

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

ÚSTAV PRO LÉKAŘSKOU ETIKU A OŠETŘOVATELSTVÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**OŠETŘOVÁNÍ NEMOCNÉHO S AKUTNÍ**  
**PANKREATITIS**

PŘÍPADOVÁ STUDIE

KVĚTEN 2006

**LUCIE KOUPENÁ**  
OŠETŘOVATELSTVÍ  
VŠEOBECNÁ SESTRA

Prohlašuji, že jsem případovou studii vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury.

V Praze 10. 5. 2006

Lucie Koupená

Ráda bych touto cestou poděkovala doc. MUDr. Jiřímu Šimkovi, CSc., Mgr. Janě Holubové, MUDr. Janu Štukavcovi a všem, kteří mi pomohli svojí vstřícností, profesionální radou a odborným vedením k vypracování této práce.

OBSAH:	strana
1. <b><u>ÚVOD</u></b> .....	5
2. <b><u>KLINICKÁ ČÁST</u></b> .....	6
<b>2.1 Anatomie a fyziologie pankreatu</b> .....	6
<b>2.2 Patofyziologie akutní pankreatitidy</b> .....	6
2.2.1 <i>Incidence onemocnění</i> .....	7
2.2.2 <i>Etiologie</i> .....	7
2.2.3 <i>Klinický obraz</i> .....	7
2.2.4 <i>Diagnostika</i> .....	8
2.2.5 <i>Léčba</i> .....	9
2.2.6 <i>Komplikace</i> .....	9
2.2.7 <i>Prognóza</i> .....	10
<b>2.3 Základní informace o nemocném</b> .....	10
2.3.1 <i>Lékařská anamnéza</i> .....	10
2.3.2 <i>Přehled diagnostických výkonů</i> .....	11
2.3.3 <i>Farmakologická léčba</i> .....	13
2.3.4 <i>Průběh hospitalizace</i> .....	14
3. <b><u>OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST</u></b> .....	15
<b>3.1 Charakteristika ošetřovatelského procesu</b> .....	15
<b>3.2 Model Marjory Gordonové</b> .....	16
<b>3.3 Ošetřovatelská anamnéza</b> .....	17
<b>3.4 Ošetřovatelské diagnózy</b> .....	21
3.4.1 <i>Aktuální diagnózy</i> .....	21
3.4.2 <i>Potenciální diagnózy</i> .....	24
<b>3.5 Dlouhodobý ošetřovatelský plán</b> .....	27
<b>3.6 Psychologie nemocného</b> .....	28
<b>3.7 Edukační program</b> .....	29
<b>3.8 Prognóza</b> .....	30
4. <b><u>ZÁVĚR</u></b> .....	31
<b>SEZNAM ZKRATEK</b> .....	32
<b>SEZNAM LITERATURY</b> .....	34
<b>ZDROJE INFORMACÍ</b> .....	35
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	36

## 1. ÚVOD

*„Všechno má svoji míru a jsou tu určité meze,  
ve kterých, nikoli mimo,  
vše správné zůstane správným.“  
(Horatius)*

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie o ošetřování nemocného s akutní pankreatitidou, který byl přijat na chirurgickou kliniku v době mé praxe. Když jsem pročetla odbornou literaturu vztahující se k dané problematice, tak mě velmi zaujalo, jak významnou skupinu chorob trávicího systému tvoří pankreatická onemocnění, zvláště pak akutní pankreatitis. Myslím si, že je to způsobené nejen životním stylem, ale i vyšší konzumací alkoholu ve společnosti, případně nezdravými stravovacími návyky. Uvědomuji si závažnost dané problematiky a doufám, že jako budoucí zdravotní sestra budu moci vhodnou edukací ovlivnit právě životní styl druhých nebo jejich stravovací návyky.

Celou práci jsem si rozdělila na dva úseky, v prvním bych se chtěla zabývat klinickou problematikou onemocnění, jeho patofyziologií, klinickým obrazem, diagnostikou, léčbou, komplikacemi a prognózou onemocnění, v druhé pak vlastnímu ošetřování nemocného. V ošetřovatelské části bych se chtěla věnovat nejprve ošetřovatelskému procesu obecně, pak zhodnocením nemocného podle modelu Marjory Gordonové, stanovením ošetřovatelských diagnóz, jejich cílů, plánu a realizaci péče, zhodnocení efektu a dlouhodobému ošetřovatelskému plánu. Za velmi podstatnou součást pak považuji psychologii nemocného, prognózu a také jeho edukaci.

Abecední seznam zkratek a seznam literatury jsou uvedeny na konci práce. Součástí jsou také přílohy vztahující se k ošetřování nemocného.

## **2. KLINICKÁ ČÁST**

### **2.1 Anatomie a fyziologie pankreatu**

Pankreas je parenchymatózní orgán s exokrinní a endokrinní sekreční funkcí uložený retroperitoneálně za žaludkem. Ventrálně je směrem do omentální burzy kryt peritoneem, dorzálně naléhá na slezinnou žílu, aortu, dolní dutou žílu a horní mezenterickou žílu. Pankreas je 16–22 cm dlouhý, tloušťka je 2–3 cm a váha se pohybuje mezi 70–80 gramy.

Slinivka břišní se dělí na tři části – hlavu, tělo a ocas. Pankreas krví zásobuje a. hepatica communis, a. mesenterica superior a a. lienalis. Inervuje ji plexus coeliacus, plexus hepaticus a plexus mesentericus superior. (9)

Pankreas produkuje četné endokrinní i exokrinní hormony. Z endokrinní funkce je nejvýznamnější sekrece inzulínu v beta buňkách Langerhansenových ostrůvků. Buňky alfa produkují glukagon, buňky delta somatostatin a buňky gama gastrin.

Produkty exokrinní sekrece pankreatu se dostávají do ductus pankreaticus major, který probíhá v podélné ose žlázy a ústí společně s ductus choledochus na Vaterské papile. Ductus pankreaticus minor má variabilní uspořádání a pro drenáž slinivky i menší význam. (4)

Fyziologicky patří mezi nejdůležitější produkty exokrinní sekrece lipázy, které jsou produkovány pouze v pankreatu, a proto při závažné poruše sekreční funkce slinivky dochází typicky k poruše trávení právě tuků.

Množství a kvalita pankreatické sekrece je řízena hormonálně a částečně podléhá i vlivu vagové stimulace.

### **2.2 Patofyziologie akutní pankreatitidy**

#### **Definice onemocnění**

Současná definice onemocnění pochází ze zasedání odborných společností z Atlanty z roku 1992. (12) Akutní pankreatitis je postižení pankreatu s variabilním postižením okolních orgánů a systémů. Je definována jako primárně aseptický, autodigestivní proces v pankreatu a okolní tukové tkáni, vyvolávající v různém stupni tíže generalizovanou zánětlivou reakci.

K patofyziologickým dějům patří aktivace pankreatických enzymů způsobujících samonatravení slinivky. Výsledkem je pak difúzní zánět, který může dále pokračovat a vést k nekróze buněk s následnou nekrózou pankreatické tkáně a eventuální tvorbou abscesu.. Hrozí také poškození cév a někdy závažné krvácení. (1) Podle odborné literatury se dělí na

dvě formy: formu lehkou, která má nekomplikovaný průběh provázený edémem žlázy, která po odeznění vede vždy k úplné úpravě stavu nemocného a nevyvolává pozdní změny na žláze. Vyskytuje se asi u 80% případů.

Druhou formou je těžká pankreatitis, pro kterou jsou charakteristické lokální změny (jako nekróza pankreatu nebo absces) a celkově těžký průběh. Obvykle dochází i k multiorgánové dysfunkci, která při další progresi může vést až k multiorgánovému selhávání organismu, jenž nemocného ohrožuje na životě. (3) Mezi nejčastější komplikace patří šok, dechová tíseň, selhání ledvin a krvácení do gastrointestinálního traktu. Vyskytuje se u 20% případů.

### 2.2.1 Incidence onemocnění

Přibližně 10 – 40 případů na 100 000 obyvatel. (4)

Mortalita:

Při komplikacích až 50%, bez komplikací okolo 2%. (1)

### 2.2.2 Etiologie

multifaktoriální

nejčastější příčiny: žlučové kameny 45-60%

alkohol 35%

ERCP

méně časté příčiny: hyperkalcémie

trauma žlázy

operace

poléková pankreatitis

infekce (7)

### 2.2.3 Klinický obraz

Náhle vzniklá, obvykle intenzivní bolest v epigastriu, může vyzařovat dozadu do oblasti páteře do levého podžebří, nauzea a zvracení, zvýšená teplota. V klinickém nálezu dominuje schvácenost pacienta, úlevová poloha na boku, či předklonu, dehydratace, tachykardie, nález na břicho je pestrý – bolestivost v oblasti epigastria, někdy bolesti celého břicha, snížená peristaltika, zástava odchodu plynů, a další. Vzácně můžeme spatřit také Cullenovo znamení (fialová skvrna v okolí pupku) a Grey Turnerovo znamení (fialové zbarvení v oblasti boků). (3)

#### 2.2.4 Diagnostika

Anamnéza je vodítkem pro správnou diagnostiku onemocnění. Pátráme v ní po dietních návycích, dietní chybě, příjmu alkoholu, onemocnění žlučníku a žlučových cest, prodělaných infekčních onemocněních a poruše tukového metabolismu.

Klinické vyšetření – klinika nemocných je velmi různorodá, mezi nejčastější příznaky však patří bolest břicha, maximum je v epigastriu, nechutenství, zvracení, jenž se objevují u 3/4 pacientů, zástava větrů a stolice. Téměř u 2/3 nemocných se již od počátku onemocnění rozvíjí oběhová nestabilita s rozvojem tachykardie a výkyvy krevního tlaku. U 1/3 pacientů dále nacházíme ikterus a asi u jedné desetiny pacientů vzniká respirační insuficience. (10)

Laboratorní vyšetření se opírají o tento nález: leukocytóza, zvýšená amyláza v séru a v moči, vzestup sérové lipázy, zvýšený bilirubin, zvýšené enzymy jaterního souboru jsou průkazné pro biliární etiologii onemocnění, může se také objevit hypertriacylglycerolemie (nad 10 mmol/l), která může být příčinou vzniku onemocnění. Dále můžeme najít poruchu kalcémie. Zásadní význam má hodnota CRP, která je důležitá při určování tíže akutní pankreatitis, především vzestup nad 150 do 48 hodin po vzniku nemoci, která je určující pro těžkou formu onemocnění. (10)

Dále se provádějí rutinní vyšetření jako například glykémie, ionty v séru, parametry koagulace a další.

Zobrazovací metody slinivky břišní dělíme na neinvazivní a invazivní. Mezi neinvazivní metody řadíme následující vyšetření.

1) RTG nativ břicha, který se provádí vždy z diferenciálně-diagnostických důvodů. Při tomto vyšetření nejsou sice žádné specifické nálezy potvrzující akutní pankreatitis, ale lze jím vyloučit jiné onemocnění jako například paralytický ileus. Vyšetření se provádí bez specifické přípravy nemocného. (7)

2) Ultrasonografie (SONO) břicha, jehož cílem je především posoudit vývodný systém žlučových cest. Díky této metodě jsou zánětlivé změny často patrné již od počátku obtíží. Vyšetření však bývá komplikováno špatnou přehledností, obezitou nebo zvýšenou plynou náplní v oblasti pankreatu. (2)



3) CT břicha je významné pro potvrzení správnosti diagnózy, k posouzení morfologických změn a prognostické klasifikaci onemocnění, i k průkazu lokálních komplikací a plánování dalšího léčebného postupu. (7)

Výše popisovaná vyšetření patří k základům ve skórování tíže akutní pankreatitis. (2)

Mezi zásadní invazivní metody patří následující.

ERCP (= endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie) se používá k vyšetření žlučvodů. Metoda spočívá v kombinaci RTG a endoskopie, kdy se pomocí duodenofibroskopu zavede cévka k ústí Vaterské papily, kterou je následně podávána kontrastní látka. Vyšetření se provádí k diagnostice konkrementů ve žlučových cestách a lze kombinovat s terapeutickým výkonem (například s extrakcí konkrementu).

Nutná je příprava před vyšetřením, nemocný je lačný a nekouří, je premedikován dle ordinace lékaře. (8)

### 2.2.5 Léčba

Léčebný přístup je vždy individuální s ohledem na aktuální stav nemocného. Při nekomplikovaném průběhu onemocnění probíhá léčba na standartním chirurgickém oddělení. Pokud se však jedná o těžký průběh nemoci, pak je nutná léčba na jednotce intenzivní péče.

Léčba akutní pankreatitis se dělí na konzervativní a operační. Při konzervativní terapii nesmí mít nemocný žádný perorální příjem. Veškerá výživa a tekutiny jsou hrazeny parenterální cestou. K monitoraci celkového stavu je nutné provádět bilanci tekutin, podávání farmak, případně UPV, u biliární etiologie rovněž ERCP a řádné plnění ordinací lékaře.

Operační výkon, kdy se za jedinou indikaci k operační léčbě pankreatu ve stádiu akutní pankreatitidy v dnešní době považuje nekretomie pro infikovanou nekrózu, tvorbu abscesu a ostatních komplikací jako např. krvácení. Na výkon vždy navazuje laváž a drenáž. Operace je nutné obvykle vícekrát opakovat. (7)

### 2.2.6 Komplikace

Komplikace onemocnění dělíme na akutní, mezi které patří infikovaná nekróza, absces a multiorgánové selhání a pozdní komplikace, kam řadíme vznik pseudocyst. (7)

### 2.2.7 Prognóza

Akutní pankreatitis odezní bez větších následků. Pouze rozsáhlé ztráty parenchymu mají za následek rozvoj diabetu mellitu, anebo exokrinní insuficienci z nedostatečné sekrece trávicích enzymů. (4)

U závažné nekrotizující formy nemocný umírá v důsledku šokového stavu a multiorgánového selhání. (1)

V některých případech dochází k přechodu do chronické formy pankreatitidy.

## **2.3 Základní údaje o nemocném**

Nemocný byl hospitalizovaný 19. 12. 2005 na chirurgické klinice pro akutní pankreatitis.

### Základní osobní údaje:

Jméno: J. Y.

Rok narození: 1973

Pohlaví: muž

Stav: ženatý

Zaměstnání: obchodní ředitel u soukromé firmy

Vyznání: bez vyznání

### 2.3.1 Lékařská anamnéza

RA: otec - cholecystolithiasis, matka zdravá, sestra–hypertenze

OA: běžné dětské nemoci, psychomotorický vývoj v normě, řádně očkovan dle očkovacího kalendáře;

váha-85kg, výška-173cm

alimentární obezita–léčí dietou

abúsus: alkohol–konzument–4dcl vína, 2krát týdně

káva–2 x denně

kouření–do 15 ks denně

AA: neguje

FA: bez pravidelné medikace

dieta

PA: obchodní ředitel u soukromé firmy

SA: ženatý, bydlí s manželkou a dítětem v družstevním bytě

NO: V noci po večíрку ho probudila prudká bolest břicha, nejvíce v oblasti pupku vyzařující do levého podžebří, která neustávala. Udává, že na večíрку konzumoval alkoholické

nápoje a jedl různé lahůdky. V průběhu noci 5krát zvracel, bez úlevy. Průjem nemá. Plyny odcházejí. Přijat na chirurgické oddělení, kde byla stanovena diagnóza akutní pankreatitis.

Objektivní vyšetření:

Pacient při vědomí, orientovaný, spolupracující, TT 36, 8°C, kůže čistá, hydratace a kožní turgor mírně snížený.

hlava–nebolestivá, uši a nos bez sekrece, bulby ve středním postavení, zornice isokorické

krk–šíje volná, pohyblivá, uzliny klidné, nezvětšené, štítná žláza nezvětšená

hrudník–bez viditelných deformit, dýchání volné, čisté, D 16/min.; akce srdeční pravidelná, P 82/min, TK 135/85

břicho–měkké, nad niveau, poklep dif. bubínkový, nebolestivý, palpačně bolestivé v okolí pupku a levém podžebří, bez známek peritoneálního dráždění, peristaltika +, játra nezvětšena, slezina nehmatná, tapotemment negativní

p. r.–normální nález

končetiny–bez viditelných deformit a otoků

2.3.2 Přehled diagnostických výkonů

Vyšetření při příjmu na oddělení–19.12.2005, 7:15hodin

U pacienta byly užity tyto metody laboratorní diagnostiky: krevní obraz, hemokoagulace, sedimentace krve, biochemie – jaterní testy, ionty, glykemie a moč.

Důležité výsledky jsou v tabulce číslo 1.

Tabulka číslo 1

Název	Hodnota	Jednot.
<b>krevní obraz:</b>		
Leukocyty	13	x 10 <sup>9</sup> /l
Erytrocyty	4,95	x 10 <sup>12</sup> /l
Trombocyty	257	x 10 <sup>9</sup> /l
Hgb	16,2	g/dl
Hct	46	%
MCV	93,0	fl
MCH	32,7	Pg
MPV	8,8	fl
<b>diferenciál:</b>		

Lymfocyty	35,8	%
Monocyty	8,1	%
Neutrolily	54,2	%
Eosinofily	1,7	%
Basofily	0,2	%
<b>hemokoagulace:</b>		
Quick	0,86	INR
APTT	31,6	s
<b>jaterní testy:</b>		
Bilirubin	30	μmol/l
ALT	0,6	μkat/l
AST	0,2	μkat/l
Název	Hodnota	Jednot.
ALP	0,8	μkat/l
GMT	0,6	μkat/l
AMS	48	μkat/l
Lipasa	1,2	μkat/l
<b>lipidový soubor:</b>		
Cholesterol	3,8	mmol/l
Triacylglycerol	0,9	mmol/l
HDL cholesterol	1,81	mmol/l
LDL cholesterol	3,13	mmol/l
<b>glykémie:</b>	5,6	mmol/l
<b>ionty:</b>		
Na <sup>+</sup>	145	mmol/l
K <sup>+</sup>	3,5	mmol/l
Cl <sup>-</sup>	110	mmol/l
Ca <sup>2+</sup>	3,3	mg/l
<b>moč:</b>		
AMS	55	μkat/l
<b>CRP:</b>	135	mg/l
<b>sedimentace krve:</b>	28/46	-

Tabulka číslo 1 - pokračování

Výsledky testů – závěr:

Zvýšené leukocyty, zvýšená sedimentace krve, zvýšená amyláza v krvi a moči, zvýšené CRP.

Zobrazovací metody užití u pacienta:

RTG nativ břicha

závěr: vyloučení jiného zdroje potíží, bez specifických nálezů prokazujících akutní pankreatitis

ultrasonografie břicha

závěr: zvětšení pankreatu v příčném řezu na 6cm, hypoechogenita parenchymu a volná tekutina v okolí pankreatu

### 2.3.3 Farmakologická léčba

Infuzní terapie – k substituci tekutin, minerálů a výživy; k pokrytí nutričních a energetických nároků organismu.

Podáno: F1/1 - rehydratace

H 1/1 - úprava elektrolytové rovnováhy

G 5% - rehydratace a energetický substrát

Do infuze přidáno:

*Novalgín amp.* – analgetikum, antipyretikum

užití: při akutní silné bolesti, po operacích, u nádorových onemocnění

nežádoucí účinky: anafylaktická reakce, kožní a slizniční reakce, izolované hypotenzi reakce, hematologické reakce, akutní zhoršení funkce ledvin, bolest a lokální reakce v místě vpichu

dávkování nemocnému: 1-1-1-1 i. v.

*Algifen amp.* – analgetikum se spasmolytickou složkou

užití: při bolesti a spasmech trávicí soustavy, u žlučnickové a ledvinové koliky

nežádoucí účinky: alergická reakce, anafylaktická reakce, hematologická reakce, sucho v ústech, poruchy akomodace, zácpa

dávkování nemocnému: 1-0-1 i. v.

*Torecan amp.* – antiemetikum

užití: zvracení a nevolnost, onemocnění gastrointestinálního traktu, po operacích  
nežádoucí účinky: sucho v ústech, anorexie, postih centrálního nervového systému (somnia, bolesti hlavy, závratě, neklid,...), postih kardiovaskulárního systému (periferní edém končetin, edém obličeje, hypotenze,...), neuralgie trigeminu

dávkování nemocnému: 1-1-1 i. v.

*Ranisan tbl.* – blokátor H<sub>2</sub> receptorů (6)

užití: při peptickém nebo stresovém vředu

nežádoucí účinky: bolest hlavy, malátnost, ospalost, zácpa, průjem, kožní vyrážka

dávkování nemocnému: 1-0-1

#### 2.3.4 Průběh hospitalizace

Pan J. Y. byl hospitalizovaný 19. 12. 2005 na chirurgické klinice pro akutní bolest v epigastriu. O pacienta jsem se starala 2 dny, pro ošetřovatelskou část jsem si vybrala první den hospitalizace, tedy den příjmu nemocného na kliniku.

Po příjmu na oddělení a vyšetření lékařem byl pacient uložen na lůžko, kde sám zvolil úlevovou polohu. Byl mu odebrán biologický materiál (krev a moč). Dále byly plněny ordinace lékaře (měření fyziologických funkcí, bilance tekutin, zajištění periferního přístupu, zavedení nasogastrické sondy (velikost 20), zavedení permanentního močového katétru (velikost 16), podání infuzní terapie s analgetiky, podávány farmaka, provedena ordinovaná vyšetření,...).

O klienta bylo komplexně pečováno (viz ošetřovatelský záznam). Od prvního dne neměl pacient žádný perorální příjem, veškeré tekutiny, živiny a minerály byly hrazeny parenterálně. Příjem tekutin byl v den příjmu 3 100 mililitrů, výdej pak 2 800 mililitrů a druhý den byl příjem 3 000 mililitrů a výdej byl 2 850 mililitrů. Celkový stav se postupně zlepšoval. Nemocný měl klidový režim. Bolest břicha pozvolna ustupovala již od 2.dne. Od 7.dne postupně zatěžován stravou per os, kterou dobře snášel. Postupně převeden na dietu (4S–pankreatická, s omezením tuků a soli), která mu nečinila žádné potíže.

### **3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST**

#### **3.1 Charakteristika ošetrovatelského procesu**

Teorie ošetrovatelského procesu vznikla v 50. letech ve Spojených státech. Na konci 60. let se dostala do Evropy. Dnes tvoří neodmyslitelnou koncepční osnovu práce sestry. Ošetrovatelský proces je vědecká metoda řešení problému nemocného. Je to logický a systematický přístup k celkové péči o nemocného. Nabízí způsob řešení praktických situací vycházejících z interakce sestry a nemocného a dalších osob. Je to nikdy nekončící proces respektující individualizovaný a vstřícný přístup k ošetřování každého nemocného. (11)

Ošetrovatelský proces probíhá v několika vzájemně propojených a ovlivňujících se fázích, mezi které patří:

##### **1. zhodnocení nemocného**

Při prvním kontaktu s nemocným sestra shromažďuje údaje jako jsou například jméno, příjmení, věk, rodné číslo, povolání, kontakt na nejbližší příbuzné, důvod přijetí a další. Potřebné informace získává rozhovorem, pozorováním, měřením a testováním. Získává tak údaje nejen o psychických, biologických a sociálních, ale také spirituálních potřebách nemocného a o jeho současném zdravotním stavu.

##### **2. ošetrovatelská diagnóza**

Sestra identifikuje potřeby nemocného a stanoví si ošetrovatelské diagnózy. Ve spolupráci s nemocným určí jejich závažnost.

##### **3. ošetrovatelský plán**

Ošetrovatelský plán vyplývá z krátkodobých a dlouhodobých cílů ošetrovatelské péče. Tvoří konkrétní opatření pro jejich dosažení.

##### **4. realizace plánu**

Zde dochází k vlastnímu ošetřování nemocného, které vychází z předem naplánovaných činností. Na realizaci se aktivně podílí sestra, ošetrovatelský tým a sám pacient.

##### **5. zhodnocení péče**

V této fázi ošetrovatelského procesu sestra objektivně hodnotí účinek poskytnuté péče a dosažení stanovených cílů. Není-li cíle dosaženo, sestra pokračuje v získávání dalších informací o nemocném a naplňuje vhodnou péči vedoucí k dosažení cíle. (11)

Práce sestry tedy spočívá v dokonalém sladění její práce s potřebami nemocného za účasti širšího okolí. Pravým posláním sestry je spojit úsilí všech těchto složek do jednotného terapeutického plánu.

### **3.2 Model Marjory Gordonové**

Užila jsem „Model fungujícího zdraví“, který zformulovala Marjory Gordonová a zabývá se činnostmi, které jsou součástí zdravotního stavu člověka. Tento model poskytuje komplexní pohled na člověka, jeho interakci s prostředím a vyjadřuje bio-psycho-sociální integraci jedince. (14)

Ve svém modelu hodnotí 12 oblastí, mezi které patří:

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví
2. Výživa a metabolismus
3. Vylučování
4. Aktivita, cvičení
5. Spánek, odpočinek
6. Vnímání, poznávání
7. Sebekoncepce, sebeúcta
8. Plnění rolí, mezilidské vztahy
9. Sexualita, reprodukční schopnost
10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance
11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty
12. Jiné (14)

Při řešení ošetrovatelských problémů jsem postupovala takto: nejprve jsem zhodnotila stav nemocného a určila si prioritní problémy. Pak ošetrovatelské diagnózy, jenž z problémů vyplývají. Snažila jsem si stanovit reálné cíle, kterých bych chtěla dosáhnout. Po jejich stanovení jsem naplánovala vhodnou péči, kterou jsem postupně realizovala. Na realizaci se samozřejmě podílel celý tým zdravotníků. Na závěr jsem zhodnotila výsledky ošetrovatelské péče, které byly základem pro další specifický přístup k nemocnému.

Celou svojí péčí jsem se snažila klienta povzbuzovat, vést ho k maximální nezávislosti a rychlému navrácení samostatnosti.



### **3.3 Ošetřovatelská anamnéza**

Při vyšetřování nemocného jsem používala ošetřovatelský záznam a ve spolupráci s nemocným jsme stanovili jeho aktuální problémy.

#### **1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví**

Pana J. Y. přiměla k návštěvě lékaře prudká bolest a zvracení během noci. Večer předtím byl na večírku, kde se dobře bavil s přáteli, pil alkoholické nápoje a hojně jedl.

Pan J. Y. vnímá své zdraví jako samozřejmost, nová situace (tedy nemoc) ho zastihla „nepřipraveného“ a přivedla jej k přehodnocení pohledu na vlastní zdraví a jeho důležitost. Při rozhovoru s nemocným jsem také zjistila, že v posledním roce netrpěl žádnou vážnou chorobou.

Nemocný kouří do 15 cigaret denně, je si vědom, že by neměl, ale jak říká: „je to silnější než já“. Alkoholické nápoje konzumuje, uvedl, že asi 2krát týdně (4 dcl vína).

O své zdraví cíleně nepečuje, rekreačně hraje tenis nebo běhá a rád fandí při fotbale.

Jeho nynějším největším problémem je bolest. Očekává, že mu od ní ulevíme.

#### **2. Výživa a metabolismus**

Nemocný váží 85kg a měří 173cm, BMI je 28. Udává, že za poslední 3 měsíce přibral 6kg.

Při zhodnocení stavu dutiny ústní jsem zjistila, že nemá protézu, na preventivní prohlídky ke stomatologovi chodí pravidelně. Stav chrupu mu při jídle potíže nečiní. Ústa nemá rozbolavělá, má oschlé rty.

Jak mi sám řekl, jídlo a pití má rád. Nějaký velký problém si ze své váhy nedělá. Jí téměř všechno (nejraději má řízek), nemusí luštěniny.

Od minulého měsíce se snaží dodržovat dělenou stravu, ale přiznává, že ji moc nedodržíje.

Je si vědom toho, že nemoc změní jeho stravovací návyky a bude muset dodržovat dietu. Přivítal by více informací ohledně diety. Říká, že se bude snažit dietu dodržovat.

Tekutiny přijímá bez potíží, nemá problémy s polykáním. V průměru vypije 2-3 litry denně. Má rád ovocné šťávy, pije dva šálky kávy denně, nemá rád mléko.

Po příjmu nezvracel. Nemocný má zavedenou nasogastrickou sondu.

Nemocný nemá na kůži žádná poranění ani kožní léze, od 19. 12. má zavedenou i.v. kanylu.

### **3. Vylučování**

Stolici vyprazdňuje jednou denně, většinou ráno. Průjem nemá. Zácpou netrpí, projímadla nepoužívá, nemá ani žádný vyprazdňovací rituál. V nemocnici je mu nepříjemné, že musí dodržovat klidový režim a nemůže chodit sám na WC. Vyprazdňovat se před více lidmi na pokoji je pro něj stresující. Přivítal by více soukromí.

Před příchodem do nemocnice neměl potíže s močením. Od 19. 12. má nemocný zaveden permanentní močový katétr.

### **4. Aktivita a cvičení**

Nemocný se cítí bez energie, unavený a vyčerpaný. (Při rozhovoru jsme se domluvili na několika pauzách.) V den příjmu a našeho rozhovoru měl naordinovaný klidový režim na lůžku. Při hodnocení schopnosti nemocného plnit denní aktivity jsem hodnotila jeho schopnosti v dílčích činnostech.

Dle Marjory Gordonové znamená úroveň 0–nemocný je plně soběstačný, úroveň 1–nemocný vyžaduje pomocný prostředek, úroveň 2–nemocný potřebuje minimální pomoc nebo dohled jiné osoby a úroveň 3–nemocný potřebuje pomoc nebo dohled jiné osoby a vhodné pomůcky nebo zařízení. (14)

Pan J. Y. by byl schopen se sám najíst (úroveň 0), ale nemohl, nesměl nic per os. Při mytí potřeboval dohled a občasnou dopomoc (úroveň 1), byl schopen se sám upravit (úroveň 0), jeho celková pohyblivost na lůžku (úroveň 0), pohyblivost a chůzi na toaletu jsem nehodnotila, protože měl klidový režim na lůžku, schopnost obléci se sám (úroveň 0). V domácnosti je schopen si sám uvařit, nakoupit si a udržovat domácnost, vše bez pomoci (úroveň 0).

Pan J. Y. mi dále říkal, že když je zdravý, tak občas hraje tenis nebo s kamarády běhá. Pravidelně necvičí.

V domácnosti nemá problém s pohybem ani se schopností zvládat denní aktivity, je plně soběstačný. Při hospitalizaci se jeho situace změnila, klient má (v den příjmu) klidový režim na lůžku. Také potřebuje dopomoc s osobní hygienou, zuby si ale vyčistí sám, sám se učeše.

Pravidelně chodí na manikúru a pedikúru. Kůži má suchou, ošetřovanou hydratačním krémem.

Mezi jeho záliby patří hlavně rybaření. Také má rád filmy, celkem pravidelně chodí s ženou do kina. Někdy i do divadla. S partou kamarádů chodí fandit na fotbalové zápasy.

Pan J. Y. pracuje jako obchodní ředitel u soukromé firmy, má sedavé zaměstnání. Mnoho času také stráví za volantem služebního vozu.

### **5. Spánek, odpočinek**

V domácím prostředí a bez bolesti nemá problémy se spánkem. Chodí spát okolo 23. hodiny večer, vstává v 8 ráno. Usíná bez velkých problémů, jako spánkový rituál si pouští hudbu, někdy si i čte.

Léky na spaní neužívá.

V nemocnici je situace jiná. Trápí ho bolest, špatně se mu usíná, nemůže spát. Navíc na něj působí změna prostředí a nová situace, ve které se ocitl.

### **6. Vnímání, poznávání**

Pan J. Y. je při vědomí a orientovaný v místě, času a prostoru.

Nemocný nepoužívá žádnou kompenzační pomůcku, nemá potíže se zrakem, brýle nenosí. Slyší dobře, naslouchadlo nemá. Nemá problém s rovnováhou a orientací v prostoru.

Nemocný se mnou komunikuje vzhledem ke své aktuální situaci celkem bez problémů, spolupracuje, na otázky odpovídá snadno. Rychle chápe, pokud se chce na něco zeptat, nestydí se a zeptá se.

Je rychle unavitelný, proto děláme přestávky v rozhovoru.

S ostatním personálem komunikuje také bez potíží. S rodinou si volá, manželka jej chodí navštěvovat.

Nemocný trpí bolestí, která je spojena se základním onemocněním a je léčena dle ordinace lékaře.

### **7. Sebekoncepce, sebeúcta**

Pan J. Y. je při rozhovoru klidný, mluví srozumitelně a jasně, udržuje oční kontakt, leží na lůžku, při jakémkoliv pohybu nemocného pozorují bolestný výraz v jeho obličeji (stažené koutky úst, přivřené oči, vrásky na čele).

Pokud se bavíme o jeho rodině a práci, vnímá se jako úspěšný a hrdý otec. S prací je také spokojený. Dokáže zajistit rodinu a to je pro něj velmi důležité.

Chápu jeho vztek ohledně nečekané změny situace—první hospitalizace, nemoc, bolest, to všechno ovlivňuje jeho prožívání. Rozumím i jeho strachu, který nyní zažívá.

## **8. Plnění rolí, mezilidské vztahy**

Nemocný bydlí se svojí manželkou a dcerou v družstevním bytě. Říká, že jsou se ženou spokojeni, pokud potřebují pohlídat dceru, ochotně jim vypomáhají prarodiče.

Pan J. Y. mi také sdělil, že na vysoké škole byl v kolektivu oblíbený. V práci rovněž nemá potíže se spolupracovníky.

## **9. Sexualita, reprodukční schopnost**

Nemoc změnila jeho pohlavní život, ale po uzdravení a návratu domů neočekává trvalé změny v této oblasti.

## **10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance**

Za poslední dva roky se klient oženil, přestěhoval a stal otcem, s těmito změnami se bez velkých obtíží vyrovnal.

Pokud je ve velkém stresu, poslouchá hudbu nebo si zpívá. Alkohol ani jiné návykové látky neužívá.

Řekl mi, že manželka je pro něj velkou oporou.

## **11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty**

Nemocný není věřící. Otázku smrti si nepřipouští, ale nemoc změnila jeho vnímání života a smrti.

## **12. Jiné**

Nemocný říká, že před příchodem do nemocnice měl problém s dýcháním při větší námaze, například při chůzi do schodů. Pokud je v klidu, žádný problém nemá.

TT je 36, 8°C. Nemocný se v domácím prostředí přiměřeně obléká. Raději má chladnější prostředí. Pokud má zvýšenou teplotu, zvýší příjem tekutin, případně si vezme léky.

### 3.4 Ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelské diagnózy: stanovené v den příjmu (19.12.2005).

Aktuální diagnózy:

1. Akutní bolest v důsledku onemocnění
2. Poruchy spánku v souvislosti s onemocněním
3. Obtížná orientace v nové situaci způsobená onemocněním a deficitem informací a strachem
4. Poruchy soběstačnosti v základních činnostech v důsledku únavy

Potenciální diagnózy:

1. Potenciální riziko infekce v souvislosti se zavedením intravenózní kanyly
2. Potenciální riziko snížení objemu tělesných tekutin v důsledku ztrát
3. Potenciální riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedením permanentního močového katétru

#### 3.4.1 Aktuální diagnózy

1. Akutní bolest v důsledku onemocnění
2. Poruchy spánku v souvislosti s onemocněním
3. Obtížná orientace v nové situaci způsobená onemocněním a deficitem informací a strachem
4. Poruchy soběstačnosti v základních činnostech v důsledku únavy

### **1. AKUTNÍ BOLEST V DŮSLEDKU ONEMOCNĚNÍ**

Cíl: nemocný nebude v průběhu hospitalizace trpět bolestí

Plán péče:

- \* zhodnotit bolest, její intenzitu
- \* zajistit klidné prostředí–minimalizovat hluk, mluvit tiše, vhodné osvětlení
- \* nechat jej v úlevové poloze
- \* uklidnit a povzbudit nemocného
- \* podávat analgetika dle ordinace lékaře
- \* monitorovat intenzitu bolesti-po 4 hodinách

- \* informovat lékaře-změny
- \* respektovat případný spánek nemocného během dne
- \* zapsat do dokumentace nemocného

#### Realizace:

S nemocným bylo o bolesti hovořeno, snažil se verbalizovat svoji bolest. Ve spolupráci s nemocným byl vyhodnocen stupeň jeho bolesti (dle VAS stupnice 0-10, kde 0 je bez bolesti a 10 znamená nesnesitelnou bolest, označil stupeň 7). Nemocný nebyl nucen zaujímat jinou polohu, než tu, jenž si sám zvolil. Byly podávány předepsané léky a po 4 hodinách prováděno měření intenzity bolesti, kde na stupnici uvedl stupeň 3. Bylo zajištěno adekvátní prostředí. Veškeré informace o nemocném byly zapisovány do dokumentace.

#### Zhodnocení:

nemocný verbalizoval svoji bolest, po podání analgetik se bolest snížila na stupeň 3, cíl prozatím nesplněn

## **2. PORUCHY SPÁNKU V SOUVISLOSTI S ONEMOCNĚNÍM**

Cíl: nemocný se nepřerušovaně vyspí minimálně 3 hodiny

#### Plán péče:

- \* zhodnotit kvalitu spánku nemocného
- \* zajistit takový spánkový rytmus, na který je zvyklý
- \* zajistit klidné prostředí–minimalizovat hluk a prudké světlo
- \* podávat léky dle ordinace lékaře
- \* zapsat do dokumentace

#### Realizace:

Byla zhodnocena kvalita spánku–nemocný nemohl spát, trápila ho bolest a nové prostředí, na které nebyl zvyklý. Bylo zajištěno bodové osvětlení u lůžka nemocného a v rámci chodu oddělení byl minimalizován hluk.

Byly plněny ordinace lékaře dle pravidelného rozpisu. Po podání naordinovaných analgetik bylo dosaženo zmírnění bolesti, nemocný usnul ve 20 hodin a bez přerušení spal do půlnoci. Veškeré informace byly zapsány do ošetrovatelské dokumentace.

Zhodnocení:

nemocný spal 4 hodiny bez přerušení, cíl splněn

**3. OBTÍŽNÁ ORIENTACE V NOVÉ SITUACI ZPŮSOBENÁ ONEMOCNĚNÍM, DEFICITEM INFORMACÍ A STRACHEM**

Cíl: - nemocný se bude orientovat v nové životní situaci

- nemocný bude verbalizovat svůj strach

-

Plán péče:

- \* zhodnotit pocity nemocného
- \* všimnout si verbálních a neverbálních projevů nemocného
- \* naslouchat nemocnému, být empatická, podporovat vzájemnou důvěru
- \* vyslechnout nemocného, odpovídat mu na položené otázky, nebagatelizovat jeho pocity a problémy
- \* dopřát mu dostatek času, pokud bude potřebovat, být mu nablízku
- \* podpořit ho jemným dotykem, nebo slovem, být trpělivá
- \* snažit se spolu s nemocným najít vhodné způsoby, kterými lze strach překonat
- \* zapsat do dokumentace

Realizace plánu:

Byly zhodnoceny pocity nemocného. V rámci upevnění vztahu důvěry bylo s nemocným komunikováno o jeho nové situaci a byly mu trpělivě zodpovídány veškeré otázky. Informace byly zapsány do dokumentace.

Zhodnocení:

nemocný se snaží orientovat v nové situaci, cíl prozatím nesplněn  
nemocný dokáže o svém strachu mluvit, cíl splněn

#### 4. PORUCHY SOBĚSTAČNOSTI V SOUVISLOSTI S AKUTNÍM PRŮBĚHEM ONEMOCNĚNÍ

Cíl: nemocný se bude schopen sám umýt

Plán péče:

- \* zhodnotit schopnosti nemocného-pozorování a rozhovor s nemocným
- \* rozdělit činnost na několik dílčích úkonů
- \* zapojovat nemocného do jednotlivých úkolů postupně, dbát na jeho klidový režim
- \* podporovat nemocného
- \* ocenit jakýkoliv úspěch
- \* poradit mu, vysvětlit mu a poskytnout mu potřebné informace
- \* zapsat do dokumentace

Realizace:

Byly zhodnoceny klientovy schopnosti a stupeň jeho sebezpečí. Podle Marjory Gordonové byl zhodnocen takto: příjem stravy a tekutin nebyl hodnocen, nemocný nesměl nic per os, nemocný potřeboval při mytí dohled a občasnou dopomoc (úroveň 1), byl schopen se sám upravit (úroveň 0), jeho celková pohyblivost na lůžku (úroveň 0), pohyblivost a chůzi na toaletu nebyla hodnocena, protože měl klidový režim na lůžku, schopnost obléci se sám (úroveň 0).

Jednotlivé činnosti byly rozděleny na několik dílčích úkolů, do kterých byl nemocný postupně zapojován. Nemocný byl velmi unavený, byl mu dopřán dostatek času pro realizaci úkonů. Byl prováděn zápis do dokumentace.

Zhodnocení:

nemocný se umyje sám a bez dopomoci, cíl splněn

#### 3.4.2 Potenciální diagnózy

1. Potenciální riziko infekce v souvislosti se zavedením intravenózní kanyly
2. Potenciální riziko snížení objemu tělesných tekutin v důsledku ztrát
3. Potenciální riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedením permanentního močového katétru



## **1. POTENCIÁLNÍ RIZIKO INFEKCE V SOUVISLOSTI SE ZAVEDENÍM INTRAVENÓZNÍ KANYLY**

Cíl: místo vpichu bude bez známek infekce

Plán péče:

- \* zhodnotit okolí vpichu
- \* aseptický přístup
- \* převázat a ošetřit místo vpichu-jednou denně
- \* kontrolovat průchodnost kanyly-denně
- \* označit datum převazu a podpis převazujícího
- \* zavedení nové kanyly-dle standardu oddělení
- \* zapsat do dokumentace

Realizace:

Intravenózní kanyla byla denně hodnocena, aseptickým přístupem ošetřována. K převazu byla užita desinfekce Cutasept, sterilní štětičky a zalepena sterilním krytím Tegaderm. Byly používány ochranné pomůcky. Denně byla kontrolována průchodnost kanyly. Po ukončení převazu byla kanyla označena datem převazu a podpisem. Byl proveden zápis do dokumentace.

Zhodnocení:

místo vpichu bylo klidné, bez zarudnutí, kanyla byla průchodná a bez známek infekce, cíl splněn

## **2. POTENCIÁLNÍ RIZIKO SNÍŽENÍ OBJEMU TĚLESNÝCH TEKUTIN V DŮSLEDKU ZTRÁT**

Cíl: nemocný nebude ohrožen sníženým objemem tělesných tekutin

Plán péče:

- \* zhodnotit celkový stav hydratace nemocného
- \* ošetřit oschlé rty
- \* monitorovat stav sliznic a kožní turgor
- \* hodnotit změny fyziologických funkcí, tvorbu moči a její specifické hmotnosti

- \* zavést nasogastrickou sondu
- \* sledovat příjem a výdej tekutin–každých 24 hodin
- \* zavést permanentní močový katétr a měřit specifickou hmotnost moči
- \* měřit množství žaludečního obsahu odvedeného nasogastrickou sondou –po 12 hodinách
- \* podávat infuzní roztoky dle ordinace lékaře
- \* kontrolovat fyziologické funkce (puls, dech, krevní tlak, teplota těla) nemocného-po 1 hodině
- \* zapsat do dokumentace

#### Realizace:

Byly zhodnoceny fyziologické funkce nemocného-TT: 36, 8°C, P: 74 za minutu, TK: 130/80, D: 16 za minutu. Každou hodinu byla měřena diuréza a specifická hmotnost moči. Byla měřena bilance tekutin po 24 hodinách. V den příjmu byl příjem tekutin 3 100 ml a výdej byl 2 800 ml. Nemocnému byla zavedena nasogastrická sonda (Portex, vel. 20) a permanentní močový katétr velikosti 16. NGS odvedla po 12 hodinách 125 ml.

ke snížení objemu tělesných tekutin nedošlo, cíl splněn

### **3. POTENCIÁLNÍ RIZIKO VZNIKU INFEKCE V SOUVISLOSTI SE ZAVEDENÍM PERMANENTNÍHO MOČOVÉHO KATÉTRU**

Cíl: katétr bude průchodný, nemocný nebude ohrožen infekcí ze zavedeného permanentního močového katétru

#### Plán:

- \* zhodnotit okolí permanentního močového katétru-jednou denně
- \* zachovat aseptický přístup-při manipulaci
- \* dbát o hygienickou péči genitálu
- \* zajistit intimitu prostředí
- \* kontrolovat průchodnost katétru-jednou za 24 hodin
- \* sledovat množství, barvu a příměsi v moči
- \* sledovat subjektivní potíže nemocného-bolest
- \* zapsat do dokumentace

#### Realizace:

Okolí permanentního močového katétru bylo jednou denně hodnoceno. Bylo dbáno o zvýšenou hygienickou péči genitálu, při manipulaci byly používány ochranné pomůcky. Přístup ke katétru byl aseptický. Denně byla kontrolována průchodnost katétru a dle ordinace lékaře měřena diuréza, barva moči a případné příměsi. Dále byly monitorovány subjektivní potíže nemocného. Veškeré informace byly zapisovány do dokumentace.

#### Zhodnocení:

katétr byl průchodný a nemocný bez známek infekce ze zavedeného permanentního katétru, cíl splněn

### **3.5 Dlouhodobý ošetrovatelský plán**

Pan J. Y. byl hospitalizován na chirurgické klinice 12 dní. Po celou dobu hospitalizace vyžadoval komplexní péči, jejímž cílem byla snaha o plnohodnotný návrat nemocného do předchozího života.

Celý tým dbal na správnou hygienickou péči o nemocného, o jeho vyprazdňování, byla také prováděna péče o permanentní močový katétr a permanentní žilní katétr, abychom předcházeli možnosti vzniku infekčních komplikací. Po celou dobu jejich zavedení komplikace u nemocného nevznikly. Permanentní močový katétr byl nemocnému vyndán 7. den hospitalizace. Místa zavedení intravenosní kanyly byla dle standartu oddělení pravidelně střídána a 12. den hospitalizace zcela odstraněna.

Dále jsme pečovali o zavedenou nasogastrickou sondu, její průchodnost a tím zajistili její funkčnost. Sonda byla vyndána 9. den hospitalizace.

Poté, co začal nemocný přijímat potravu per os bylo nutné dbát o volbu vhodné diety a úpravu stravy. Nemocný měl pankreatickou dietu (4S) s omezením tuků a soli, kterou dobře snášel.

Důležitá byla rovněž péče o psychickou pohodu nemocného, zbavení jej bolesti, správného naplánování ošetrovatelských výkonů, abychom podpořili soběstačnost nemocného a zároveň zmenšili jeho únavu. Důležité bylo zajištění dostatečně dlouhého a kvalitního spánku.

Nedílnou součástí péče byla komunikace nejen s nemocným, ale také s jeho rodinou. Důležitý byl pro ně dostatek informací jednak ze strany lékaře, tak i ze strany sester.

Protože nebylo nutné nemocného překládat k dalšímu doléčení, byl propuštěn do domácího ošetření, kde se o něj postará jeho rodina.

### 3.6 Psychologie nemocného

#### Premorbidní osobnost:

Před vznikem onemocnění byl nemocný sebevědomý, věcný, aktivní a činorodý, byl zvyklý mít hlavní slovo a o důležitých pracovních věcech sám rozhodovat.

Byl otevřený, přátelský, dominantní, ctižádostivý, schopný ovlivňovat druhé. Dokázal být kreativní.

Roli manžela a otce se snažil naplňovat dle svých možností.

Při pozorování pana J. Y. jsem si všimla jeho chování. V den příjmu byl neklidný a měl velké bolesti. Většinu času ležel se zavřenýma očima, se semknutými rty, stočený „do klubička“.

Když jsme si pak spolu povídali, byl unavený, v rozhovoru jsme se proto domluvili na několika přestávkách. Při rozhovoru jsme udržovali oční kontakt, seděla jsem na židli vedle postele natočená směrem k nemocnému. Pan J.Y. mluvil klidným hlasem, věcně, byl otevřený, i v této situaci působil sebevědomě a autoritativně. (Pracuje jako obchodní ředitel, je zvyklý se sám rychle a rázně rozhodovat.)

Přiznal se mi, že nemoc a hlavně silná bolest změnila jeho „pohled na svět“ a jeho hodnotový žebříček. Najednou se z pozice toho důležitého, nezávislého dostal na opačnou stranu, byl v situaci nemocného, trpícího bolestí, závislého na péči a dopomoci druhých.

Dolehla na něj starost o rodinu, o manželku s dítětem, o které se stará. Manželka je na mateřské dovolené a celá rodina je na něm ekonomicky závislá. Další obavu má z průběhu nemoci jako takové. Neví, co bude dál. Sice má od lékaře informace o své diagnóze, ale s nemocí nemá žádnou bližší zkušenost. Navíc okolo něj „neustále někdo chodí, něco mu měří, zavádí, něco po něm chce, ani se mu pořádně nepředstaví“.

Do toho všeho bolest, neví jak si má lehnout, je nervózní a má vztek, protože nemůže ani pořádně spát. Cítí na jedné straně vztek, „proč zrovna jeho tohle potkalo, chvilku před Vánoce“ a na druhé má strach, jestli přežije, co bude dál, jak dlouho tohle bude trvat. Nemá představu, kdy bude moci zpátky do práce. Jak říká: „zrovna teď, když rozjíždí ve firmě nový projekt, tak přijde nemoc“.

Rovněž se mi přiznal, že se jedná o jeho první hospitalizaci. Nové prostředí, noví lidé, celkově nová situace, která je pro něj velkou zátěží. Když je zdravý, tak nemá problém s přizpůsobováním se novému, rád poznává nové lidi. Ale v téhle situaci je všechno jinak. Protože je ve velkém stresu, jenž je nad jeho síly a obtížně ji zvládá. To u něj může spustit

psychické obranné mechanismy, které jsou všem lidem vlastní a jsou součástí osobnosti každého z nás. (15) Tyto mechanismy (například: vývojový regres nebo popření,...) nám pomáhají při vyrovnávání se s náročnými životními situacemi a projevují se, ať již nenápadně nebo nápadně v našem jednání. Učíme se je v dětství nápodobou ostatních. Psychické obranné mechanismy pracují automaticky a bez účasti našeho vědomí. Pomáhají nám překonávat svízelné situace, mezi které akutní nemoc jednoznačně patří, a nastolují duševní rovnováhu. (15) U nemocného ještě nevznikly.

Pan J. Y. patří mezi zralého a stabilního jedince a má dobré sociální vztahy (manželka mu volala nebo ho denně navštěvovala). Jak jsem ho poznala, tak se snaží přijímat skutečnost takovou jaká je, nezkráslenou, snaží se v ní zorientovat a vyrovnat se s ní. Nepopírá však, že je to pro něj nesmírně těžké.

Vím, že nemoc člověka jako takového mění, v jeho případě se domnívám, že mu umožnila přehodnotit jeho život, získat nové zkušenosti a je pro něj vlastně přínosem.

### **3.7 Edukační program**

Po zralé úvaze si myslím, že pro nemocného bude stěžejní vědět, jaká dietní opatření bude muset dodržovat, doporučit mu vhodné potraviny a také správné postupy při přípravě. A rovněž jej upozornit na nevhodné potraviny, pokrmy a nápoje.

Přes veškerou pracovní zátěž bude přesto vhodné rozdělit si příjem stravy do 6-7 menších porcí, není vhodné přejídání nebo zvýšený příjem ve večerních hodinách.

Po zklidnění akutního zánětu a při dobrém perorálním snášení čaje bude nemocný postupně přidávat další potraviny. Nejvhodnější je začít s lehce stravitelnými jídly, které obsahují sacharidy. Velmi vhodné je staré pečivo, suchary nebo nasucho opečená žemle.

Později bude přidávat stravu bohatou na bílkoviny, vhodné je libové maso (kuře bez kůže, králík, hovězí, telecí, krůta, ryby), doporučuji pouze vařit nebo dusit.

Tuky přidáváme naposled. Mezi nejvhodnější doporučuji čerstvé máslo a rostlinné oleje. Nevhodná jsou prorostlá masa, tučné sýry, majonéza, tučné uzeniny, smažené a přepálené pokrmy, nakládaná masa a kořeněná ostrá jídla. (5)

Z příloh doporučuji brambory, bramborové knedlíky, noky, těstoviny, rýži i suché topinky.

Také nejsou vhodné nadýmavé pokrmy jako například luštěniny, čerstvé kynuté pečivo, zelí, kapusta nebo cibule.

Mezi dobře stravitelnou zeleninu patří hlávkový salát, rajčata bez slupek a zrníček, mrkev, červená řepa, dále pak menší množství květáku nebo chřestu.

Vhodným ovocem jsou jablka, banány, loupané meruňky, případně broskve nebo grep.

Z moučníků lze jíst mléčné pudinky, tvarohové krémy, nákypy nebo ovocné moučníky.

Z nápojů nedoporučuji černou kávu, limonády a hlavně alkoholické nápoje. (5)

Dále pro něj bude vhodná pravidelná pohybová aktivita, minimálně 2-3krát týdně 30 minut. Myslím si, že ze sportů, které mi sám řekl bude vhodný každý, jenž mu vyhovuje. Samozřejmě, že se zátěži musí začínat postupně.

Pro nemocného budou určitě velmi zajímavé informace o rizicích kouření, které mu rovněž poskytnu.

Všechny tyto informace budou samozřejmě důležité i pro jeho rodinu. Po sdělení informací dám prostor pro případné otázky.

### **3.8 Prognóza**

Nemocný nemá žádné trvalé následky a vrací se zpět do života. Jeho jediným omezením bude dodržení dietních opatření a změna životního stylu. Nemocný nemá žádnou trvalou medikaci.

#### **4. ZÁVĚR**

Tématem mojí bakalářské práce bylo ošetřování nemocného s akutní pankreatitidou. Zvolená problematika mi přijde jako velmi důležitá, protože se jedná o onemocnění, se kterým se budu zřejmě často ve své budoucí profesi setkávat.

Celou práci jsem si rozdělila na dva velké úseky, v prvním jsem se věnovala klinické problematice onemocnění, jeho patofyziologií, klinickým obrazem, diagnostikou, léčbou, komplikacemi a prognózou onemocnění, v druhé pak vlastnímu ošetřování klienta. V ošetřovatelské části jsem nejprve zpracovala stručný úvod do ošetřovatelského procesu, pak jsem kladla důraz hlavně na efektivní zhodnocení nemocného podle modelu Marjory Gordonové, dále stanovení ošetřovatelských diagnóz, jejich cílů, plánu a realizaci péče a zhodnocení efektu. Podstatnou součástí práce je také psychologie osobnosti nemocného, jeho edukace a prognóza.

Práci jsem zpracovala jako případovou studii, ve které jsem se snažila nejen o komplexní přístup, ale také o aplikaci získaných poznatků do konkrétní situace. Pro mě osobně to byla velmi přínosná práce, samozřejmě jsem si plně vědoma toho, že se jedná o moji první větší práci a mohla jsem se dopustit mnoha chyb.

Při psaní bakalářské práce jsem si znovu uvědomila, jak je to pro nemocného obtížný stav, kdy se dostává do naprosto nové a neznámé situace, ve které se nedokáže sám zorientovat a potřebuje pomoc. Velkou oporou mu pak může být kvalifikovaná a vzdělaná sestra, která mu je schopná pomoci v řešení nové situace a navíc dokáže jednat v souladu s lidskou důstojností nemocného. (13)

## SEZNAM UŽITÝCH ZKRATEK

a. = arterie

AA = alergická anamnéza

ALP = alkalická fosfatáza

ALT = alaninaminotransferáza

amp. = ampule

AMS = amylasa

APTT = aktivovaný parciální tromboplastinový čas

AST = aspartátaminotransferáza

BMI = Body Mass Index

cm = centimetr

CRP = C reaktivní protein

CT = počítačová tomografie

dcl = decilitr

D = dech

ERCP = endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie

F = fyziologický roztok

FA = farmakologická anamnéza

G = glukóza

GMT = glutamyltransferáza

H = Hartmannův roztok

Hct = hematokrit

HDL = High Density Lipoproteins

Hgb = hemoglobin

INR = International Normalised Ratio

i.v. = do žíly

jednot. = jednotka

l = litr

LDL = Low Density Lipoproteins

MCH = střední hmotnost hemoglobinu v erytrocytu

MCV = střední objem erytrocytu

mg = miligram

mmol = milimol



MPV = střední objem destičky

NO = nynější onemocnění

OA = osobní anamnéza

P = pulz

PA = pracovní anamnéza

p. r. = per rectum

RA = rodinná anamnéza

RTG = rentgen

SA = sociální anamnéza

SONO = ultrasonografie

tbl. = tableta

TK = tlak krve

TT = teplota těla

UPV = umělá plicní ventilace

VAS = Visual Analogy Scale

WC = toaleta

μmol = mikromol

° C = stupeň Celsia

% = procento

## SEZNAM LITERATURY

- 1) Adams, B., Herold, C. E.: Setra a akutní stavy od A do Z, Praha: Grada Publishing, spol. s r. o., 1999. str. 298-301. ISBN 80-7169-893-8.
- 2) Červenková, J.: Indikace k vyšetření, Lékařské listy, příloha Zdravotnických novin, 2005, roč. 54, č. 45, str. 12-15. ISSN 0044-1996.
- 3) Ferko, A. a kol.: Chirurgie v kostce, Praha: Grada Publishing, spol. s r. o., 2002. str. 333-336. ISBN 80-247-0230-4.
- 4) Hoch, J., Leffler, J. a kol.: Speciální chirurgie, učebnice pro lékařské fakulty, Praha: nakladatelství MAXDORF s. r. o., 2003. str. 136–141. ISBN 80-85912-06-8.
- 5) Kohout, P. a Pavlíčková, J.: Onemocnění slinivky břišní, Dieta a rady lékaře, Čestlice: Nakladatelství Pavla Momčilová, 1996. 9-54. ISBN 80-85936-11-9.
- 6) kol. autorů: Pharmindex, Praha: MediMedia Information, spol. s r. o., 2001. str. 101-1787. ISBN 80-86336-02-6.
- 7) Leffler, J. a kol.: Akutní pankreatitida–kam jdeme? Praha: Dům medicíny s. r. o., 1997. str. 11-103. ISBN nevedeno.
- 8) Nejedlá, M., Svobodová, H., Šafránková, A.: Ošetrovatelství III/1 pro 3. ročník středních zdravotnických škol a vyšší zdravotnické školy, Praha: nakladatelství INFORMATORIUM spol. s r. o., 2004. str. 88-101. ISBN 80-7333-031-8.
- 9) Silnělnikov, R.D.: Atlas anatomie člověka (II. díl), Praha: nakladatelství AVICENUM, 1980. str. 95-99. ISBN 08-040-80.
- 10) Solař, S. a kol.: Současné trendy diagnostiky a léčby pacientů s akutní pankreatitidou, Lékařské listy, příloha Zdravotnických novin, 2005, roč. 54, č. 32, str. 3-9. ISSN 0044-1996.
- 11) Staňková, M.: Základy teorie ošetrovatelství, Praha: Karolinum, 1996. str. 157. ISBN 80-7169-294-8.
- 12) Šašecí, I.: Akutní pankreatitida, trvalý terapeutický problém, Sestra, 2004, roč. XIV, č. 3, str. 39-40. ISSN 1210-0404.
- 13) Šimek, J.: Péče o spirituální potřeby nemocných, diagnóza v ošetrovatelství, 2006, roč. 2, č. 3, str. 102. ISSN 1801-1349.
- 14) Trachtová, E. a kol.: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. str. 167-177. ISBN 80-7031-285-X.
- 15) Vymětal, J.: Lékařská psychologie, Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1999. str. 34 – 47. ISBN 80-86123-08-1.

## **ZDROJE INFORMACÍ**

- \* rozhovor s nemocným
- \* rozhovor s rodinou nemocného a ostatními členy zdravotnického týmu
- \* pozorování nemocného
- \* dokumentace

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha číslo 1: Ošetřovatelský záznam

Příloha číslo 2: Plán a hodnocení ošetřovatelské péče