

Univerzita Karlova v Praze
3. lékařská fakulta
Ústav pro lékařskou etiku a ošetřovatelství

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Péče o nemocného po resekci pankreatu
(Případová studie)

V Praze, duben 2006

Lucie Benšová
Bakalářské studium
Ošetřovatelství – Všeobecná sestra

Poděkování

Děkuji PhDr. Radomile Drozdové, doc. MUDr. Jiřímu Šimkovi, CSc. a MUDr. Miloši Volemanovi za cenné rady, podněty a připomínky při vedení mé bakalářské práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně
a uvedla v ní veškerou použitou literaturu a ostatní informační prameny.

V Praze, duben 2006

.....

Obsah

Obsah	4
1. ÚVOD	5
2. KLINICKÁ ČÁST	7
2.1 Anatomie a fyziologie pankretu	7
2.2 Charakteristika onemocnění	9
2.3 Příčiny chronické pankreatitis	10
2.4 Klasifikace dle morfologických změn	10
2.5 Pankreatické cysty	12
2.6 Diagnostika	12
2.7 Léčba	14
2.8 Prognóza	18
3. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM	19
3.1 Lékařská anamnéza	20
3.2 Průběh hospitalizace	24
4. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	29
4.1 Ošetrovatelský proces	29
4.2 „Model fungujícího zdraví“ Marjory Gordonové	31
4.3 Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení nemocného	32
4.4 Ošetrovatelské diagnózy 1. pooperační den, 3. den hospitalizace	37
4.5 Krátkodobý plán péče, realizace a hodnocení péče	38
4.6 Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče	47
5. EDUKACE NEMOCNÉHO	53
6. ZÁVĚR	55
SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY A JINÉ ZDROJE	56
SEZNAM ZKRATEK	58
SEZNAM PŘÍLOH	59
PŘÍLOHY	60

1. ÚVOD

Cílem této bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o nemocného po resekci pankreatu. Pacient B. M., věk 57 let, přijat k plánovanému operačnímu výkonu, po endoskopickém vyšetření s dg. chronická pankreatitis na chirurgické oddělení fakultní nemocnice. Pacient souhlasil s použitím dokumentace pro zpracování bakalářské práce.

V klinické části práce je zmíněna krátce anatomie a fyziologie pankreatu. Z charakteristiky onemocnění je zde uvedena definice chronické pankreatitidy, příznaky, pozdní komplikace, příčiny a klasifikace chronické pankreatitidy, zároveň jsou zde také krátce popsány pseudocysty pankreatu. Další část je zaměřená na diagnostiku, a to diferenciální i morfologickou, na léčbu (konzervativní a chirurgickou), nechybí ani prognóza onemocnění. Informace byly čerpány z odborné literatury a jiných zdrojů. Základní informace o nemocném byly vyhledány ve zdravotnické dokumentaci chirurgického oddělení. Jedná se o identifikační údaje, údaje z lékařské anamnézy, o stavu při přijetí, o prodělaných vyšetřeních a terapii. Součástí je i stručný popis průběhu hospitalizace.

V ošetrovatelské části byla použita metodika ošetrovatelského procesu a k vyhodnocení informací o aktuálním zdravotním stavu a ke stanovení ošetrovatelských diagnóz nemocného, bylo využito „modelu fungujícího zdraví“ Marjory Gordonové. Potřebné informace o aktuálním zdravotním stavu nemocného byly získávány v průběhu jeho hospitalizace, na oddělení od sester, při hlášení sester, od ošetřujícího lékaře, prací s dokumentací, rozhovorem s nemocným a vlastním pozorováním.

Dále následuje krátkodobý plán péče. Vzhledem rozsahu bakalářské práce jsou ošetrovatelské diagnózy podrobně stanoveny a rozpracovány pouze na jeden ošetřující den tj. v první pooperační den (3. den hospitalizace). Jsou seřazeny dle závažnosti zdravotního stavu a po domluvě s nemocným dle aktuálnosti.

Dále je uveden dlouhodobý plán ošetrovatelské péče, psychologická a sociální problematika nemocného, edukační plán pro nemocného a jeho rodinu. Závěr ošetrovatelské části je věnován prognóze z ošetrovatelského hlediska. Práce je doplněna seznamem odborné literatury a jiných zdrojů, zkratkami a přílohami.

2. KLINICKÁ ČÁST

2.1 Anatomie a fyziologie pankreatu

Slinivka břišní (pankreas) je asi 15 – 20 cm dlouhá žláza, ležící za žaludkem transversálně v retroperitoneu. Její širší část (hlava- caput) je uložena v ohbí duodena, tělo probíhá před aortou, dolní dutou žilou a horní mesenterickou a lienální tepnou až před levou ledvinu. Zúžený konec (ocas–cauda) zasahuje až ke slezině. Krevní zásobení pankreatu pochází z truncus coeliacus a z arteria mesenteria superior – je tvořeno celkem šesti tepnami, které vytvářejí tzv. přední a zadní tepenný oblouk a dále drobnými spojkami od aorta lienalis.

Slinivka je žlázou trávicího systému, tedy převážně žlázou ze zevní sekrecí. V hmotě žlázy jsou dále ostrůvky buněk s endokrinní (vnitřní) sekrecí.

Zevně sekreční část žlázy je složena z nepravidelných lalůčků tvořených žlázovým epitelem. Drobné vývody lalůčků se uvnitř žlázy spojují a vytvářejí **vývod pankreatu, ductus pancreaticus (Wirsungi)**, který probíhá zhruba horizontálně a ústí obvykle společně se žlučovými cestami na duodenální papile.

Vnitřně sekreční část pankreatu je reprezentována Langerhansovými ostrůvky. V pankreatu člověka je asi 1,5 miliónu těchto ostrůvků. Stavebně se nápadně liší od ostatní žlázové tkáně. Jsou složeny z trámců, mezi kterými vždy probíhá céva. Langerhansovy ostrůvky produkují přímo do krve hormony inzulín, glukagon, somatostatin a další.

Inzulín snižuje hladinu glukózy, která je různými regulačními mechanismy udržována nalačno v hodnotách 3,3 - 6,5 mmol/l. Udržováním stále hladiny glukózy je zajištěn její trvalý přísun pro buňky a tkáně, pro které je glukóza hlavním zdrojem energie. Inzulín reguluje průnik glukózy do buněk tak, že jeho vyšší hladina

v krvi vyvolá rychlejší vychytávání glukózy hlavně ve svalech, koncentrace glukózy klesne. Není-li doplněn z potravy, vzniká **hypoglykémie** (méně než 3,3 mmol/l), provázená slabostí až bezvědomím. Opakem je **hyperglykémie** (více než 6,5 mmol/l), kdy se cukr začíná vylučovat do moči. Renální práh pro glukózu je 10 mmol/l.

Pankreatickou šťávu produkuje zevně sekreční část slinivky břišní. Až jeden litr této šťávy odtéká denně do duodena. Šťáva má silně zásaditou reakci, která neutralizuje kyselou žaludeční tráveninu vylučovanou do duodena. Enzymy pankreatické šťávy můžeme rozdělit do tří skupin:

1. Trypsinový komplex složený z několika proteáz štěpících bílkoviny. Přímo v pankreatu je neúčinný – aktivuje se až v duodenu.
2. Pankreatická lipáza se aktivuje žlučí. Štěpí emulgované tuky na glycerol a mastné kyseliny.
3. Pankreatická amyláza štěpí (podobně jako ptyalin) škrob na jednoduché cukry, které jsou dalšími enzymy rozkládány až na glukózu.

Pankreatická šťáva se tvoří částečně reflexně – jako žaludeční šťáva, ale její množství je malé. Hlavním podnětem pro tvorbu pankreatické šťávy je sekretin - látka uvolňována ve stěně duodena. Je-li sliznice duodena podrážděna kyselým žaludečním obsahem, uvolňuje se sekretin, který je krevní cestou zanášen do pankreatu, kde navozuje zvýšenou tvorbu pankreatické šťávy v okamžiku, kdy se do duodena dostává potrava ze žaludku (5).

2.2 Charakteristika onemocnění

Definice

- **chronická pankreatitis** je trvale progredující stav, kdy je funkční parenchym pankreatu nezvratně nahrazen vazivem (fibróza), což ve svých důsledcích vede k exokrinní i endokrinní nedostatečnosti pankreatu
- stav, kdy jsou ve žláze přítomny zánětlivé elementy vedoucí k chronickým zánětlivým změnám charakterizovaným destrukcí exokrinního pankreatu a fibrózou

Klinika chronické pankreatitis

Hlavní příznaky

- bolest je základním projevem onemocnění, vyskytuje se až u 95% nemocných. Onemocnění probíhá v atakách (bolesti břicha) se střídají s remisemi (klidové stadium). Často vzniká náhle, je různě intenzivní, někdy až šokující a někdy postupně narůstající. Může být stálá i epizodická doprovázející akutní relapsy chronické pankreatitidy. Bývá lokalizovaná zpravidla v oblasti pupku s propagací pod žeberní oblouky a do zad. Může trvat i několik dní a dosahovat velké intenzity (20).
- bolest má také vztah k psychologickým faktorům, návyku na opiáty a na pokračující abúzus alkoholu. Bolest je rozhodujícím kritériem v hodnocení kvality života a často hlavní důvod k chirurgické intervenci. Příčina je často komplexní a u různých nemocných různá (přetlak ve vývodech, parenchymu) (3).
- projevy insuficience zevně sekretorického pankreatu – diarhea (malabsorpce) - objemné a páchnoucí stolice s nadýmáním, steatorea,

- nauzea, zvracení
- subikterus, ikterus

Příznaky méně charakteristické

- střevní dyskineze, ascites, krvácení, příznaky střevní obstrukce, portální hypertenze (3)

Pozdní komplikace

- diabetes mellitus – závisí na etiologii, závažnosti a trvání základní choroby (postihují nemocné v 80% po 15 letech trvání choroby)
- tvorba pseudocyst pankreatu (3)

2.3 Příčiny chronické pankreatitis

- abúzus alkoholu - nejčastější příčina chronické pankreatitidy (dále jen CHP) (80%), zde je situace zvláště nepříznivá, protože u části pacientů působí alkohol analgeticky, čímž se vytváří bludný kruh – *pijí, aby utlumili bolesti z CHP, kterou alkohol vyvolává* (20).
- obstrukce vývodu - cholelithiasis a jiné – např. vrozené vady vývodných cest
- protein-kalorická malnutrice - tropická pankreatitis
- metabolické příčiny - hyperlipidemie, hyperkalcemie
- genetické- hereditární pankreatitis
- autoimunitní
- neznámé - idiopatická chronická pankreatitis

2.4 Klasifikace dle morfologických změn

- a) chronická kalcifikující pankreatitis
- b) chronická obstrukční pankreatitis

- c) idiopatická chronická pankreatitida
- d) primárně zánětlivá chronická pankreatitida (odpovídá autoimunitní chronické pankreatitidě)
- e) pankreatická fibróza (starší pacienti, úbytek parenchymu s fibrózou tkáně)

Ad a) chronická kalcifikující pankreatitida

- u nás obvykle alkoholické etiologie
- v morfolonii je charakteristické nepravidelné, ložiskové postižení pankreatu s redukcí počtu a velikosti acinů, nepravidelnou fibrózou a relativním zachováním Langerhansových ostrůvků
- časnou změnou je tvorba proteinových zátek, do kterých vypadávají soli vápníku za vzniku kalcifikací
- sekundární změny epitelu vývodů

Ad b) Chronická obstrukční pankreatitis

Etiologie

- cholelithiasis
- stenóza ampuly Vatterské papily
- karcinom hlavy pankreatu
- jizvy po prodělané akutní pankreatitidě
- traumatické postižení pankreatu (20)

Morfologie

- charakteristické je difúzní postižení pankreatu
- léze je nejvíce vyjádřena v hlavě pankreatu
- po odstranění překážky regrese
- dilatace vývodů
- intraduktálně málo proteinových zátek
- kalcifikace jsou vzácné

2.5 Pankreatické cysty

Vrozené

- a) kongenitální cysty (solitární, mnohočetné)
- b) dermoidální
- c) cystická fibróza

Získané

- a) retenční
- b) pseudocysty - jsou často pozánětlivého, respektivě postnekrotického původu, obvykle jsou unilokulární 5 - 10 cm, nemají vlastní výstelku, jejich stěna je tvořena vazivem s různě vyjádřenou zánětlivou reakcí, krvácením, kalciovými deposity a krystaly cholesterolu
- c) cystické nádory - tvoří méně než 5% tumorů pankreatu, častěji postihují tělo a ocas pankreatu (mucinosní cystický tumor, serózní cystadenom)

2.6 Diagnostika

- Ačkoliv nelze pominout význam základního klinického vyšetření a vyšetření enzymatické aktivity je diagnostika CHP především morfologická.
- **Diferenciální diagnóza** - je zaměřena především na odlišení segmentální CHP a karcinomu, odlišení cystoidů a cystických adenokarcinomů, u algických syndromů a stenóz duodena především na vyloučení peptického vředu.
- **Klinické vyšetření + anamnéza**, kde se zjišťují údaje o bolesti břicha, konzumaci alkoholu, ikteru, hubnutí a podobně. Z klinického vyšetření

lze zjistit někdy hypotrofní stav, subikterus, rezistenci v epigastriu při pseudocystě nebo při akutní atace pankreatitidy.

- **Vyšetření enzymatické aktivity** - Ke změnám hodnot však dochází zpravidla při akutní atace pankreatitidy nebo v pozdních stadiích pankreatitidy s výrazným poklesem funkční kapacity. Vyšetřují se hladiny amyláz včetně izoenzymů a lipázy. Na interních pracovištích se provádějí další vyšetření jako stanovení chymotripsinu a elastázy ve stolici, testy na stanovení zevně sekreční kapacity pankreatu - cholecystikinin-sekretinový test a Lundův test

Morfologická diagnostika

Je rozhodující pro stanovení diagnózy CHP a ve spojení s biopsií i hlavním pilířem diferenciální diagnostiky především oproti karcinomu pankreatu.

- **Nativní snímek břicha** - nepřináší zásadní poznatky o onemocnění, může prokázat kalcifikace v oblasti pankreatu.
- **Ultrazvukové vyšetření (UZ)** - je již přínosnější. Může především prokázat změny na žlučovém systému (cholecystolitiázu, dilataci hepatocholedochu), na játrech, na portální a lienální žíle (trombózu). Dále i změny na vlastním pankreatu - změna velikosti, dilataci pankreatického vývodu, pseudocystu.
- **Výpočetní tomografie (CT)** - velmi významné a využívané vyšetření, které navíc přináší i lepší přehled o vztahu pankreatu k okolním orgánům. Jeho citlivost i specifčnost jsou vyšší než u sonografie. Uplatňuje se především v diferenciální diagnostice při rozlišování benigních a maligních afekcí.
- **Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie (ERCP)** - je zásadním vyšetřením při podezření na CHP. Zobrazením pankreatického vývodu a jeho změn lze hodnotit i stupeň závažnosti pankreatitidy. Při tom hodnotíme nejen změny na vývodech ve smyslu deformace či dilatace, ale můžeme eventuelně prokázat i komunikaci pseudocysty s hlavním vývodem nebo i únik kontrastní látky do dutiny

břišní při pankreatickém výpotku. Na základě ERCP se stanovuje tzv. Cambridgeská klasifikace CHP. Součástí vyšetření je i posouzení stavu žlučových cest.

- Jakožto invazivní vyšetření umožňuje ERCP i terapeutické zásahy – endoskopickou papilotomii, extrakci konkrementů z choledochu i pankreatického vývodu, zavádění stentů, odběry biopsií, polypektomie, papilektomie Vaterské papily a podobně.
- **Magnetická rezonance (MR), magnetická cholangiopankreatikografie (MR CP)** - jsou vyšetření, která zatím nedoznala širšího uplatnění, i když zejména NMR CP je metodou velmi perspektivní.
- **Endoskopická ultrasonografie (EUS)** - perspektivní vyšetření, které po větším rozšíření bude mít zásadní význam v diagnostice chorob pankreatu. Ve spojení s cíleným odběrem biopsie umožní přesnou diferenciální diagnostiku vzhledem k tumorům pankreatu (20).

2.7 Léčba

- **Konzervativní**

Je zaměřena především na dietní opatření, kontrolu životosprávy a především na **abstinenci alkoholu** a kouření, (asi u poloviny nemocných s algickou formou CHP vede abstinence ke zmírnění obtíží). V pozdějších fázích i na korekci diabetu. Významná je i substituce pankreatických enzymů vesměs ve formě preparátů, jejichž farmakologická úprava umožňuje jejich maximální aktivitu v orálních částech tenkého střeva (Panzytrát) (20).

- **Léčba bolesti**

Její tlumení je významnou součástí léčby. Při tom je nutno brát v úvahu, že bolest u CHP je proces multifaktoriální. Je proto snahou identifikovat

odstranitelné příčiny bolesti jako například endoskopicky řešitelný přetlak v pankreatickém vývodu a podobně. Při farmakoterapii se užívá nejprve běžných neopiátových analgetik a teprve při neúspěchu se přechází na opiáty. V krajních případech může být indikována léčba neurolytická (20).

- **Endoskopická léčba**

Léčba algického syndromu - při nálezu dilatovaného pankreatického vývodu se stenózou v prepapilární terminální části vývodu s přítomností či bez přítomností pankreatikolitiázy lze endoskopicky dilatovat a zavést stent s eventuelní lithotrypsí a extrakcí konkrémentů mechanicky. Není jednotný postup v tom, jak často provádět kontroly a výměny stentů.

Cholestáza - u 20 - 50 % nemocných s chronickou pankreatidou je biliární obstrukce přechodným příznakem (útlak pseudocystou, edém hlavy pankreatu). Nemocní s biliární obstrukcí bez známek stenózy duodena jsou indikováni k endoskopickému ošetření. Plastikový biliární stent je zpravidla zaváděn na dobu 1 - 3 měsíce. Asi u 1/4 těchto nemocných s CHP může jít o definitivní ošetření. Některá endoskopická pracoviště udávají úspěšné řešení až u 80 % vybraných nemocných při dvouletém sledování. Přetrvávající stenóza distálního žlučovodu s cholestázou či cholangitidou je indikací k chirurgické léčbě. Průměrná udávaná délka takto endoskopicky ošetřovaných nemocných je 6 - 12 měsíců. Při přetrvávající biliární obstrukci je další pokračování v endoskopické terapii na místě u nemocných rizikových (celkový stav, věk, pokročilá portální hypertenze) a u nemocných, kteří odmítli chirurgické řešení. Není jasné shody, zda endoskopicky intervenovat pouze při lehké zvýšení obstrukčních enzymů. Zavádění expandibilních metalických stentů by mělo být v této indikaci zvažováno zcela výjimečně.

Pseudocysta - méně častou indikací k endoskopické intervenci je ošetření symptomatické pseudocysty. U vhodně uložené pseudocysty

endoskopicky provedená komunikace se žaludkem či duodenem může poskytnout definitivní ošetření těchto nemocných.

- **Chirurgická léčba**

Indikována asi u 25 - 50 % nemocných s chronickou pankreatitidou.

Indikace **algické formy** - jiným způsobem neovlivnitelné bolesti

Komplikace CHP : biliární obstrukce, obstrukce pankreatického vývodu,

duodenální obstrukce, segmentální portální hypertenze, pseudocysta.

Podezření z malignity

Nejčastěji jsou k chirurgické léčbě indikováni nemocní pro **algický**

syndrom s nálezem zánětlivě zvětšené hlavy pankreatu a s různým

stupněm vyjádřenou obstrukcí distálního žlučovodu a duodena.

Předpokladem k provádění operací na pankreatu je chirurgické

pracoviště se dostatečnou zkušeností a frekvencí

výkonů v hepatopankreatobiliární oblasti a časnou mortalitou

u elektivních výkonů 0 - 5 %.

Typy chirurgický výkonů

- **Drenážní operace**

Podélná pankreatojejunostomie side to side (dle Partington -

Rochelle). Je nejčastěji prováděna a indikována u dilatovaného hlavního

pankreatického vývodu > 5mm se stenózou v prepapilární části,

bez zvětšení hlavy pankreatu a obstrukce žlučových cest.

Nevýhody: výkon je vhodný pouze u malé části nemocných s CHP.

Neovlivňuje segmentální portální hypertenzi. Horší dlouhodobý efekt

ovlivnění bolestí.

- **Resekční operace**

Pylorus zachovávající duodenopankreatektomie (dle Traverso -

Longmire) je alternativní výkon k duodenum zachovávající resekci

při zvětšené hlavě pankreatu, stenóze duodena a žlučových cest se srovnatelným dlouhodobým efektem ovlivnění bolesti. Je rovněž indikována při podezření na malignitu hlavy pankreatu.

Nevýhody: vzhledem k benignímu charakteru onemocnění jde o mutilující výkon spojený s poruchou endokrinní funkce u 20 - 40 % operovaných, poruchou vyprazdňování žaludku asi u 30 %, cholangitidou, častější rehospitalizací a horší profesionální rehabilitací.

Klasická duodenopankreatektomie (dle Whipple) u nemocných s CHP je indikována zřídka.

Levostranná pankreatektomie je ojediněle prováděný výkon při lokalizaci patologického procesu v těle a kaudě pankreatu.

Totální pankreatektomie je mutilující výkon, který je ve vztahu s chronickou pankreatitidou indikován zcela vyjímečně.

Denervační výkony pro ovlivnění bolestí u nemocných s CHP mají krátkodobější a menší efekt ve srovnání s onkologickou indikací (19).

- **Nejběžnější operace pro pseudocysty pankreatu**

Trangastriční pseudocystogastroanastomosa dle Jurasze – spojení regtogastriční pseudocysty se zadní stěnou žaludku přístupem přes žaludek. Podmínkou je pevný srůst pseudocysty a zadní stěny žaludku

Retrogastrická pseudocystogastroanastomosa dle Jedličky – spojení pseudocysty a zadní stěny žaludku, pokud není pseudocysta pevně se žaludkem strolá.

Pseudocystojejunostomie – spojení pseudocysty s kličkou tenkého střeva – má řadu variant.

Pseudocystoduodenostomie – provádí se vzácně u pseudocyst hlavy pankreatu.

2.8 Prognóza

U nemocných s komplikovaným průběhem CHP a algickým syndromem lze pomocí nových endoskopických a chirurgických metod očekávat dobrý dlouhodobý léčebný efekt až v 80 %. Celková prognóza onemocnění a dlouhodobé přežívání nemocných s chronickou pankreatitidou však zřejmě nezávisí na konzervativní či chirurgické léčbě. Je udáváno 10-leté přežívání asi 70 % a 20-leté asi 45 %. Mortalita nemocných s CHP je 3,6 krát vyšší než u populace bez chronické pankreatitidy (14).

Jako hlavní faktory ovlivňující přežívání jsou uváděny

1. věk nemocného v době diagnózy CHP
2. pokračující abusus alkoholu
3. kouření a cirhóza jater

3. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM

Nemocný přijat s dg. chronická pankreatitis k plánovanému operačnímu výkonu, po endoskopickém vyšetření na chirurgické oddělení fakultní nemocnice.

Datum přijetí: 15. 12. 2005

Pacient: B.M

Narozen: 1949

Diagnóza:

Hlavní: chronická pankreatitida - asi 2 roky trvající obtíže, algický syndrom. Při endoskopickém vyšetření zjištěné známky chronické pankreatitidy se zvětšenou hlavou pankreatu a cystickým ložiskem.

Přidružená: dráždivý tračník

Stav při přijetí:

Váha: 75 kg

TK: 153/100 mmHg

BMI: 26

P: 96/min.

Výška: 170 cm

D: 16/min.

TT: 36°C

Vědomí: pacient je při vědomí, dobře komunikující, orientovaný v čase, místě a osobou, afebrilní, eupnoický, hydratace v normě, kůže bez ikteru a cyanózy

Hlava: pokleповě nebolestivá, víčka bez otoků, bulby ve středním postavení, pohyblivé všemi směry, zornice izokorické, reagují na oba podněty, spojivky růžové, skléry anikterické, uši a nos bez sekrece, rty bez cyanózy, chrup sanován, jazyk vlhký, plazící středem, bez povlaku, hrdlo klidné

Krk: šíje volná, struma a lymfatické uzliny nehmatné, karotidy tepou symetricky, bez šelestu, krční žíly bez patologické náplně

Hrudník: souměrný, klenutý, axily volné,

Plíce: poklep: plný, jasný; dýchání sklípkové bez vedlejších fenoménů

Srdce: pokleповě nezvětšeno, úder hrotu nehmatný

Břicho: v úrovni hrudníku, poklep diferenciálně bubínkový, měkké, volně prohmatné, palpačně nebolestivé, bez patologické rezistence; játra k oblouku, slezina nehmatná, úder na bederní krajinu nebolestivý

Páteř: pokleповě nebolestivá, hybnost bez omezení

Končetiny: bez otoků, arteriální pulzace hmatná do periferie, žíly bez známek zánětu, varixy 0, klouby ušlechtilého tvaru, pohyblivost bez omezení

3.1 Lékařská anamnéza

Pacient: B.M

Narozen: 1949

Stav: ženatý

Diagnóza:

Hlavní: Chronická pankreatitida

Přidružená: Dráždivý tračník

Rodinná anamnéza:

Matka – 77 let - ischemická choroba srdeční, hypertenze, stav po akutní cévní mozkové příhodě

Otec – zemřel v 64 letech na infarkt myokardu, sestra – zdráva

Osobní anamnéza:

Pacient prodělal: běžné dětské nemoci, vážněji nestonal

Prodělané operace: žádné

Vážnější úrazy: žádné

Přidružená onemocnění: dráždivý tračník

Kouření: nejuje

Abusus: alkohol – denně pivo

Dietní opatření: žlučníko-pankreatická dieta

Farmakologická anamnéza:

Pravidelně užívá: Espumisan 40 mg – 2 cps. p.o., Pagrol 20 000 mg – 2 tbl. p.o.

Alergie:

Léková: na ATB – penicilin- Amoklen

Potravinová: citrusové plody

Sociální anamnéza:

Zaměstnání - traktorista v Lomnici nad Popelkou,

Ženatý – manželka: Helena M., pracuje jako účetní, bydlí spolu v rodinném domě, kde s nimi žije nemocná maminka (maminka pana B.M), o kterou se starají. Dcera 39let, syn 36 let, žijí nedaleko každý ve svém domě.

Nynější onemocnění:

Nemocný s anamnézou asi 2 let obtíží, algický syndrom. Opakované akutní exacerbace. Subjektivně udává dočasné tlakové bolesti v pravém hypochondriu s propagací do epigastria, chuť do jídla je dobrá, váha stabilní, stolice řidší bez příměsí krvi či hlenu, močení bez problémů. Dýchání bez potíží. Při UZ, CT vyšetření známky chronické pankreatitidy se zvětšenou hlavou slinivky a cystickým ložiskem (nelze vyloučit ani cystický tumor hlavy pankreatu). Indikován k operačnímu výkonu ve fakultní nemocnici.

Dg.: Chronická pankreatitida

Dg.: Souhrnně Dráždivý tračník

VYŠETŘENÍ

EUS pankreatu

- provedeno v okresní nemocnici, na gastroenterologii.

Chronická pankreatitida - sledována pseudocysta (**2x provedena punkce pod CT**), pacient bez obtíží. Chronická pankreatitida – algický syndrom, sledována 2 roky, etiologie není uvedena, dle anamnézy z chirurgie v okresní nemocnici nelze vyloučit požívání alkoholu.

Závěr: - cystoid hlavy pankreatu se širší, nerovnou stěnou (nejedná se o obraz jednoznačné pseudocysty, je nutné myslet na cystický tumor).

- pankreas s obrazem zvýšené fibrózy a okrskovitým výskytem drobných kalcifikací v oblasti hlavy (lokalitou navazující na cystoid).

- indikace k chirurgickému řešení

EUS pankreatu

- provedeno za hospitalizace na chirurgickém oddělení v okresní nemocnici.

- zjištěny známky chronické pankreatitidy se zvětšenou hlavou slinivky a cystickým ložiskem.

- dočasně propuštěn, indikován k operačnímu výkonu do fakultní nemocnice

CT

- zjištěny známky chronické pankreatitidy se zvětšenou hlavou slinivky a cystickým ložiskem.

PŘEDOPERAČNÍ VYŠETŘENÍ

- laboratorní vyšetření

- interní vyšetření: - EKG

- rentgenové vyšetření srdce a plic

- medikace

LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

- proveden

- krevní obraz a diferenciál: hodnoty byly v normě

- hemokoagulace: APTT, Quick: hodnoty v normě

- biochemické vyšetření krve: CRP: v normě, bilirubin - 30 mmol/l, bilirubin konjugovaný - 8,1 mmol/l, ostatní hodnoty v normě.

PŘEDOPERAČNÍ ANESTEZOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ:

- provedeno

plánovaná anestezie: celková

premedikace: epidurální katétr (EDK), pacient se zavedením souhlasí

večerní: na noc Hypnogen 1 tbl. p.o. ve 21 hod.

od půlnoci – nejíst, nepít, nekouřit

ranní: půl hod. před operačním výkonem aplikovat

Dolzin 50 mg – i.m., Atropin 50 mg – i.m.

medikace:

- **večer před operací** : Clexane 0,4 ml s. c. v 18 hod. a dále ě 24 hod

- **ráno:** kontrolní odběr - APTT, INR + glykémie

- **prevence tromboembolické nemoci:** bandáž dolních končetin

- **při úvodu do celkové anestezie:** podat jednorázově - ATB: Cefobid 1 g. i.v

- bude zaveden permanentní močový katétr (PMK), periferní žilní katétr (PŽK) – levá horní končetina, centrální žilní katétr (CŽK) – v. jugularis dextra a epidurální katétr (EDK)

po operaci: přeložení na chirurgický pooperační JIP (jednotka intenzivní péče)

OPERAČNÍ PROTOKOL

Dg.: pseudocystis pancreatis

Operační výkon: - evakuace, vnitřní drenáž pseudocysty do žaludku nebo jejunu, pseudocystojejunostomie, subhepatálně založena penrose, cholecystectomy

3.2 Průběh hospitalizace

Pan B.M., věk 57 let, byl přijat dne 15. 12. 2005 s dg. chronická pankreatitida - asi 2 roky trvající obtíže, algický syndrom. Po endoskopickém vyšetření indikován k operačnímu výkonu na chirurgické oddělení fakultní nemocnice.

Při Sono, CT vyšetření - zjištěné známky chronické pankreatitidy se zvětšenou hlavou pankreatu a cystickým ložiskem.

S pacientem byla odebrána ošetrovatelská anamnéza (viz. příloha č. 1), byly změřeny fyziologické funkce, zaznamenány do dokumentace. Vyhodnocovalo se riziko vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové – 34 bodů. Bártův test základních všedních činností – 100 bodů a riziko pádu – 0 bodů. Ve všech třech testech získal nemocný dostatečný počet bodů, rizika nehrozí. Dále byl řádně poučen o časovém postupu v přípravě na operaci, dietním omezení a pitném režimu před a po operaci, byl seznámen s chodem oddělení a nemocničním řádem, s právy pacientů a o nutnosti identifikačního štítku pacienta na ruce.

Ošetřujícím lékařem byl seznámen s operačním výkonem a případnými komplikacemi, které by během výkonu mohly nastat. Byl mu předložen informovaný souhlas pacienta s operačním výkonem a informovaný souhlas s podáním anestezie. S oběma těmito dokumenty po přečtení souhlasil a podepsal je.

Z předoperačních vyšetření bylo dle ordinace ošetřujícího lékaře provedeno kontrolní laboratorní vyšetření krve (krevní obraz, biochemické vyšetření – mírně zvýšen pouze bilirubin, hemokoagulační vyšetření) a moče (chemicky a močový sediment). Hodnoty v normě, nemocný byl schopen operačního výkonu.

Odpoledne proběhlo u pacienta anesteziologické konzilium. Anesteziolog mu vysvětlil vše ohledně podávání celkové narkózy a předepsal medikaci.

Průběh 0.- 1. pooperační den

V den operace byla splněna veškerá předepsaná ordinace a pacient byl s dokumentací převezen na operační sál.

Příchod pacienta z operačního sálu ve 12, 40 hod. Pacient byl po příjezdu na JIP při vědomí, orientovaný, klidný, byl napojen na monitor.

Pacientovi byla podávána medikace:

Infúze: Glukóza 10% + 8 j. Actrapid (do 500 ml každých,
- 60ml/hod.

Ringer 1/1 - 100ml/hod., dále dle příjmu a výdeje tekutin
+ 15ml 7,5% KCl (do 500 ml)

EDK: Marcaine 0,5% 20 ml + Fentanyl 6 ml/50 ml Fyziologický roztok – 2 - 8 ml/hod., dle bolesti

Analgetika: Novalgin (amp. 2 ml) i.v. 1 – 1 - 1,

Dipidolor (amp. 2 ml) i.m. 1 - 1 -1, při bolesti

Torekan (amp. 1 ml) i.v. 1-1-1 při nauze a zvracení

Clexane 0,4 ml s.c. v 18 hod

Quamatel 20 mg 1 amp.i.v. v 18 hod

Probíhala kontrola a sledování:

- fyziologických funkcí + vědomí ā 30 minut, funkce byly ve fyziologických hodnotách

- monitorizace: EKG, saturace O₂ 100% ā 1hod.
- operační rána (obvaz – eventuální krvácení)
- drén - průchodnost a odvádění penroze
- podával se kyslík maskou 5 l/min.
- byla měřena hladina , glykémie ā 4 hod., po návratu z operačního sálu byla naměřena hodnota glykémie 8,1 mmmol/l; hladina udržována v mezích normy
- dieta: per orální příjem pouze čaj, pacientovi byly podávány tekutiny ke svlažení za 6 – 8 hod. po podané narkóze
- nasogastrickou sondu: nemá, vyzvrátil ji na sále
- parenterální výživu: dostával až od 1. pooperačního dne
- bilance tekutin: pacient se vymočil do 6 hodin po operaci, příjem – 5460 ml , výdej – 2750 ml + 110 ml sanguinolentní odpad (drén - penroze), v 18hod., diuréza + 2600 ml
- podávala nebulizace s Mucosolvane 3x (1 ml Mucosolvane + 2 ml aqua pro injectiones) (8 - 14 – 20 hod.)
- odběry: v K⁺ v 18hod.
- prevence tromboembolické nemoci - bandáž DK - v důsledku snížené mobility
- aktivní rehabilitace na lůžku, vertikalizace: od 1. pooperačního dne

FARMAKOTERAPIE

1. pooperační den pacient užíval tyto léky:

Novalgin (amp. 2 ml) i.v. 1 – 1 - 1 – Analgetikum, antipyretikum
 Nežádoucí účinky: nauzea, zvracení, bolest břicha, sucho v ústech, alergické kožní reakce; vzácně celkové alergické reakce až anafylaktický šok (zejména po parenterálním podání) provokace astmatického záchvatu, hypotenze, leukopenie.

Dipidolor (amp. 2 ml) i.m. 1 - 1 -1 - Analgetikum, anodynum

Nežádoucí účinky: sedace a ospalost, nauzea, zvracení, zácpa. Vzácně hypotenze, zřídka svědění a kožní erupce. Riziko závislosti se zvyšuje s dobou expozice a s podávanou dávkou

Clexane 0,4 ml s.c. – Antikoagulans, antitrombotikum

Nežádoucí účinky: hemoragie, trombocytopenie, kožní i celkové alergické reakce, reverzibilní vzestup počtu destiček a hladin jaterních enzymů, lokální reakce místa vpichu.

Quamatel 20 mg 1amp.i.v. – Antiulcerotikum, antagonist H₂ - receptorů

Nežádoucí účinky: zřídka zácpa nebo průjem, únava, nauzea, bolesti hlavy, snížená chuť, kožní exantém, poruchy srdečního rytmu.

Glukóza 10% - infúzní roztok, používaný jako nosný roztok pro další léčiva, jako zdroj energie a vody při parenterální výživě

Nežádoucí účinky: při rychlém podávání hypertonických roztoků může následovat hyperglykémie, glykosúrii a dehydratace. K prevenci je u vyšších koncentracích roztoků nutný současný přívod inzulínu.

Actrapid – Antidibetikum, inzulín biosyntetický humánní

Nežádoucí účinky: hypoglykémie - zpravidla souvisí se špatně zvolenou dávkou inzulínu, opomenutím jídla či zvýšenou fyzickou zátěží.

Ringerův roztok 1/1 (500 ml) – základní infúzní roztok, zavodnění a doplnění iontů + nosič dalších léků

Nežádoucí účinky: přímé nejsou uváděny, výskyt souvisí s neadekvátním podáváním infúzní terapie

Kalium chloratum 7,5% - Káliový přípravek

Nežádoucí účinky: nadměrný přívod může vést k hyperkalémii.

Torekan (amp. 1) i.v. 1-1-1 – Antiemetikum, antivertiginózum

Nežádoucí účinky: únava, ospalost, nauzea, zvracení, zácpa.

Fyziologický roztok 1/1 - základní infúzní roztok, k přímé

intravenózní aplikaci ředící roztok

Nežádoucí účinky: přímé se nevyskytují.

Marcaine 0,5% - Lokální anestetikum s dlouhým účinkem, určené

k svodné anestezii.

Nežádoucí účinky: toxická reakce je vzácná.

Fentanyl 6 ml/50 ml FR – 2 - 8 ml/hod - Neuroleptanalgetikum,

opioidní anestetikum

Nežádoucí účinky: na respirační systém, deprese až apnoe.

Dále na centrální nervový systém, kardiovaskulární systém.

Při dlouhodobém podávání vzniká možnost lékové závislosti a tolerance.

Parenterální výživa:

Nutriflex lipid peri 50ml/hod

ACT 50j. do 500 ml FR – 2 - 8ml/hod dle glykémie

4. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

Při poskytování ošetřovatelské péče byla použita metodika ošetřovatelského procesu. K vyhodnocení informací o aktuálním zdravotním stavu a ke stanovení aktuálních i potencionálních ošetřovatelských diagnóz, krátkodobého ošetřovatelského plánu péče, nemocného bylo využito „modelu fungujícího zdraví“ Marjory Gordonové.

Vzhledem rozsahu bakalářské práce jsou aktuální i potencionální ošetřovatelské diagnózy podrobně stanoveny a rozpracovány pouze na jeden ošetřující den tj. v první pooperační den (3. den hospitalizace). Byl stanoven krátkodobý a dlouhodobý plán ošetřovatelské péče a vše bylo zaznamenáno do dokumentace. Při zpracovávání byla použita dokumentace Ústřední vojenské nemocnice – viz. přílohy. Jsou seřazeny podle aktuálnosti zdravotního stavu a po domluvě s nemocným.

Při formulování aktuálních a potencionálních diagnóz bylo vycházeno především z NANDA klasifikace (North American Nursing Diagnose Association) (2).

4.1 Ošetřovatelský proces

Základním metodickým rámcem pro realizaci cílů ošetřovatelství je ošetřovatelský proces. Umožňuje systematický specifický způsob individualizovaného přístupu k ošetřování každého nemocného v nemocniční i terénní péči. Uskutečňuje se v **5 fázích**:

1. *zhodnocení nemocného* - zjišťování informací,
2. *stanovení ošetřovatelské diagnózy* – pacientův problém,
3. *plánování ošetřovatelské péče* – vypracování individuálního plánu ošetřovatelské péče,
4. *realizace navržených opatření*

5. *hodnocení efektu poskytnuté péče* – zda bylo dosaženo cíle úspěšně, částečně, nebo vůbec,

Ošetrovatelský proces se především odráží v **aktivních činnostech sestry**, k nimž se sama iniciativně rozhodne na základě hlubšího poznání pacienta, zejména takového, který své potřeby dostatečně nesignalizuje. Kvalita ošetrovatelské péče závisí při aplikaci ošetrovatelského procesu především na práci sester. Významnou roli hraje také rodina pacienta a osoby, které jsou mu blízké (12).

Skutečnost naší současné ošetrovatelské praxe ve využívání metody ošetrovatelského procesu je ovšem velmi různá. Existují klinická pracoviště, kde je využívání ošetrovatelského procesu včetně dokumentace naprostou samozřejmostí, sestry se s touto metodou práce postupně ztotožnily a využívají všech výhod, které nabízí pacientům i sestrám. Podílí se na úpravě vlastní ošetrovatelské dokumentace, práce je baví a nedovedou si představit, že by se měly vrátit k původnímu systému práce. Na druhou stranu jsou stále mnohá pracoviště, kde tuto metodu z nejrůznějších důvodů naprosto odmítají.

Ošetrovatelská diagnóza je druhou samostatnou fází ošetrovatelského procesu. Sestra ji určí na základě sesbíraných informací o nemocném. Ošetrovatelská diagnóza znamená verbalizaci pacientových potřeb a problémů, které může ovlivnit správně zvolená a naplánovaná ošetrovatelská péče. Sestra tedy **diagnostikuje neuspokojené potřeby pacienta** a jejich příčinu. Mohou být aktuální nebo potencionální.

Správná diagnostika je velmi důležitá pro následující fáze ošetrovatelského procesu. Také je to oblast, která dělá sestrám velké problémy. Sestry se často dopouští základní chyby v tom, že si neuvědomují vztah mezi veškerými údaji získanými od pacienta a následnou formulací ošetrovatelské diagnózy a snaží se samy, bez spoluúčasti pacienta, určit ošetrovatelskou diagnózu.

Jednoduše řečeno, neuvědomují si, že ošetřovatelská diagnóza je vlastně zformulovaný problém pacienta.

Jsou připravené různé příručky, které pomáhají sestřám vnášet ošetřovatelský proces do praxe. Například jako pomůcka při formulování ošetřovatelských diagnóz, cílů a ošetřovatelských intervencí mohou sloužit sestřám příručky např. “Kapesní průvodce zdravotní sestry” (4) a “Ošetřovatelské diagnózy”(2).

4.2. „Model fungujícího zdraví“ Marjory Gordonové

Model k celkovému zhodnocení klientova zdravotního stavu sestrou. Zdravotní stav může být **funkční** nebo **dysfunkční**. Tento model slouží k získávání informací a k sestavení ošetřovatelské anamnézy.

TYPOLOGIE A DEFINICE

Model fungujícího zdraví klientů (jednotlivců, rodin, komunit a další) se odvozuje z interakce člověka a prostředí. Zdravotní stav člověka je vyjádřením rovnováhy **bio – psycho – sociální** interakce.

Funkční typy zdraví jsou ovlivněny biologickými, vývojovými, kulturními, sociálními a duchovními (spirituálními) faktory.

Dysfunkční typy zdraví jsou charakteristickým stanovením ošetřovatelských diagnóz, podle priorit a vytvořením plánu ošetřovatelské péče. Diagnózy se mohou objevit u chorobných stavů nebo i u relativně zdravého jedince, kde by při případném zanedbání péče mohlo dojít ke vzniku choroby.

Žádný model zdraví nemůže být pochopen a používán bez znalostí jiných modelů.

Konkrétní model zdraví tvoří dvanáct oblastí, které vedou k optimálnímu celkovému zhodnocení zdravotního stavu klienta (15).

- VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU
- VÝŽIVA A METABOLIZMUS
- VYLUČOVÁNÍ
- AKTIVITA, CVIČENÍ
- SPÁNEK A ODPOČINEK
- VNÍMÁNÍ (CITLIVOST), POZNÁVÁNÍ
- SEBEPOJETÍ - SEBEÚCTA
- PLNĚNÍ ROLÍ, MEZILIDSKÉ VZTAHY
- SEXUALITA, REPRODUKČNÍ OBDOBÍ
- STRES, TOLERANCE, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE, JEJICH ZVLÁDÁNÍ
- VÍRA, ŽIVOTNÍ HODNOTY, PŘESVĚDČENÍ

4.3 Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení nemocného

Potřebné informace o aktuálním zdravotním stavu nemocného byly získány v průběhu pacientovy hospitalizace na oddělení od sester, při hlášení, od ošetřujícího lékaře, prací s dokumentací, rozhovorem s nemocným a vlastním pozorováním.

V počátku bylo obtížnější s pacientem navázat komunikaci, byl rozmrzelý a méně sdílný. Celková spolupráce však byla dobrá.

Den hospitalizace: 3.

Den po operaci: 1.

VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU

Nynější hospitalizace je již opakovaná, poslední proběhla v říjnu, kdy pacient podstoupil vyšetření – EUS pankreatu. Nikdy vážně nestonal, prodělal běžné dětské nemoci.

Přibližně dva roky přetrvávají bolesti, vyskytují se náhle, přetrvávají různě dlouho a proměnné intenzitě. Tlakové bolesti cítí hlavně v pravém hypochondriu s propagací do epigastria. Je sledován lékařem. Je předpokládána možnost alkoholové příčiny či nedodržení dietních opatření a správného životního stylu.

Žije s manželkou v rodinném domě, s vlastním hospodářstvím. Společně se starají o jeho nemocnou matku. Povoláním je traktorista, nesportuje, v hospodářství „má prý pohybu až příliš.“ Mezi jeho aktivity patří, odpočinek u televize a rád sleduje sportovní přenosy „s přáteli v hospodě“.

Nyní hospitalizován po plánovaném operačním výkonu. Na doporučení lékařů podstoupil operační výkon, lékařem byl informován, poučen a s operací souhlasil. Po operaci má na břicho sterilně krytou ránu a vyústění penroze.

Na pokoji je s pěti pacienty, mezi kterými je umístěna zástěna.

VÝŽIVA A METABOLIZMUS

Váha stabilní, BMI 26, mírná nadváha. Stravuje se nepravidelně, často během dne nic nejí a večer se přejídá. V poslední době omezoval stravování na malé porce nebo úplně vynechával jídlo. Hlavním důvodem byla bolest.

Chuť k jídlu je dobrá. Přiznává, že dietní opatření moc nedodržuje, když má chuť dá si pečený bůček nebo ovar. Nechce se omezovat v tom, co mu chutná.

Pitný režim dodržuje, nedělá mu problémy vypít 1,5-2 litry tekutin denně, většinou pije vodu se šťávou nebo minerálku. Z alkoholických nápojů pije pivo.

Nyní 1.den po operaci, dostává výživu parenterálně. Pocit hladu nemá. Tekutiny přijímá v malém množství i perorálně. Hydratace dobrá. Stav kůže v normě.

Operační rána bolestivá, klidná, bez známek zánětu. Sterilně kryta. Intravenózní vstupy klidné, sterilně kryté.

VYLUČOVÁNÍ

Močení doma bez těžkostí.

Po operaci zaveden permanentní močový katétr, jenž nejeví známky infekce. Výdej moči po 6 hod. činil 450 ml. Stolice zatím nebyla.

AKTIVITA, CVIČENÍ

V mládí sportoval, hrával fotbal. Dnes již rád sleduje sportovní přenosy pouze v televizi nebo s kamarády „v hospodě u piva“. Občas luští křížovky nebo si čte.

Vlastní nemalé hospodářství, stará se o několik domácích zvířat. Je zvyklý na fyzickou námahu, „Tam se prý naběhá až příliš.“ S manželkou pečují o jeho nemocnou matku.

V nemocnici je rozmrzelý a unavený. Na nabízený časopis či možnost poslouchání rádia odpověděl, že: „zatím prý nemá na nic náladu“. Po operaci je snižená soběstačnost, potřebuje dopomoc při hygieně, nerad je závislý na druhé osobě. Udává bolestivost v operační ráně, hlavně při pohybu a manipulaci, pacient je poučen, jak se má s ránou správně pohybovat. Rehabilituje s fyzioterapeutkou 2x denně. Rodina ho nemůže navštívit.

SPÁNEK A ODPOČINEK

Doma nemá se spánkem obtíže. Stačí mu 6hodin denně. Usíná přibližně kolem 24 hodiny.

V nemocnici má problémy, protože je zde jiný denní režim. Při ranní hygieně mi sdělil, celkem rozčileně, že se v noci moc nevyspal, budilo ho občasné pípání přístrojů, pravidelné nafukování manžety, která monitorovala tlak. Obtěžovalo ho to, a proto byl často vzhůru. Spánek byl také narušen přemýšlením, co bude dál, není si jist, jestli bude bez chronické bolesti a ještě navíc neznal výsledky operace. Také si stěžoval na vedlejšího neklidného pacienta, který prý v noci mluvil a někdy i křičel ze spaní. Na nemocném byla na něm znát velká únava.

VNÍMÁNÍ (CITLIVOST), POZNÁVÁNÍ

Potížemi se sluchem ani řečí netrpí, mluví srozumitelně, přiměřeně rychle. Má obtíže se zrakem, nosí brýle na čtení. Zubní protézu nemá, zubaře navštěvuje 2x ročně.

Po operaci se cítí velmi unaven, v noci se budil. Bolest vnímá v oblasti operační rány hlavně při pohybu nebo manipulaci. Je zajištěno tlumení bolesti. Při sledování bolesti pacient dobře spolupracuje. Je schopný sdělit informace o intenzitě bolesti a potřebě analgetik.

Zřejmě je přítomná nejistota a obavy, začínají se rozvíjet obranné mechanismy. Pocity nejistoty vyplývají z možného nedostatku informací o výsledku operace. Také přemýšlí o tom, co bude dál. Jestli bude mít stále bolesti nebo ne. Vadí mu, že je odkázán na péči druhé osoby. Pacient se mi jeví jako méně sdílný, bylo obtížnější s ním v počátku komunikovat.

SEBEPOJETÍ - SEBEÚCTA

Hodnotí se jako poměrně klidného člověka. Doufá, že po operaci bude bez bolesti.

Zatím mu není moc dobře, cítí se unaven, je rozmrzelý, ne moc sdílný. Uvědomuje si, že je čerstvě po operaci. Odpověděl mi: „že si je

vědom, že nemůže být jako rybička“. Nejvíce mu vadí, že je upoután na lůžko a odkázán na pomoc druhých. Snaží se s tím vyrovnávat.

PLNĚNÍ ROLÍ, MEZILIDSKÉ VZTAHY

Bydlí s manželkou v rodinném domku na vesnici, kde s nimi žije nemocná maminka (maminka pana B.M), o kterou se společně starají. Má dceru 39let a syna 36 let, kteří žijí nedaleko, každý ve svém domě. Vzájemně se navštěvují. S rodinnými i přátelskými vztahy je spokojený, není konfliktní typ. Je docela dost vytížený prací v hospodářství (vlastní větší počet domácích zvířat-kozy, krávy, králíky a další).

V kontextu s onemocněním si uvědomuje, že nyní všechno leží na manželce. A nemůže tak plnit svoji předešlou sociální roli.

SEXUALITA, REPRODUKČNÍ OBDOBÍ

Má dvě děti, syna a dceru. Na intimní záležitosti jsem se pacienta dále nevyptávala, nebylo k tomu vhodné prostředí.

STRES, TOLERANCE, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE, JEJICH ZVLÁDÁNÍ

Myslí si, že stres zvládá celkem dobře, snaží se dělat věci co nejvíce v klidu. Alkohol pije často. Stresové situace někdy řeší pozitivně alkoholického nápoje (pivo), které mu pomáhá odpoutat se od starostí a zároveň si přitom může popovídat s přáteli.

Momentálně je tato operace pro něho velká zátěž. A také pobyt v nemocnici, kdy došlo k narušení jeho dosavadního životního stylu, má jiný denní režim, poruchu spánku, chybí mu jeho postel, klid. Nerad je odkázán na péči druhých osob.

VÍRA, ŽIVOTNÍ HODNOTY, PŘESVĚDČENÍ

Je nevěřící. Hodnotou je být zdravý a úspěchy jeho dětí.

4.4 Ošetrovatelské diagnózy 1. pooperační den, 3. den hospitalizace

Diagnózy jsou seřazeny podle závažnosti zdravotního stavu a po domluvě s nemocným dle aktuálnosti.

Z důvodů rozsahu a typu práce jsou ošetrovatelské diagnózy podrobně stanoveny a rozpracovány pouze na jeden ošetřující den, tj. 1. pooperační den (3. den hospitalizace).

Ošetrovatelské diagnózy:

Aktuální:

- a) **Akutní bolest** z důvodu operační rány
- b) **Porucha spánku** z důvodu bolesti a přítomného ruchu na oddělení
- c) **Porucha integrity kůže** jako následek operačního výkonu a invazivních vstupů: centrálního žilního katétru, periferní žilní kanyly, epidurálního katétru a permanentního močového katétru
- d) **Porucha soběstačnosti** v oblasti hygieny, mobility, vyprazdňování, příjmu potravy a tekutin jako následek pooperačního stavu

Potenciální diagnózy:

- a) **Riziko časných pooperačních komplikací** z důvodu anestezie, operačního výkonu
- b) **Riziko nauzey a zvracení** z důvodu celkové anestezie
- c) **Riziko tromboembolické nemoci** v důsledku snížené mobility

4.5 Krátkodobý plán péče, realizace a hodnocení péče

Na základě získané ošetřovatelské anamnézy byly rozpracovány následující fáze ošetřovatelského procesu: aktuální a potencionální ošetřovatelské diagnózy, cíle péče, plány péče, realizaci a hodnocení péče. Byla použita dokumentace Ústřední vojenské nemocnice (viz. příloha č. 2).

Ad)a Akutní bolest z důvodu operační rány

➤ *Cíl: - krátkodobý*

- pacient pociťuje bolest jako mírnou a snesitelnou 1. – 2. stupně
- pacient nemá žádné bolesti
- tlumení a odstranění bolesti

➤ *Plán ošetřovatelské péče:*

- sledovat vývoj a průběh bolesti
- všímat si projevy bolesti a hodnotit je podle zavedeného systému – každou sudou hod.
- monitorovat faktory zmírňující nebo zhoršující bolest a podporovat pacienta při každé manipulaci
- zajistit vhodnou polohu a vhodně upravit lůžko – dle potřeby
- klidné prostředí a nepřerušovaný spánek, alespoň 3hod
- chladné obklady
- ohleduplnost a tolerance bolestivých projevů
- podávat analgetika dle ordinace lékaře a sledovat, aby další dávka byla podána dříve než skončí účinek předchozího aplikace léku
- sledovat jejich účinek - po podání léku do 30 min.

- sledovat nežádoucí účinky opiátů, poučít pacienta o hlášení změny jeho zdravotního stavu
- provádět nefarmakologické tišení bolesti, jako je například polohování - podle potřeby (polohovatelné lůžko)
- naučit pacienta chránit operační ránu při změně polohy, kašláni -po probuzení
- zajistit péči rehabilitační pracovníci - od 1. dne po operaci

➤ **Realizace:**

U pacienta byla sledována a intenzita a verbalizace jeho bolesti. Pacient udává tupou bolest v místech operačních ran. Ke stanovení intenzity bolesti byla po dohodě s pacientem použita škála hodnocení bolesti. A následně založen záznam sledování bolesti (viz. příloha č. 3). Sám si našel nejvhodnější úlevovou polohu na boku s pokrčenými dolními končetinami a střídal ji s polohou na zádech s pokrčenou jednou končetinou. Lůžko mu bylo upravováno podle jeho potřeb. Na operační ránu mu byl přikládán chladivý gel. Po podání analgetik, byla sledována reakce na podání analgetik a kontrolovalo se zda se neprojeví vedlejší účinky opiátů, pacient byl poučen, aby ohlašoval změny zdravotního stavu. Další dávka léku byla podávána dříve než došlo k vymizení účinku, předchozího analgetika. Pacientovi bylo vysvětleno, jak chránit operační ránu při pohybu, co dělat při kašli. Při každé manipulaci s nemocným byla snaha postupovat opatrně.

➤ **Hodnocení:**

Pacient verbálně i neverbálně prokazuje bolest vesměs mírného stupně (viz. příloha č. 3). Po podání opioidních analgetik

se bolesti zmírnily. Pociťoval mírnou bolest při změně polohy nebo při manipulaci.

Ad)b Porucha spánku z důvodu bolesti a přítomného ruchu na oddělení

➤ **CÍL:** - *krátkodobý*

- nepřerušovaný spánek alespoň 3 hodiny
- snížit únavu - eliminace rozmrzelosti

➤ **Plán péče:**

- zjistit rizikové faktory, které způsobují poruchy spánku - během 1. dne
- udržovat klidné a tiché prostředí, upravené lůžko
- eliminovat množství rušivých podnětů z okolí
- nerušit zbytečně spánek pacienta
- umožnit pacientovi před spaním činnosti, na které byl zvyklý doma
- podávat naordinované léky na spaní - podle potřeby
- podat analgetika, sledovat účinek, případně informovat lékaře, aby zvážil podání hypnotik

➤ **Realizace a hodnocení:**

Proběhl rozhovor s nemocným při ranní hygieně, pacient byl rozmrzelý, stěžoval si, že se v noci moc nevyspal, budila ho bolest, při změně polohy. Vadil mu ruch na oddělení (pípání přístrojů, pravidelné nafukování manžety, která je nezbytná pro monitorizaci tlaku, křik vedlejšího neklidného pacienta, který prý v noci mluvil a někdy i křičel ze spaní). Po každé se kvůli tomu vzbudil.

U pacienta probíhaly jen nejnnutnější výkony, aby se zajistil dostatečný odpočinek. Pacientovi se v dopoledních hodinách podařilo usnout přibližně na 2 hodiny. Rozhovor tedy pokračoval až odpoledne, kdy už se cítil lépe.

Ad)c Porucha kožní integrity jako následek operačního výkonu a invazivních vstupů: centrálního žilního katétru, periferní žilní kanyly, epidurálního katétru a permanentního močového katétru, penroze.

➤ **Cíl:** - *krátkodobý*

- operační rána je klidná, hojí se bez komplikací
- invazivní vstupy bez známek infekce, otoku, bolest

➤ **Plán ošetrovatelské péče:**

- pravidelně při každé intervenci sledovat místa vpichu
- denně sterilně ošetřovat operační ránu a invazivní vstupy, správně fixovat krytí
- při každé manipulaci s infúzním setem a centrálním žilním katétreem použít dezinfekci a postupovat sterilně
- při znamkách infekce upozornit lékaře
- infúzní set měnit každých 24 hod.
- sledovat funkčnost drenáže a močového katétru – každou sudou hodinu
- sledovat množství a charakter drénovaného obsahu a moče každou sudou hodinu
- dodržovat řádnou hygienu rukou

➤ **Realizace:**

Po ranní hygieně proběhl převaz centrálního žilního katétru, periferní žilní kanyly, epidurálního katétru, penroze a operační rány. Převaz byl proveden po ranní hygieně, přísně asepticky a dobře zafixován sterilním krytím. Při každé manipulaci s invazivními vstupy probíhala kontrola místa vstupu a funkčnosti, byla použita dezinfekce a byl dodržen správný postup. V průběhu dne byla kontrolována průchodnost katétrů a množství odvedeného odpadu 5x.

➤ **Hodnocení:**

Operační rána i vstupy klidné. Všechny katétrů jsou průchodné, odpad odvádí bez problému. Byl dodržen správný postup a hygiena rukou při jakékoliv manipulaci. Pacient je bez infekce.

Ad)d Porucha soběstačnosti v oblasti hygieny, mobility, vyprazdňování, příjmu potravy a tekutin jako následek pooperačního stavu

➤ **Cíl:** - *krátkodobý*

- nemocný se snaží být alespoň částečně samostatný při jednotlivých úkonech
- aktivně se zapojí do denních aktivit
- rozpoznání a uspokojení individuálních potřeb nemocného

➤ **Plán péče:**

- zhodnotit stupeň soběstačnosti provést hygienu
- umístit pomůcky k provedení hygieny v dosahu nemocného

- nespěchat na nemocného, vše individuálně přizpůsobit stavu a schopnostem nemocného.
- osobní prádlo a ložní prádlo měnit podle potřeby
- pečovat o pokožku, pečlivá hygienická péče, masáž, promazávání
- umožnit pacientovi vyčistit si zuby, tak jak je zvyklý
- zajistit vyprazdňování nemocného na lůžku, patřičnou intimitu a dokonalou hygienu po stolici
- zajistit potřebné věci pacienta na jeho dosah
- poučit ho o rozsahu pohybu, který mu dovoluje zavedená invaze
- doporučit mu časté změny polohy, zajistit RHB, prevence troboembolické nemoci

➤ **Realizace:**

Pacientova soběstačnost je omezena hlavně zavedenými katétrami a bolestí v oblasti operační rány. Ranní hygiena proběhla na lůžku, pacientovi byly veškeré pomůcky umístěny na dosah ruky. Pacient byl vyzván, ke spolupráci. Měl prostor provést úkony, které zvládne sám, jako je umytí horní poloviny těla, genitálu a vyčištění dutin s umytím zad a dolních končetin mu bylo dopomoženo. Kůže byla do sucha utřena, promazána menalindovým krémem. Proběhla masáž zad mentolovou masťou, aby došlo ke zvýšenému prokrvení a na dolní končetiny byla přiložena bandáž

Dbalo se zvýšené opatrnosti při manipulaci s nemocným, aby nedošlo k vytržení invazí a velké bolestivosti v ráně. Pacient byl seznámen s rozsahem pohybu na lůžku, upozorněn na nutnost opatrnosti při pohybu na lůžku z důvodu zavedených katétrů. Bylo mu doporučeno, aby často měnil polohu, aby nedošlo ke sníženému prokrvení zatížených částí. Také proběhla rehabilitace na lůžku

(vertikalizace – sed, stoj), cévní a dechové cvičení v 8,30 a ve 14 hod. s fyzioterapeutkou.

➤ **Hodnocení:**

Po celou dobu hygieny se dbalo na intimitu pacienta (zástěny). Odhalovaly se pouze části, které se zrovna umývaly. Skleničku s čajem a mobilní telefon měl pacient na dosah ruky. Pacient se do mobilizace aktivně zapojil. Z větší části byly uspokojeny základní potřeby nemocného. Nedošlo ke vzniku tromboembolické nemoci.

Ad)a Riziko časných pooperačních komplikací z důvodu anestezie, operačního výkonu

➤ **Cíl:** - *krátkodobý*

- nemocný nebude mít pooperační komplikace
- bude včasné odhalení komplikací

➤ **Plán péče:**

- monitorovat základní životní funkce, včetně stavu vědomí každé sudé hod.
- kontrolovat operační rány/obvazy
- sledovat funkčnost a množství odpadu drénu (penroze)
- sledovat močení a průchodnost PMK
- sledovat průchodnost cévních invazivních vstupů (CŽK, PŽK, EDK)

- kontrolovat příjem a výdej tekutin
- sledovat krvácení, obvod dolních končetin
- sledovat barvu kůže, prokrvení končetin
- zajistit polohování, pasivní pohyby

➤ **Realizace a hodnocení:**

Základní fyziologické funkce byly měřeny každou sudou hodinu. Naměřené hodnoty se pohybovaly v mezích normy. Při každé příležitosti bylo kontrolováno krytí operační rány – obvaz nebyl prosáklý. Penrose průchodná, odvod činil 50 ml. Invazivní vstupy klidné, bez známek infekce. Příjem tekutin 3000 ml. Permanentní katétr výdej – 1800 ml. Pacient poučen o pohybu na lůžku, bylo mu doporučeno jednoduché cévní cvičení, končetiny byly dobře prokrvené.

Ad)b Riziko nauzey a zvracení z důvodu celkové anestezie, projevující se subjektivně pocitem na zvracení, pocitem tlaku v epigastriu, objektivně bledou a vlhkou kůží, zvýšeným sliněním a polykáním, říháním, tachykardií, odmítáním potravy a dehydratací.

➤ **Cíl:** - *krátkodobý*

- minimalizovat nazeu a zvracení
- nemocný nemá nauzeu, nezvrací

➤ **Plán péče:**

- sledovat bilanci tekutin, příjem a výdej tekutin každých 6 hod.

- v případě zvracení podávat antiemetika dle ordinace lékaře, sledovat jejich účinek
- zajistit dostatek tekutin p.o. nebo parenterálně
- zaznamenávat četnost, vzhled a množství zvratků, dávat pozor na aspiraci zvratků
- zajistit emitní misku a buničinu k lůžku
- poskytnout zvýšenou péči o dutinu ústní
- sledovat známky dehydratace - kožní turgor a stav kůže
- všechny změny zaznamenat do dokumentace a informovat lékaře

➤ **Realizace a hodnocení:**

K lůžku byla podána emitní miska a buničina, pacientovi bylo vysvětleno, že při případném zvracení ji má použít. Pacient přijímal tekutiny perorálně pouze v malém množství (do 500 ml/24 hod.) pil čaj po douškách, nepociťoval nauzeu, nezvracel. Dostatek tekutin byl zajištěn parenterálně, perorální příjem byl nedostatečný. Bilance tekutin za 6 hodin – výdej 1800 ml, příjem 3000 ml.

Ad)c Riziko tromboembolické nemoci v důsledku snížené mobility

➤ **Cíl:** - *krátkodobý*

- nemocný nebude ohrožen komplikacemi

➤ **Plán péče:**

- poučit pacienta o nutnosti cvičení dolních končetin na lůžku, nácvik názorně provést

- po ranní hygieně zabandážovat dolní končetiny, kontrola funkčnosti bandáže během dne
- sledovat příznaky tromboembolické nemoci (sledovat barvu a teplotu dolních končetin)
- časná mobilizace nemocného, zajistit RHB s fyzioterapeutem
- podávat antikoagulantia dle ordinace lékaře
- sledovat projevy krvácivosti
- zajistit elevaci dolních končetin
- zajistit hygienu a ošetření dolních končetin

➤ **Realizace a hodnocení:**

Po ranní hygieně se u nemocného provedla bandáž dolních končetin. Během dne se kontrolovala funkčnost bandáže, nedošlo ke ztrátě funkce obinadel. Pacientovi byla vysvětlena nutnost provádění cévního cvičení a předvedena v 8,30 – 9 hod. a 14 - 14,30 hod fyzioterapeutkou. Pacient nejeví známky tromboembolické nemoci.

4.6 Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče

V průběhu hospitalizace se zdravotní stav nemocného zlepšoval, cítil se lépe a díky tomu došlo ke změnám v ošetrovatelských diagnózách a přibývalo vyřešených problémů.

Hlavní náplní ošetrovatelské péče bylo, pravidelně monitorovat a hodnotit, základní životní funkce pacienta, bolest, únavu, příjem a výdej tekutin. Byla snaha zajistit kvalitnější spánek a postupně

obnovovat soběstačnost. Dále se zajímat o laboratorní nálezy, správným způsobem aplikovat ordinované léky a postupovat sterilně při převazech ran a invazivních vstupů, a tak předcházet vzniku možných komplikací.

Pacientovi byly 2. pooperační den měřeny funkce 4x denně, zaznamenával se příjem a výdej tekutin. Bolest se sledovala, hodnotila po 3 dny, kdy výskyt nežádoucích účinků analgetik nebyl zaznamenán a bolest se nezhoršovala. Pokračovalo tlumení bolesti kontinuálně EDK. Tím se zkvalitnil i spánek. Probíhaly opakované rozhovory s pacientem o intenzitě a charakteru bolesti. Úlevovou polohu, si pacient našel sám, střídá polohu na boku s pokrčenýma noha a leh na zádech s mírně pokrčenými dolními končetinami.

Proběhl převaz invazivních vstupů – CŽK, PŽK, EDK, které pak dále probíhaly každý den za přísně aseptických podmínek, vždy po celkové hygieně nemocného.

Při péči o permanentní močový katétr – byla věnována pozornost jeho průchodnosti.

2. pooperační den pacient v 18, 30 hod. 1x zvracel – 300 ml zelený odpad – dle ordinace lékaře byl aplikován Torecan 1 amp. i.v., po provedení ordinace již nezvracel. Dále došlo k obnovení střevní pasáže, stolici vyprazdňoval pravidelně (3x denně).

Od 3. pooperačního dne byl převaz penroze, kdy se vyťahoval na špendlík – odpad 300ml.

Převaz operační rány – rána klidná, překryta tekutým obvazem.

Byl zrušen permanentní katétr a i.v. kanyla a EDK. Po jejich odstranění se zlepšily pohybové možnosti pacienta a postupně se tak

zvyšovala jeho sebeděče. Po odstranění močové cévky s močením neměl potíže.

Nastala změna v pohybovém režimu, chodí s doprovodem na WC, hygiena je s dopomocí. 2x denně probíhala dechová, cévní RHB a nácvik chůze.

4. pooperační den proběhla změna v dietním režimu, pacient má dietu bujón (O/B). Rovněž se zvýšil perorální příjem tekutin na 1000ml. Parenterální výživa se nechala dokapat. Zrušena penroze.

5. pooperační den byl pacient plánován k přeložení na standardní oddělení. Protože nedošlo k žádné komplikaci, byl pacient přeložen na standardní chirurgické oddělení. Tam byly 10. pooperační den vytaženy stehy. Rána zhojena per primam. Proběhla edukace pacienta (viz. edukace nemocného), jelikož bude nutné, aby i po propuštění nadále pacient dodržoval dietní omezení, což mu celkem vadí, protože má rád tučná a smažená jídla a pivo. Poté byl pacient propuštěn do domácího ošetřování.

4.7 Psychosociální problematika pacienta

Nemoc jako náročná životní situace

Onemocnění je pro většinu lidí náročnou životní situací. Člověk musí řešit problém, který je pro něho nový nebo tak složitý, že není schopen ho sám bez pomoci vyřešit. Začne být frustrován a deprivován v důsledku nedosáhnutí cíle, ke kterému směřuje nebo nedochází k saturaci jeho potřeb. K obraně sebezpečí a překlenutí náročných a závažných životních situací slouží psychické obranné mechanismy (18).

Mezi obranné mechanismy patří: racionalizace, popření, přesunutí, vytěsnění, projekce, identifikace, kompenzace, sublimace, regrese, somatizace, opačné reagování nebo odčinění. Ke spouštění těchto mechanismů dochází většinou na základě vzniku onemocnění, úrazu a z jiné příčiny. Zátěž dopadá nejen na pacienta, ale i na jeho rodinu, která se s touto změnou stavu, též musí vyrovnat, doprovází je obavy a omezení. Nejčastěji dochází k regresi – ta se u dospělých projevuje emoční labilitou se sklonem k afektu „sekýrují,“ mohou být i agresivní, projevují nespokojenost. Podmětem vzniku regrese je u pacienta pocit ztráty soběstačnosti, toho zneklidňuje a vzbuzuje obavy, že je závislý na pomoci druhých. Také se bojí o svůj život, je to zásah do jeho navyklého životního stylu.

Nejčastější důvody, pro které většina lidí prožívá onemocnění jako ohrožující situaci:

- Změna sociální role a postavení jedince, role pacienta je submisivní (závislá), klesá sociální prestiž (nemocný = bezmocný).
- Nemoc a hospitalizace přináší omezení nebo zpřetrhání dosavadních mezilidských kontaktů a vztahů a nutí nemocného vytvářet nové vztahy ke zdravotníkům a spolupacientům tak zvaně k lidem cizím.
- Zásadně se mění všechny stereotypy (doba probuzení, klid, spánek, rituály, denní program) většina změn má omezující charakter.
- Možný nedostatek informací, co s ním bude dál, jestli bude mít bolesti.
- Dochází k frustraci a deprivaci bio – psycho - sociálních potřeb.
- Mohou vznikat konflikty se zdravotníky a s ostatními pacienty.

- Řešení nových situací spojených s realizací diagnosticko-terapeutických postupů.

Pacient B.M. byl přijat pro dlouhotrvající algický syndrom při chronické pankreatitidě, (nelze vyloučit alkoholovou příčinu), k plánovanému operačnímu výkonu na chirurgické oddělení fakultní nemocnice.

Při ranní hygieně jsem vedla s pacientem rozhovor. Snažila jsem zjistit, jak se pacient cítí, jestli tlumení bolesti je dostatečné, také jestli se dostatečně vyspal. Byla na něm znát velká únava. Pacient udával bolesti, byla mu podávána analgosedace přes zavedený epidurální katétr. Pacient sdělil, že mu není dobře, celkem rozčileně mi začal povídat, že se v noci moc nevyspal, budila ho bolest, při změně polohy. Stěžoval si na pípání přístrojů, tlakovou manžetu, která je nezbytná, jelikož monitorovala tlak a ostatní zavedené katétr. Chápal, že vše musí mít, ale obtěžovalo ho to. Také si, stěžoval na vedlejšího neklidného pacienta, který prý v noci mluvil a někdy i křičel ze spaní. Po každé se kvůli tomu vzbudil.

Příčinou rozmrzelosti by mohla být i bolest, obavy a strach z nedostatečné informovanosti o tom co bude dál. Jestli bude konečně bez chronické bolesti. Dále ho znepokojoval výsledek operace, protože ho po operaci nevěděl, jelikož vizita probíhá až kolem 8 hod. ráno, druhého dne.

Dalším podmětem vzniku obranných mechanismů - může být, u pacienta omezení zavedenými katétrami – PMK, CŽK a EDK. Nastává změna ve vyprazdňování a stravování, nemůže se přirozeně vyprazdňovat a přijímat tekutiny ústy. Podle intenzity nepříjemnosti (rozmrzelost) pacienta, zřejmě docházelo k přesunu afektu, počínající regresi. Pacient ventiluje svoji bolest, nespokojenost, nekomfort na věci v okolí a je podrážděn.

V rozhovoru s pacientem jsem pokračovala až odpoledne, kdy už se cítil lépe a méně unavený. Dozvěděla sem se, že má výborné rodinné vztahy, ale bohužel manželka ani děti (syn, dcera), ho nemohou navštívit, bydlí daleko, navíc pracují na směny a ještě momentálně pomáhají matce, vše obstarávat. Zde je další podnět pro rozvoj nespokojenosti – obrany. Nemůže tak plnit svoji předešlou sociální roli. Dále jeho psychická opora - neblížší lidé ho nemohou navštívit. Svěřil se, že mu manželka hodně chybí. Bydlí v rodinném domku, mají hospodářství, tak že je denně dost vytížený. Také s nimi žije jeho nemocná maminka, o kterou se stará. Syn i dcera bydlí nedaleko, též v rodinném domku. Nyní je upoután lůžko, odkázán na pomoc druhých, což mu celkem vadí. Na pacientovi to bylo i vidět.

5. EDUKACE NEMOCNÉHO

Edukace pacienta a jeho rodiny je nedílnou součástí léčby nemocného. Cílem edukace je předání takových informací pacientovi, které podpoří jeho schopnost změnit své chování, aby mohlo dojít k uzdravujícímu procesu, a aby byl pacient schopen si své dosažené zdraví udržet (13).

Sestra v roli edukátorky si musí získat důvěru nemocného, musí umět vyhodnotit jeho schopnosti a připravenost k výuce a bariéry, které by mohly proces výuky brzdit. Výuku musí organizovat, tak, aby co nejlépe odpovídala potřebám nemocného. Měla by umět identifikovat a použít výukové prostředky. Základem edukace je jasná a efektivní komunikace (13).

Pacientovi je třeba podat základní informace o jeho onemocnění a zásadách vhodné životosprávy. Informace je třeba podat v ústní i písemné podobě (leták, brožura) a do edukačního procesu zapojit i rodinu pacienta. Sdělené informace je třeba při každé příležitosti opakovat, prohlubovat a přesvědčit se o tom zda byly pro nemocného srozumitelné.

Vzhledem k tomu, že se jedná o chronické onemocnění, jsou dietní omezení pro nemocného celoživotní. Upravuje se podle aktuálního zdravotního stavu. V případě akutní exacerbace chronické pankreatitidy s léčebnou výživou postupujeme stejně jako u akutní pankreatitidy. Pokud nemocný trpí alogickou formou CHP, ordinuje se enterální výživa k překlenutí předoperačního období (3).

Obecně platí, že by nemocný měl jíst 5 – 7x denně menší porce. Při CHP je doporučována lehká stravitelná dieta bohatá na vitamíny, s omezenou spotřebou tuků.

Mezi vhodné potraviny řadíme libové maso (hovězí, ryby, drůbež, ..), mléko, netučné mléčné výrobky, cukry a nenadýmavá zelenina (červená řepa, mrkev,..).

K nevhodným potravinám patří tučná masa (vepřový bůček,..), tučné sýry, šlehačka, nadýmavá zelenina, ostré koření, zmrzlina a alkohol (3).

Není vždy jednoduché dietu dodržovat, stává se, že nemocní si po odeznění akutní fáze neuvědomují závažnost a rizika, která mohou nastat a znovu udělají dietní chybu.

Pro nemocné platí absolutní zákaz alkoholu, což zvláště u mužů je obtížně dodržováno. Informace o dietním režimu pro pacienty s chronickou pankreatitidou, (viz. příloha č.5.).

Každý kontakt s nemocným musí být provázen ochotou, laskavostí, pozorností a taktem, aby byla neustále posilována jeho psychická pohoda.

6. ZÁVĚR

Nemocný B. M., 57 let, s dg. chronická pankreatitis, stav po pseudocystojejunoanastomóze, cholecystectomii, pentóze. Operace na slinivce břišní se řadí mezi závažnější zákroky. Pacient strávil na chirurgickém pooperačním JIPU celkem 5 dní. Za tuto dobu byl pacient v celkově dobrém stavu z nesoběstačného pacienta se pomalu stával pacient soběstačný. Vzhledem k tomu, že operace i pooperační období proběhlo bez komplikací, byl 5. den přeložen na standardní chirurgické oddělení. Tam byly vytaženy stehy. Rána zhojena per primam.

Proběhla edukace pacienta (viz. příloha č. 5). Pacient je odkázán dodržovat dietu. Pokud bude pacient dodržovat režimová opatření, bude jeho kvalita života uspokojivá. Bohužel není jisté zdali pacient bude striktně dodržovat dietní opatření.

SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY A JINÉ ZDROJE

1. ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z.: *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. Nukleus, HK, 2005.
2. ČERVINKOVÁ, E. a kol. *Ošetrovatelské diagnózy*. Brno: IDVPZ, 2001.
3. DÍTĚ, P. et al. : *Chronická pankreatitida*, Galén, Praha 5.
4. DOENGES, M., E. a kol. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Druhé přeprac. a rozšíř. vydání. Přel. I.Suchardová. Grada, 2001.
5. DYLEVSKÝ, I.: *Anatomie a fyziologie pro střední zdravotnické školy*. Grada, Praha 2000
6. JUŘENÍKOVÁ, P. a kol.: *Ošetrovatelství*. Učební text pro SZŠ – 2. část – chirurgie, pediatrie, gerontologie. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 1999.
7. JUŘENÍKOVÁ, P. a kol.: *Ošetrovatelství*. Učební text pro IV. ročník SZŠ – 1. část – psychologie nemocného před a po operaci, ORL, oční, práce sestry v terénu, onkologie. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 2000.
8. KRECHLER, T.: *Chronická pankreatitida – současné diagnostické možnosti*. Praktikus 9, 2005, 4 ročník, s.372 – 373.
9. KOZIEROVÁ,B., ERBOVÁ,G., OLIVIEROVÁ, R.: *Ošetrovatelství* 1.díl, Martin: Osveta, 1995.
10. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie nemoci*. Grada, Praha 2002.
11. ROKYTA, R.: *Fyziologie*. ISV, Praha 2000.
12. STAŇKOVÁ, M.: *Základy teorie ošetrovatelství*. Karolinum, Praha, 1999.
13. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M.: *Kreativní ošetrovatelský management*. Advent – Orion, Praha 2003.
14. ŠVÁB, J.: *Chirurgické léčení chronické pankreatitidy*. Grada, Praha 2003.

15. TRACHTOVÁ, E. a kol.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. IDVPZ, Brno, 1999.
16. VYHNÁNEK, F. a kol.: *Chirurgie I.*, Informatorium, Praha 1997.
17. VYHNÁNEK, F. a kol.: *Chirurgie II.*, Informatorium, Praha 2003.
18. VYMĚTAL, J.: *Lékařská psychologie*, Psychoanalytické nakladatelství, Praha 1999.
19. ZEMAN, M. a kol.: *Speciální chirurgie*. Galén, Praha 2004.

Internetové stránky:

20. [www.chirweb.cz / chirurgie pankreatu / chronická pankreatitida](http://www.chirweb.cz/chirurgie-pankreatu/chronicka-pankreatitida)

SEZNAM ZKRATEK

Amp - ampule

ATB - antibiotika

APTT – aktivovaný parciální tromboplastinový čas

CHP – chronická pankreatitida

CRP- C – reaktivní protein

CT – výpočetní tomografie

CŽK- centrální žilní katétr

DK – dolní končetiny

EDK – epidurální katét

EKG - elektrokardiografie

ERCP - endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie

EUS - endoskopická ultrasonografie

FR – fyziologický roztok

hod. - hodina

i. m. – do svalu

i.v. – do žíly

JIP - jednotka intenzivní péče

mg - miligramy

ml - mililitr

MR - magnetická rezonance,

MR CP - magnetická cholangiopankreatikografie

NANDA - North American Nursing Diagnose Association

p. o. – per os

PMK – permanentní močový katétr

RHB - rehabilitace

s. c. – podkožně

Tbl - tablety

UZ - Ultrazvukové vyšetření

SEZNAM PŘÍLOH

1. Ošetrovatelská anamnéza
2. Plán a hodnocení ošetrovatelské péče
3. Hodnocení bolesti
4. Náčrt penroze
5. Chronická pankreatitida zásady dietoterapie

PŘÍLOHY