoho roka. Onemocnění je velmi často klinicky dlouho asymptomatické, nebo jsou symptomy nenápadné, které nezbudí pozornost nemocného ani jeho ošetřujícího lékaře. Zhoubné novotvary se výrazně zvětují a tím i často metastazují. Takové nádory mají nejhorší prognózu.(4)

1.3 Příčiny

Příčiny mohou být vyvolány faktory vnějšího i vnitřního prostředí. V případě vnějšího prostředí je nejsilnějším a zároveň nejsnadněji ovlivnitelným rizikovým faktorem kouření. Zplodiny tabákového kouře mají vysoký karcinogenní efekt. Druhým nejsilnějším faktorem je věk. Ve věku do 30 let se téměř nevyskytuje, poté jeho incidence prudce stoupá. Mezi další patří alkohol, jako známý spouštěč chronické pankreatitidy, která je uznávána jako rizikový faktor pro vznik malignity. Dietetické faktory, kde vysokoenergetická strava a nadměrný příjem masa /cholesterolu/ včetně smažených pokrmů může mít vliv na vznik karcinomu pankreatu. S tím je úzce spjata obezita. Disponuje k inzulínové rezistenci a přispívá ke vzniku tumorů. Naopak zelenina, ovoce, vitamín C, antioxidanty brání vzniku karcinomu.

Mezi faktory vnitřního prostředí nejčastěji adáme chronickou a hereditární pankreatitidu, diabetes mellitus, stav po gastrektomii, cholelitiázu, cholecystektomii a v neposlední řadě familiární zátěž.(4)

1.4 Definice maligních nádorů pankreatu/dle WHO/

Dysplazie určitého stupně / karcinom in situ/

Duktální adenokarcinom

- *karcinom z buněk pevného prstenu*
- *adenoskvamózní karcinom*
- *pleomorfní (nediferencovaný, anaplastický) karcinom*
- *karcinom z obrovských mnohjaderných buněk*
- *mucinózní necystický karcinom*
- *smíšený karcinom z duktálních a endokrinních buněk*

Serózní cystadenokarcinom

Mucinózní cystadenokarcinom

- *neinvazivní varianta*
- *invazivní varianta*

Intraduktální papilární mucinózní karcinom

- *neinvazivní varianta*
- *invazivní varianta*

Solidní pseudopapilární karcinom

Karcinom z acinózních buněk

- *cystadenokarcinom z acinózních buněk*
- *smíšený karcinom z acinózních a endokrinních buněk*

Pankreatoblastom

Ostatní nádory (5)

1.5 Lokalizace

Vyskytuje se především u starších nemocných (60 a 80let) a jen zřídka u osob mladších 40 let. Může být lokalizován ve všech částech slinivky břišní. Naprosto ojediněle postihuje difúzně celý pankreas. Karcinom hlavy pankreatu lze lehce zamítnout s karcinomem vycházejícím ze žlučového systému. Karcinom v těle nebo v kaudě pankreatu může dorazit velkých rozměrů. Většinou prorůstá do cév, duodena, žaludku a tenkého střeva. Metastazuje především do regionálních mízních uzlin a do jater. Klinický obraz onemocnění je ovlivněn prorůstáním do přilehlých struktur.(1)

1.6 Příznaky

Klinické projevy souvisejí s umístěním a šířením ve vlastním orgánu a okolí.(6) Anatomické souvislosti jsou znázorněny. (Příloha 3)

Miroslav Zavoral uvádí: *„Karcinom v hlavě pankreatu se projevuje triádou příznaků: bolestí, hubnutím a progredujícím ikterem.“*(1.s.385)

V asných stádiích jsou potíže velmi chudé a mohou trvat i několik měsíců. S postupující infiltrací peritoneálních orgánů nastupuje anorexie, ztráta hmotnosti, ikterus a stále narůstající bolesti v epigastriu. Bolest je zpočátku tupá, postupně se zvtuňuje a stává se krutou a zcela nesnesitelnou. Ikterus je způsoben útlakem žlučových cest samotným karcinomem. Obstrukční ikterus nacházíme až u 50% nemocných. U čtvrtiny nemocných hmatáme v dutině břišní hmatnou a často poměrně objemnou rezistenci jifi v době stanovení diagnózy. Příznaky diabetes mellitus se objevují u 20-40% nemocných v tětinou ve formě poruchy glukózové tolerance.(1)

1.7 Diagnostika

Neustálý rozvoj přesnějších vyšetřovacích metod přináší v diagnostice nádoru pankreatu nové možnosti. V praxi je důležité rychle provést anamnézu, fyzikální vyšetření, biochemické vyšetření včetně glykemické křivky a endoskopii horní části trávicí trubice. Pokud není stále vyloučeno podezření na nádorové onemocnění pankreatu, je nezbytné nemocného vyšetřit dalšími specializovanými metodami.(1)

Miroslav Zavoral uvádí: *ŠPro diagnostiku karcinomu pankreatu se doporučuje následující diagnostický algoritmus.*(1 s.129)

abdominální USG /ultrazvuk/

- 1) *spirální CT /pořadová tomografie/*
- 2) *jestliže je negativní, EUS /endoskopická ultrasonografie/*
- 3) *jestliže je negativní, je možné doplnit funkční vyšetření pankreatu k vyloučení chronické pankreatitidy (MRCP po stimulaci sekretinem)*
- 4) *ERCP /Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie/*

Tento postup správně vyloučí onemocnění pankreatu v 88% a zjistí karcinom pankreatu v 89%.

Mezi relativně nové diagnostické metody patří pozitronová emisní tomografie (PET). Senzitivita a specifita těchto vyšetření je kolem 93% (pro detekci maligního onemocnění).(1)

Úkolem zobrazovacích metod je tumor v pankreatu identifikovat, charakterizovat jeho povahu a poskytnout informace potřebné pro terapii. Před výběrem adekvátního

zpřesnění by je třeba znát TNM klasifikaci, jeho vztah k okolím, cévám, žlučovým cestám a trávicí trubici.(7)

1.7.1 TNM klasifikace

Miroslav Zavoral uvádí: *ŠT (tumor), N (nody), M (metastasi) klasifikace je standardizována pro potřeby mezinárodního srovnávání a je doporučena pro používání a sběr epidemiologických dat i v České republice.* (1 s.151)

Klasifikace se používá pouze pro karcinomy exokrinní části pankreatu. Diagnóza by měla být histologicky nebo cytologicky ověřena.

Nádory jsou děleny do anatomických sublokalizací: hlava pankreatu (C25.0), tělo pankreatu (C25.1), kauda pankreatu (C25.2). Nádory hlavy pankreatu vycházejí napravo od levého okraje vena mesenterica superior, processus uncinatus se považuje za součást hlavy pankreatu. Nádory těla pankreatu jsou ty, které leží mezi levým okrajem vena mesenterica superior a levým okrajem aorty. Nádory kaudy pankreatu jsou definovány polohou mezi levým okrajem aorty a hilem sleziny.(7)

1.8 Léčba

šAlgoritmus léčby karcinomu pankreatu. (1.s.267)(Příloha 4)

1.8.1 Endoskopická léčba

Vzhledem k často pozdní diagnóze karcinomu pankreatu zůstává endoskopická paliativní terapie často jedinou možností, jak zvládnout jinak obtížné problémy spojené s tímto závažným onemocněním.

Jedním z důvodů pro endoskopickou paliativní léčbu je obstrukční ikterus, který doprovází až 70% onemocnění. Také každý nemocný, u kterého je proveden důkladný předoperační staging a je u něj vyloučena chirurgická léčba, je vhodným adeptem pro endoskopickou paliativní léčbu.

Biliární drenáž je možné zajistit pomocí stentu zavedeného při ERCP nebo zevní perkutánní cestou PTC. Typ, počet a délka endoprotézy, závisí na jednotlivém lokálním

nálezu. Volba plastického i kovového stentu závisí na zvyklostech a zkušenostech pracovníků. (1)(Příloha 5)

1.8.2 Chirurgická léčba

Nejvýše nad je pro nemocné je radikálně provedený chirurgický výkon. Operabilita karcinomu slinivky břišní musí být zhodnocena gastroenterologickým týmem společně s radiologem, břišním chirurgem, klinickým onkologem a radioterapeutem. Adenokarcinom s prorůstáním do okolních orgánů a vzdálenými metastázami je neoperabilní. Nemocné s izolovaným postižením pankreatu lze obvykle léčit pankreatikoduodenoektomií. U nemocných s obstrukčním ikterem je nutné primárně řešit biliární neprůchodnost a teprve poté provést operaci. *Za standardní chirurgický resekční výkon je považována proximální pankreatikoduodenoektomie. Indikací k provedení je tumor menší než 5cm při nepřítomnosti prorůstání do vena portae a vena mesenterica superior, uzlin (N3) a vzdálených metastáz (M1).* (1)(Příloha 6)

1.8.3 Onkologická léčba

Nemocní s lokálně pokročilým, inoperabilním karcinomem mohou být léčeni kombinací chemoterapie a radioterapie. Za standardní režim se považuje kombinace záření s cytostatikem 5-fluorouracilem. Lék je podáván formou kontinuální infuze po celou dobu záření. Problémem naší země je špatná dostupnost radioterapie, proto se u některých nemocných nemusí dostat k této léčebné modalitě ve správném čase. (7)

1.9 Ošetřovatelská péče

Jak už jsem se v úvodu zmínila, ošetřovatelská péče o nemocného s karcinomem pankreatu nachází nepostradatelné uplatnění. Základy ošetřovatelství položila v roce 1859 Florence Nightingale ve své práci *Poznámky o ošetřovatelství*. Ošetřovatelství a medicína jsou velmi úzce spjaté. Rychlý rozvoj medicíny ovlivnil práci sester natolik, že se jejich pozornost a schopnosti zaměřily na zvládnutí složitých diagnostických a léčebných postupů a z ryze ošetřovatelského hlediska se vytratila podstata samotného

jedince a jeho individuálních potřeb. Sestry si tento deficit uvědomovaly a do své klinické praxe začaly prosazovat způsoby, které jim umožňují zachovat rovnováhu mezi technikou a potřebami člověka. Sestra tímto krokem povýšila svou roli jako šlechtičny práv pacienta v individuálním přístupu k pacientovým potřebám a zachování důstojnosti a kvality života., tedy základních etických principů. (8)

Ošetřovatelská péče má respektovat biologické, psychologické, sociální a duchovní potřeby člověka. Právě proto by měla sestra respektovat a uznávat každou lidskou bytost a chápat člověka v holistickém pojetí, podporovat a udržovat jeho zdraví. Holismus je hlavní filozofie ošetřovatelství. Nikdy nezapomínáme, že je důležité, aby nemocný spolurozhodoval o své péči. (9)

Kvalitu ošetřovatelské péče netvoří jen vlastní ošetřovatelské výkony, ale především chování a jednání sestry, která výkony provádí. Díky tomu může na nemocného velmi pozitivně působit a tím urychlovat samotné léčení. Nevhodné chování může naopak nemocného poškodit jak psychicky tak i fyzicky. Pro svého klienta jsem si vybrala model podle Virginie Henderson, která se zaměřuje více na fyziologické než psychosociální hodnoty. (8)

1.9.1 Model Virginia Henderson – Teorie základní ošetřovatelské péče

Slavomíra Pavlíková přibližuje: *Šlo o Virginii Henderson se hovoří jako o Florence Nightingale 20. století. Její teorie základní ošetřovatelské péče bývá často označována jako suplementární nebo komplementární model a její definice funkce sestry jako definice ošetřovatelství.* (9.s.51)

Virginie Henderson se zaměřuje více na fyziologické než psychosociální potřeby. Eva Trachtová a kol. uvádí: *„Fyziologické potřeby se objevují při narušení homeostázy a vyjadřují tak potřeby organismu, slouží k přežití. Jedinec dělá v tichou věchno proto, aby uspokojil fyziologické potřeby, dříve než se stanou aktuálními a dodržováním denního rytmu v uspokojování výživy, pohybu, vyprazdňování, spánku, kyslíku, sexuální potřeby.* (10.s.14)

Každý člověk má základní potřeby, které jsou ovlivněny především vlastní osobností a kulturou. Pokud je jedinec soběstačný a nezávislý, pak může plnohodnotný život.

V případě, že tomu tak není, dochází k rozdílnému stupni porušení nezávislosti, k projevu nespokojených potřeb, což je vztínou spojené s porušením zdraví.(10)

Ošetřovatelská péče má být individualizovaná, má respektovat jedinečnost každého člověka a jeho potřeb. Má brát v úvahu a respektovat nejen tělesné a intelektuální schopnosti člověka, ale i temperament, emocionální stav, sociální a kulturní status jedince. Odlišnost kultury a motivace mohou ovlivnit lidské potřeby tak, že některé potřeby jsou u některých jedinců silnější a mají větší význam.(8)

Teorie Hendersonové je srozumitelná, lehce pochopitelná a především praktická. Trináct oblastí ošetřovatelské péče se mohou použít jako pomůcka při posuzování potřeb ošetřovatelské péče a následně zpracování vhodného ošetřovatelského procesu.(8)

Jedná se o následující potřeby:

- 1) normální dýchání,
- 2) dostatečný příjem potravin a tekutin,
- 3) vylučování,
- 4) pohyb a udržování vhodné polohy,
- 5) spánek a odpočinek,
- 6) vhodné oblečení, oblékání a svlékání,
- 7) udržování fyziologické tělesné teploty,
- 8) udržování upravenosti a čistoty těla,
- 9) odstranění rizik z životního prostředí a zabránění vzniku poškození sebe i druhých,
- 10) komunikace s jinými osobami, vyjádření emocí, potřeb, obav, názorů.
- 11) vyznávání vlastní víry
- 12) smysluplná práce,
- 13) hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace,
- 14) učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení

Slavomíra Pavlíková přibližuje: *Uvedené potřeby jsou vlastní všem lidem, jsou ovlivňované kulturou a individualitou každého jedince v oblasti biologické (1-9), psychické (10,14), sociální (12,13) i spirituální (11) a uspokojované jsou nejrozličnějšími způsoby života, z nichž ani dva nejsou stejné.* (9.s.47)

1) Normální dýchání

Dýchání patří mezi základní fyziologické funkce. Bez kyslíku bychom nemohli být maximálně tři minuty. Z toho vyplývá, že bez přísunu kyslíku ze vzduchu nedochází k oxyslování buněk v celém těle a tím posléze dojde k jejich zániku. Bez dýchání nelze existovat. Při sníženém přísunu kyslíku jsme ohroženi na život. Neuspokojení této potřeby má ve výsledku dramatický průběh. Objevuje se především výrazná úzkost a strach ze smrti.(11)

Eva Trachtová a kol. ve své knize uvádí: *Normální dýchání je plovákové dýcháním hrudním (kostálním), částečně dýcháním břišním (abdominálním) za pomoci bránice. Dýchání se provádí v zádech úst, dýchací pohyby jsou stejnoměrné, pravidelné, hluboké a pomalé.* (10.s.111)

2) Dostatečný příjem potravin a tekutin

Výživa je biologickou, primární potřebou člověka. Velkou měrou se podílí na vzniku, průběhu a léčbě mnoha onemocnění. Přesto se dnes často setkáváme s adou stravovacích zlovyků, zejména co se týká složení stravy, jejího množství, vyváženosti a biologické hodnoty. Jídlo a tekutiny neuspokojují pouze žaludek. Ovlivňují duševní pohodu a spokojenost každého jedince. Příjemná strava musí obsahovat vyvážené množství bílkovin (bílkoviny, cukry, tuky), minerály, vitamíny).(10)

Hodnocení stavu výživy je prvním krokem v řešení poruch výživy. Posouzení stavu výživy provádíme orientačně pohledem a při fyzikálním vyšetření jedince. Věnujeme si celkovému vzhledu a klinickým příznakům, které mohou signalizovat poruchy výživy (stav nehtů a vlasů, sliznic, kůže, vyšetření trávicího systému a celkové vitality nemocného. Pomocí hmotnostního indexu body mass index (BMI) se posuzuje, zda je hmotnost příjemná výše.(12)

3) Vyprázdnění

Vyprázdnění močové a stolice patří mezi další fyziologické potřeby člověka. Jedná se o základní proces látkové výměny. Pravidelné a příjemné uspokojování potřeby vyprázdnění zajišťuje homeostázu v organismu. Defekace je odstranění stolice z rektu

a anu. Frekvence a množství je individuální. Po vyprázdnění přichází příjemný pocit uspokojení. K vykonání této potřeby je důležité zachovat intimitu nemocného, zvláště u ležících dlouhodobě upoutaných na lůžku. Mikce je vyprázdnění močového měchýře.(11)

4) Pohyb a udržování vhodné polohy

Eva Trachtová a kol. uvádí: *ŠKomenský přirovnával život k ohni a pohyb ke vzduchu. Bez vzduchu ohně jen slabě plápolá a nebohý, bez pohybu člověk neřije, ale žije.* (10.s.35)

Přiměřená pohybová aktivita a fyzická kondice mají pro tělo nkolikanásobný význam. Zlepšují zdravotní stav, chrání před nemocemi, zvyšují výkonnost orgánů, zlepšují duševní zdraví, navozují pozitivní emoce a prodlužují délku života. Vedle ostatních biologických potřeb má každý člověk i jiné nároky na kvantitu pohybové aktivity a způsob, jak potřebu uspokojit. Pohyb je život. Pokud je omezen nebo zcela chybí, tak člověk duševně strádá. Poloha, kterou nemocný zaujímá vychází z jeho celkového stavu. Zdravý člověk nebo nemocný s méně závažným onemocněním flexivně aktivně mění svoji polohu. U nemocných s postižením pohybového systému i zesláblých v rámci svého primárního onemocnění dochází ke snížení svalového tonu. Nemocní většinou leží v jedné poloze a svoji polohu nemění. Všechny orgánové systémy reagují na ztrátu pohybové aktivity. Fyziologickou odpovědí na dlouhodobé upoutání na lůžko je imobilizační syndrom.(10)

5) Spánek a odpočinek

Spánek a odpočinek je nepostradatelný pro zachování a udržení tělesného a duševního zdraví. Spánek má pro organismus především ochranný a regenerační význam. Pravidelný spánek je důležitý pro normální funkci centrálního nervového systému. Problémy se spánkem máme mezi nejčastěji stížnostmi nemocných. Důležitou úlohu v ošetřovatelské péči je zajistit dostatek spánku a nerušeného spánku.(11)

6) Vhodné oblečení, oblékání a svlékání

Hodnocení soběstačnosti v oblasti oblékání a svlékání je součástí základního vyšetření, které sestru provádí. Oblékání je individuální záležitost každého jedince a tvoří jeho image. Je také ovlivněno mnoha faktory, jako je profese, sociální prestiž a v neposlední řadě finanční dostupnost.(10)

7) Udržování fyziologické tělesné teploty

Tělesná teplota je označení pro přirozenou teplotu daného organismu, za které dochází k jeho obvyklému fungování. Centrum pro měření tělesné teploty je uloženo v mozku. Pokud dojde ke zvýšení tělesné teploty nad fyziologickou mez, jedná se v těle o příznak pokračujícího onemocnění, vliv patologického procesu v těle a působení faktorů, které teplotu ovlivňují.(11)

8) Udržování upravenosti a čistoty těla

Potřeba čistoty, hygieny a upravenosti je základní biologická potřeba. Vytváří se od nejútlejšího věku. Potřeba hygieny je však rozdílná. Je naprosto individuální, ovlivněna rodinnými, sociálními a kulturními faktory. Záleží na každém jedinci, co považuje za dostačující v oblasti hygieny a upravenosti či naopak. Čistota těla a upravený zevněšek jsou důležitou součástí sebekoncepcí člověka. Pokud je jedinec upravený, bývá to výrazem duševní pohody a spokojenosti, naopak neupravenost a nezáměr o svůj zevněšek může svědčit o narušené sebekoncepci.(10)

9) Odstranění rizik ze životního prostředí a zabrazení vzniku poškození sebe i druhých

Rizikové prostředí může velmi negativně působit na vznik samotného onemocnění.

10) Komunikace s jinými osobami, vyjádření emocí, potřeb, obav, názorů

Komunikace je definována jako sdělování informací prostřednictvím signálů a prostředků: ústně, písemně, gesty a neverbálním chováním. Mezilidská komunikace patří mezi naše základní potřeby. Komunikace by měla být především kultivovaná

a soudržná v celé řadě i projevů. Důležitá je nejen vstřícnost, otevřenost a příjemné vystupování, ale také asertivita, ochota přiznat chybu a předcházet konfliktům. Chyby v komunikaci jsou velmi časté, přestože vedou ke ztrátě v rozhodnosti zdravotnického personálu a poškození dobrého jména. Dorozumívání je nevyhnutelným předpokladem ke spolupráci. Ošetřovatelskou péči nelze efektivně poskytnout bez správně vedené komunikace. Komunikaci dělíme na verbální – sdělování informací pomocí slov a neverbální – předávání informací beze slov.(13)

Mezi kritéria úspěšné komunikace patří

vhodné nasazení – sdělování informací nasazujeme, tak, abychom měli dostatek času, klidu a soukromí,

- jednoduchost – mluvíme jasně, v přímém hovoru se ujistíme, že nám nemocný rozumí,
- strpenost – mluvíme pokud možno stručně, dáme prostor na dotazy nemocnému,
- zřetelnost – sdělujeme podstatné informace
- přizpůsobivost – hovor přizpůsobíme reakcím nemocného(14)
-

11) Vyznávání vlastní víry

adíme mezi spirituální potřeby. Vnitřní sílu, odvahu a lásku nepotřebují jen vyznavaři různých náboženských vyznání, ale kdokoli z nás. Pokud je nemocný v úzkosti, tak mu umožňme kontakt s knězem z jeho církve. Kněží i kazatelé bývají velmi často dobrými psychology. Často jsou schopni poradit a pomoci nemocnému i jinak. Naopak nevěřícím v jejich psychických potížích srovnatelně mohou pomoci právě duchovní neř kdokoli jiný. Především nasloucháním a moudrou radou. Duchovní je navíc schopen jim vysvětlit mnoho skrytých otázek, které tají před svými nejbližšími.(10)

Miroslava Halová ve své knize píše: *š Teprve od okamžiku, kdy znáte bezpečně jeho potřeby a strádání také v oblasti duševní a duchovní, můžete s klidem a s dobrou spoluprací nemocného začít pomáhat i na jeho tělu.* (15.s.11)

12) Smysluplná práce

Potřeba práce a seberealizace vystupuje jako potřeba realizovat své schopnosti a zájmy. Každý člověk má potřebu někým být a vykonávat nějakou činnost. Musí sám u sebe nacházet z práce uspokojení a být přesvědčen, že svou činností dělá dobře. Pokud se jedinec ocitne v roli nemocného ztrácí možnost seberealizace a stává se do určité míry závislý na pomoci ostatních. Jeho zájmy se najednou podstatně mění. Jsou zcela ovlivněny zdravotním stavem.(10)

13) Hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace

Odpočinek a rekreace jsou nezbytnou součástí každodenního života. Abychom mohli kvalitně vykonávat veškeré činnosti v každodenním životě, je nutné v pravidelných intervalech odpočívat. Předcházíme tím mnoha zdravotním problémům a ve své zdravotnické profesi syndromu vyhoření.(10)

14) Učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a vyuffívání dostupných zdravotnických zařízení

1.10 Bolest

Eva Trachtová a kol. uvádí: *„Bolest je stará jako lidstvo samo. Ve starých pramenech čínských, indických a babylonských a písemných památkách ze starého ecká a čína máme najít zprávy o různých formách lidské bolesti a o prostředcích proti ní. Bolest je známá každému, je atributem lidského bytí, kazí radost ze života a dosáhne-li určité intenzity, mění sama lidský život zničit.“*(10.s.125)

Definice bolesti dle WHO: *„Bolest je nepřítomná senzorycká a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání, nebo je popisována výrazy takového poškození...Bolest je vždy subjektivní.“*(10.s.125)

Bolest je účelná jen do určité míry. Jako varovný signál, který nás upozoruje, že není nic v pořádku. Má však význam jen tam kde její intenzita nepřekročí míru

tolerance. Nádorová bolest je jednou z triády příznaků karcinomu pankreatu. V počátku je tupá, postupně se zvlátnuje a v závěru se stává krutou a nesnesitelnou.

Výsledky některých studií ukazují, že asi 70% nemocných připouští možnost sebevraždy v okamžiku, kdy se bolest stane nesnesitelnou. Současnost s tím se ukazuje, že bolest u většiny pacientů není účinně tlumena a připouští tak nejvýznamnější k subjektivním obtížím pacienta a ke snížení kvality jeho života. Odpovídající farmakologickou léčbou lze však velmi dobře tlumit bolest na snesitelnou a neobtěžující úroveň.

Z mnoha nejasných důvodů dosavadní léčba zůstává nedostatečná. Mezi nejzávažnější příčiny nedostatečné analgetické léčby patří nepřesný odhad míry bolesti stejně jako nepřesné stanovení výsledného efektu provedené léčby.(16)

Z tohoto důvodu je velmi důležité pro praxi správné hodnocení bolesti. Největším přínosem výzkumu bolesti bylo rozlišení bolesti akutní a chronické. Akutní bolest je krátkodobá, příležitostně intenzivní znamená pro jedince ohromnou zátěž, má ochranný charakter. Dochází k aktivaci sympatoadrenergického systému. Nemocný s akutní bolestí je mnohdy motoricky neklidný, někdy i hlasitě křičí, volá o pomoc. Chronická bolest naopak trvá měsíce i déle. Na rozdíl od bolesti akutní nemá chronická bolest ochranný a signální význam. Přesně se hodnotí lokalizace a určuje kvalita bolesti. Nemocní s chronickou bolestí jsou často depresivně laděni a frustrováni.(10)

Nemocní často popisují bolest velmi obecně a přesto subjektivně. Ke zpřesnění a pokud možno objektivizaci pocitů nemocného lékaři sestry používají metody dotazování. Zjistí lokalizaci bolesti (kde to bolí?), intenzitu (jak moc to bolí?), časový průběh (kdy?, kvalita bolesti (jak to bolí?), ovlivnitelnost bolesti (reaguje bolest na polohu?, za jakých okolností se zmírní a za jakých naopak zhorší? K podrobnému hodnocení bolesti pak slouží různé dotazníky a škály.(23) často se využívá numerická škála bolesti.(Příloha 7)

1.10.1 Farmakoterapie nádorové bolesti

Jan Bauer ve své knize uvádí: *Šfarmakologická léčba bolesti vychází ze stupňového schématu, které je Světovou zdravotnickou organizací doporučováno jako standardní pro léčbu bolesti u onkologických nemocných.*(16.s.26)

- 1.stupeň: nemocný přichází s dosud neléčenou bolestí. Podáváme neopioidní analgetika. Podle potřeby a charakteru bolesti v kombinaci s adjuvantními léky

(psychofarmaka, myorelaxancia, antikonvulziva, kortikosteroidy, antiemetika). Pokud bolest vymizí nebo se sníží, lék bu ponecháme, eventuálně dávky analgetik snížíme případně úplně přerušíme. Bolest přetrvává až do 2. stupně .

- 2. stupeň – nemocný udává, že bolest po předchozím léku stále trvá, případně se dále zhoršuje. Podáváme slabé opioidy s neopioidními analgetiky a adjuvantními farmaky. Pokud se bolest sníží, ponecháme nemocného na zavedeném léku . Navíc se snažíme situaci ovlivnit paliativní protinádorovou léčbou. Bolest nesnížena nebo se zhoršuje až do 3. stupně .
- 3. stupeň – pokud léčba byla bez efektu. Bolest trvá, nadále narůstá a stává se nesnesitelnou. Podáváme silné opioidy. Dle stavu a obtíží v kombinaci s adjuvantními farmaky. V těchto případech jde především o pokračující nebo terminální stadium onemocnění, proto dávky opioidů navyšujeme ať do dosažení úctinné hladiny a to bez ohledu na vznik lékové závislosti!(16)

V situaci, kdy analgetická léčba není schopná dosáhnout dostatečného útlumu bolesti, je nutné využít některé speciální metody analgezie. K těm patří epidurální aplikace opioidů nebo silných lokálních anestetik. (Příloha 8)

Blokáda nebo neurolyza sympatických ganglií, rhizotomie, kordotomie i cingulotomie. Tyto léčebné metody jsou výhradně používány na specializovaných neurochirurgických pracovištích za krátkodobé hospitalizace. Kromě uflívání analgetik můžeme bolest zmírnit také jinými metodami. Jedná se o tláčení bolesti psychologickými prostředky. Mezi nejčastěji používané patří relaxace, důvěrná představitost, distrakce, hypnóza nebo stimulace kře. Některé z nich však vyžadují odbornou pomoc. Jiné se můžeme naučit a vykonávat sami.(17)

1.11 Umírání a smrt

Nemocný s karcinomem pankreatu v naprosté většině umírá do jednoho roku od stanovení diagnózy. Jedná se o proces postupného a ireverzibilního selhávání orgánů a posléze vitálních funkcí, jehož následkem dochází ke smrti jedince. Problematika smrti a umírání je zahalena tajemnostmi. Lidskému rozumu nepochopitelná. Klademe si otázky a neznáme odpovědi. Víme o tom, že jsme smrtelní, ale bohužel tuto skutečnost potlačíme a téměř o ní nemluvíme. V tomto případě je to navíc umírajícího

doprovází kruté bolesti, které lze jen těžko zvládnout medikamentózně. Vše je složitější a zcela vyčerpávající jak pro nemocného, tak i pro osoby, které umírající doprovází. Nikdo by neměl umírat sám. Příbuzní a přátelé by měli mít možnost být do posledních chvil se svým umírajícím. Umírání je charakterizováno nejen strachem nemocného a truchlením příbuzných a blízkých, ale je především hraniční lidskou situací, jež může pro obě strany nabýt pozitivního smyslu.(18)

Kdosi řekl: *Šel do slunce se nemůže dlouho dívat a smrti do očí také ne. Také nemocný, který ví o blížícím se konci, musí si její obličej zapírat, aby vůbec mohl jevit.*

1.11.1 Jednotlivé fáze v prožívání těžké nemoci (Elizabeth Kübler-Ross, 1992)

- **Popření a odmítání skutečnosti a osamění.** Po oznámení vážného onemocnění většina lidí reaguje negativně. Pokládá si otázku. Proč právě já? To přece nemůže být pravda? Připadne je pocit strachu. Utíkají před skutečností a odmítají si přiznat, že jsou nemocní.
- **Zloba - projevy hněvu a agrese.** Toto období je velmi těžké nejen pro nemocného, ale i pro jeho blízké. Nemocný se většinou uzavře do sebe a nemá zájem komunikovat. Pokud je v péči zdravotník, tak je neposlušný a především negativistický. Je s ním velmi špatná spolupráce.
- **Vyjednávání o smlouvání s životem a smrtí.** Tato fáze není ať tak známá, ale z pohledu nemocného důležitá. Větinou očekává zázrak. Touží po uzdravení, nebo alespoň prodloužení života.
- **Deprese o projevy zármutku, lítosti nad tím, co končí, pláče.** Tato velmi bolestná fáze přichází, pokud si nemocný přizná vážnost a především nezvratnost svého onemocnění. Uvědomil si, že prohrál boj s nemocí. Jeho zdravotní stav se pomalu zhoršuje, ztrácí fyzickou a psychickou sílu.
- **Souhlas o smíření s tím co se děje.** Je pouze hrstka nemocných, kteří se ocitnou v této fázi. Pokud neumírají náhle a mají dostatek času, tak dosáhnou stádia, v němž nepřijímají svůj osud sklíčeně.(19)

Stručně jsem popsala různé fáze zvládnutí těžké nemoci, kterými nemocný postupně prochází. Jedná se o ochranné mechanismy k posílení v extrémně složitých

situacích. Nemusí probíhat v následném poadí, n která fáze nemusí p íjít v bec. V každé fázi je tém vřdy p ítomna nad je, která umírá poslední. Je t eba si také uv domít, že viz vý-e uvedenými fázemi krom nemocných prochází i jeho nejbliží. Ti trpí spolu s ním, navíc se od nich o ekává n kdy afl nadlidský výkon. M li by mít prostor si odpo ínout a nabrat sílu. Práv z toho d vodu je vhodné zapojit do pé e ír-í okolí nemocného.(19)

1.12 Domácí pé e

Darja Jaro-ová ve své knize uvádí: *šDomácí pé e je komplexní zdravotn sociální pomoc poskytovaná klient m v jejich p írozeném sociálním prost edí. (WHO 1993) definuje pé i jako jakoukoli formu pé e poskytovanou lidem v jejich domovech, která zaji-uje fyzické, psychické, sociální a duchovní pot eby.* (20, s.60)

Na prvním míst je kvalita řivota a d stojnost nemocného, nikoliv lé ba nemoci. Cílem domácí pé e je pomáhat nemocným a jejich rodinám v souladu s jejich sociálním prost edím. Zachovat pokud mořno co nejdéle kvalitu řivota a umořnit nemocným neustálou p ítomnost svých blízkých v terminálním stádiu. Zajistit komplexní pé i ve spolupráci s dal-ími zdravotnickými a sociálními za ízeními. Udrřovat a pokud mořno zvy-ovat sob sta nost nemocného v b řných denních íinnostech. Edukovat nemocného a jeho rodinu k zodpov dnosti za své vlastní zdraví, jak t lesné tak i du-evní. Zajistit dodrřování terapeutického řeflimu a zároveň sniřovat negativní dopad onemocn ní nejen na nemocného, ale i rodinu.

Domácí pé e je poskytována v p íti základních formách:

- Akutní domácí pé e (domácí hospitalizace) ó je indikovaná u nemocných krátkodob nemocných. Nevyřadují nutn hospitalizaci. Je ur ena zejména nemocným v poopera ním a poúrazovém stavu.
- Dlouhodobá domácí pé e ó je ur ena chronicky nemocným, kte í vyřadují dlouhodobou a pravidelnou domácí pé i kvalifikovaného personálu. Jedná se o komplexní pé i, která je poskytována v rozsahu m síc afl n kolik let.
- Preventivní domácí pé e ó je ur ena klient m, u nifl o-et ující léka doporu il sledování stavu v pravidelných intervalech. Jedná se o preventivní monitorování zdravotního a du-evního stavu.

- Domáci hospicová pé e ó zahrnuje pé i o nemocné v terminálním stádiu fivota. Je indikována tam, kde se p edpokládá ukon ení terminálního stavu do –esti m síc . Pracovníci domáci pé e spole n zaji– ují odbornou pé i. Starají se o zmír n ní bolesti a emocionální podporu v procesu umírání.
- Domáci pé e ad hoc (jednorázová domáci pé e) ó mimo ádná alternativa vyuffití domáci pé e pro provedení jednorázových výkon v domáci pé i.(20)

Darja Jaro–ová ve své knize uvádí: *šDomáci pé e je zaji–ována prost ednictvím agentur domáci pé e(ADP). Odborný zástupce u agentury domáci pé e musí spl ovat po ukon ení kvalifika ního vzd lání podle platných norem minimální rozsah p t let odborné praxe ve zdravotnickém za ízení, z toho dva roky odborné praxe u l fka. V sou asné dob probíhá postgraduální vzd lávání sester na vysokých –kolách v bakalá ských studijních programech o-et ovatelství a na vy–ích zdravotnických –kolách absolvováním oboru v–eobecná sestra.š(20 s.67)*

2 PRAKTICKÁ ČÁST

Ke zpracování kazuistiky jsem si zvolila nemocného s karcinomem pankreatu. Jednalo se o nemocného L.B., kterému nově diagnostikovali inoperabilní solidní adenokarcinom hlavy pankreatu. Vzhledem k nemohutnosti operativního řešení a infaustní prognóze byl propuštěn do domácí péče. Od určení diagnózy do smrti ubíhlo pět měsíců. Po celou dobu jsem se o něj starala, tak jsem měla dostatek času získat mnoho zkušeností v péči o takto nemocného.

Cílem mé práce je nastínit náročnost a mnohá úskalí v péči o nemocného v terminálním stádiu v domácím prostředí. Zajímejí biomedicínské, psychologické a sociálních a v neposlední řadě spirituálních potřeb nemocného v terminálním stádiu za pomoci rozhovoru a pozorování.

Souhlas a potřebné informace jsem získala přímo od nemocného, rodiny a dostupné dokumentace.

2.1 Anamnéza

- Ošetřovatelská anamnéza:
 - Jméno a příjmení: L.B.
 - Věk: 54let
 - Pohlaví: muž
 - Stav: ženatý
 - Zaměstnání: OSV
- Rodinná anamnéza: matka zemřela v 72 letech - kolorektální adenokarcinom, otec zemřel v 62 letech na karcinom jater, sestra 52 let na karcinom ledviny, flize, dva synové v dobrém zdraví
- Sociální anamnéza: flize s manželkou v rodinném domě, pracuje jako OSV, exkurzák (kouří 25 let 30 cigaret denně), alkohol v mírné míře
- Osobní anamnéza: v dětství prodělal bakteriální onemocnění, operace 0, úrazy 0, arteriální hypertenze, DM na dietě
- Alergická anamnéza: neudává

- Farmakologická anamnéza: na lébu arteriální hypertenze užívá Zorem 5mg 1 0 0 0, na kolikovitou bolest břicha Algifen gtt.
- Nynější onemocnění: nemocný odeslán k celkovému vyšetření na interní oddělení pro dyspeptické potíže trvající od 11/05, apetence snížena, po jídle nauzea, vomitus 0, stolice nepravidelná, střídaní průjmu a formované stolice, nápadný váhový úbytek cca 15kg, stupňující kolikovitě bolesti břicha vystřelující do zad s úlevovou polohou v předklonu, nemůže spát

2.2 Informace o příjmu a hospitalizaci pacienta:

Hospitalizován od 15. do 18.1.2006

První den hospitalizace: Nemocný byl přijat na lůžkovou část interního oddělení. Posléze byl vyšetřen lékařem, který kromě fyzikálního vyšetření naordinoval základní laboratorní vyšetření krve a moči, RTG srdce a plic, EKG. Téhož dne odeslán na ultrazvukové vyšetření dutiny břišní. Zde prokázána dilatace žlučových cest. Radiologem indikováno ERCP pro podezření na obstrukci žlučových cest.

Druhý den hospitalizace: Podstoupil vyšetření ERCP. Zde zjištěna stenóza choledochu, proto byl zaveden stent. Navíc odebrána biopsie. Stále není jasná etiologie a nelze zcela vyloučit malignitu hlavy pankreatu, proto odeslán na CT epigastria, které potvrdilo podezření na karcinom pankreatu velikosti 40x35x40mm. K upřesnění typu, lokalizace karcinomu a možných metastatických ložisek objednáno PET-CT (Praha do Motol) 3.2.06. Vzhledem k věku pacienta a možnosti operativního řešení odeslán do péče specialisty v oboru břišní chirurgie ke konzultaci. S ním domluvena operace a navíc indikovaná aplikace epidurálního katétru k terapii chronické bolesti. Pacient informován o svém stavu a nutnosti operativního řešení.

Třetí den hospitalizace: Edukován sestrou v péči o epidurální katétr a aplikaci léku do páteřního kanálu. V odpoledních hodinách byl propuštěn do domácí péče. Nástup na operaci k paliativní operaci pankreatu dne 27.2.06 v 10 hod.

Fyziologické funkce v den přijetí: TT 37C, P 79/min, D 16, TK 150/100

Provedená vyšetření v rámci hospitalizace:

- Laboratorní vyšetření: hematologie: LEU 7,4, ERY 4,89, HB 15,5, HTC 45,5, MCV 93,0, MONO 6,50, EOS 2,00, BAS 0,80, koagulace: APTT 35,0, INR 1, biochemie: BIL 21,5, CB 25,0, ALT 5,28, AST 1,78, ALP 10,6, GMT 0

22,6, CRP 9, AMS 0,22, KREA 54, UREA 2,9, Na 134,5, K 4,63, Cl 96, Ca 2,5, Mg -0,80, Glykemie 13,3, Albumin 44.9, CHOL 4,90, TRI 0,61, HDL 1,64, LDL 1,64, Onkomarker neg, MS bpn,

- EKG sinus, AS pravidelná, f 99, ST isoelektrické, p evodní intervaly v norm , bez známek akutní koronární léze
- RTG S+P: Záv r: Bez ur itých patologických zm n na nitrohručních orgánech.
- SONO epigastria: Obraz sv d í pro n kolik hypodenzních jaterních loffisek, etiologický blíffe nehodnotitelných p i vysokém uloflení jater. Obraz karcinomu hlavy pankreatu. Lehká hrani ní dilatace hepatocholedochu. Cholecystolithiasis (sludge,cholesterolová lithiasa, drobná pís itost)
- RTG ó ERCP: Stenosa terminálního choledochu a ductus pancreaticus. Sondáfl drátem, dilatace, zavedení stentu 10cm do dobré pozice, pokus o biopsii klí- kami p ed zavedením i po zavedení stentu, pokus o brush biopsii. Nález sv d í pro obraz karcinomu pankreatu?Pankreatitis chronica?
- CT ó epigastria: Hypodenzní loffisko hlavy pankreatu o rozm rech 40x35x40mm , odpovídající nejspí-e adenokarcinomu s infiltrací perivask.tuku v okolí a.mes.sup.,bez významn j-í stenotizace lumen této tepny. Bez známek infiltrace v.mes.sup. i v.portae. Hypodenzní loffisko jaterní, odpovídají nejspí-e metastázám. Dilatace d. choledochus a d. Wirsungi. Bez významn j-ího nález retroperit.lymfadenopatie.
- Scintigrafie skeletu: Známky metastatického procesu do skeletu neprokazujeme, v.s.degenerativní zm ny.

2.3 Akceptace nemoci

S nemocným jsem byla v úzkém kontaktu jak v nemocnici, tak i po propu-t ní do domácího prost edí. Po oznámení nemoci byl v -oku. Necht l akceptovat sd lené informace a ufl v bec ne, fle se jedná o zhoubné onemocn ní. Uzav el se do sebe a odmítal komunikovat jak s personálem tak i s rodinou a p áteli. Situace byla o to sloffit j-í, fle oba rodi e um eli na nádorové onemocn ní a byl si v dom, fle je tu jisté riziko, fle d ív i pozd ji karcinomem onemocn ní. Navíc dlouhodob trp l postupn nar stající bolestí, která nereagovala na b fínou analgetickou terapii. Z tohoto d vodu m l zavedený epidurální katétr do páte ního kanálu, který okamffit e-il tlumení bolesti na minimum. Nakonec bylo zapot ebí psychologické intervence, v etn nasazení

psychofarmak. Během pár dní se nemocný začal pozvolna zotavovat s nově diagnostikovaným onemocněním. Při propuštění byla domluvena následná rehospitalizace z důvodu operativního řešení, tak měl jistou naději, že bude žít.

Dne 28.2. měl podstoupit operaci karcinomu pankreatu. Bohužel o den dříve mu bylo po telefonické domluvě oznámeno, že operace se ruší. Měl se dostavit do nemocnice ke konzultaci s odborníkem, který ho měl toho času v péči. Ke konzultaci jel v doprovodu své rodiny. Na místě mu bylo sděleno, že mají definitivní popis PET a CT, který bohužel potvrdil metastazující proces prorastající páteřním kanálem, z tohoto důvodu byla operace zrušena. Nemocný byl odeslán do péče onkologa a ambulance bolesti. V jediném okamžiku se mu změnil život. Odcházel zlomený a velmi dobře si uvědomoval, že není možnost návratu.

2.4 Zpracování dat dle modelu Virginie Henderson

Součástí kazuistiky je nestrukturovaný rozhovor a pozorování. Díky němu jsem získala informace, které měly úzký vztah ke zdravotnímu stavu nemocného. Vzhledem k tomu, že se Virginie Henderson zaměřuje více na fyziologické než psychosociální potřeby, tak jsem si zvolila právě její model ke zpracování ošetřovatelského procesu.

Při zpracovávání dat v ošetřovatelském modelu Virginie Henderson jsem k jednotlivým bodům zaznamenávala skutečný fyzický i duševní stav nemocného po propuštění z nemocnice a posléze v průběhu posledních patnácti minut života v domácím prostředí. Podle hlavních bodů jsem hodnotila následující potřeby.

1. Normální dýchání

Nemocný po celou dobu neměl potíže s dýcháním. Dýchal si volně bez známek dušnosti či jiné patologie. Byl silný kuřák. Kouřil třicet cigaret denně dvacet let. Rok před manifestací prvních příznaků onemocnění přestal kouřit. Dechová frekvence se pohybovala na frekvenci 18 dechů za minutu. Inhalace kyslíku nebyla nutná ani v terminálním stádiu. Spontánní aktivita byla zachována až poslední chvíle. V den úmrtí se frekvence snížila pozvolna až do úplné zástavy.

2. Dostatečný příjem potravin a tekutin

Nemocný udával dlouhodobé potíže s trávením, po požití masných a tučných výrobků si stěžoval na bolesti v pravém epigastriu. Poslední dva měsíce trpěl nechutenstvím, udával, že mu jídlo, zvláště masné výrobky zapáchají. Striktně omezil příjem stravy na minimum. Nemocnému byla doporučena pankreatická dieta, lehce stravitelná s vyšším obsahem minerálů. Tekutiny přijímal bez větších potíží, ale v menších dávkách. Byl přítomně výšivý, měřil 186cm a vážil 80kg, BMI = 23,2.

Bez hemoptie měsíc v souvislosti se zhoubným onemocněním zhubl cca 20kg. První měsíc v domácím prostředí neměl vážnější potíže s trávením, avšak v posledních týdnech začal zvracet a téměř nepostal tolerovat, strava mu byla nahrazena formou Nutridrink, které jako jediný zdroj výživy toleroval. Poslední týden flivot jífl postal jíst. Dostával pouze tekutin po lfičkách.

3. Vylučování

Nemocný udával, že s močením nemá potíže. Defekace po celou dobu byla nepravidelná. Střídání průjmu a formované stolice. Doprovázená výrazným meteorismem. Frekvence byla tři až čtyři stolice za den. Vyprázdnění se spontánně. Stolicí udržel. Inkontinentní byl poslední týden před smrtí. Zpočátku s močením neměl potíže. Měsíc před smrtí zcela nepostal močit, z tohoto důvodu měl zavedený permanentní katétr.

4. Pohyb a udržování vhodné polohy

Zpočátku byl nemocný zcela soběstačný. Udával, že byl aktivní sportovec. Jezdil na kole, lyžoval, hrál aktivně fotbal. Pohyb byl pro něj velmi důležitý. Rád mu v noval svobodný čas. Postupně se stav zhoršoval, přesto se snažil chodit, alespoň na krátké procházky v doprovodu rodiny. Z důvodu bolesti a výrazného hmotnostního úbytku ztrácel sílu. Netrvalo to dlouho a byl upoután na lůžko, kde jífl trávil většinu času. Neustále vyhledával úlevovou polohu. Pohyb omezil na minimum. V závěru byl zcela odkázán na péči ostatních. Pozitivně na něj působila přítomnost rodiny a jejich péče. Dobře mu dělalo časté polohování a masáže celého těla.

5. Spánek a odpočinek

Nemocný udával, že nemohl spát v důsledku trvalé bolesti a vtíravých myšlenek. Dominovala úzkost ze smrti a z neznámé situace, ve které se nacházel. Interval spánku trval maximálně tři hodiny. Po probuzení z hlubokého spánku se necítil odpočatý. Problémy s usínáním a se spánkem trvaly dlouhých pět měsíců až do smrti. Po celou dobu musel užívat hypnotika a antidepresiva.

6. Vhodné oblečení, oblékání a svlékání

Zpočátku se oblékal a svlékal sám. Nároky na oblečení byly minimální. Vzhledem k tomu, že se především zdržoval na lůžku, tak upřednostoval pohodlné oblečení, pokud možno bavlněné, ve kterém se cítil dobře. Deficit v sebepéči pocházel postupně. Poslední měsíc před smrtí se sám neoblékl ani nesvlékl. Byl zcela odkázán na péči ostatních.

7. Udržování fyziologické teploty

Teplota se po celou dobu pohybovala ve fyziologickém rozmezí. Občas jsme zaznamenali mírné subfebrilie, které zřejmě byly vegetativní odpovědí na krutou bolest, jejíž celá dlouhá doba sužovala. Lépe se cítil v chladnějších prostředí. Velké teplotní výkyvy mu nesvědily.

8. Udržování upravenosti a čistoty těla

Zpočátku měl zájem o svůj zevnějšek, ale ten se rychle změnil v naprostý nezájem. Nicméně se v oblasti sebepéče aktivně podílel na hygieně svého těla v koupelně bez pomoci ostatních. Následující dny se stav zhoršil natolik, že bylo nutné provádět hygienu s dopomocí. Nejprve v koupelně a poté na lůžku.

9. Odstranění rizik z životního prostředí a zabránění vzniku pokračování sebe i druhých.

Nemocný pracoval v rizikovém prostředí a byl silný kuřák. Uvedl si, že tím škodí svému zdraví. Proto přestal kouřit a snažil se být zdravější. Když mu byl diagnostikován adenokarcinom pankreatu, byl zaskočen. Připraven se adaptoval na novou roli nemocného. S nikým nechtěl komunikovat. Chápe, aby informace ohledně svého zdravotního stavu byly poskytovány pouze jemu.

10. Komunikace s jinými osobami, vyjádření emocí, potřeb, obav a názorů.

Po oznámení diagnózy přestal zcela komunikovat. Nastala fáze šoku. Uzavřel se do svého nitra. Bylo to velmi těžké nejen pro něj samotného, ale i pro všechny jeho blízké. Nechtěl s nikým hovořit, navazoval kontakt pouze na výzvu. Při komunikaci s ostatními používal často vulgarismy a byl nepřímý. Byl depresivní, zlobil se na sebe i na ostatní. Vědomě si říkal, že má rakovinu a umírá. Měl vyčerpávající výraz v obličeji. Často plakal. Měl strach ze sociální izolace a smrti. Postupem času začal shromažďovat všechny informace o svém onemocnění a vyhledával pomoc u různých lékařů. Toužil po uzdravení nebo alespoň prodloužení života. Přes všechny snahy pochopil, že není možnost návratu. Pozoroval na sobě, že jeho zdravotní stav se pomalu horší, ztrácí fyzickou i psychickou sílu. Propadl depresi.

11. Vyznávání vlastní víry

Nemocný byl ateista ale, je třeba říci, že tím nebyl definitivně ulehčen a byl zcela odkázán na péči ostatních, měl potěbu hovořit s katolickým knězem. Ač nebyl věřící, přesto v závěru života toužil po osobním setkání. Chápe, že se vypovídá a uspořádá své myšlenky bez přítomnosti svých blízkých.

12. Smysluplná práce

Nemocný rád pracoval. Kromě svého povolání OSV také v novej hodně času na úpravě svého domu, který si pořídil s manželkou. Byl nadaný malíř, tak se ve svém volném čase věnoval malování. Když onemocněl, přestal docházet do zaměstnání a nakonec musel omezit aktivity i okolo svého domu. Cítil se slabý a fyzický stav se

neustále zhoršoval. Z tohoto důvodu ulehla na lůžko. Jediné co mohl dělat, bylo právě malování.

13. Hry nebo úast na různých formách odpočinku, rekreace

Nemocný velmi rád cestoval. Pravidelně s manželkou a s dětmi jezdili na dovolené. Rád sportoval. Také měl rád hru na kytaru a malování.

14. Úání, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji.

Nemocný byl středoklasický vzdělaný. Byl dobrý manžel a otec. Velmi dobře vycházel s lidmi. Měl plně přístup. Když onemocněl, tak se jeho role zcela změnila. Způsobem se jí bránil, ale postupně se s ní začal ztotožňovat. Shromáždil informace o svém onemocnění a snažil se hledat všechny možnosti léčby, včetně přírodního léčení. Aktivně se ovládl o epidurální katétr, který měl zavedený za účelem tlumení bolesti. Sám si aplikoval léky do epidurálního prostoru.

2.5 Ošetřovatelské diagnózy

Ošetřovatelské diagnózy jsem si stanovila na aktuální a potencionální. Vztahují se k poslednímu měsíci před smrtí. Pro jejich vypracování jsem se inspirovala z knihy Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách autorky Jany Mareškové.(21)

1. Chronická bolest (00133 NANDA) související s maligním onemocněním pankreatu.

Projevující se:

- Subjektivně nemocný se slovně vyjadřuje, že trpí silnou bolestí, v numerické škále bolesti (0 až 100) hodnotí bolest na 50 - 80, bolest trvá déle než tři měsíce, zoufale se snažil nalézt řešení jak bolest odstranit
- Objektivně ztrhaný výraz v obličeji, neklid, podrážděnost, zaujímá úlevovou polohu, anorexie

Očekávaný výsledek:

- Zmírnit bolest v numerické škále na hodnotu 20 až 30. Nemocný bude cítit zmírnění nebo alespoň úlevu od bolesti.

- Zapojení nemocného a rodiny do léčebného procesu (edukace v aplikaci léků do epidurálního katétru).
- Nemocný se zklidní.

Ošetřovatelská intervence:

- Podávej analgetika a opiáty dle ordinace lékaře.
- Sleduj jejich účinek, zaznamenávej intenzitu bolesti.
- Sleduj verbální a neverbální projevy nemocného.
- Vhodným psychologickým přístupem zklidni nemocného.
- Vyuffívej léčebných úkonů (tepla, chladu, vodoléby, masáží aj.) za účelem tlumení bolesti
- Kontroluj průchodnost epidurálního katétru.

Hodnocení:

Nemocný trpěl postupně narůstajícími a těžkými bolestmi, která nereagovala na běžnou analgetickou medikaci. Z tohoto důvodu mu byl zaveden epidurální katétr a byly mu v pravidelných intervalech aplikovány opiáty. Cílem bylo tlumení bolesti na snesitelnou míru. Analgezie byla zpočátku dostatečná. Postupně se citlivost snižovala a bylo nutné navýšovat dávky. Účinek léku trval cca 4 hod od aplikace léku. Vhodné bylo využít různých léčebných úkonů. Především masáže a lyžádkou aplikovaný analgetický účinek. Bohužel ho bolest provázela po celou dobu až do smrti.

2. Úzkost ze smrti (00147NANDA) související s nově diagnostikovaným maligním onemocněním.

Projevující se:

- Subjektivně o nemocný slovně vyjadřuje úzkost ze smrti z důvodu nevyléčitelného maligního onemocnění, často si pokládal otázku co bude dál, obával se ztráty kontroly nad sebou samým.
- Objektivně vyděšený výraz v obličeji, neklidný, úzkostlivý.

Očekávaný výsledek:

- Nemocný se zklidní, úzkost ze smrti se zmírní.

Ošetřovatelská intervence:

- Nechte nemocného hovořit o svých pocitech.
- Přesvědčivě mu naslouchej.

- Povzbuzuj nemocného, buď mu na blízku a podporuj pozitivní myšlení.
- Zajisti nemocnému kontakt s blízkými.
- V případě potřeby zajisti rozhovor s knězem.
- Sleduj verbální i neverbální projevy.
- Monitoruj vitální funkce.
- Podávej antidepresiva dle ordinace lékaře.

Hodnocení:

Hlavním cílem bylo alespoň částečně zmírnit úzkost ze smrti. Přes veškeré ošetřovatelské intervence nebylo možné výrazně úzkost potlačit. Obavy nemocného přetrvávaly. Jediné, co nepatrně zmírnilo jeho úzkost, byl kontakt s knězem a neustálá přítomnost blízkých.

3. Porucha spánku (00098 NANDA) související s bolestí a úzkostí ze smrti.

Projevující se:

- Subjektivně nemocný si stěžoval na ztížené usínání, slovně se dožaduje léků na spaní a na bolest
- Objektivně - unavený, nevyspalý, bledý, má ztrhaný výraz v obličeji, opocení

Očekávaný výsledek:

- Nemocný bude spát, alespoň i hodiny vcelku. Bude se cítit trochu odpočatý.

Ošetřovatelská intervence:

- Zohledni přítomnost chronické bolesti a deprese.
- Zajisti klidné a příjemné prostředí ke spánku.
- Zajisti, aby mohl nemocný usínat v klidném prostředí. Před spánkem mu upraví lůžko. Namasíruj mu záda.
- Podávej hypnotika a analgetika dle ordinace lékaře.
- Sleduj jeho úroveň.
- Sleduj délku spánku.

Hodnocení:

Nemocný měl zpočátku problémy se spánkem. Spal maximálně i hodiny vcelku. Díky ošetřovatelským intervencím se spánek alespoň částečně upravil. Spal i ať i několik hodin vcelku. Cítil se vyspalý a odpočatý.

4. Únava (00093 NANDA) a slabost související s výrazným váhovým úbytkem a nádorovou bolestí.

Projevující se:

- Subjektivně nemocný slovně udává, že se cítí unavený a neschopný vykonávat běžné úkony denního života
- Objektivně je upoután na lůžko, ospává, nezáměr o okolí a vlastní osobu, emocionálně labilní, podrážděný

Očekávaný výsledek:

- Snaha o zvýšení energie. Přesvědčit nemocného, aby se plně účastnil léčebného postupu.

Operativní intervence:

- Pomáhej nemocnému při úkonech, které ho nadměrně vyerpávají.
- Dohlédni, aby měl snadný přístup k lůžku a dle potřeby mu pomáhej při chůzi.
- Postarej se o vhodné zevní prostředí ve kterém se nemocný pohybuje (teplotu, vlhkost) a pokud možno pravidelně vyvětrej místnost.
- Snaž se posoudit stav výživy a hydratace. Dle možností zajisti nemocnému vysokoenergetické nápoje ve formě Nutridrink a dostatečný příjem tekutin.
- Sleduj projevy, intenzitu a délku trvání únavy a její dopad na emocionální projevy nemocného.
- Dohlédni na délku a kvalitu spánku.
- Podávej léky na bolest v pravidelných intervalech, tak aby nemocný co nejméně trpěl bolestí.

Hodnocení:

Díky většině operativních intervencí nemocný pocíval mírné zlepšení. Sice se cítil unavený, ale snažil se spolupracovat v každodenních činnostech. V závěru života byl již zcela odkázán na péči ostatních.

5. Nausea (00134 NANDA) a vomitus související s útlakem zafixovaného ústrojí v důsledku progresivního růstu zhoubného novotvaru.

Projevující se:

- Subjektivně nemocný udával, že má flukuidní nevolnost a zvrací
- Objektivně opocený, bledý, nausea, zvrací po jídle

Očekávaný výsledek:

- Nauzea a vomitus vymizí nebo se alespo zmírní.
- Nedojde k aspiraci.

Ošetovatelská intervence:

- Sleduj nauzeu a zvracení v závislosti na jídle.
- Sleduj množství a charakter zvratk .
- Zajisti polohu nemocného tak, aby nedošlo k aspiraci.
- Aplikuj antiemetika dle ordinace lékaře.
- Při opakovaném zvracení zaveš nasogastrickou sondu.
- Zajisti dostatečnou hygienu dutiny ústní.

Hodnocení:

Díky včasným ošetovatelským intervencím nemocný pocioval nauzeu pouze krátce po jídle. Tekutiny v malém množství toleroval. Zvracel zcela výjimečně. Nebylo nutné zavádět nasogastrickou sondu. Poslední týden před smrtí jídl striktně odmítal vříviv. Tekutiny si fládal pouze po lžičkách.

6. Průjem (00013 NANDA) související s maligním onemocněním pankreatu.

Projevující se:

- Subjektivně nemocný slovně udával, že má tuhá a více průjemových stolic denně, navíc si stěžoval na kolikovitě bolesti břicha.
- Objektivně zvýšená frekvence řídkých stolic doprovázená výraznou plynatostí.

Očekávaný výsledek:

- Normalizace charakteru stolice. Úleva od bolesti.

Ošetovatelské intervence:

- Uprav nemocnému jídelníček tak, aby tam bylo co nejméně nestravitelné potravy.
- Vnuj zvýšenou pozornost vříviv a medikamentózní léčbě.
- Monitoruj stav hydratace, kožního turgoru a stavu sliznic.
- Nabízej dostatek tekutin obsahujících elektrolyty.
- Dohlédni na to, aby ztráty nebyly vyčísleny a nepřijem tekutin.
- Podávej léky proti průjmu.
- Po každé defekaci vnuj zvýšenou pozornost hygieně v oblasti intimních míst.
- Zajisti nemocnému dostatek soukromí při defekaci.
- Pokud to zdravotní stav dovolí, doprovod nemocného na toaletu.

Hodnocení:

Nemocný měl problémy dlouhodobě. Postupně se četnost stolic upravila na dvacet až třicet stolice za den. Díky ošetřovatelským intervencím se podařilo stolice normalizovat na jednu až dvě denně. Bolest se nám také podařilo zvládnout. Nemocný se po celou dobu vyprazdňoval na toaletě. Bylo nutné ho doprovázet. Poslední týden před smrtí již nebyl schopen opustit lůžko, tak se vyprazdňoval na podložní mísu. Pouze jednou stolice odešla samovolně a to předposlední den jeho života.

7. Retence močové (00023 NANDA) související s dlouhodobou aplikací opiátů.

Projevující se:

- Subjektivně nemocný slovně udává, že se nemůže dostatečně vymočit.
- Objektivně nemocný močil málo a to v malých dávkách, postupně se odchod moči zastavil.

Očekávaný výsledek:

- Zjistí příčiny vyvolávajících příčin a zahájení odpovídajících opatření, která vedou ke snížení retence močové nebo k jejímu přecházení. Močení v dostatečných dávkách.

Ošetřovatelské intervence:

- Nemocnému srozumitelně vysvětlit důvod retence močové.
- Postarej se o to, aby měl nemocný privátní močení naprosté soukromí.
- Vysvětlit nemocnému, aby zaujal správnou polohu pro močení.
- V rámci přecházení močové retence buď připraven nemocného vycévkovat nebo zavést permanentní katétr.
- Obsah močového měchýře vypouštět pomalu za pomoci katétru. Jednotlivé dávky nepřevyšují množství 200ml. Prevence hematurie i srdeční synkopy.
- Všímejte si známek močové infekce.
- Snažit se předejít vzniku recidiv močové retence. (ledové obklady na perineum, užívání laxativ, změna lékové medikace nebo dávkování léků)

Hodnocení:

Nemocný z důvodu dlouhodobé bolesti užíval dlouhodobě opioidní analgetika, která z něj vyvolala častou retenci moči. Při mikci se snižoval objem moči až do úplné zástavy. Zpočátku jsem nemocného jednorázově cévkovala, posléze bylo nutné zavést

permanentní katétr. Díky v- em o- et ovatelským intervencím jsme p ede- li úplné retenci mo i a potencionálnímu vzniku infekce v urogenitálním traktu.

8. Nedostate ná výfliva (00002 NANDA) související s nepom rem mezi p íjmem výflivy a nutri ními požadavky organismu v d sledku maligního onemocn ní.

Projevující se:

- Subjektivn ó nemocný slovn udává, že má odpor k jídlu, zm n né chu ové pocity, pokud n co sní, tak má bolesti v epigastriu.
- Objektivn ó ztráta t lesné hmotnosti, ztráta podkožního tuku, svalové hmoty, ochablý svalový tonus.

O ekávaný výsledek:

- Nastolení flivotosprávy tak, abychom docílili zvý- ení nebo alespo udrflení stávající hmotnosti. Vymizení p íznak podvýflivy.

O- et ovatelské intervence:

- Zhodno u nemocného jeho t lesnou hmotnost.(BMI)(P íloha .10)
- Sleduj celkový denní p íjem.
- Dbej na dodrflování odpovídajícího kalorického p íjmu.
- V jídelní ku omezuj t flko stravitelné pokrmy, p edev- ím vlákninu.
- Dohlédni na dostate ný p íjem tekutin, ale tak aby je vypil mezi jídly. Není vhodné nápoje podávat t sn p ed hlavními jídly.
- Nahrazuj stravu r znými potravinovými dopl ky. Vhodné jsou Nutridrinky a r zných p íchutí.

Hodnocení: Díky o- et ovatelským intervencím se poda ilo udrfllet stávající hmotnost a zmírnit p íznaky podvýflivy.

Díky o- et ovatelským intervencím se nám flivotosprávu poda ilo nastavit, tak aby nemocný nadále výrazn neubýval na váze. Perorální p íjem tekutin byl dostate ný. Stravu p íjímal p edev- ím formou lehce stravitelných pokrmm , nutridrink a r zných potravinových dopl k .

9. Porucha sebepé e v oblasti hygieny (00108 NANDA) související s celkovou únavou organismu vyvolanou progresí maligního onemocn ní.

Projevující se:

- Subjektivně nemocný udává, že není schopen provést hygienu sám, cítí se fyzicky slabý.
- Objektivně není schopen sám provádět hygienu a dojít si na toaletu. Hodnotíme úroveň soběstačnosti dle Barthel v testu 65bodů o lehké závislosti. (Příloha .11)

Očekávaný výsledek:

- Zjistí, jakou potřebuje nemocný pomoc v oblasti hygieny a docílení maximální soběstačnosti.
- Ošetřovatelské intervence:
- Zjistí míru soběstačnosti při vykonávání osobní hygieny.
- Připraví pomůcky potřebné k vykonávání osobní hygieny, dej je na dosah a dle potřeby nemocnému pomáhej.
- Dopřej nemocnému dostatek času na vykonání hygienických úkonů.
- Zajisti nemocnému soukromí při vykonávání hygieny.
- Správným psychologickým způsobem ho podporuj v nutnosti zachování soběstačnosti.

Hodnocení:

Nemocný byl zpočátku zcela soběstačný. Dokud mu to fyzický stav dovolil, tak se snažil aktivně zapojovat do hygieny svého těla. Postupně se jeho fyzický stav zhoršoval a bylo nutné mu částečně pomáhat. Díky všem ošetřovatelským intervencím se podařilo nemocného udržet co nejdéle soběstačného v oblasti hygieny.

10. Potenciální riziko vzniku infekce (00004) související se zavedením invazivního vstupu do epidurálního katétru.

Očekávaný výsledek:

- Po dobu zavedení epidurálního katétru nedojde ke vzniku infekce. Zachováme průchodnost epidurálního katétru.

Ošetřovatelské intervence:

- Dodržuj aseptické postupy při ošetřování epidurálního katétru.
- Kontroluj místo vpichu a správnou pozici katétru.
- Zajisti sterilní přístup při aplikaci léků do epidurálního katétru.
- Po aplikaci léků dle kladně propláchni celý set fyziologickým roztokem.

- V pravidelných intervalech vyměňuj filtr určený k aplikaci do páteřního kanálu.
- Průběžně prováděj edukaci v péči o epidurální katétr, včetně aplikace léků.
- Poutř nemocného o možných komplikacích (zvýšená teplota, zarudnutí, otok, bolest v místě vpichu)

Hodnocení:

Aseptické postupy byly dodrženy. Ke vzniku infekce související se zavedením epidurálního katétru nedošlo. Epidurální katétr bohužel musel být opakovaně zaváděn pro vycestování z páteřního kanálu. Z tohoto důvodu se zvýšilo potenciální riziko vstupu infekce

11. Potencionální riziko vzniku infekce (00004 NANDA) související se zavedením permanentního katétru v důsledku částečné retence moče.

Očekávaný výsledek:

- Po dobu zavedení permanentního katétru nedojde ke vzniku infekce.

Ošetřovatelské intervence:

- Dodržuj aseptické postupy při ošetřování permanentního katétru.
- Kontroluj průchodnost permanentního katétru.
- Prováděj v pravidelných intervalech proplach permanentního katétru.
- V pravidelných intervalech vypouštěj sbírný sáček na moč.

Hodnocení:

Díky včasným ošetřovatelským intervencím nedošlo ke vzniku infekce.

2.6 Edukační plán

2.6.1 Edukace nemocného v péči o epidurální katétr a aplikaci léků do epidurálního prostoru za využití rozhovoru, diskuze a praktické ukázky.

Účel: Poskytnout nemocnému veškeré informace v péči o epidurální katétr. Následně naučit nemocného o péči a aplikaci léků do epidurálního prostoru.

Cíl: Nemocný se seznámí s péčí o epidurální katétr a posléze se naučí aplikovat léky do epidurálního prostoru.

- Oblast kognitivní:

Očekávaný výsledek: o nemocný bude mít dostatek informací v péči o epidurální katétr a aplikaci léku do epidurálního prostoru.

Hlavní body plánu: o nemocného poučím jak správně používat o epidurální katétr a aplikaci léku do epidurálního prostoru.

časová dotace: o 20 minut.

Metoda hodnocení: o nemocný má dostatečné množství informací v péči o epidurální katétr a v aplikaci léku do epidurálního prostoru.

- Oblast afektivní:

Očekávaný výsledek: o nemocný vyjádří obavy ohledně péče o epidurální katétr a aplikaci léku do epidurálního prostoru.

Hlavní body plánu: o vyzvu nemocného k vyjádření jeho pocitů a pohovořím s ním o případných obavách.

časová dotace: o 10 minut.

Metoda hodnocení: o nemocný vyjádří obavy ohledně péče o epidurální katétr, zejména v aplikaci léku do epidurálního prostoru.

- Oblast psychomotorická:

Očekávaný výsledek: o nemocný provede správný postup předání a aplikace léku do epidurálního prostoru.

Hlavní body plánu: o provedu nemocnému správnou techniku, postup předání a aplikaci léku do epidurálního prostoru.

časová dotace: o 15 minut.

Pomůcky: o desinfekce, stříkačky, tverce, sterilní obvazový materiál, náplast, filtry.

Metoda hodnocení: o nemocný provedl samostatně péči o epidurální katétr a aplikaci léku do epidurálního prostoru.

2.6.2 Edukace nemocného o vlivy při nádorovém onemocnění pankreatu za využití rozhovoru, diskuse a informační brožury.

Účel: Poskytnout nemocnému dostatek informací o vhodných a nevhodných potravinách. Upravit stravovací režim při výrazném poklesu hmotnosti.

Cíl: Nemocný bude schopen během 25 minut vyjmenovat vhodné a nevhodné potraviny v etn nápoj .

- Oblast kognitivní:

Očekávaný výsledek: nemocný bude mít dostatek informací o vhodných a nevhodných potravinách.

Hlavní body plánu: nemocného poučím o vhodných a nevhodných potravinách.

časová dotace: 15 minut.

Metoda hodnocení: nemocný má dostatek informací o vhodných a nevhodných potravinách. Umí je vyjmenovat.

- Oblast afektivní:

Očekávaný výsledek: nemocný slovně vyjádří své pocity ohledně dodržování dietního režimu.

Hlavní body plánu: vyzvu nemocného k vyjádření svých pocitů ohledně dodržování dietního režimu.

časová dotace: 10 minut.

Metoda hodnocení: nemocný vyjádří obavy ohledně dietního režimu, zejména z důvodu zmíněné chuti k jídlu související s maligním onemocněním.

3 DISKUZE

V praktické části bakalářské práce jsem se zabývala o-etovatelskou péčí o nemocného s nově diagnostikovaným inoperabilním adenokarcinomem pankreatu v domácím prostředí. Vzhledem k tomu, že jsem se o něj po celou dobu starala, tak jsem měla dostatek času získat informace za účelem tvorby o-etovatelských diagnóz a zároveň prostor pro jejich realizaci.

O-etovatelské diagnózy jsem si stanovila na aktuální a potencionální. Plán jsem konzultovala s nemocným. Hodnocení výsledku probíhalo za spoluúčasti nemocného a mého subjektivního pocitu. Cílem mé práce bylo především nastínit problematiku o-etovatelské péče v domácí péči, která je velmi náročná a má mnohá úskalí. Přesto je vhodná právě pro nemocné v terminálním stádiu jejich onemocnění. Bohužel statisticky říkájí, že pouze pět procent nemocných umírá doma v přítomnosti svých blízkých. (22)

Jednou z nejvíce zatěžujících diagnóz, jak pro nemocného, tak i pro pečujícího byla chronická nádorová bolest, která nemocného sužovala dlouhých sedm měsíců. Bolest je úporná jen do určité míry. Slouží jako varovný signál, že není nic v pořádku. Má však význam jen tam kde nepřekročí míru tolerance.

Nádorová bolest je součástí triády příznaků karcinomu pankreatu. V počátku je tupá, ale postupně se stává krutou a nesnesitelnou. Výsledky studií dokazují, že právě nádorová bolest je příčinou sebevraždného jednání nemocného. Ufň z tohoto důvodu je nutné, aby byla bolest od počátku dostatečně tlumena.(23)

V případě mého klienta se jednalo o stejné o-etovatelskou diagnózu. 1. Chronická bolest související s maligním onemocněním pankreatu s očekávaným výsledkem zmírnit a udržet bolest v numerické škále na hodnotě 20-30. Bolest byla dostatečně tlumená. Díky pravidelné aplikaci opiátů se nám dařilo udržet bolest v rozmezí 20-40. Nemocný si zpočátku aplikoval léky do epidurálního prostoru sám po domluvě s lékařem z ambulance bolesti. Postupně se ale stav zhoršoval a bylo nutné převzít veškerou péči o epidurální katétr a aplikaci léků do epidurálního prostoru za účelem tlumení bolesti. Bohužel se nám nedařilo udržet správnou fixaci epidurálního katétru a průběžně docházelo k jeho vycestování. Z tohoto důvodu bylo nutné opakovaně zavádět epidurální katétr. Bez aplikace do páteřního kanálu nemocný trpěl krutou bolestí, kterou udával jako destruktivní pocit, který na numerické škále bolesti není zaznamenán. O-etovatelskou diagnózu nebylo možné ukončit. Nemocný umíral za neustálého doprovodu šnesitelných bolestí. Z tohoto důvodu se, dle mého názoru, více

nabízí jako nejvhodnější způsob tlumení bolesti kontinuální aplikace analgetik za využití dostupných pomůcek.

Další stěžejní a také zvládnutelnou diagnózou v ošetovatelském procesu byla ošetovatelská diagnóza 2. Úzkost ze smrti související s nově diagnostikovaným maligním onemocněním s očekávaným výsledkem zmírnit úzkost na snesitelnou úroveň. Od poslední konzultace s ošetřujícím lékařem, který nemocnému sdělil definitivní diagnózu, bylo velmi těžké nemocnému zmírnit úzkost. Jedná se o emocionální stav blízký strachu doprovázený výraznými vegetativními příznaky, vznikající v situacích skutečného ohrožení existence vlastního organismu. Nepříjemný proffitek, který lze velmi špatně ovlivnit.(24) Přesto se nám podařilo díky psychologické intervenci, aplikací vhodných psychofarmak a setkání s katolickým knězem úzkost zmírnit. Velkou měrou se na zmírnění úzkosti podílela neustálá přítomnost blízkých. Empatie a především naslouchání blízkých nemocnému velmi pomáhala. Ošetovatelská diagnóza nemohla být ukončena. Úzkost se nedala úplně zmírnit. Z mého pohledu se jednoznačně přimlouvám k častému podání informací ohledně diagnózy a její prognózy.

Těžištěm stěžejní diagnózy byla ošetovatelská diagnóza 8. Nedostatečná výživa související s nepoměrem mezi energetickým příjmem a nutričními požadavky organismu v důsledku maligního onemocnění s očekávaným výsledkem nastolení řízení tak abychom docílili zvýšení nebo alespoň udržení stávající hmotnosti.

K nejčastějším projevům nádorového onemocnění spojených s nedostatečnou výživou patří nádorová kachexie, která se vyskytuje například u 70% nemocných. Organismus čerpá energii z vlastních tělesných zásob. Příčinou nedostatečného přísunu živin v období nemoci je nejen vlastní nádorové onemocnění, ale také následná léčba. Vyvážený poměr nutričních složek bílkovin, tuků, sacharidů je nezbytnou podmínkou optimálního průběhu léčby onkologických pacientů.(25)

Díky správnému dietnímu opatření v kombinaci s přípravky určenými k popíjení, tak zvaný sipping (jedná se o přípravky klinické výživy, nápoje různých píchutí, které svým vyváženým složením pomáhají obnovit dostatečný příjem živin a energie. Nejlépe chutnají chlazené, vhodné je popíjení v průběhu celého dne mezi jednotlivými jídly) se podařilo udržet stávající hmotnost a zmírnit příznaky podvýživy.

Ošetovatelská diagnóza 3. Porucha spánku související s bolestí a úzkostí ze smrti s očekávaným výsledkem prodloužit spánek alespoň na čtyři hodiny. Spánek se podařilo

prodloužit, díky správně zvolené analgetické medikaci a psychologické intervenci v etně vhodných psychofarmak.

O-čet ovatelská diagnóza .4 Únava a slabost související s výrazným váhovým úbytkem a nádorovou bolestí s očekávaným výsledkem zvýšení energie, aby se mohl udržet v životě. Díky v-ěm o-čet ovatelským intervencím nemocný pocí oval mírné zlepšení a snažil se spolupracovat v každodenních činnostech.

O-čet ovatelská diagnóza .5 Nausea a vomitus související s útlakem zaffivacího ústrojí v d sledku progresivního r stu zhoubného novotvaru s očekávaným výsledkem vymizení, pop ípad zmírní nauzey a vomitu. U nemocného nedojde k aspiraci. Díky v-ěm o-čet ovatelským intervencím nemocný pocí oval nauzeu pouze krátce po jídle. Zvracel zcela vyjímě n . U nemocného nedo-šlo k aspiraci.

O-čet ovatelská diagnóza .6 Pr jem související s maligním onemocn ěním slinivky b í-ní s očekávaným výsledkem normalizace po tu a charakteru stolice. Díky v-ěm o-čet ovatelským intervencím se ětnost a charakter stolic postupn upravily na dv ě afli t i stolice za den.

O-čet ovatelská diagnóza .7 Retence mo e související s dlouhodobou aplikací opiát s očekávaným výsledkem zahájit taková opat ění, která vedou ke snížení retence nebo k jejímu p edcházení. Díky v-ěm o-čet ovatelským intervencím jsme p ede-šli úplné retenci mo e.

O-čet ovatelská diagnóza .9 Porucha sebezpečí e v oblasti hygieny související s celkovou únavou organismu vyvolanou progresí maligního onemocn ění s očekávaným výsledkem zjistit s ěm pot ebuje nemocný pomoc a docílit maximální sob sta nosti. Díky v-ěm o-čet ovatelským diagnózám se poda ilo nemocného udržet co nejdéle sob sta něho v oblasti hygieny.

O-čet ovatelská diagnóza .10 Potencionální riziko vzniku infekce související se zavedením invazivního vstupu ó epidurální katétru s očekávaným výsledkem, fle nedojde ke vzniku infekce. Byly dodrřflovány aseptické postupy p i o-čet ování epidurálního

katétru v etn aplikace lék do epidurálního prostoru. Infekce v míst zavedení ani celkového organismu spojená s opakovaným zaváděním a aplikací lék nevznikla.

O-et ovatelská diagnóza .11 Potencionální riziko vzniku infekce související se zavedením permanentního katétru v d sledku áste né retence mo e. S o ekávaným výsledkem, fle nedojde k infekci urogenitálního systému.

fiádnou ze zmi ovaných o-et ovatelských diagnóz nebylo možné ukon it v d sledku maligního onemocn ní s infaustní prognózou. Naopak byly v-echny p ínosem a díky ve-kerým o-et ovatelským intervencím nemocnému pomáhaly v terminálním stádiu jeho flivota.

Ráda bych se je-t jednou pozastavila nad otázkou informovat nemocného o jeho zdravotním stavu i p esto, fle se jedná o zhoubné onemocn ní s infaustní prognózou? Dle mého názoru bych se p ímlouvala p í sd lování diagnózy karcinomu pankreatu k tak zvané milosrdné lfi.

4 ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se vnovala o-čovatelství péči o nemocného s adenokarcinomem pankreatu v domácím prostředí. Z více zdrojů se potvrdilo, že výskyt karcinomu pankreatu neustále stoupá. V teoretické části jsem se blížila vnovala samotnému onemocnění, diagnostice, klinickému obrazu, etiologii a dostupné léčbě. Ukazuje se nutnost mezioborové spolupráce, která zahrnuje řadu specialistů (gastroenterologa, břišního chirurga, klinického onkologa a internisty). Bohužel medicína v léčbě tohoto závažného onemocnění je víceméně bezradná. O-čovatelství v tomto případě nachází nenahraditelné uplatnění.

V praktické části mé práce jsem se vnovala kazuistice, jejíž součástí bylo zajištění bio-psycho-sociálních potřeb nemocného. Jednalo se o osobu blízkou. O-čovatelství péče byla náročná nejen pro nemocného, ale i pro všechny zúčastněné. Nemocnému jsme nebrali naději a společně s ním jsme navštívili vedle klinického lékaře také lékaře. Společně jsme vyhledávali a realizovali všechny dostupné kroky k vylepšení fyzického a psychického stavu. V nemocnici se zdržoval velmi krátce, jen pokud to bylo nezbytně nutné. Když umíral, tak jsme byli s ním. Dali jsme mu to, co by nedostal v nemocnici ani v jiném sociálním zařízení. Neumíral sám, umíral tak jako člověk, v klidu a v přítomnosti lidí, které miloval. Tak, jak by si zasloužil odejít ze světa každý, kdo má tu čest žít. Díky této zkušenosti jsem změnila úhel pohledu nejen na život, ale především na umírání a smrt.

Získané zkušenosti se dále snažím předávat jednotlivcům a rodinám postiženým maligním onemocněním. Zpracování mé práce lze použít i vzdělávání studentů v rámci o-čovatelství péče o nemocného v domácím prostředí.

SEZNAM ZKRATEK:

- USG ultrazvuk
- CT počítačová tomografie
- EUS endoskopická ultrasonografie
- MRCP Magnetic Resonance CholangioPancreatography
- ERCP endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie
- PET pozitronová emisní tomografie
- TNM Tumor Nody Metastasi
- PTC perkutánní transhepatická cholangiografie
- BMI body mass index
- EKG elektrokardiograf
- WHO World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1 ZAVORAL, Miroslav et al. *Karcinom pankreatu*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2005. 287 s. ISBN 80-7262-348-6
- 2 TPIÁK, Julius. *Akutní pankreatitida*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. 216 s. ISBN 80-247-0942-2
- 3 FIALA, Pavel, VALENTA, Jiří, EBERLOVÁ, Lada. *Anatomie po bakalářské studium zdravotnických obor*. Vyd. 2. Praha: Karolinum, 2008. 173 s. ISBN 978-80-246-1491-5
- 4 MAÁK, Jiří, MAÁKOVÁ, *Patologie*. Vyd.1. Praha: Grada, 2004. 376 s. ISBN 978-80-247-0785-3
- 5 World Health Organization Clasifikation of Tumours. Patology and Genetics of Tumours of the Digestive System. In HAMILTON, SROV., AALTONEN, LA.,(Eds), Lyon: IARC Press, 2000, p.220
- 6 VORLÍEK, Jiří, ABRAHÁMOVÁ, Jitka, VORLÍKOVÁ, Hilda. *Klinická onkologie pro sestry*. Vyd.1. Praha: Grada, 2006. 328 s. ISBN-10: 80-247-1716-6
- 7 MLAMPA, Pavel, PETERA, Jiří et al. *Radia ní onkologie*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2007. 457 s. ISBN 978-80-7262-469-0
- 8 FARKAŠOVÁ, Dana a kol. *O-etrovate stvo ó teória*. Vyd. 1. Martin: Osveta, 2001. 133 s. ISBN 80-8063-086-0
- 9 PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely o-et ovatelství v kostce*. Vyd.1. Praha: Grada, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3
- 10 TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Pot eby nemocného v o-et ovatelském procesu*. Vyd. 1. Brno: NCO NZO, 1999. 186 s. ISBN 80-7013-285-X
- 11 MOUREK, Jindich. *Fyziologie ó u ebnice pro studenty zdravotnických obor*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. 208 s. ISBN 978-80-247-1190-4
- 12 MAFRÁNKOVÁ, Alena, NEJEDLÁ, Marie. *Interní o-et ovatelství I*. Vyd. 1. Praha: 2006. 280 s. ISBN 978-80-247-1148-5
- 13 JANÁKOVÁ, Laura, WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické pé i*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9
- 14 VENGLÁOVÁ, Martina, MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8

- 15 HALOVÁ, Miroslava. *Nemocný v domácí péči I*. Javorník: MAJ.ZJ, 2007. 140 s. ISBN 80-239-7316-9
- 16 BAUER, Jan. *Nádorová bolest a její farmakoterapie*. Vyd. 1. Praha: Galén, 1994. 64 s. ISBN 80-85824-09-4
- 17 Léčba bolesti
- 18 KÜBLER-ROSS, Elizabeth. *Hovory s umírajícíma*. Vyd.1. Nové Město nad Metují: Signum unitatis. 1992. ISBN 80-8543-9042
- 19 KÜBLER-ROSS, Elizabeth. *O smrti a umírání*. Arca Turnov a Nadace Klíček. 1992. 250 s. ISBN 80-900134-6-5
- 20 JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Vyd.1. Praha: Grada, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7
- 21 MAREŠKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Vyd.1. Praha: Grada. 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3
- 22 *Chci žít doma, ale splní se to jen částečně*. Právo[online]. 2013 [cit. 2013-02-10]. Dostupné z: <http://tn.nova.cz/zpravy/prehled-tisku/pravo-cesi-chceji-umrit-doma-ale-splni-se-to-jen-casti-z-nich.html>
- 23 SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav, VORLÍČEK, Jiří. *Paliativní medicína pro praxi*. Vyd. 2. Praha: Galén. 2012. 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0
- 24 KIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0
- 25 *Výživa u nádorových onemocnění*. [online]. 2012 [cit. 2013-03-03]. Dostupné z: <http://www.vyzivavnemoci.cz/vyziva-u-nadorovych-onemocneni>

SEZNAM P ÍLOH

P íloha .1 Pankreas

P íloha .2 Resekát pankreatu s karcinomem hlavy

P íloha .3 Anatomické vztahy pankreatu a jejího lymfatického spádu k okolním strukturám

P íloha .4 Algoritmus lé by karcinomu pankreatu

P íloha .5 Endoskopická intervence u karcinomu pankreatu. Endoskopická obraz samoexpandibilního duodenálního stentu

P íloha .6 Schematické znázornění rekonstrukčních výkonů po proximální duodenopankreatektomii

P íloha .7 Numerická škála bolesti

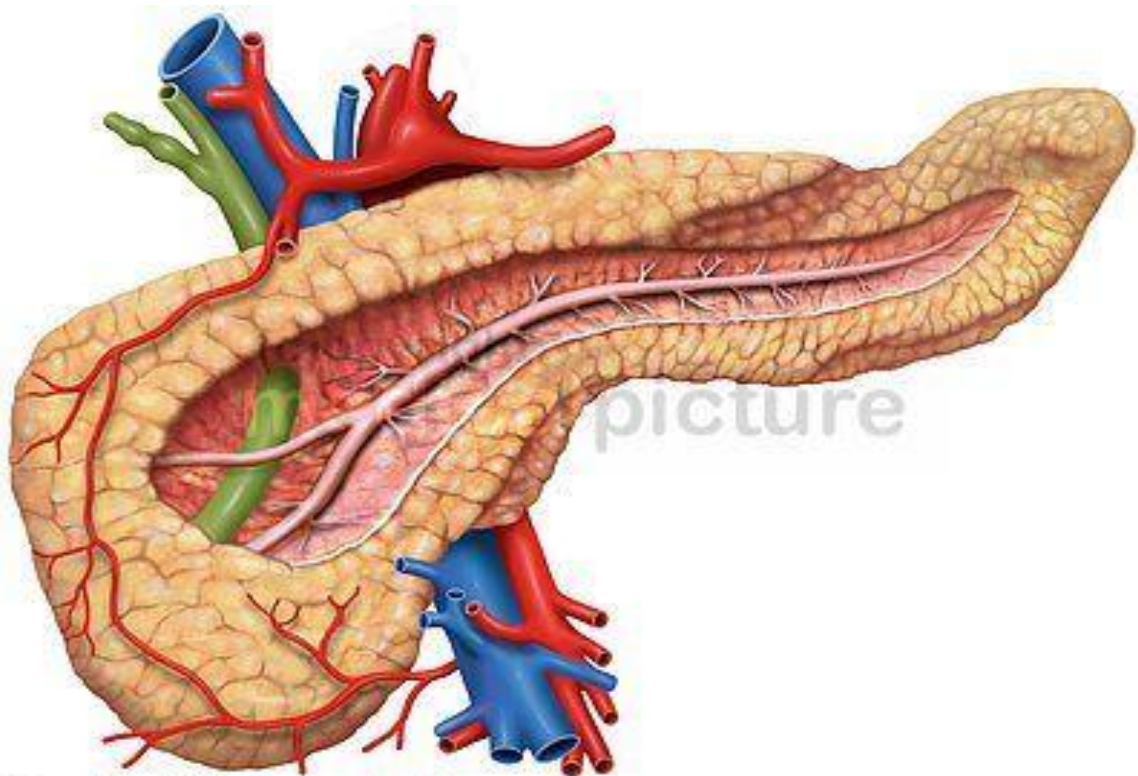
P íloha .8 Zavedení epidurálního katétru k aplikaci léků do epidurálního prostoru

P íloha .9 Fixace epidurálního katétru

P íloha 10 BMI

P íloha 11 Barthelův test základních vědních činností

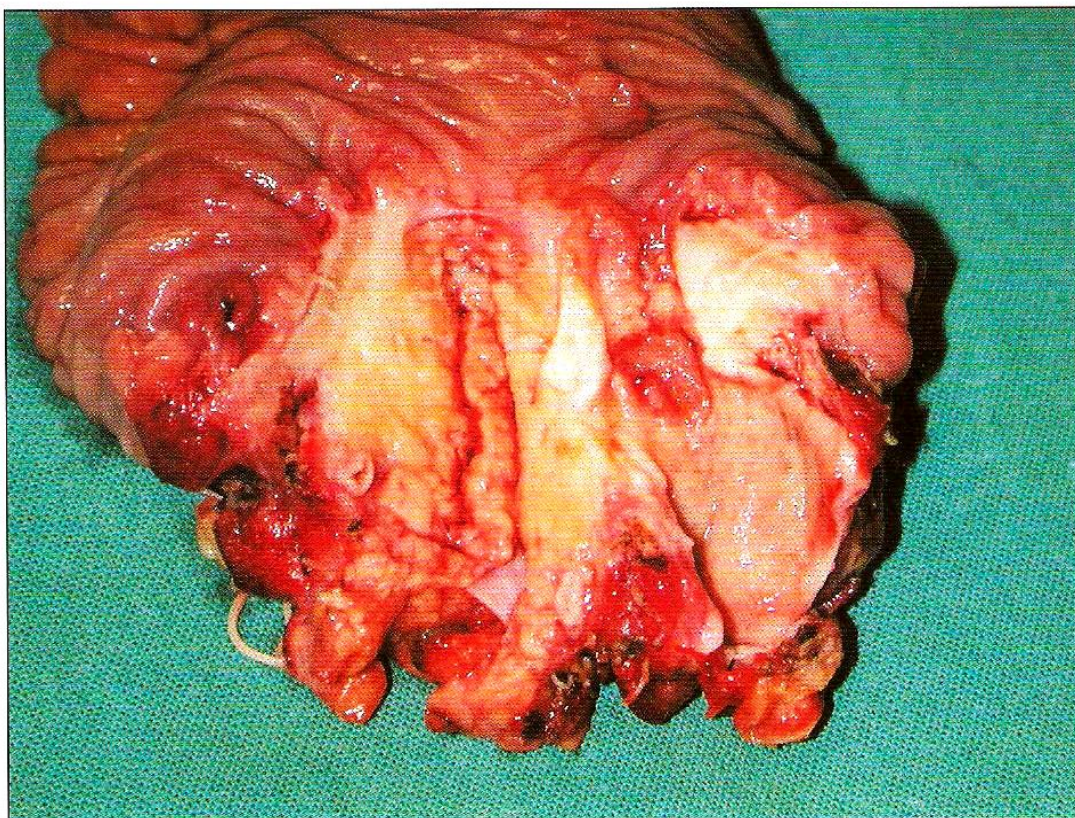
P íloha .1. Pankreas



© medicalpicture no: 27326

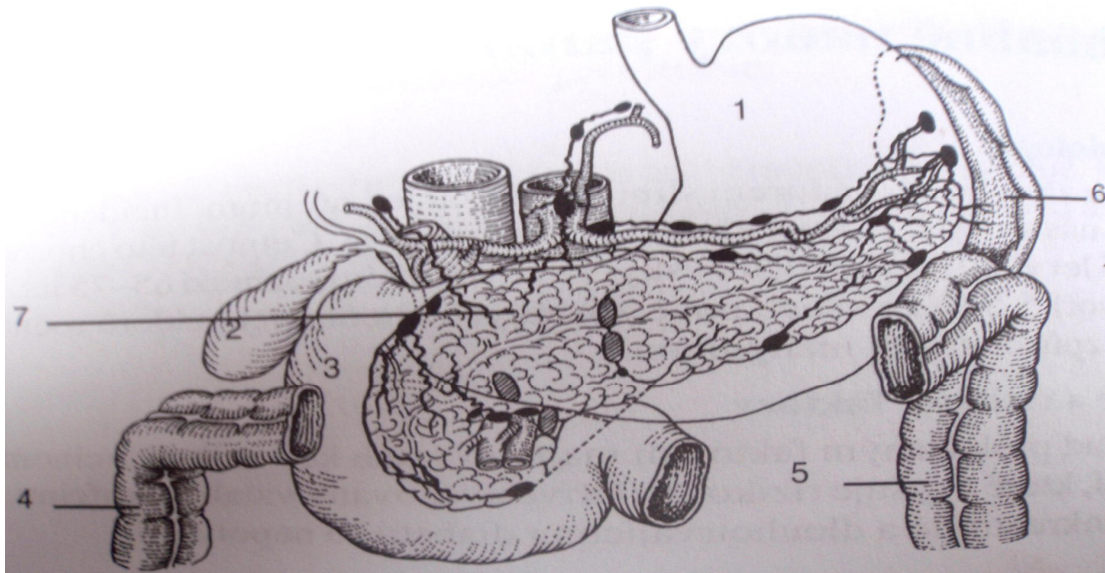
Zdroj: <http://www.dccdn.de/pictures.doccheck.com/photos/f/5daOe42c33cf6802m.jpg/>

Příloha 2. Resekát pankreatu s karcinomem hlavy



Zdroj: ZAVORAL, Miroslav et al. *Karcinom pankreatu*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2005. 287 s. ISBN 80-7262-348-6

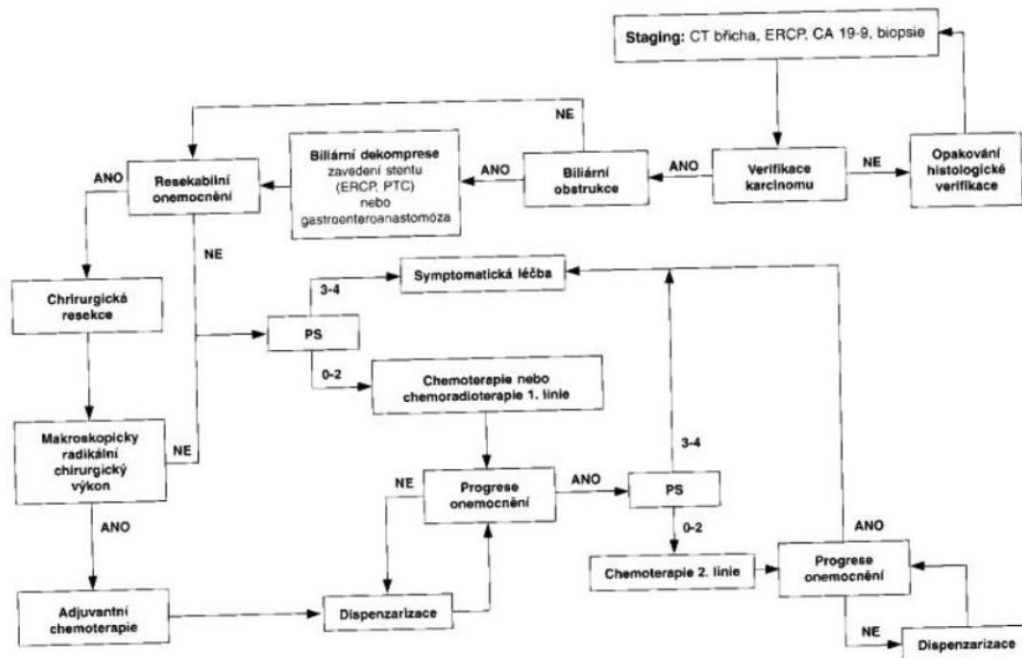
Příloha 3 Anatomické vztahy pankreatu a jejího lymfatického spádu k okolním strukturám



1. žaludek (ventrikulus)
2. žlučník (vesica biliaris)
3. dvanáctník (duodenum)
4. vzestupný tračník (colon ascendens)
5. sestupný tračník (colon descendens)
6. slezina (lien)
7. slinivka břišní (pancreas)

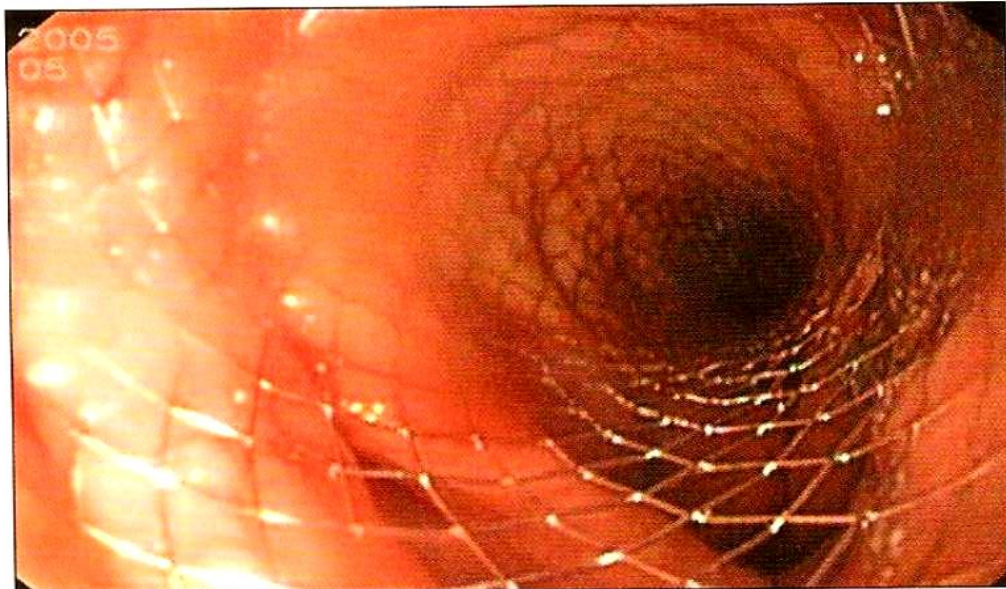
Zdroj: VORLÍ EK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍ KOVÁ, H. a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. Vyd. 1. Praha: 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6

Příloha 4 Algoritmus léby karcinomu pankreatu



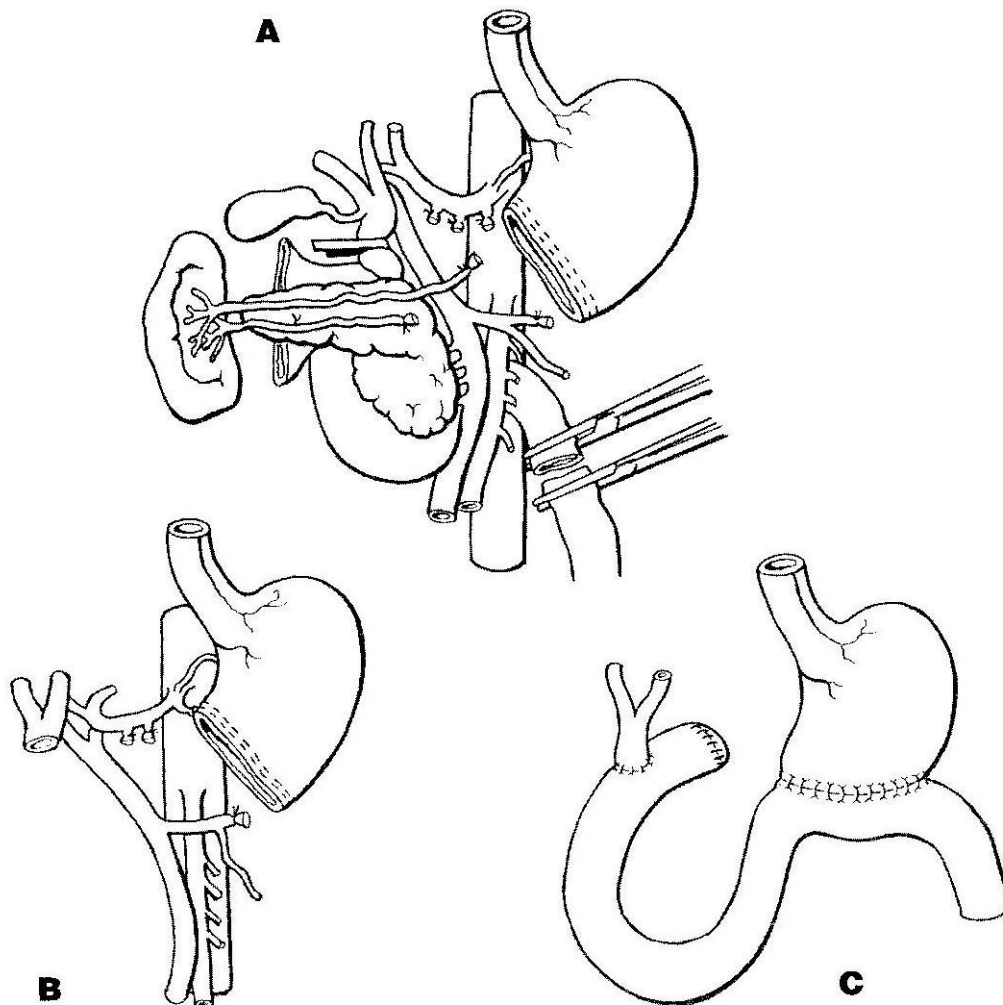
Zdroj: ZAVORAL, Miroslav et al. *Karcinom pankreatu*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2005. 287 s. ISBN 80-7262-348-6

Příloha .5 Endoskopická intervence u karcinomu. Endoskopický obraz duodenálního samoexpandibilního stentu.



Zdroj: ZAVORAL, Miroslav et al. *Karcinom pankreatu*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2005. 287 s. ISBN 80-7262-348-6

Příloha 6. Schematické znázornění rekonstrukčních výkonů po proximální duodenopankreatektomii



A ó pankreatogastroanastomóza

B ó pankreatojejunoanastomóza end-to-end

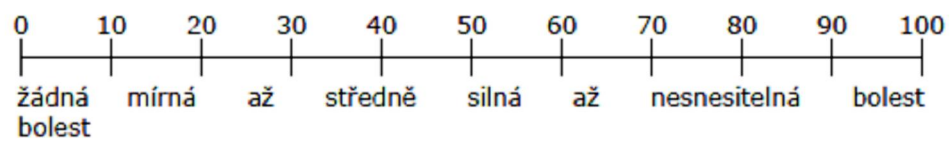
C ó pankreatojejunoanastomóza end-to-side

Zdroj: ZAVORAL, Miroslav et al. *Karcinom pankreatu*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2005. 287 s. ISBN 80-7262-348-6

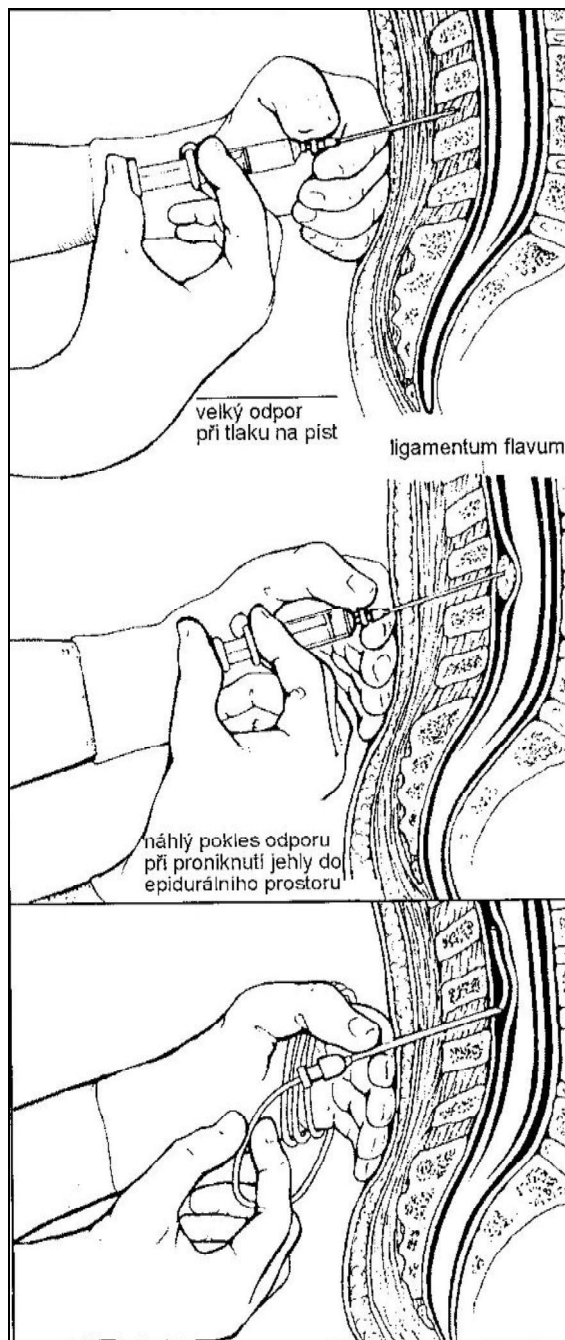
Příloha 7 Numerická škála bolesti



Numerická škála bolesti

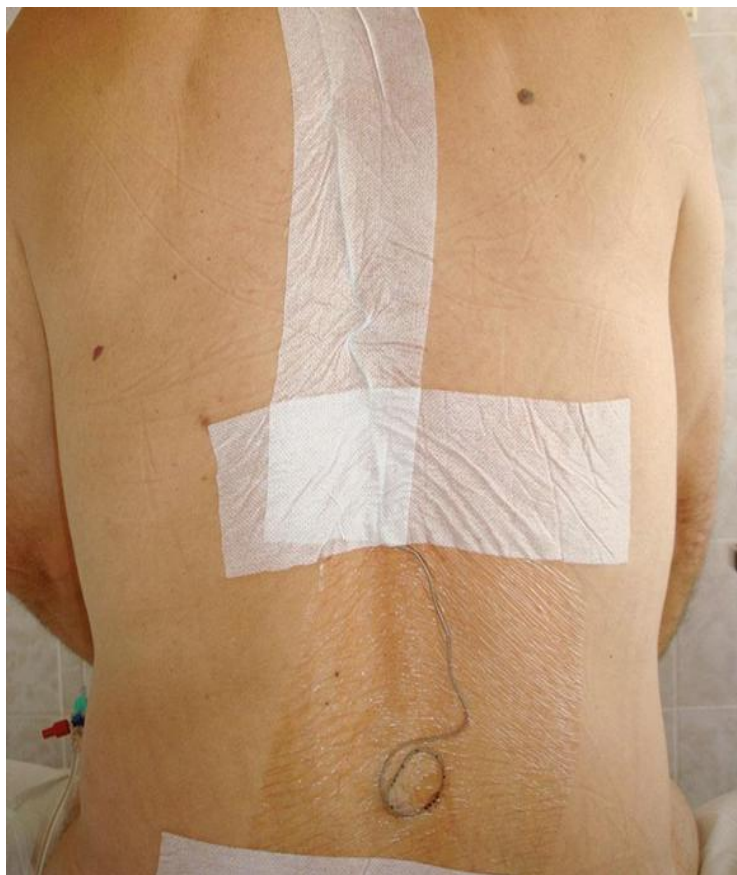


Příloha .8 Zavádění epidurálního katétru k aplikaci léku do epidurálního prostoru



Zdroj: LARSEN, Reinhard a kol. *Anestezie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998. 936 s. ISBN 80-7169-179-8

Příloha .9 Fixace epidurálního katétru



Zdroj: <http://www.img.mf.cz./683/485/a.jpg>

Příloha .10 BMI (Body mass index)

Klasifikace hodnoty BMI

Pro klasifikaci vypočtené hodnoty BMI se používá tabulka vytvořená Světovou Zdravotnickou Organizací(WHO).

BMI	klasifikace
< 18,5	podváha
18,5 - 24,99	optimální váha
25 - 29,99	nadváha
30 - 34,99	obezita prvního stupně
35 - 39,99	obezita druhého stupně
> 40	obezita třetího stupně

Zdroj: <http://www.mte.cz/bmi.php>

Příloha .11 Barthel v test základních v-edních inností

(/ADL-activity daily living)

	innost:	Provedení inností:	Bodové skóre
01.	Najedení,napití	Samostatn bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
02.	Oblékání	Samostatn bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
03.	Koupání	Samostatn nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
04.	Osobní hygiena	Samostatn nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
05.	Kontinence mo i	Pln kontinentní	10
		Ob as inkontinentní	05
		Trvale inkontinentní	00
06.	Kontinence stolice	Pln kontinentní	10
		Ob as inkontinentní	05
		Inkontinentní	00
07.	Použití WC	Samostatn bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
08.	P esun l flko-ffidle	Samostatn bez pomoci	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sed t	05
		Neprovede	00
09.	Ch ze po rovin	Samostatn nad 50 metr	15
		S pomocí 50 metr	10
		Na vozíku 50 metr	05
		Neprovede	00
10.	Ch ze po schodech	Samostatn bez pomoci	10
		S pomocí	05
		neprovede	00

5 Hodnocení stupn závislosti

Hodnocení:	Závislost	Body
	Vysoce závislý	00 ó 40 bod
	Závislost st edního stupn	45 ó 60 bod
	Lehká závislost	65 ó 95 bod
	nezávislý	96 ó 100 bod

<http://skripta.kachitta.net/tul/uzs/test-barthel.doc>

