

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Praha 5

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA
S BILIÁRNÍ CIRHÓZOU JATER**

Bakalářská práce

HANA PETROVÁ

Praha 2010

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA
S BILIÁRNÍ CIRHÓZOU**

Bakalářská práce

HANA PETROVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Jitka Němcová, Ph. D., R. N.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2010-04-21

Praha 2010

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem svojí bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce pro studijní účely.

V Praze dne

podpis

Abstrakt

PETROVÁ, Hana. *Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s biliární cirhózou*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Jitka Němcová, Ph. D., R. N. Praha 2010. s. 71.

V bakalářské práci je zmíněna problematika ošetrovatelského procesu u pacienta s biliární cirhózou. Jak se v textu píše, biliární etiologie cirhózy je jednou z jejích častějších příčin a postihuje více ženy. Toto onemocnění je ve svých pozdních stádiích velmi náročné na ošetrovatelskou péči, na dokonalé zvládnutí komunikace s pacientem a s jeho rodinou. V textu je kladen velký důraz na edukaci klienta a jeho okolí, neboť léčba probíhá nejenom za zdmi nemocnice. Pacient sám velkou měrou ovlivňuje svou prognózu a další vývoj choroby. Ošetrovatelské standardy vycházejí z ošetrovatelského modelu dle M. Gordon. Cílem práce je poukázat na důležitost komunikace s klientem, na důležitost empatie ošetřujícího personálu a na edukaci pacienta nejen ve smyslu spolupráce a podílení se na léčebném režimu, ale i na pochopení příčin nemoci a smyslu ošetrovatelských intervencí.

Klíčová slova: Edukace. Cirhóza. Ošetrovatelská dokumentace dle M. Gordon. Ošetrovatelské intervence. Žlučové kameny.

Abstract

PETROVÁ, Hana. *Complex Nursing Care for Patients with Biliary Cirrhosis*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., qualification degree: Bachelor. Consultant: PhDr. Jitka Němcová, Ph. D., R. N. Prague 2010. pp. 71.

The bachelor's thesis deals with the issue of caring for patients with biliary cirrhosis. As stated in the text, biliary aetiology of cirrhosis is one of the most frequent causes thereof and attacks women more often than men. At its later stages, the disease is requires intensive nursing care and relies on perfectly managed communication with the patients and their families. The text emphasizes the education of patients and their families, since treatment also occurs outside hospitals. The prognosis and further course of the disease is influenced by the patients themselves. Nursing standards are based on the nursing model according to M. Gordon. The aim of the thesis is to point out the importance of communication with the client, the importance of empathy of nursing staff, and the education of patients not only within the realm of cooperation and participation in the treatment process, but also in the understanding of the causes of the disease and the importance of nursing interventions.

Key words: Education, Cirrhosis, Nursing documents according to M. Gordon, Nursing intervention, Gallstones

Předmluva

Má práce pojednává o komplexní ošetrovatelské péči nemocného s jaterní cirhózou biliární etiologie. Při hledání literárních zdrojů, z kterých by bylo možno čerpat informace pro psaní, jsem zjistila, že, ačkoliv není toto onemocnění vzácné, je poměrně málo děl, která by se touto problematikou zabývala. Hlavním zdrojem vědomostí zůstaly knižní publikace určené nejen pro střední zdravotnický personál.

Výběr tématu nebyl zdaleka tak složitý, jak by se na první pohled mohlo zdát. Má matka je již řadu let sledována v gastroenterologické ambulanci v místě svého bydliště pro blíže nespecifikovanou hepatopatii. I když u matky dosud diagnóza jaterní cirhózy nebyla stanovena, ukazují klinický nález i výsledky paraklinických vyšetření, počítaje v to laboratorní testy a ultrazvuková vyšetření, na možný vznik výše zmíněného onemocnění. Ošetrovatelský model dle M. Gordonové je mi velmi blízký svým pojetím člověka – pacienta jako biopsychosociální bytost, proto jsem si jej zvolila při psaní textu.

Není cílem této práce podat vyčerpávající informace o péči o pacienta s biliární cirhózou, ale podaří-li se v řadách ošetřujícího personálu podnítit hlubší zájem o potřeby pacienta s tímto onemocněním, budu spokojená.

Chtěla bych tímto poděkovat PhDr. Jitce Němcové, Ph. D., R. N. co by své školitelce, za odborné vedení při tvorbě mé bakalářské práce, za trpělivost a čas věnovaný mým dotazům, za její cenné a podnětné připomínky a rady. Vyjadřuji touto cestou poděkování pacientce M. K. za ochotu s jakou pravdivě odpovídala na mé otázky. Dále děkuji za trpělivost a psychickou podporu příteli a své kamarádce Ivě Olšinové.

Obsah

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 PATOFYZIOLOGICKÉ POZNÁMKY.....	10
1.1 Žlučové kameny.....	10
1.2 Ikterus.....	10
1.2.1 Dělení ikteru.....	10
1.2.2 Prehepatální ikterus.....	11
1.2.3 Intrahepatální ikterus.....	11
1.2.4 Posthepatální ikterus.....	12
2 JATERNÍ CIRHÓZA.....	13
2.1 Definice a příčiny jaterní cirhózy.....	13
2.2 Morfologická klasifikace.....	14
2.3 Klinický obraz.....	14
2.4 Laboratorní vyšetření.....	16
2.5 Diagnóza a diferenciální diagnóza.....	16
2.6 Terapie.....	17
2.7 Prognóza.....	17
2.8 Primární biliární cirhóza.....	17
2.8.1 Klinické příznaky.....	17
2.8.2 Laboratorní nález.....	18
2.8.3 Dělení dle histologického nálezu.....	18
2.8.4 Diferenciální diagnóza.....	19
2.8.5 Léčba.....	19
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S BILIÁRNÍ CIRHÓZOU.....	20
3.1 Pacientovy subjektivní obtíže a objektivní nález.....	20
3.2 Příjem na oddělení.....	22
3.2.1 Stanovení ošetrovatelských intervencí a jejich postupná realizace.....	23
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	25
4.1 Historický pohled na ošetrovatelský proces.....	25
4.2 Teorie a modely ošetrovatelství.....	25
4.3 Složky ošetrovatelského procesu.....	27
4.4 Výhody ošetrovatelského procesu.....	28

4.5	Koncepční model ošetrovatelství podle Marjory Gordonové.....	29
	EMPIRICKÁ ČÁST.....	31
5	OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE DLE M. GORDON.....	32
5.1	Sociální situace.....	32
5.2	Fyzikální vyšetření sestrou.....	32
5.3	Ošetrovatelská anamnéza dle M. Gordonové.....	33
5.4	Ošetrovatelské diagnózy dle priorit pacientky 1. den hospitalizace.....	38
5.4.1	Stanovení sesterských diagnóz a jejich uspořádání dle priorit pacienta.....	38
5.5	Ošetrovatelské diagnózy dle priorit pacientky 4. den hospitalizace.....	53
5.5.1	Stanovení sesterských diagnóz a jejich uspořádání dle priorit pacienta.....	53
6	DISKUSE.....	63
	ZÁVĚR.....	64
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	65
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	67
	SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ.....	68
	SEZNAM PŘÍLOH.....	71

Biliární cirhóza

Biliární cirhóza je jednak samostatná nosologická jednotka (primární biliární cirhóza) a jednak hovoříme o formě sekundární. Obě formy řadíme do onemocnění s chronickou cholestázou, což je porucha vylučování žluči do střeva. Dle místa překážky dělíme cholestázu na extrahepatální a na intrahepatální. Jaterní cirhózu vzniklou na podkladě chronické cholestázy označujeme jako cirhózu biliární.

Onemocnění biliárního traktu má různé příčiny. Velmi častou je cholelithiáza. V průmyslových zemích postihuje 10 - 20 % dospělé populace. Výskyt stoupá prudce s věkem, u žen je onemocnění nejméně dvakrát častější než u mužů. Česká republika patří mezi země s vysokou incidencí cholelithiázy, a to mezi 12 - 21 % (KLENER et al., 1999).

Jaterní cirhóza je závažné onemocnění s narůstajícím výskytem v celosvětovém měřítku. Úmrtnost na cirhózu jater se za posledních 50 let zdvojnásobila. V České republice se uvádí 15 na 100 000 obyvatel. Do konečného stádia dospěje u nás ročně asi 1500 až 2000 nemocných. Onemocněním trpí většinou dospělí v produktivním věku a zvyšující se nemocnost je velkou ekonomickou zátěží pro společnost. Léčba totiž vyžaduje velké finanční náklady, zejména s rozvojem transplantace jater (KLENER et al., 1999).

Cílem této práce je poukázat na problematiku cholelithiasy a jaterní cirhózy očima pacienta a ošetřujícího personálu. Nemocný přichází k hospitalizaci ve stadiu choroby, kdy dominují zdravotní potíže způsobené zejména přítomností žlučových kamenů ve žlučových cestách a obstrukcí, kterou tak způsobují. Potíže pacienta trvají již řadu let a prováděná vyšetření napovídají, že si chronická cholestáza vybírá svou daň.

Při studiu odborné literatury týkající se cholelithiasy, jaterní cirhózy a ošetrovatelské péče o klienty s tímto onemocněním, jsem zjistila, že je jen velmi málo prací, které se daným tématem zabývají. Chtěla bych tímto zpřístupnit informace zejména stran ošetrovatelské péče všem zainteresovaným. Záměrně ve své práci

nezmiňuji fakta týkající se dekompenzované cirhózy a vyšetření či výkony, které se provádějí pro zlepšení kvality či záchranu života pacienta. Zvídaví necht' si otevřou některé z monografií pojednávajících o cirhóze jater.

Po krátkém patofyziologickém úvodu se dostávám v práci na základní poznámky o jaterní cirhóze. Ve třetí kapitole nastiňuji, jak vypadá příjem pacienta na lůžkové oddělení a s jakými potížemi přichází. V následující části představuji koncept ošetrovatelského procesu. Kapitola pátá pak rozebírá jednotlivé ošetrovatelské diagnózy dle priorit nemocného v den přijetí a čtvrtý den hospitalizace.

1 Patofyziologické poznámky

1.1 Žlučové kameny (cholelithiasa)

Incidence cholelithiasy roste s věkem. Kameny jsou trojího druhu kalciumbilirubinátové (pigmentové), cholesterolové a smíšené. Cholesterolové a smíšené kameny obsahují více jak 70 % cholesterolu, dále kalciové a žlučové soli, proteiny, mastné kyseliny, fosfolipidy a bilirubin. V naší populaci se vyskytují nejčastěji. Při vzniku cholesterolových kamenů hrají roli tři faktory. Stáza žluči je jedním z nich. Kameny se snadněji tvoří ve žluči, která je uskladněna ve žlučníku, než ve žluči tekoucí žlučovými cestami. Druhým faktorem je zvýšená koncentrace cholesterolu ve žluči. Cholesterol je ve žluči nerozpustný a je udržován v roztoku v micelách jenom při určitých koncentracích žlučových solí a lecitinu (příloha A). Žlučové kameny vznikají při nerovnováze mezi hladinami cholesterolu, žlučových kyselin a fosfolipidů. Třetím je přítomnost nukleačních faktorů, které usnadňují tvorbu kamenů v hypersaturované žluči (KLENER et al., 1999; TROJAN, 1996).

1.2 Ikterus

Ikterus (žloutenka) je žluté zbarvení sklér, kůže a sliznic podmíněné nahromaděním žlučového barviva bilirubinu. Ikterus vzniká při patologických procesech rozličné etiologie, jejichž společnou charakteristikou je nerovnováha mezi tvorbou a exkrecí bilirubinu (příloha B). Při přibližně trojnásobné koncentraci bilirubinu v plazmě přestupuje bilirubin z krve do tkání. Ukládá se hlavně ve tkáních s vysokým obsahem bílkovin (KLENER et al., 1999).

1.2.1 Dělení ikteru

K hromadění bilirubinu v organismu dochází:

1. při zvýšené tvorbě bilirubinu - *prehepatální ikterus*

2. při stavech, kdy hepatocyty nejsou schopné normálně vychytávat, konjugovat, resp. secernovat bilirubin, nebo při cholestáze - *intrahepatální ikterus*
3. při zamezení odtoku žluče pro mechanickou obstrukci extrahepatálních žlučových cest - *posthepatální ikterus*

1.2.2 Prehepatální ikterus

Vzniká při zvýšené hemolýze (dědičné i získané hemolytické anémie), při resorbci rozsáhlých hematomů (poranění, katetrizace, ruptura aneuryzmatu, rozsáhlé infarkty) nebo při neefektivní erythropoéze (hemoglobin se odbourává v kostní dřevině - tzv. zkratové hyperbilirubinémie - megaloblastické anémie).

Laboratorně nacházíme zvýšenou hladinu nekonjugovaného bilirubinu v krvi. Žluč i stolice jsou tmavé ze zvýšeného množství pigmentu zpracovávaného játry. Urobilinogen, vznikající ve střevě a absorbovaný do krve ve větším množství, není přetíženými hepatocyty zpětně vychytáván a objevuje se v moči (KLENER et al., 1999).

1.2.3 Intrahepatální ikterus

Podle místa, na kterém dochází při metabolismu bilirubinu k největší poruše, dělíme intrahepatální ikterus na 4 skupiny (KLENER et al., 1999).

1. poruchy vychytávání bilirubinu - *Gilbertův syndrom*. Jedná se o dominantně dědičné onemocnění charakterizované funkční poruchou transportu organických aniontů jaterní buňkou. Vážne jak vychytávání bilirubinu tak i konjugační proces pro defekt UDP-glukuronyltransferázy.
2. poruchy konjugace bilirubinu - vznikají při absolutním či relativním nedostatku UDP-glukuronyltransferázy. Poruchy konjugace se nejčastěji vyskytují v novorozeneckém období (fyziologický ikterus novorozenců, ikterus u nedonošených novorozenců - jádrový ikterus, hyperbilirubinémie kojených dětí, *Crigler-Najjarův syndrom* I. + II. typ).
3. poruchy vylučování bilirubinu - *Dubin-Johnsonův syndrom*, *Rotorův syndrom*.

4. poruchy vylučování žluče (intrahepatální cholestáza) - viz příloha I. Může vznikat snížením nebo úplným selháním transportu všech složek žluče přes žlučový pól hepatocytu.

1.2.4 Posthepatální ikterus

Vzniká při částečné anebo úplné obstrukci extrahepatálních žlučvodů. Mechanickou překážkou může být intrakanalikulární uzávěr (kámen, striktury, paraziti) nebo stlačení žlučvodu zvenku (nádory, jizvy). Totální uzávěr žlučových cest je charakterizovaný výrazným ikterem, generalizovaným pruritem a zvýšenou krvácivostí z nedostatku vitamínu K. Stolice je acholická s vysokým obsahem tuku (steatorrhoe). Laboratorně stanovíme zvýšenou hladinu konjugovaného bilirubinu, žlučových kyselin, cholesterolu, ALP a bilirubin v moči. Po potlačení konjugace roste i hladina nekonjugovaného bilirubinu v krvi. V moči nenalezneme urobilinogen.

Dlouhotrvající částečná nebo úplná obstrukce ductus choledochus resp. jeho velkých větví může vést ke vzniku sekundární *biliární cirhózy*. Retrográdně se hromadící stagnující žluč vede k dilataci duktů a duktulů, ke vzniku centrilobulárních a později periportálních nekrotizací (KLENER et al., 1999).

2 Jaterní cirhóza

2.1 Definice a příčiny jaterní cirhózy

Jedná se o chronický difusní proces, u něhož dochází k nekrózám, fibrotizaci a k uzlovité přestavbě jaterního parenchymu. Dochází tak k úplnému porušení jaterní architektury s přestavbou i vaskulárního řečiště. Příčin jaterní cirhózy, jak ukazuje následující výčet, je celá řada.

- a) *virové hepatitidy*: zejména infekce HBV + superinfekce HDV, HCV.
- b) *alkohol*
- c) *metabolické poruchy*: Wilsonova choroba, hemochromatóza, porfyrie, deficit α 1-antitrypsinu, glykogenóza, galaktosemie, kongenitální cystická fibrosa pankreatu, hereditární fruktózová intolerance, tyrozinóza.
- d) *onemocnění s chronickou cholestázou*: **biliární cirhóza**: jako důsledek chronické cholestázy, sekundární-obstrukce žlučových cest, primární, sklerozující cholangitida primární i sekundární, extrahepatální chronické obstrukce, onemocnění biliárního systému v dětství (Alagilleův sy)
- e) *poškození hepato-venózního odtoku*: **kardiální cirhóza**: konstriktivní perikarditida, nedomykavost trikuspidální chlopně, venookluzivní choroba, Buddův-Chiariho sy
- f) *poruchy výživy*
- g) *poškození léky*
- h) *idiopatická forma*

Na vzniku jaterní cirhózy se podílejí tři procesy: nekrózy jaterních buněk, proliferace vaziva, nodulární přestavba zachovalé jaterní tkáně (příloha C). Proces je difúzní, ireverzibilní a pokračující. Výsledkem je uzlovitá přestavba jaterního parenchymu v uzly, které jsou obklopeny vazivem. Rozsáhlejší jaterní nekrózy při fulminantních hepatitidách vedou ke zničení stability jaterního lalůčku (příloha D), nekrotické části kolabují, sinusoidy (příloha E) se hroutí a nepravidelně se deformují. Při pomalejší přestavbě se účastní *přemostující nekrózy* a *drobtovité nekrózy*. V blízkosti nekróz nacházíme buněčnou zánětlivou infiltraci, která porušuje limitující

membrány a šíří se do lalůčku. Zbývající ostrůvky jaterní tkáně regenerují v podobě uzlů.

Složitá struktura cévního zásobení jater (příloha F) se zcela chaoticky přestavuje. Dochází ke komunikaci mezi portálním systémem a venózním odtokem. Tvořící se fibrotická septa a uzly stlačují v nich probíhající cévy. Tím trpí krevní zásobení novotvořených uzlů, což přispívá k dalšímu zániku hepatocytů. Roste překážka pro průtok krve játry, rozvíjí se *portální hypertenze*, která svými důsledky může být pro nemocného nejdůležitější (KLENER et al., 1999).

2.2 Morfologická klasifikace

Morfologická klasifikace rozlišuje tři typy jaterní cirhózy.

1) ***Mikronodulární cirhóza:*** je charakterizována jednotným vzhledem uzlů, které jsou v průměru do 3 mm. Nejčastěji se setkáváme s tímto typem u chronického alkoholismu či metabolických změn.

2) ***Makronodulární cirhóza:*** je charakterizována uzlovitými regeneráty různé velikosti, ale obvykle většími než u formy mikronodulární, často průměru několika cm. Může jít o postnekrotickou formu, ale též o pozdní stadium mikronodulární formy.

3) ***Smíšený typ:*** zahrnuje případy, kdy jsou přítomny změny předchozích morfologických typů.

2.3 Klinický obraz

Jaterní cirhóza může i dlouhodobě probíhat zcela asymptomaticky. Bezpříznakový průběh je asi u okolo 20 % případů, stoupá s věkem nemocných a je vyšší ve skupině sociálně slabých obyvatel. Podle fáze onemocnění rozlišujeme cirhózu kompenzovanou a dekompenzovanou.

1) Kompenzovaná cirhóza: připomíná chronickou aktivní hepatitidu. Pacienti si stěžují na nespecifické příznaky typu břišního diskomfortu, pocity únavy, nevykonnosti, malátnosti, bolestivého tlaku v pravém podžebří, meteorismus, říhání, porucha chuti k jídlu, nauzea, poruchy stolice. U žen se objevují poruchy menstruačního cyklu, až může dojít k zástavě menstruace (amenorea). Může se objevovat občasné krvácení z nosu, dásní, do kůže či sliznic. Prvním příznakem může být krvácení z jícnových varixů, jindy otoky. Při vyšetření takového pacienta nacházíme většinou zvětšená, tuhá játra. Slezina častěji pouze naráží. Kožní příznaky jsou nenápadné, nacházíme ojedinělé pavoučkovité névy nebo kožní ektázie, event. perimaleolárně prosáknutí dolních končetin. V laboratoři pak nalézáme zvýšenou aktivitu JT, hodnota AST převyšuje hodnotu ALT, v moči je urobilinogen, při elektroforéze bílkovin klesá koncentrace albuminů, stoupá koncentrace γ -globulinů. Prodlužuje se protrombinový čas. Koncentrace sérového bilirubinu stoupá lehce a až v pokročilém stadiu onemocnění.

2) Dekompenzovaná cirhóza: často u alkoholiků, kteří jsou ikteričtí, mají projevy zvýšené krvácivosti a hypalbuminémii. U starších klientů dominují příznaky a komplikace z portální hypertenze. Pak při vyšetření nalézáme známky ascitu, jícnové varixy či známky portosystémové encefalopatie. Subjektivně si nemocní stěžují na únavu, slabost, vyčerpanost, nechutenství, pokles hmotnosti, meteorismus, říhání, pokles diurézy, zvětšování břicha a otoky. Přistupují krvácivé projevy, nebo prohlubující se ikterus. Objevují se subfebrilie, nebo naopak hypotermie. U žen jsou poruchy menses až amenorhea, muži si stěžují na pokles libida, impotenci a gynekomastii. Časté jsou artralgie a bolesti v kříži. V klinickém obrazu rozpoznáváme známky portosystémové encefalopatie, vidíme bledou až ikterickou kůži s četnými pavoučkovitými névy. Mohou být zvětšeny příušní žlázy. Rty a jazyk jsou červené, vyhlazené, na ruce je palmární erytém, častěji Dupuytrenova kontraktura. Nacházíme změny na nehtech - jsou bílé, prsty mohou být paličkovité. Velmi často vidíme projevy hemorrhagické diatézy - petechie i hematomy. U mužů mizí ochlupení na hrudi (Chvostkův habitus), gynekomastie již byla zmíněna. Na břicho je patrný kolaterální oběh, spíše po stranách než kolem pupku. Břicho je vzdušné meteorismem i ascitem. Břišní stěna je chabá, častý je rozestup přímých svalů břišních nebo pupeční kýla. Játra mohou být zvětšená, ale i atrofická, při ascitu špatně hmatná, plavou (ledovcový příznak). Jsou tuhá, okraj je ostrý. Slezina se s rostoucí portální hypertenzí zvětšuje, je tuhá. U mužů dochází k atrofii varlat. Objevují se otoky dolních končetin. Při měření

krvního tlaku má pacient spíše nižší hodnoty, cirkulace je *hyperkinetická* (KLENER at al., 1999).

Přehledněji uvádí příznaky a objektivní nálezy příloha H.

2.4 Laboratorní vyšetření

V moči prokážeme urobilinogen a urobilin, při ikteru i bilirubin. V dekompenzaci klesá vylučování sodíku. Sedimentace bývá zvýšena středně, anémie je častá, později se přidávají známky hypersplenismu s trombocytémií a leukopenií. Koncentrace sérového bilirubinu se zvyšuje, rovněž tak aktivita JT, nejčastěji na dvojnásobek až trojnásobek. Poměr AST/ALT je vyšší než jedna. Zvýšení aktivity ALP je menší. Prohlubuje se hypalbuminémie. Zvyšuje se koncentrace γ -globulinů. Je prodloužený protrombinový čas. V pozdějších stádiích zjišťujeme snížení sérové koncentrace sodíku a draslíku.

2.5 Diagnóza a diferenciální diagnóza

Základem je anamnéza, fyzikální vyšetření (tedy objektivní nález) a laboratorní vyšetření. V pokročilých stádiích již tyto základní metody stačí ke stanovení správné diagnózy. V časnějších obdobích vývoje onemocnění se někdy neobejdeme bez provedení jaterní biopsie, která nám však ne vždy je nápomocna. Spolehlivější je laparoskopie. Ultrazvukové vyšetření nám poskytuje cenné informace spíše v pozdních stádiích onemocnění. Je to neinvazivní vyšetření, snadno proveditelné. Pomocí ultrazvuku lze jednoduše sledovat rostoucí portální hypertenzi, ascites, splenomegalii. Z dalších zobrazovacích vyšetření se uplatňuje počítačová tomografie (CT) a to zejména v diferenciální diagnóze.

Jaterní cirhóza může v počátcích připomínat onemocnění trávicího ústrojí, žlučníku, endokrinní poruchy, kožní onemocnění. Někdy probíhá skrytě a pacienta přivedou k lékaři až komplikace. Mezi ty nejvážnější patří portální hypertenze se svými důsledky, hepatocelulární karcinom, vyšší náchylnost k infekcím, hematologické komplikace (zvýšená krvácivost), hepatorenální syndrom (přidružené postižení ledvin). U pacientů s jaterní cirhózou je častější výskyt vředové choroby gastroduodena,

onemocnění žlučníku (lithiasa, chronická cholecystitida), diabetes mellitus (KLENER et al., 1999).

2.6 Terapie

V období kompenzace je hlavním opatřením životospráva, jaterní dieta, naprostá abstinence. V období dekompenzace se léčba stává symptomatickou (portální hypertenze, encefalopatie, ascites). Je vhodné pokusit se o anabolické ladění, nejen anaboliky ale i aplikací větvených aminokyselin (valin, leucin, izoleucin). V pokročilých stádiích se indikuje jaterní transplantace.

2.7 Prognóza

Jaterní cirhóza zkracuje průměrný věk. Maximální úmrtnost je okolo 60. roku věku. Nepříznivými ukazateli jsou: špatný stav výživy, encefalopatie, portální hypertenze s krvácením z jícnových varixů a ikterus. Tíži klinického stavu a prognózu nemocného hodnotí Pugh - Childova klasifikace (příloha CH).

2.8 Primární biliární cirhóza

Je závažnou chronickou chorobou jater s cholestázou. Primární biliární cirhóza je charakterizovaná progresivní destrukcí intrahepatálních žlučových cest. Etiologie onemocnění není známa, předpokládají se faktory genetické, endokrinní a poruchy imunitního systému.

2.8.1 Klinické příznaky

Jde převážně o chorobu žen (90 %), je diagnostikována nejčastěji mezi 40. až 60. rokem věku. Prvním příznakem je často pruritus, který předchází měsíce i léta před objevením se ikteru. Ikterus postupně progreduje žlutozelený ikterus (verdinový ikterus), později je nápadně tmavý (ikterus melas). Přibývá xantelazmat i xantomů. Důležitým příznakem je kostní postižení s rizikem patologických fraktur a bolesti v zádech v důsledku osteoporosy. Játra jsou zvětšená a tuhá. Znamky portální

hypertenze a splenomegalie se objevují pozdě. Často se přidružují další onemocnění, která řadíme mezi tzv. autoimunitní imunopatologické choroby (Sjögrenův syndrom, CREST syndrom – kalcinóza + Raynaudův fenomén + sklerodermie + teleangiektázie, artritidy, tyreoiditida, perniciózní anémie). Dalším příznakem je častější výskyt cholelithiasy (pigmentové). Onemocnění může probíhat velmi dlouho asymptomaticky, na druhé straně může v průběhu 5 - 10 let progredovat (BUREŠ Jan; HORÁČEK Jiří, 2003).

2.8.2 Laboratorní nález

Laboratorní nález svědčí pro cholestázu. Narůstá hladina převážně konjugovaného bilirubinu. V moči nalézáme Je zvýšená koncentrace IgM, lze prokázat přítomnost celé řady protilátek, z nichž nejdůležitější je pozitivita antimitochondriálních protilátek (AMA). Asi ve 20 % laboratoř ukáže pozitivitu ANA. Často zachytíme zvýšenou aktivitu alkalické fosfatázy (ALP) a γ -glutamyltransferázu.

Každý nemocný by měl mít kromě UZ vyšetření jater provedenu i ERCP. Pro diagnózu je určující kromě laboratorních nálezů také jaterní necílená biopsie.

2.8.3 Dělení dle histologického nálezu

Dle histologického obrazu se primární biliární cirhóza rozděluje do čtyř stádií:

1. stádium: floridní léze žlučvodů, zánětlivá infiltrace, převážně lymfocytární.
V blízkosti žlučvodů se mohou tvořit granulomy.
2. stádium: proliferace žlučvodů, portální pole jsou rozšířená, infiltrovaná. Žlučvodů ubývá, granulomy jsou běžné, začíná se objevovat periferní cholestáza.
3. stádium: jizvení, zánětlivá infiltrace ustupuje, žlučvodů dále ubývá, cholestáza pokračuje.
4. stádium: přestavba jaterního parenchymu s uzlovitými regeneráty. Na PBC upozorní redukce žlučvodů a uzlíčky lymfocytů.

2.8.4 Diferenciální diagnóza

V rámci diferenciální diagnózy je nutné odlišit příčiny extrahepatální a intrahepatální cholestázy (KLENER et al., 1999).

Příčiny intrahepatální cholestázy shrnuje příloha I.

2.8.5 Léčba

V léčebném procesu se snažíme upravit malabsorpci a avitaminózy. Kalcium a vitamín D nám pomohou v prevenci kostních změn. Problémem bývá úporné svědění (pruritus). Tady podáváme cholestyramin, který váže žlučové kyseliny ve střevě, a tím narušuje jejich enterohepatální oběh. Jinou variantou léčby je fenobarbital indukující enzymy. Méně pomáhají antihistaminika. V posledním období se jako lékem první volby jeví kyselina ursodeoxycholová. Při jejím podávání se stává hlavní žlučovou kyselinou žluči. Žluč pak má tekutější konzistenci a mění se poměr lipofilních žlučových kyselin ve prospěch hydrofilních. Léčba se kombinuje např. s kolchicinem, metotrexátem, event. cyklosporinem. V pokročilých stádiích je indikována jaterní transplantace. Jinak je léčba symptomatická (KLENER et al., 1999).

3 Ošetřovatelský proces u pacienta s biliární cirhózou

Máme za sebou krátký úvod do patofyziologie a vrhněme se nyní na našeho pacienta XY. V předchozím textu jsme probrali, co se děje v lidském těle, když fyziologické pochody „nepochodují“ tak, jak by měly. Pacient navštíví svého lékaře, jen když je to nezbytně nutné. Směle si můžeme představit jeho možné výmluvy proč odkládat návštěvu doktora na poslední chvíli. Někdy ho k návštěvě lékařské ordinace donutí až nátlak rodiny. Stejně tak tomu může být i u našeho pacienta.

Etiologické faktory sekundární biliární cirhózy jsou v celku jasné. Už jen při jejich znalosti si velmi snadno představíme s kým, že se to v ordinaci, nebo v nemocnici, můžeme potkat, kdo nám asi bude klepat na dveře, či koho nám sanita doveze na urgentní příjem. Cholelithiasa se častěji vyskytuje u žen, a to až dvakrát častěji než u mužů, po 40. roce věku, u žen obézních (BUREŠ et al., 2003), které si příliš nedělají hlavu s tím, co jedí.

3.1 Pacientovy subjektivní obtíže a objektivní nález

Setkáme-li se tváří v tvář s pacientem s potížemi plynoucími z cholelithiasy, již na první pohled nám je příčina potíží patrná. Narážíme zde na jeden z nejčastějších příznaků onemocnění jater a žlučových cest - na žluté zbarvení kůže, sliznic, sklér. Žloutenka neboli ikterus vzniká na podkladě nahromadění žlučového barviva bilirubinu ve tkáních. Pokud ikterus vzniká pozvolna, leckdy si žlutého zbarvení kůže všimne cizí člověk, nebo někdo kdo našeho nemocného neviděl již delší dobu. V patofyziologické stati je vyčtena celá řada možných příčin vzniku ikteru. Abychom se neodklonili od tématu, budeme se nadále zmiňovat jen o příčinách obstrukce ductus choledochus či jeho velkých větví, o tzv. posthepatálním ikteru (KLENER et al., 1999). Obstrukce může být mimo jiné způsobena i obstrukcí žlučových cest kamenem (cholelithiasou). Kompletní uzávěr žlučových cest se ohlašuje výrazným ikterem, svěděním celého těla a zvýšenou krvácivostí z nedostatku vitamínu K, který je rozpustný v tucích (KLENER et al., 1999). Pozorný pacient si rovněž všimne změny charakteru stolice. Ta je světlá, acholická, ulpívá na záchodové míse, protože obsahuje velké množství tuku. Stolice charakteristicky zapáchá (BUREŠ et al., 2003).

Dojde-li k ucpaní žlučových cest kamenem, snaží se hladká svalovina žlučovodů svým pohybem překonat překážku. Usilovná peristaltika však vyvolává u pacienta kruté bolesti a hovoříme pak o biliární kolice. Nezřídka tedy vidíme nemocného se žlutým zbarvením pokožky, s bolestivým výrazem v obličeji a s tělem v bolestí vynucené poloze. Bolest má své maximum v pravém podžebří a šíří se podél žeberního oblouku doprava k záďům, často až pod lopatku (KLENER et al., 1999). Bolest může být lokalizována i do levého podžebří či do okolí pupku. Bývá často provázená nauzeou a zvracením. V takovém případě je pacient vyšetřen pro akutní bolest břicha s podezřením na náhlou příhodu břišní a základní problém bývá včas odhalen a léčen. Mnohdy však pacient udává „jen“ neurčité tlaky v pravém podžebří, břišní diskomfort, občasné píchání v pravém boku. Nemocný dále zjišťuje, že mu „nedělají“ dobře některá jídla, zejména tučná a smažená (ADAMS - HAROLD, 1999).

Běhá-li náš pacient po světě se svými potížemi již delší čas, dojde k nevratnému poškození jater. Žluč, která se hromadí před překážkou, vede k rozšíření duktů a duktulů, ke vzniku centrilobulárních a později periportálních nekrot. Mluvíme pak o jaterní cirhóze (KLENER et al., 1999).

Toto onemocnění může poměrně dlouhou dobu probíhat bez příznaků. V určitém stádiu vývoje jaterní cirhózy si pacient stěžuje na necharakteristické příznaky typu břišního diskomfortu (ADAMS - HAROLD, 1999). Cítí se unavený, nezvládá tolik jako dříve. Je malátný, udává bolestivý tlak v pravém podžebří. Meteorismus, říhání jsou dalšími příznaky doprovázející toto onemocnění. Nemocnému nechutnají jídla, mívá často nauzeu, poruchy stolice. U žen se objevují poruchy menstruačního cyklu, někdy menstruace zcela přestává. Při porušené funkci jater nedochází k dostatečné tvorbě faktorů podílejících se na hemostáze, což se projevuje zvýšenou krvácivostí (krváčení z nosu- epistaxe, z dásní, krvácení do kůže a sliznic). Nezřídka se onemocnění demonstruje krvácením z jícnových varixů. Kromě krvácivých projevů můžeme na kůži nemocného spatřit kožní ektázie nebo pavoučkovité névy. Otoky dolních končetin trápí našeho nemocného také. Sahají do výše kotníků a někdy hovoříme spíše než o otocích o perimaleolárním prosáknutí. Jaterní cirhóza pokročila do své kompenzované fáze (KLENER et al., 1999).

Fáze dekompenzovaná se častěji vyskytuje u pacientů, kteří i při své chorobě dále holdují alkoholickým nápojům. Díky progredujícím změnám v jaterním parenchymu dochází k přestavbě krevního řečiště jater, krev již volně nemůže odtékat vrátnicovou žílou a vzniká portální hypertenze. Odtud je již jen malý krůček ke vzniku jícnových, žaludečních, duodenálních i rektálních varixů. Zmiňovali jsme porušenou syntetickou funkci jater v souvislosti s nedostatkem prokoagulačních faktorů a zvýšenou krvácivostí. Nedostatek albuminu snižuje onkotický tlak bílkovin v krevním řečišti a dochází k úniku tekutin do břišní dutiny, vzniká ascites. Zvětšuje se obvod pasu, roste hmotnost, perimaleolární prosáknutí se mění v otoky sahající i k tříslům. Předpaží-li náš nemocný, vidíme třesoucí se ruce v zápěstí, tzv. flapping tremor. Tento příznak spolu s dalšími patří mezi známky portosystémové encefalopatie. Občas bývá na břiše patrná žilní kresba (caput medusae), která odpovídá tvaru hlavy medúzy ze starořeckých bájí (BUREŠ et al., 2003).

Bude zbytečné, abychom vyjmenovávali všechny příznaky, které nám pacient sdělí, či které můžeme na nemocném vidět. Přehledně je máme uvedené v tabulce (příloha H). O laboratorních a jiných pomocných vyšetření se zmíníme v jiné části mé práce. V následující stati proberu příjem pacienta s biliární cirhózou na lůžkové oddělení.

3.2 Příjem na oddělení

Zahájení péče po přijetí nemocného na oddělení probíhá v určitých krocích. Ve většině případů postupujeme následovně:

1. příjem nemocného a představení přijímajícího personálu
2. určení pokoje a možnost vybrání si lůžka dle pacientova přání
3. zavedení nemocného do nemocničního systému (jméno, příjmení, rodné číslo, pojišťovna, bydliště, příbuzní, praktický lékař, zaměstnání, důvod přijetí- akutní, plánovaný, diagnostický a jiný, stanovení příjmové diagnózy, ošetřující lékař a určení dietního režimu)
4. fyzikální funkce pacienta (TK, pulz, SpO₂, hmotnost, výška, BMI, teplota)
5. sepsání příjmové ošetřovatelské dokumentace, vyplnění testů Barthelové, Nortonové a další dle stavu pacienta
6. podpisy souhlasů s hospitalizací, s nahlížením do dokumentace a podávání informací

o zdravotním stavu pacienta (komu včetně zaznamenání identifikačních údajů pacientem zvolené osoby a v jakém rozsahu)

3.2.1 Stanovení ošetrovatelských intervencí a jejich postupná realizace

- ulož pacienta do jemu příjemné polohy, u ascitu do zvýšené
- zhodnot' stupeň soběstačnosti (test dle Barthelové)
- monitoruj fyziologické funkce, projevy krvácení (hematurie, meléna, petechie, epistaxe)
- sleduj denně hmotnost pacienta, pravidelně přeměřuj obvod dolních končetin na označených místech
- zaveď list příjmu a výdeje tekutin
- dbej na dodržování životosprávy pacientem
- sleduj psychické funkce
- monitoruj účinky podávaných léků
- sleduj projevy jaterního selhání (páchnoucí dech po amoniaku, zmatenost, třes, poruchy vědomí)
- v případě potřeby při dodržování hygieny a vyprazdňování zajisti kompletní péči a nebo nabídni pomoc
- kontroluj pravidelně stav kůže v prevenci dekubitů a opruzenin
- předcházej vzniku zácpy – hromadění zplodin v organismu
- dle ordinace lékaře podávej laktulosu a neomycin (z důvodu nejen změkčení stolice a pozitivní úpravy střevní mikroflóry)
- sleduje a zaznamenávej frekvenci a množství stolice, příjem a výdej tekutin
- edukuj pacienta a jeho rodinu o vhodnosti vyššího příjmu bílkovin ve stravě z důvodu ztráty při ascitu
- vysvětli důvod striktního zákazu požívání alkoholu
- edukuj o nevhodných potravinách (kořeněná, tepelně neupravená jídla, živočišné tuky)
- doporuč vhodné potraviny, edukuj pacienta i jeho rodinu o správném stravování, které má obsahovat převážně drůbeží maso, ryby, všechny druhy obilovin, celozrnné pečivo, čerstvou zeleninu, luštěniny ve formě kaší, přírodní šťávy z vyzrálého ovoce
- vysvětli pacientovi důvod omezení příjmu tekutin na 1 litr za 24 hodin
- zhodnot' kvalitu spánku z důvodu časté spánkové inverze
- zhodnot' psychický stav
- zajisti spolupráci klienta a rodiny na léčebném režimu

- dostatečně informuj pacienta (v kompetencích) o nemoci, životosprávě, užívání léků (hepatoprotektiva), o dispenzarizaci (NEJEDLÁ, a kolektiv, 2004)

Poté je pacient předán lékaři ke vstupnímu vyšetření.

Po vyšetření a sepsání příjmové diagnózy lékařem sestra zhotoví nemocnému elektrokardiogram a provede ordinace dané lékařem včetně přípravy léků, provedení laboratorních odběrů, objednání paraklinických- zobrazovacích a konziliárních vyšetření.

4 Ošetřovatelský proces

4.1 Historický pohled na ošetřovatelský proces

Termín ošetřovatelský proces poprvé použila Hallová v r. 1955. Od té doby proces ošetřovatelství popsaly další sestry různým způsobem. V roce 1967 Západní mezistátní komise o vyšším vzdělávání (Western Interstate Commission on Higher Education, WICHE) zavedla pět kroků v ošetřovatelském procesu: percepci, komunikaci, intervenci a vyhodnocení. Ta samá komise označila ošetřovatelský proces za vzájemný vztah mezi pacientem a sestrou v daném prostředí. V roce 1967 Fakulta ošetřovatelství Katolické americké univerzity předložila čtyři části ošetřovatelského procesu: posuzování, plánování, zásah a vyhodnocení (KOZIEROVÁ a kolektiv, 1995).

Využití ošetřovatelského procesu v klinické praxi se legitimizovalo v roce 1967, kdy Sdružení amerických sester (ANA) uveřejnilo *Normy ošetřovatelské praxe* a uvedlo pět součástí ošetřovatelského procesu: posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení (KOZIEROVÁ a kolektiv, 1995).

S vývojem ošetřovatelského procesu se čím dál tím více začal používat termín *sesterská diagnóza*. Pojem se používal v 50. a 60. letech na označení pacientových problémů a potřeb. V roce 1973 Gebbieová a Lavinová na Katedře ošetřovatelství Univerzity v St. Louis pomohly zorganizovat první národní konferenci o klasifikaci sesterských diagnóz. Roku 1982 se založila na konferenci organizace Severoamerické sdružení pro sesterské diagnózy (North American Nursing Diagnosis Association, NANDA). V roce 1982 Národní sbor Státních rad ošetřovatelství (National Council of State Boards of Nursing) definoval a popsal pět kroků ošetřovatelského procesu: posuzování, analýza, plánování, realizace a vyhodnocení (KOZIEROVÁ a kolektiv, 1995).

4.2 Teorie a modely ošetřovatelství

V současné době už má ošetrovatelství vymezenou vědomostní bázi, která zahrnuje specifické ošetrovatelské koncepce, teorie a koncepční modely. Obsahové zaměření teorií a modelů v ošetrovatelství je determinované vědomostmi, praktickými zkušenostmi a různými filozofickými názory jejich autorek (PAVLÍKOVÁ, 2006).

Koncepční model je soubor abstraktních a všeobecných koncepcí a tvrzení integrovaných do smysluplné konfigurace. Týká se globálních představ o jednotlivcích, skupinách, situacích, událostech a jevech zajímavých z hlediska vědní disciplíny. Koncepční modely se zaměřují na vybrané jevy a ovlivňují naše vnímání reality. Týkají se názorů a jevů, které souvisejí s daným oborem. Autoři různých modelů, které zkoumají určitý jev, vidí různé věci v různých souvislostech a rozdílných vzájemných vztazích (PAVLÍKOVÁ, 2006).

V přehledu uvádím klasické třídění ošetrovatelských modelů a teorií.

1) Humanistické modely

Nightingale Florence: Moderní ošetrovatelství, 1859

Henderson Virginia: Teorie základní ošetrovatelské péče, 1955

Abdellah Faye: Dvacet jedna ošetrovatelských problémů, 1960

Hall Lýdia: Jádru, péče a léčebný model, 1964

Orem Dorothea: Teorie deficitu sebedpěče, 1970

Adam Evelyn: Koncepční model ošetrovatelství, 1975

Roper Nancy, Logan Winifred, Tierney Alison: Model životních aktivit, 1976

Watson Jean: Filozofie a věda ošetrovatelství, 1979

Leiniger Madeleine: Teorie transkulturní péče, 1980

Rizzo Parse Roemarie: Člověk – žití – zdraví, 1981, Teorie lidského bytí, 1992

Benner Patricia: Od novicky k expertovi: Dokonalost a síla klinické ošetrovatelské praxe, 1984

2) Modely interpersonálních vztahů

Peplau Hildegard: Psychodynamické ošetrovatelství, 1952

Orlando Ida Jean: Teorie ošetrovatelského procesu, 1961

Wiedenbach Ernestine: Model umění pomoci, 1964

Travelbee Joyce: Vztahy člověka k člověku, 1966

Riehl Sisca Joan: Symbolický interakcionalismus, 1980

Bernard Kathryn: Interakční model rodiče – děti, 1984

Mercer Ramona: Dosahování mateřské role, 1985

Gordon Marjory: Model funkčních vzorců zdraví, 1987

3) Systémové modely

Johnson Dorothy: Model behaviorálního systému, 1959

King Imogene: Systém a teorie cíle, 1971

Neuman Betty: Systémový model, 1974

Roy Callista: Adaptační model, 1976

4) Modely energetických polí

Levine Myra: Teorie čtyř konzervačních principů, 1967

Rogers Martha: Model jednotných lidí, 1970

Newman Margaret: Model zdraví, 1979

Fitzpatrick Joyce: Perspektivní model života, 1983

4.3 Složky ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces je systematická racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit pacientův zdravotní stav, skutečné či potencionální problémy péče o zdraví, vytýčit plány na zhodnocení potřeb a poskytnout specifické ošetrovatelské zásahy na uspokojení těchto potřeb. Ošetrovatelský proces je cyklický, tj. jeho složky následují za sebou v logickém pořadí, přičemž v témže času může být v činnosti víc než jedna složka. Pro realizaci tohoto procesu je nutná spolupráce sestry s pacientem. Není-li pacient schopný podílet se na plánování a na procesu vykonávání rozhodnutí, může sestra požádat rodinného příslušníka, aby se procesu zúčastnil jeho jménem (KOZIEROVÁ a kolektiv, 1995).

Ošetrovatelský proces je pětifázový.

- 1. posuzování** - zahrnuje sběr, ověřování a třídění údajů o pacientově zdravotním stavu.
- 2. diagnostika** – je proces, který vyústí do diagnostického závěru či sesterské diagnózy. Sesterská diagnóza je závěr o potencionálním nebo skutečném narušení

zdravotního stavu pacienta. Aktuální zdravotní problém je takový, který v současnosti existuje. Potencionální zdravotní problém spočívá ve výskytu rizikových faktorů, které mohou vyvolat zdravotní potíže.

3. plánování – zahrnuje sled kroků, ve kterých si sestra i pacient vytyčují priority, zaznamenávají cíle a očekávané výsledky. Zakládají písemný plán péče na odstranění nebo zmenšení zjištěných problémů pacienta a koordinaci péče poskytované celým zdravotnickým týmem.

4. realizace – znamená vykonání ošetrovatelského plánu.

5. vyhodnocení – je posouzení pacientovy odpovědi na ošetrovatelské zásahy a její porovnání se stanovenými normami. Tyto normy se často označují jako výsledná kritéria. Sestra zjišťuje míru, do jaké se cíle splnily, částečně splnily, nebo se nesplnily vůbec.

4.4 Výhody ošetrovatelského procesu

Výhody pro pacienta:

- kvalitní plánovaná péče na uspokojení potřeb jednotlivce, rodiny nebo společnosti.
- soustavnost péče
- účast pacienta na poskytování péče

Výhody pro sestru:

- důsledné a systematické ošetrovatelské vzdělávání
- uspokojení v zaměstnání
- odborný růst
- vyhýbání se rozporům se zákonem
- splnění odborných ošetrovatelských norem
- splnění norem akreditovaných nemocnic

Ošetrovatelský proces je adaptací postupů řešících problém a je systémovou teorií. Pět fází ošetrovatelského procesu se vzájemně překrývá, jsou to kontinuální subprocessy. Každý krok procesu se neustále přizpůsobuje změněné situaci. Podobně jako zdraví člověka není nikdy statické, ale ustavičně se mění, ošetrovatelský proces, který se odvíjí od pacientova zdraví, je také dynamický. Všechny kroky

ošetřovatelského procesu se vzájemně ovlivňují a úzce spolu souvisejí (KOZIEROVÁ a kolektiv, 1995).

4.5 Konceptní model ošetřovatelství podle Marjory Gordonové:

Funkční vzorce zdraví

Tento model jsem si vybrala z důvodu zaměření na člověka a to nejen na fyzično (skořápku), duševno, psychiku ale i začlenění člověka do společnosti. Do léčebného procesu je aktivně zapojována i rodina pacienta, který se tak uzdravuje s rodinnými příslušníky a je s rodinou v těsném kontaktu, není od ní odříznut. Dochází k rychlejšímu návratu zdraví. Nemocný se léčí jako bio-psycho-sociální celek.

Hlavní části procesu jsou (PAVLÍKOVÁ, 2006):

- a) cíl ošetřovatelství – zdraví, zodpovědnost jedince ze své zdraví, rovnováha bio-psycho- sociálních interakcí
- b) pacient/klient – holistická bytost s biologickými, psychologickými, sociálními, kulturními, behaviorálními, kognitivními a spirituálními potřebami
- c) role sestry – systematické získávání informací v jednotlivých oblastech vzorců zdraví pomocí standardních metod, analýza informací se závěrem funkční nebo dysfunkční zdraví
- d) zdroj potíží – některá nebo některé z oblastí bio-psycho-sociálních interakcí
- e) ohnisko zásahu – dysfunkční vzorce zdraví
- f) způsob intervence – dle ošetřovatelských modelů
- g) důsledky – funkční vzorce zdraví

Metaparadigmatické koncepce podle M. Gordon (PAVLÍKOVÁ, 2006):

Osoba – všechny lidské bytosti jsou holistické, mají společné určité funkční vzorce, které se podílejí na jejich zdraví, kvalitě života a dosahování lidského potenciálu.

Prostředí – v integraci s osobou se podílí na funkčních vzorcích zdraví.

Zdraví – je vyjádřením rovnováhy bio-psycho-sociálních interakcí a je ovlivňované vývojovými, kulturními, duchovními a dalšími faktory. Když dojde k poruše zdraví, i potencionální, označuje se tento stav jako dysfunkce.

Ošetrovatelství – zabývá se funkčními i dysfunkčními vzorci zdraví

Model je odvozený z interakcí osoba – prostředí. Zdravotní stav jedince je vyjádřením bio-psycho-sociální interakce. Při kontaktu s pacientem (klientem) sestra identifikuje funkční nebo dysfunkční vzorce zdraví (PAVLÍKOVÁ, 2006).

Vzorci jsou úseky chování jedince v určitém čase a reprezentují základní ošetrovatelské údaje v subjektivní a objektivní podobě. Základní strukturu modelu tvoří dvanáct oblastí – dvanáct funkčních vzorců zdraví. Každý vzorec představuje určitou část zdraví, která může být buď funkční nebo dysfunkční (PAVLÍKOVÁ, 2006).

Dvanáct vzorců zdraví M. Gordon obsahuje (PAVLÍKOVÁ, 2006):

1. vnímání zdraví – udržování zdraví
2. výživa – metabolismus
3. vylučování
4. aktivita – cvičení
5. spánek – odpočinek
6. citlivost (vnímání) – poznávání
7. sebepojetí – sebeúcta
8. role – vztahy
9. reprodukce – sexualita
10. stres, zátěžové situace – zvládání, tolerance
11. víra – životní hodnoty
12. jiné

Sestra je schopna po popsání všech vzorců rozpoznat, zda se u pacienta jedná o funkční chování (ve zdraví), nebo dysfunkční chování (v nemoci). Dysfunkční vzorec je projevem aktuálního onemocnění jedince, nebo může být znakem potencionálního problému. Když sestra takový vzorec identifikuje, musí jej označit, zformulovat ošetrovatelskou diagnózu a pokračovat v ostatních krocích ošetrovatelského procesu (PAVLÍKOVÁ, 2006).

5 Ošetřovatelská dokumentace dle M. Gordon

Jméno a příjmení: M. K.

Pohlaví: žena

Narozena: 26. října 1943

Vztah k zařízení: hospitalizace

Důvod k přijetí: akutní onemocnění

Oddělení: interní

Pooperační den: žádný

Den pobytu: 1. den

Příjem: 1. přijetí

5.1 Sociální situace:

Žije sama: žije v rodinném domě s manželem

Zaměstnání dnes: starobní důchodce

Zaměstnání dříve: úřednice

Stav: vdaná

Jak chce být oslovovaná: paní K.

Kontakt se sociální sestrou: pacientka nechce a nepotřebuje

Příbuzná nebo osoby, které můžeme informovat:

Jméno: P. K.

Vztah k nemocné: dcera

Adresa: Hlavní, Březová

Telefon : 123 456 789

Lékařská diagnóza: 1) akutní bolest v pravém nadbříšku

2) zvracení

3) průjem

4) minerálová dysbalance

5) arteriální hypertenze

6) glaukom, stav po operaci

- 7) obezita
- 8) tenzní cefalea
- 9) artrosa
- 10) vertebrogenní algický syndrom
- 11) hypercholesterolémie
- 12) hepatopatie
- 13) vředová choroba gastroduodena v anamnéze
- 14) cholecystolithiasa
- 15) korové cysty ledvin
- 16) stav po VHA v dětství
- 17) komorové extrasystoly v anamnéze
- 18) stav po appendektomii
- 19) stav po hysterektomii a adnexektomii
- 20) stav po operaci fissury ani, hemeroidů - 2002

Důvod k přijetí: akutní bolesti břicha, zvracení

Alergie: paracetamol

Riziko: není, HBsAg - negativní

5.2 Fyzikální vyšetření sestrou:

Celkový vzhled: upravená, orientovaná všemi 4 kvalitami, spolupracuje plně, věk 66 let, pokožka suchá, šupinkatá a svědící, hydratace snižená, kožní turgor oslabený, pohyblivost částečně omezená, chůze bez opory, obézní.

Úprava a hygiena: vzhled pacientky je upravený, hygienu nemocná dodržuje a zvládá

Puls: 84/min., pravidelný

Krevní tlak: při přijetí: 150/90 mmHg aktuální: 140/90 mmHg

Dýchání: rychlost: 20 dechů za minutu, pravidelné, povrchní

Tělesná teplota: při přijetí: 37.7°C aktuální: 37.1°C

Kůže: barva: nažloutlá léze: klidné jizvy po operacích

Výška: 150 cm BMI: 41,3

Hmotnost: 93 kg – obezita, stabilní: pacientka si tělesnou hmotnost udržuje stálou

Chybějící části těla: pacientce nechybí žádná část těla

Chůze: šouravá, pomalá, bez opory,

Riziko pádu: ano

Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové: 20 - není riziko dekubitů

Schopnost spolupráce: úplná 4,

Věk: 60+ 1,

stav pokožky: suchá 1,

další nemoci: 1,

tělesný stav: horší 3

stav vědomí: dobrý 4

pohyblivost: částečně omezená 3

inkontinence: není 4

aktivita: chodí s doprovodem 3

5.3 Ošetřovatelská anamnéza dle M. Gordonové:

1. Vnímání zdraví

můj zdravotní stav: pacientka odpovídá na otázku - narušený

pro udržení zdraví: pacientka ráda zahradničí, podniká procházky se psem

nemoci za poslední rok: pacientka je v péči lékařů pro opakované bolesti břicha,

hypertenze, glaukom, bolesti zad a kloubů

úrazy za poslední rok: pacientka udává, že žádné úrazy nebyly

lékařská doporučení dodržuji: ano

při objevení současných potíží jsem: užila léky, navštívila lékaře

2. Výživa, metabolismus

stav výživy: objektivně - obézní, nadměrná, beze změny v poslední době

chuť k jídlu: nechutenství při obtížích

stav výživy: velmi obézní s BMI= 41,3

způsob přijímání potravy: per os

forma stravy: normální

porucha polykání: není přítomna

stav chrupu: pacientka má částečnou protézu chrupu

potíže: břišní diskomfort

typický denní příjem jídla: snídaně, svačina dopoledne, oběd, svačina odpoledne,
večeře

přidávky: nepřijímá

dietní omezení doma: pacientka občas hřeší

dieta: pacientka se vyvarovává jídel, která jí nedělají dobře, je poučena o nutnosti
dodržování diety – č. 4

schopnost sám se najíst: pacientka jí sama

k dispozici dostatek tekutin: pacientka má k dispozici dostatek tekutin

pocit sucha v ústech: pacientka neguje pocit sucha v ústech

kožní turgor: snížen

stav sliznic: objektivně na sliznicích pozoruji žlutý nádech

stav vlasů: objektivně dobrý

stav nehtů: narušený

3. Vylučování – moče, stolice, potu

mikce moče: časté močení, močení v noci, stresová inkontinence

změna v poslední době: pacientka neudává žádnou změnu v poslední době

vylučování moče: močí sama

obtíže: ano, trpí na časté močení, močení v noci a stresovou inkontinenci

množství moče: pacientka močí často a málo

způsob vylučování moče: spontánní

příměsí v moči: pacientka neudává přítomnost příměsí v moči

vyprazdňování stolice: sama

stolice: zácpa, stolice je 2 krát do týdne

barva: světlá

inkontinence: pacientka neudává potíže s udržením stolice

užívání preparátů na vyprázdnění: ano

obtíže během vyprazdňování: ano, hemeroidy - občasné krvácení, bolestivá defekace

4. Aktivita, cvičení

pocit dostatečné síly a životní energie: pacientka udává sníženou životní energii

cvičím: necvičím

faktory bránící tělesné aktivitě: srdeční onemocnění, onemocnění pohybového aparátu
chybějící části těla: nejsou
kompenzační pomůcky: nepoužívá
úroveň soběstačnosti - funkční úroveň – 3 potřebuje pomoc a pomůcky
prevence imobilizačního syndromu: ne
pohybový režim v nemocnici: použití pomůcek při potřebě
držení těla: změněné z důvodu bolesti
koordinace: dobrá

5. Spánek, odpočinek

budí se z důvodu močení 3 krát za noc
během dne nespí
léky na spaní neužívá
cítí se unavená
rušivé faktory: ano, časté močení, chrápající manžel

6. Vnímání

vědomí: pacientka má jasné vědomí
sluch: dobrý
zrak: korekce na dálku i na blízko
řeč: plynulá
udržuje kontakt: otevřený
vědomí: jasné
orientace: pacientka je plně orientovaná
paměť: pacientka má neporušenou paměť
pozornost: úmyslná
styl učení: pacientka užívá spíše mechanický styl učení
bolest: pacientka udává bolest akutní i chronickou v pravém podžebří, stále v klidu
i v pohybu
bolest vnímá zvýšeně
bolest tiší analgetiky, úlevovou polohou, studenými obklady
intenzita bolesti: 3 – 4
životopis bolesti: začátky bolesti nemocná udává asi před dvěma roky v návaznosti na
tučná a smažená jídla, bolesti se opakují, během dne kolísají,

intenzita se zvyšuje po jídle, bolest je lokalizovaná do pravého podžebří, bodavá, vystřeluje podél pravého žeberního oblouku k páteři i pod pravou lopatku, doprovodné faktory: nauzea, zvracení, průjem i zácpa

7. Sebepojetí

jsem: pacientka udává, že je optimista

důvěra: pacientka se důvěřuje plně

talent: ano zručnost: ano

pocity: pacientka neguje pocity strachu, hněvu, zlosti, smutku, úzkosti

nervózní: nejsem

spokojenost se svým vzhledem: částečně – obezita

co dělám, když jsem nervózní: pacientka ráda jí sladké

8. Role – mezilidské vztahy

bydlím s partnerem

struktura rodiny: počet členů: 2

rodinné problémy: ne

reakce rodiny na onemocnění: zájem a ochota pomoci

jste: pacientka je starobní důchodce

kontakty s lidmi: časté

chování k lidem: přátelské

spokojenost se zaměstnáním či školou - důchodce

9. Sexualita, reprodukční schopnosti

sexuální obtíže: pacientka neguje obtíže

sexuální vztahy: nemocné udává dobré sexuální vztahy

menstruace: není, pacientka je po hysterektomii

začátek: ve 12 ti letech, pravidelná

typ menstruace: bolestivá, silná

počet těhotenství: porody - 2, potraty - 0

komplikace v těhotenství: pacientka neudává komplikace během těhotenství

antikoncepce: pacientka neužívá žádnou antikoncepci

klimaktérium: ve 45 - ti letech

diagnostické poruchy: ne

operace: ano, hysterektomie a ovarektomie

10. Stresové, zátěžové situace

napětí prožívám: zřídka

co ho vyvolává: nemoc

co ho snižuje: léky dle lékaře

napětí snáším: jak kdy, dle situace

vyrovnávám se: rychle

stresové situace zvládám: s podporou rodiny

důležité změny v posledních dvou letech: nebyly

11. Víra, životní hodnoty

náboženská víra je: žádná

důležitost víry při pobytu v zařízení: pacientka nepokládá za důležité

jsem: nevěřící

osobní zájem: ne

zavazuje Vás víra k určitému omezení: ne, nezavazuje

určete pořadí následujících hodnot: zdraví – rodina – práce – záliby – víra – peníze -
cestování

12. Jiné

5.4 Ošetrovatelské diagnózy dle priorit pacientky 1. den hospitalizace

5.4.1 Stanovení sesterských diagnóz a jejich uspořádání dle priorit pacienta

Ošetrovatelská diagnóza aktuální

- 1) 00132 Akutní bolest
- 2) 00091 Zhoršená pohyblivost na lůžku
- 3) 00134 Nauzea
- 4) 00095 Porušený spánek
- 5) 00011 Zácpa
- 6) 00001 Nadměrná výživa
- 7) 00146 Úzkost
- 8) 00160 Ochota ke zlepšení bilance tekutin

Ošetrovatelská diagnóza potencionální

- 1) 00047 Riziko porušení kožní integrity
- 2) 00003 Riziko nadměrné výživy
- 3) 00163 Ochota ke zlepšení výživy
- 4) 00161 Ochota doplnit deficit vědomostí
- 5) 00005 Riziko nerovnováhy tělesné teploty

Ošetrovatelská diagnóza č. 1

00132 Akutní bolest (MAREČKOVÁ, 2006) projevující se vegetativními reakcemi, vynucenou polohou, grimasami, pláčem, expresivním chováním (neklid, naříkání, pláč).

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční požitek, způsobený skutečným nebo možným poškozením tkání nebo popisovaný v pojmech takového poškození (Mezinárodní asociace pro výzkum bolesti). Nástup je náhlý nebo pomalý, intenzita od mírné po závažnou, lze předpovídat odeznění po době kratší než 6 měsíců (DOENGES - MOORHOUSE, 2001).

Priorita: vysoká

Plánování: CK (cíl krátkodobý) – zmírnění/zvládnutí bolesti (do 30 minut)

- pacientka dodržuje předepsaný farmakologický režim (do 24 hodin)

VK (výsledná kritéria) – pacientka zná příčiny bolesti (do 2 hodin)

- pacientka zná časové rozložení léků proti bolesti a je obeznámena s možností přivolání zdravotnického personálu v případě neutlumení bolesti (do 1 hodiny)
- pacientka zná úlevové polohy (do 30 minut)
- zmírnění či odstranění bolesti (do 24 hodin)

Intervence: - zhodnot' intenzitu bolesti pacientky dle stupnice 0-10 (příloha G) a zapiš do záznamu o bolesti (oš. sestra při přijetí, do 15 minut).

- pozoruj neverbální projevy bolesti (sezení, držení těla, výraz v obličeji, chladné prsty) a další objektivní příznaky (oš. sestra, do 30 minut)
- zjisti možnou etiologii vyvolávající akutní bolest (oš. sestra při příjmu, do 15 minut)

- podávej léky dle rozpisu (oš. sestra, v určených intervalech)
- zpětnou vazbou kontroluj účinek farmakoterapie (oš. sestra, do 1 hodiny)
- ulož pacientku do jí příjemné polohy a přilož studený obklad na bolestivé místo (oš. sestra, do 30 minut)
- uprav okolí lůžka pacientky tak, aby vše potřebné měla v dosahu (oš. sestra, sanitář, do 2 hodin)
- uprav prostředí pokoje k lepšímu pocitu pacientky – tlumené světlo, ticho, vyvětrání (sanitář, do 1 hodiny)
- dbej na pečlivé vedení záznamu o bolesti – farmakologie, čas podání léku, intenzita bolesti... (oš. sestra, do 1 hodiny)

- Realizace:
- zhodnotila jsem intenzitu bolesti dle škály a založila záznam o bolesti (oš. sestra při příjmu, do 30 minut)
 - sledovala jsem neverbální projevy bolesti pacientky při všech úkonech, které jsem u ní prováděla, všimla jsem si držení těla, typu a frekvence dýchání, pocení a barvy v obličeji (oš. sestra, do 1 hodiny)
 - dotazováním pacientky jsem zjišťovala možné vyvolávatele bolesti, které bych mohla svou intervencí zmírnit či odstranit, (oš. sestra, do 15 minut)
 - dle rozpisu lékaře jsem v jím určených pravidelných intervalech podávala léky, vysvětlovala pacientce, za jak dlouho asi může čekat zlepšení a veškerá podání zaznamenala do chorobopisu a ošetřovatelského záznamu bolesti (oš. sestra, dle rozpisu lékaře)
 - pacientku jsem uložila do jí příjemné polohy, upravila lůžko a okolí k jejímu komfortu, pravidelně měnila studené obklady a příjemným vystupováním uklidňovala pacientku, vysvětlila používání signalizace přivolání zdravotnického personálu v případě potřeby pacientky a edukovala jí, že bolest brzy odezní (oš. sestra, sanitář, do 1 hodiny)
 - v intervalech působení léků jsem se dotazovala, zda došlo k částečné nebo úplné úlevě od bolesti, opět vše řádně zaznamenala a informovala lékaře o účinku podané farmakoterapie (oš. sestra, dle určených intervalů)
 - podávané léky tišící bolest a interpretaci bolesti jsem pečlivě zaznamenávala do ošetřovatelského záznamu o bolesti (oš. sestra, do 1 hodiny)

- dále jsem pacientce ztlumila osvětlení, vyvětrala místnost, odstranila rušivé faktory (puštěná televize, rádio) a snažila se co nejvíce pacientce ulevit (oš. sestra, sanitář, do 1 hodiny)

Vyhodnocení: 1. den pacientka udává zmírnění bolesti (škála bolesti z 9 na 5), Pacientka udává zlepšení zdravotního stavu a námi provedené intervence hodnotí jako účinné, po celou dobu hospitalizace nemocná spolupracuje a podílí se na dodržování léčebného režimu – cíl splněn.

Ošetrovatelská diagnóza č. 2

00091 Zhoršená pohyblivost na lůžku (MAREČKOVÁ, 2006) v souvislosti s bolestí akutní, projevující se verbalizací a expresivním chováním.

Definice: Omezení samostatného pohybu z jedné polohy na lůžku do jiné (DOENGES - MOORHOUSE, 2001).

Priorita: vysoká

Plánování: CD - pacientka zvládá změny poloh na lůžku s minimální dopomocí zdravotnického personálu do 2 dnů.

CK - pacientka zvládá otočit se ze strany na stranu, upravit se svojí polohu na lůžku, posadit se a zase si lehnout na záda (do 1 dne)

- pacientce jsou vysvětleny úlevové polohy vzhledem k její bolesti

VK - pacientka se aktivně účastní polohování (do 3 dnů)

- pacientka spolupracuje při změnách polohy z důvodu aplikace léčiv, vyprazdňování a hygieny (do 2 hodin)

- pacientka umí využívat pomůcek k mobilizaci (do 4 hodin)

Intervence: - zjistí ochotu pacientky polohovat se vzhledem k její bolesti (oš. sestra, před manipulací)

- zhodnotí intenzitu bolesti vzhledem k plánovanému pohybu (oš. sestra, před manipulací)

- informuj lékaře o ochotě nebo neochotě pacientky k polohování z důvodu bolesti (oš. sestra, před manipulací)
- zajisti pomůcky ke zlepšení manipulace - hrazda, žebříček, polohovací lůžko (sanitář, do 4 hodin)
- pomáhej s hygienou, vyprazdňováním a jídlem (oš. sestra, sanitář, dle potřeby)
- pečuj o rozptýlení a odvedení pacienta od bolesti (oš. sestra, při každém styku s pacientkou)
- dbej, aby zvonek k přivolání zdravotnického personálu byl vždy v dosahu pacientky (oš. sestra, sanitář pravidelně)

- Realizace: - před plánovaným polohováním jsem provedla s pacientkou zhodnocení bolesti dle škály, abych zjistila, jakým způsobem mohu s pacientkou manipulovat (oš. sestra, před polohováním)
- informovala jsem lékaře o proběhlém polohování a hodnotě bolesti na škále bolesti (oš. sestra, před manipulací)
 - požádala jsem sanitáře o upevnění hrazdy, zajistila jsem žebříček k přitahování a umístila pod lůžko pacientky schůdky k úlevě od bolesti při sedu pacientky a při nutnosti opustit lůžko (oš. sestra, sanitář do 4 hodin)
 - dle potřeby jsem pomáhala pacientce s hygienou, jídlem a při vyprazdňování (oš. sestra, dle potřeby)
 - nabídla jsem pacientce časopisy, možnost sledování TV, zapůjčení knihy či možnost v klidu na pokoji bolest zaspát (oš. sestra, sanitář do 2 dnů)
 - při návštěvě pokoje pacientky jsem se vždy přesvědčila, zda je signalizační zařízení v dosahu pacientky (oš. sestra, sanitář pravidelně)

Vyhodnocení: 1. den hospitalizace pacientka využívá pomůcek k mobilizaci a pomoci ošetřovatelského personálu – cíl splněn částečně.

Ošetřovatelská diagnóza č. 3

00134 Nauzea (MAREČKOVÁ, 2006) jako vegetativní příznak v souvislosti s akutní bolestí, z důvodu porušení stravovacích návyků, projevující se říháním, sliněním a nevolností od žaludku.

Definice: Nepříjemný, návalovitý pocit v zadní části hltanu, epigastriu nebo difúzně v celém břiše, který může, ale nemusí vyústit ve zvracení (DOENGES - MOORHOUSE, 2001).

Priorita: střední

Plánování: CD - zvládnutí nauzey a udržení přiměřeného příjmu potravy

(do 1 dne)

CK - pacientka nemá nauzeu nebo je nauzea zmírněna (do 4 hodin)

VK - pacientka zná příčiny nauzey (do 1 dne)

- pacientka je dostatečně edukovaná o možnostech úlevy od nauzey

(do 2 hodin)

- pacientka bude bez nauzey (do 4 hodin)

- pacientka respektuje nutnost dodržovat dietní režim, včetně dostatečného příjmu tekutin (do 1 dne)

Intervence: - ulož pacientku do, pro ní, úlevové polohy (oš. sestra, sanitář, při uložení na lůžko)

- zajisti klidné a příjemné (chladnější vzduch) prostředí na pokoji (oš. sestra, sanitář, do 10 minut)

- dej chladný obklad na čelo pacientky (oš. sestra, do 15 minut)

- informuj lékaře o stavu pacientky (oš. sestra, do 15 minut)

- podej léky tlumící nauzeu dle ordinace lékaře (oš. sestra, dle ordinace)

- zjisti možnou příčinu nauzey pacientky (oš. sestra, do 1 hodiny)

- sleduj a zaznamenej příjem stravy a tekutin (oš. sestra, sanitář, průběžně)

- po odeznění nauzey edukuj pacientku o správném dietním režimu (oš. sestra, nutriční terapeut, do 2 dnů)

Realizace: - uložila jsem pacientku do úlevové polohy (oš. sestra, sanitář, ihned)

- zajistila jsem klidné prostředí na pokoji pacientky, pravidelně větrala

- místnost a dotazovala se, zda je chladné prostředí pacientce příjemné, ztlumila osvětlení (oš. sestra, sanitář, do 10 minut)
- dala jsem pacientce chladný obklad na čelo a měnila jej dle potřeby a pocitu úlevy pacientky (oš. sestra, do 15 minut)
 - informovala jsem lékaře o stavu pacientky, zda došlo k úlevě, či zda nauzea ještě trvá (oš. sestra, do 15 minut)
 - podala jsem léky dle ordinace lékaře (oš. sestra, dle rozpisu)
 - dotazováním jsme se pokoušela zjistit možnou příčinu nauzey a vhodnými intervencemi jsem se snažila pacientce ulevit (poloha, chladný vzduch, klidné prostředí, empatický vstřícný přístup k nemocné (oš. sestra, do 1 hodiny)
 - edukovala jsem pacientku o nutnosti dodržování dietního a pitného režimu (donesené potraviny a pití rodinou) (oš. sestra, nutriční terapeut, do 3 hodin)
 - sledovala jsem a zaznamenávala příjem stravy i tekutin (oš. sestra, sanitář, průběžně)

Vyhodnocení: Pacientka zná úlevové polohy, zná příčiny nauzey. Klientka udává zlepšení a úlevu od svých potíží, vymizení pocitu na zvracení. Přijímá dostatečné množství tekutin a aktivně se zapojuje do stravovacího (dietního) režimu – cíl splněn.

Ošetrovatelská diagnóza č. 4

00095 Porušený spánek (MAREČKOVÁ, 2006) v souvislosti se změnou prostředí z důvodu hospitalizace projevující se bděním v nočních hodinách, nedostatečným odpočínutím a únavou.

Definice: Časově omezená porucha délky či kvality spánku (přirozeného, pravidelného přerušování vědomí) (DOENGES - MOORHOUSE, 2001).

Priorita: střední

Plánování: CD - pacientka bude spát 6 hodin nepřerušeně (do 3 dnů)
- pacientka se bude po spánku cítit odpočatá (do 3 dnů)

- pacientka bude mít zmírněné známky únavy (do 3 dnů)
- CK - slovně vyjádřit pochopení poruchy spánku (oš. sestra, do 10 minut)
 - přizpůsobit chod oddělení v nemocnici, aby co nejvíce vyhovoval zaběhlému biochronologickému rytmu pacientky (oš. sestra, do 24 hodin)
 - pacientka bude cítit zlepšení celkové pohody a odpočatosti (do 24 hodin)
- VK - pacientka zná příčiny poruchy spánku (do 24 hodin)
 - pacientka zná, jak nahradit nedostatek spánku (střídání aktivity a odpočinku) (do 36 hodin)
 - pacientka se bude cítit odpočatá (do 48 hodin)

- Intervence: - zjistí návyky pacientky při usínání, kolik hodin průměrně spí, kdy vstává a jaké má nároky na místo ke spaní (oš. sestra, do 6 hodin)
- poskytni příležitost k odhalení mylných představ a nerealistických očekávání (oš. sestra, do 6 hodin) (DOENGES - MOORHOUSE, 2001)
 - zkoumej, zda pacientka chrápe, a v jaké poloze se tak děje (oš. sestra, do 6 hodin)
 - vyptej se na okolnosti, které ruší spánek, a jak často se vyskytují (oš. sestra, do 6 hodin)
 - pozoruj fyzické známky únavy (oš. sestra, průběžně)
 - pomoz pacientce dosáhnout optimálního spánku/odpočinku (nepřerušované období pro spánek/odpočinek zejména v noční době) (oš. sestra, do 24 hodin)
 - naplánuj provádění ošetrovatelských intervencí tak, aby nebylo nutno pacientku budít (oš. personál, do 4 hodin)
 - před spaním se postarej o klidné prostředí a přiměřený komfort (dopomoc při hygieně dle stavu pacientky, úprava teploty místnosti dle pacientky, poloha lůžka) (oš. sestra, před uložením)

- Realizace: - při příjmu jsem zjišťovala návyky pacientky při usínání (oš. sestra, při příjmu)
- dotazovala jsem se, kolik hodin průměrně spí, kdy vstává (oš. sestra, při příjmu)

- jaké má nároky na místo ke spaní a zda má vypořádáno, čím je její spánek rušen (oš. sestra, při příjmu)
- pohovořila jsem s pacientkou o nutnosti vstřícnosti k ostatním spolubydlícím vzhledem k jejich rozdílným požadavkům na teplotu pokoje a dobu usínání (oš. sestra, při příjmu)
- zavedla jsem pacientku do jejího pokoje a nabídla možnost výběru z dosud volných lůžek (oš. sestra, při příjmu)
- informovala jsem pacientku o počtu spolubydlících na pokoji a o nemocničním řádu (oš. sestra, při příjmu)
- dotazovala jsem se pacientky, zda trpí chrápáním a v jaké poloze (oš. sestra, při příjmu)
- každé ráno jsem při měření fyziologických funkcí pozorovala na pacientce, zda jsou přítomny známky únavy, zajímala se o to, jak spala a zda se cítí odpočatá (oš. sestra, při ranním měření fyziologických funkcí)
- dle získaných informací jsem provedla úpravu ošetrovatelských intervencí, abych nemusela pacientku zbytečně budit a domluvila se na hodině, která jí bude vyhovovat při provádění sesterských a naordinovaných výkonů (oš. sestra, do 2 hodin)
- pohovořila jsem se spolubydlícími o sjednocení hodiny usínání a úpravě teploty prostředí pokoje (oš. sestra, do 6 hodin)

Vyhodnocení: 1. den hospitalizace pacientka zná příčiny nespavosti. Klientka respektuje důležitost ošetrovatelských intervencí z důvodu prováděných vyšetření k určení přesné diagnózy (např. odběry biologického materiálu, konziliární vyšetření) – cíl částečně splněn.

Ošetrovatelská diagnóza č. 5

00011 Zácpa (MAREČKOVÁ, 2006) v souvislosti se špatnými dietními návyky z důvodu změny stravy i způsobu stravování projevující se sníženou frekvencí vyprazdňování, bolestí břicha a pocitem plnosti.

Definice: Méně časté a obtížné či neúplné vyprazdňování anebo odchod nadměrně tuhé suché stolice (DOENGES - MOORHOUSE, 2001).

Priorita: střední

Plánování: CD – pacient má obnovené normální fungování střev a vyprazdňování
(do 3 dnů)

CK – dojde k vyprázdnění (do 36 hodin)

VK – pacient chápe příčiny zácpy (do 6 hodin)

- pacient dodržuje správný způsob stravování (do 3 dnů)

- pacient se aktivně podílí na prevenci zácpy (do 3 dnů)

Intervence: - zjistí příčinu a vyvolávající faktory (zvyklosti, stav dutiny ústní) (oš. sestra, do 1 hodiny)

- zjistí příjem tekutin a vysvětlí jejich důležitost (oš. sestra, při příjmu)

- zhodnot' vliv užívaných léků a jejich možné vedlejší účinky (oš. sestra, do 1 hodiny)

- posud' míru energie a aktivity (oš. sestra, do 6 hodin)

- zkoumej, které oblasti by mohly zdrojem stresu (oš. sestra, do 6 hodin)

- posud' přístupnost toalety, soukromí a schopnost samostatně pečovat o vlastní osobu (oš. sestra, do 1 hodiny)

- zjistí obvyklé způsoby vyprazdňování, ptej se na bolesti, vzhled stolice, příměsi a užívání projímadel (oš. sestra, do 6 hodin)

- zjistí prodělaná onemocnění {megakolon (DOENGES - MOORHOUSE, 2001)} (oš. sestra, do 6 hodin)

- edukuj o důležitosti konzumace vlákniny, pohybu (oš. sestra, do 6 hodin)

- dbej na dostatek soukromí (oš. sestra, sanitář, při defekaci pacienta)

- dle ordinace podávej změkčovadla, stimulantia nebo prostředky zvětšující objem stolice (oš. sestra, dle ordinace) (DOENGES - MOORHOUSE, 2001)

- podej klyzma dle ordinace lékaře (oš. sestra, dle ordinace)

- edukuj pacienta, jak postupovat v případě návratu potíží se zácpou (oš. sestra, do konce hospitalizace)

- Realizace: - při příjmu jsem zjišťovala, zda se vyskytují problémy se stolicí. Pacientka udala, že má zácpu, bolestivou defekaci a nepravidelnou stolicí. Dále jsem se dotazovala na zvyklosti a stravování, příjem tekutin a vysvětlila jsem jí důležitost dodržovat výše uvedené (oš. sestra, do 1 hodiny).
- při dotazování jsem zjišťovala, zda pacientka užívá léky, které mohou v rámci svých vedlejších účinků způsobovat zácpu (např. Aktiferrin) (KLENER, 1999) (oš. sestra, do 1 hodiny)
 - během hovoru s pacientkou jsem zjišťovala, zda má klientka přiměřenou míru aktivity (pohyb, cvičení) (oš. sestra, do 1 hodiny)
 - při hovoru s pacientkou jsem se všímala oblastí, které by mohly být zdrojem stresu a příčinou zácpy (oš. sestra, do 1 hodiny)
 - pohledem, rozhovorem a demonstrací jsem zjišťovala, zda je pacientka schopna sama dojít na toaletu a samostatně o sebe pečovat (oš. sestra, do 1 hodiny)
 - během dotazování pacientky jsem zjišťovala, zda je defekace bolestivá, jak dlouho probíhá, jaký je vzhled, množství, příměsí stolice a zda nemocná užívá projímadla, jaká a jak často (oš. sestra, do 3 hodin)
 - také jsem se zaměřila na výskyt prodělaných onemocnění, jež vyvolávají zácpu - megakolon, hypofunkce štítné žlázy (MAŘATKA, 1999; KLENER, 1999) (oš. sestra, do 1 hodiny)
 - informovala jsem lékaře o pacientčích problémech se stolicí, o četnosti, příměsích, vzhledu a zápachu (oš. sestra, do 36 hodin)
 - edukovala jsem pacientku o důležitosti konzumace potravin obsahující velké množství vlákniny, o možnostech zakoupení potravinových doplňků s vysokým obsahem vlákniny ke zlepšení střevní peristaltiky (oš. sestra, do konce hospitalizace)
 - pacientce jsem zabezpečila soukromí a dostatek času při vykonávání potřeby (oš. sestra, do 3 hodin)
 - dle ordinace lékaře jsem podávala změkčovadla, stimulantia, prokinetika, prostředky zvětšující objem stolice (DOENGES - MOORHOUSE, 2001) (oš. sestra, dle ordinace)
 - seznámila jsem pacientku s možností aplikace klyzmatu, kterou jsem předem konzultovala s lékařem (oš. sestra, do 3 dnů)
 - s pacientkou jsem provedla edukační pohovor, jak postupovat v případě

návratu zácpy (oš. sestra, do konce hospitalizace)

Vyhodnocení: 1. den hospitalizace pacientka zná příčiny zácpy, má snahu se aktivně zapojit do naplánovaných intervencí ke zlepšení vyprazdňování – cíl splněn částečně.

Ošetrovatelská diagnóza č. 6

00001 Nadměrná výživa

Ošetrovatelská diagnóza č. 7

00146 Úzkost

Ošetrovatelská diagnóza č. 8

00160 Ochota ke zlepšení bilance tekutin

Ošetrovatelská diagnóza potencionální č. 1

00047 Riziko porušení kožní integrity (MAREČKOVÁ, 2006) v souvislosti se svěděním kůže z důvodu suché pokožky a vysoké koncentrace bilirubinu v séru (KLENER, 1999)

Definice: Stav charakterizovaný zvýšeným rizikem, že dojde k porušení/nežádoucí změně kůže (DOENGES - MOORHOUSE, 2001).

Priorita: nízká

Plánování: CD - zabránění vzniku porušení kožní integrity a osvojení si návyků a technik péče o pokožku (oš. sestra, pacientka, do propuštění)
- zjištění individuálních rizikových faktorů (oš. sestra, pacientka, do propuštění)

VK - nedojde ke vzniku porušení kožní integrity (do propuštění)
- pacientka bude mít dostatek informací, jak předcházet problémům suché pokožky a případného svědění (do propuštění)
- pacientka aktivně spolupracuje (do propuštění)

- Intervence: - zhodnot' metody, jak pacientku nejlépe edukovat v péči o pokožku (oš. sestra, do 24 hodin)
- vyber nevhodnější čas k edukaci a zpětnou vazbou zjistí, zda má pacientka dostatek informací a umí je prakticky využít (oš. sestra, 2 dny)
 - edukuj pacientku o dostatečném a pravidelném příjmu tekutin (oš. sestra při příjmu, do 4 hodin)
- Realizace: - edukovala jsem pacientku rozhovorem, demonstrací o nevhodnější péči o suchou pokožku (oš. sestra, pacientka, denně)
- promazávala jsem suchá místa pokožky, na nichž jsem demonstrovala výsledný efekt péče o pokožku, krémy a tělovými mléky (oš. sestra, denně)
 - dbala jsem a dotazovala jsem se pacientky na denní příjem tekutin (oš. sestra, průběžně)

Vyhodnocení: Pacientka aktivně spolupracuje a úroveň znalostí je dostatečná - cíl splněn částečně.

Ošetrovatelská diagnóza potencionální č. 2

00003 Riziko nadměrné výživy (MAREČKOVÁ, 2006) v souvislosti se špatnými stravovacími návyky z důvodu soustředění příjmu potravy do pozdně odpoledních nebo večerních hodin, kdy jídlo je jako odpověď na vnitřní signály jiné než hlad, např. úzkost. Časté opakování držení různých diet a většinu konzumovaného jídla tvoří koncentrované vysokoenergetické potraviny s vysokým obsahem tuku.

Definice: Stav, kdy hrozí, že příjem živin převyší metabolické potřeby (DOENGES - MOORHOUSE, 2001).

Priorita: střední

Plánování: CD – slovně doložit chápání energetických potřeb (pacientka, do propuštění)

- uvědomit si zvyklosti predisponující ke vzniku obezity (pacientka, do propuštění)
- uznat odpovědnost za vlastní chování a potřebu „jednat“, nikoli „reagovat“ na stresové situace (pacientka, do propuštění)

- udržovat tělesnou hmotnost na uspokojivé úrovni (pacientka, do propuštění) (DOENGES - MOORHOUSE, 2001)

- VK - pacientka bude chápat energetické potřeby svého těla (do 3 dnů)
- pacientka bude srozuměna s faktory predisponující ke vzniku obezity (do 2 dnů)
 - pacientka bude dostatečně edukována o nutnosti udržovat stálou tělesnou hmotnost (do 3 dnů)

- Intervence: - zjistí věk, druh a úroveň pohybové aktivity (oš. sestra, do 3 dnů)
- zjistí vývoj tělesné hmotnosti, životní styl a kulturní faktory predisponující k hmotnostnímu přírůstku (oš. sestra, do 3 dnů)
 - posudí způsob stravování a vynechávání jídel, které snižuje metabolismus (oš. sestra, do 3 dnů)
 - rozeber s pacientkou držení různých diet, princip jo-jo efektu a onemocnění bulimií (oš. sestra, dietní sestra, do 3 dnů)
 - poskytni informace o rovnováze mezi příjmem a výdejem energie (oš. sestra, do 3 dnů)
 - diskutuj s pacientkou o významu pohybové aktivity a relaxačních technik (oš. sestra, do 3 dnů), (DOENGES - MOORHOUSE, 2001)

- Realizace: - s pacientkou jsem probrala úroveň pohybové aktivity vzhledem k jejímu věku (oš. sestra, do 3 dnů)
- zaměřila jsem se na otázky životního stylu, kulturních vlivů v souvislosti s vývojem nadměrné tělesné hmotnosti a jejích nárazových přírůstků (oš. sestra, do 3 dnů)
 - pacientce jsem vysvětlila princip metabolismu, kdy vynechávání jídel, jedení jednou denně, stravování se ve fast-foodech přispívá k nárůstu tělesné hmotnosti. Kdežto pravidelná strava šestkrát denně obsahující více bílého masa a zeleniny brání nárůstu tělesné hmotnosti (oš. sestra, do 3 dnů).
 - také jsem s pacientkou prodiskutovala držení různých diet, jejich vztah k jo-jo efektu a bulimii a jejich záludnost (oš. sestra, do 3 dnů)
 - edukovala jsem pacientku o vhodnosti výdeje energie cvičením, úpravou

stravovacích návyků, příjmu tekutin a důležitosti spánku (oš. sestra, do 3 dnů)

- diskutovala jsem s pacientkou o významu pohybu a odpočinku vzhledem k cílenému snížení hmotnosti (oš. sestra, do 3 dnů)
- motivovala jsem pacientku změnit stravovací návyky (např. jíst pravidelně a pomaleji, jídlo si upravovat vzhledově a na menších talířcích, což evokuje pocit velkého množství (oš. sestra, do 3 dnů)

Vyhodnocení: Pacientka aktivně spolupracuje, dochází ke zvýšení znalostí o energetických potřebách svého těla a chápe význam pohybové aktivity pro snížení tělesné hmotnosti. Pacientka verbalizuje snahu o dodržování správného životního stylu i po ukončení hospitalizace – cíl splněn částečně.

Ošetrovatelská diagnóza potencionální č. 3

00163 Ochota ke zlepšení výživy

Ošetrovatelská diagnóza potencionální č. 4

00161 Ochota doplnit deficit vědomostí

Ošetrovatelská diagnóza potencionální č. 5

00005 Riziko nerovnováhy tělesné teploty

5.5 Ošetrovatelské diagnózy dle priorit pacientky 4. den hospitalizace

5.5.1 Stanovení sesterských diagnóz a jejich uspořádání dle priorit pacienta

Ošetrovatelská diagnóza aktuální

- 1) 00132 Akutní bolest
- 2) 00091 Zhoršená pohyblivost na lůžku
- 3) 00095 Porušený spánek
- 4) 00011 Zácpa

Ošetrovatelská diagnóza potencionální

- 1) 00047 Riziko porušení kožní integrity
- 2) 00003 Riziko nadměrné výživy
- 3) 00163 Ochota ke zlepšení výživy
- 4) 00161 Ochota doplnit deficit vědomostí

Ošetrovatelská diagnóza č. 1

00132 Akutní bolest (MAREČKOVÁ, 2006) projevující se vegetativními reakcemi, vynucenou polohou, grimasami, pláčem, expresivním chováním (neklid, naříkání, pláč).

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční požitek, způsobený skutečným nebo možným poškozením tkání nebo popisovaný v pojmech takového poškození (Mezinárodní asociace pro výzkum bolesti). Nástup je náhlý nebo pomalý, intenzita od mírné po závažnou, lze předpovídat odeznění po době kratší než 6 měsíců (DOENGES - MOORHOUSE, 2001).

Priorita: vysoká

Plánování: CK (cíl krátkodobý) – odeznění bolesti dle škály ze stupně č. 5 na 1
(do 48 hodin)

- pacientka dodržuje předepsaný farmakologický režim
(do konce hospitalizace)

VK (výsledná kritéria) – pacientka aktivně využívá úlevové polohy
(do 7 dnů)

- pacientka aktivně spolupracuje při dodržování
léčebného režimu (do konce hospitalizace)

Intervence: - zhodnot' intenzitu bolesti pacientky dle stupnice 0 - 10 a zapiš do záznamu
o bolesti (oš. sestra, do 2 hodin).

- pozoruj neverbální projevy bolesti (sezení, držení těla, výraz v obličeji,
chladné prsty) a další objektivní příznaky (oš. sestra, průběžně)

- podávej léky dle rozpisu (oš. sestra, v určených intervalech)

- zpětnou vazbou kontroluj účinek farmakoterapie (oš. sestra,

do 1 hodiny)

- dbej na pečlivé vedení záznamu o bolesti – farmakologie, čas podání léku, intenzita bolesti... (oš. sestra, do 1 hodiny)

Realizace: - zhodnotila jsem intenzitu bolesti dle škály a zapsala ji do záznamu

o bolesti (oš. sestra, do 30 minut)

- sledovala jsem neverbální projevy bolesti pacientky při všech úkonech, které jsem u ní prováděla, všímala jsem si držení těla, (oš. sestra, do 1 hodiny)

- dle rozpisu lékaře jsem v jím určených pravidelných intervalech podávala léky, vysvětlovala pacientce, za jak dlouho asi může čekat zlepšení a veškerá podání zaznamenala do chorobopisu a ošetřovatelského záznamu bolesti (oš. sestra, dle rozpisu lékaře)

- v intervalech působení léků jsem se dotazovala, zda došlo k částečné nebo úplné úlevě od bolesti, opět vše řádně zaznamenala a informovala lékaře o účinku podané farmakoterapie (oš. sestra, dle určených intervalů)

- podávané léky tišící bolest a interpretaci bolesti jsem pečlivě zaznamenávala do ošetřovatelského záznamu o bolesti (oš. sestra, do 1 hodiny)

Vyhodnocení: 4. den pacientka udává zmírnění bolesti (škála bolesti z 5 na 1), Pacientka se aktivně zapojuje do léčebného režimu, využívá úlevové polohy a akutní bolest již nepocítuje – cíl splněn.

Ošetřovatelská diagnóza č. 2

00091 Zhoršená pohyblivost na lůžku (MAREČKOVÁ, 2006) v souvislosti s bolestí akutní, projevující se verbalizací a expresivním chováním.

Definice: Omezení samostatného pohybu z jedné polohy na lůžku do jiné (DOENGES - MOORHOUSE, 2001).

Priorita: vysoká

Plánování: CD - pacientka zvládá změny poloh na lůžku s minimální pomocí zdravotnického personálu (do konce hospitalizace)

CK - pacientka zvládá samostatný pohyb na lůžku (do 1 dne)

VK - pacientka se aktivně účastní polohování (do 1 dne)

- pacientka umí využívat pomůcek k mobilizaci (do 1 hodiny)

Intervence: - zjistí ochotu pacientky polohovat se vzhledem k její bolesti (oš. sestra, před manipulací)

- zhodnotí intenzitu bolesti vzhledem k plánovanému pohybu (oš. sestra, před manipulací)

- informuj lékaře o ochotě nebo neochotě pacientky k polohování z důvodu bolesti (oš. sestra, před manipulací)

- pomáhej s hygienou, vyprazdňováním a jídlem (oš. sestra, sanitář, dle potřeby)

- pečuj o rozptýlení a odvedení pacienta od bolesti (oš. sestra, při každém styku s pacientkou)

Realizace: - před plánovaným polohováním jsem provedla s pacientkou zhodnocení bolesti dle škály, abych zjistila, jakým způsobem mohu s pacientkou manipulovat (oš. sestra, před polohováním)

- informovala jsem lékaře o proběhlém polohování a hodnotě bolesti na škále bolesti (oš. sestra, před manipulací)

- dle potřeby jsem pomáhala pacientce s hygienou, jídlem a při vyprazdňování (oš. sestra, dle potřeby)

- nabídla jsem pacientce jiné časopisy, možnost sledování TV, zapůjčení knihy (oš. sestra, sanitář do 2 dnů)

Vyhodnocení: 4. den hospitalizace pacientka využívá pomůcek k mobilizaci a pomoc ošetřovatelského personálu již nevyžaduje, aktivně se účastní polohování – cíl splněn.

Ošetřovatelská diagnóza č. 3

00095 Porušený spánek (MAREČKOVÁ, 2006) v souvislosti se změnou prostředí z důvodu hospitalizace projevující se bděním v nočních hodinách, nedostatečným odpočínutím a únavou.

Definice: Časově omezená porucha délky či kvality spánku (přirozeného, pravidelného přerušování vědomí) (DOENGES - MOORHOUSE, 2001).

Priorita: střední

Plánování: CD - pacientka bude spát 6 hodin nepřerušeně (do 2 dnů)

- pacientka se bude po spánku cítit odpočatá (do 1 dne)

CK - pacientka bude cítit zlepšení celkové pohody a odpočatosti (do 24 hodin)

VK - pacientka zná, jak nahradit nedostatek spánku (střídání aktivity a odpočinku) (do 48 hodin)

- pacientka se bude cítit odpočatá (do 48 hodin)

Intervence: - poskytni příležitost k odhalení mylných představ a nerealistických očekávání (oš. sestra, do 24 hodin) (DOENGES - MOORHOUSE, 2001)

- pozoruj fyzické známky únavy (oš. sestra, průběžně)

- pomoz pacientce dosáhnout optimálního spánku/odpočinku (nepřerušované období pro spánek/odpočinek zejména v noční době) (oš. sestra, do 48 hodin)

- naplánuj provádění ošetrovatelských intervencí tak, aby nebylo nutno pacientku budít (oš. personál, do 24 hodin)

- před spaním se postarej o klidné prostředí a přiměřený komfort (oš. sestra, sanitář, před uložením)

Realizace: - pohovořila jsem s pacientkou o nutnosti vstřícnosti k ostatním spolubydlícím vzhledem k jejich rozdílným požadavkům na teplotu pokoje a dobu usínání (oš. sestra, průběžně)

- každé ráno jsem při měření fyziologických funkcí pozorovala na pacientce, zda jsou přítomny známky únavy, zajímala se o to, jak spala a zda se cítí odpočatá (oš. sestra, při ranním měření fyziologických funkcí)

- dle získaných informací jsem provedla úpravu ošetrovatelských intervencí,

- abych nemusela pacientku zbytečně budit a domluvila se na hodině, která jí bude vyhovovat při provádění sesterských a naordinovaných výkonů (oš. sestra, do 2 hodin)
- pohovořila jsem se spolubydlícími o sjednocení hodiny usínání a úpravě teploty prostředí pokoje (oš. sestra, do 4 hodin)

Vyhodnocení: Pacientka zná příčiny nespavosti. Klientka respektuje důležitost ošetrovatelských intervencí z důvodu prováděných vyšetření k určení přesné diagnózy (např. odběry biologického materiálu, konziliární vyšetření). Pacientka zmírněně příznaky únavy, střídáním aktivity a odpočinku nahrazuje spánkový deficit a aktivně se zapojuje do léčebného režimu. Pacientka verbalizuje, že u ní došlo ke sjednocení biochronologického rytmu pacientky - cíl splněn.

Ošetrovatelská diagnóza č. 4

00011 Zácpa (MAREČKOVÁ, 2006) v souvislosti se špatnými dietními návyky z důvodu změny stravy i způsobu stravování projevující se sníženou frekvencí vyprazdňování, bolestí břicha a pocitem plnosti.

Definice: Méně časté a obtížné či neúplné vyprazdňování anebo odchod nadměrně tuhé suché stolice (DOENGES - MOORHOUSE, 2001).

Priorita: střední

Plánování: CD – pacientka má obnovené normální fungování střev a vyprazdňování (do konce hospitalizace)

CK – dojde k vyprázdňení (do 36 hodin)

VK – pacientka dodržuje správný způsob stravování (do konce hospitalizace)

- pacientka se aktivně podílí na prevenci zácpy (do konce hospitalizace)

Intervence: - zjistí příjem tekutin (oš. sestra, průběžně)

- posud' míru energie a aktivity a vysvětlí klientce důležitost pohybu pro střevní peristaltiku (oš. sestra, průběžně)
- edukuj o důležitosti konzumace vlákniny (oš. sestra, průběžně)
- dbej na dostatek soukromí (oš. sestra, sanitář, při defekaci pacienta)
- dle ordinace podávej změkčovadla, stimulantia nebo prostředky zvětšující objem stolice (oš. sestra, dle ordinace) (DOENGES - MOORHOUSE, 2001)
- podej klyzma dle ordinace lékaře (oš. sestra, dle ordinace)
- edukuj pacienta, jak postupovat v případě návratu potíží se zácpou (oš. sestra, do konce hospitalizace)

Realizace: - opět jsem během hovoru s pacientkou zjišťovala, zda má klientka přiměřenou míru aktivity (pohyb, cvičení) (oš. sestra, do 1 hodiny)

- během dotazování pacientky jsem zjišťovala, zda je defekace bolestivá, jak dlouho probíhá, jaký je vzhled, množství, příměsi stolice (oš. sestra, do 1 hodiny)
- edukovala jsem pacientku o důležitosti konzumace potravin obsahující velké množství vlákniny, o možnostech zakoupení potravinových doplňků s vysokým obsahem vlákniny ke zlepšení střevní peristaltiky (oš. sestra, do konce hospitalizace)
- pacientce jsem zabezpečila soukromí a dostatek času při vykonávání potřeby (oš. sestra, do konce hospitalizace)
- dle ordinace lékaře jsem podávala změkčovadla, stimulantia, prokinetika, prostředky zvětšující objem stolice (DOENGES - MOORHOUSE, 2001) (oš. sestra, dle ordinace)
- seznámila jsem pacientku s možností aplikace mikroklyzmatu, kterou jsem předem konzultovala s lékařem (oš. sestra, dle ordinace)
- s pacientkou jsem provedla edukační pohovor, jak postupovat v případě návratu zácpy (oš. sestra, do konce hospitalizace)
- dotazy jsem ověřovala, zda si klientka nějaká doporučení osvojila (oš. sestra, do konce hospitalizace)

Vyhodnocení: 4. den hospitalizace se pacientka zapojuje aktivně, dbá na vhodný přísun vlákniny, tekutin a sama dbá na pravidelné vyprazdňování – cíl splněn.

Ošetrovatelská diagnóza potencionální č. 1

00047 Riziko porušení kožní integrity (MAREČKOVÁ, 2006) v souvislosti se svěděním kůže z důvodu suché pokožky a vysoké koncentrace bilirubinu v séru (KLENER, 1999)

Definice: Stav charakterizovaný zvýšeným rizikem, že dojde k porušení/nežádoucí změně kůže (DOENGES - MOORHOUSE, 2001).

Priorita: nízká

Plánování: CD - zabránění vzniku porušení kožní integrity a osvojení si návyků a technik péče o pokožku (oš. sestra, pacientka, do propuštění)

VK - nedojde ke vzniku porušení kožní integrity (do propuštění)

- pacientka bude mít dostatek informací, jak předcházet problémům suché pokožky a případného svědění (do propuštění)

- pacientka aktivně spolupracuje (do propuštění)

Intervence: - zpětnou vazbou zjistí, zda má pacientka dostatek informací a umí je prakticky využít (oš. sestra, do propuštění)

- sleduj pacientku, zda má dostatečný a pravidelný příjem tekutin (oš. sestra, průběžně)

Realizace: - edukovala jsem pacientku rozhovorem, demonstrací o nejvhodnější péči o suchou pokožku (oš. sestra, pacientka, denně)

- zpětnou vazbou jsem zjišťovala, zda a jak pacientka pečuje o suchá a svědivá místa na pokožce (oš. sestra, průběžně)

- promazávala jsem suchá místa pokožky, na nichž jsem demonstrovala výsledný efekt péče o pokožku, krémy a tělovými mléky (oš. sestra, denně)

- dbala jsem a dotazovala jsem se pacientky na denní příjem tekutin (oš. sestra, průběžně)

Vyhodnocení: Pacientka aktivně spolupracuje a úroveň znalostí se zvyšuje - cíl splněn.

Ošetrovatelská diagnóza potencionální č. 2

00003 Riziko nadměrné výživy (MAREČKOVÁ, 2006) v souvislosti se špatnými stravovacími návyky z důvodu soustředění příjmu potravy do pozdně odpoledních nebo večerních hodin, kdy jídlo je jako odpověď na vnitřní signály jiné než hlad, např. úzkost. Časté opakování držení různých diet a většinu konzumovaného jídla tvoří koncentrované vysokoenergetické potraviny s vysokým obsahem tuku.

Definice: Stav, kdy hrozí, že příjem živin převyší metabolické potřeby (DOENGES - MOORHOUSE, 2001).

Priorita: střední

Plánování: CD - slovně doložit chápání energetických potřeb (pacientka, do propuštění)

- uznat odpovědnost za vlastní chování a potřebu „jednat“, nikoli „reagovat“ na stresové situace (pacientka, do propuštění)
- udržovat tělesnou hmotnost na uspokojivé úrovni (pacientka, do propuštění) (DOENGES - MOORHOUSE, 2001)

VK - pacientka bude dostatečně edukována o nutnosti udržovat stálou tělesnou hmotnost (do 2 dnů)

- pacientka se aktivně zapojí do programu snižování hmotnosti (do konce hospitalizace)

Intervence: - rozeber s pacientkou držení různých diet, princip jo-jo efektu a onemocnění bulimií (oš. sestra, dietní sestra, průběžně)

- diskutuj s pacientkou o významu pohybové aktivity a relaxačních technik (oš. sestra, průběžně), (DOENGES - MOORHOUSE, 2001)

Realizace: - pacientce jsem vysvětlila princip metabolismu, kdy vynechávání jídel,

příjem stravy jednou denně, návštěva fast-foodů přispívá k nárůstu tělesné hmotnosti. Kdežto pravidelná strava šestkrát denně obsahující více bílého masa a zeleniny brání nárůstu tělesné hmotnosti (oš. sestra, průběžně).

- také jsem s pacientkou opakovala snižování hmotnosti pomoví různých diet, jejich vztah k jo-jo efektu a bulimii a jejich záludnost (oš. sestra, průběžně)
- edukovala jsem pacientku o vhodnosti výdeje energie cvičením, úpravou stravovacích návyků, příjmu tekutin a důležitosti spánku (oš. sestra, současně s předchozí realizací)
- opakovala jsem s pacientkou význam pohybu a odpočinku vzhledem k cílenému snížení hmotnosti (oš. sestra, do konce hospitalizace)
- motivovala jsem pacientku změnit stravovací návyky (např. jíst pravidelně a pomaleji, jídlo si upravovat vzhledově a na menších talířcích, což evokuje pocit velkého množství (oš. sestra, průběžně)

Vyhodnocení: Pacientka aktivně spolupracuje, dochází k prohlubování znalostí a osvojování si zdravějšího životního stylu. Pacientka chápe vliv své nadváhy na zdraví – cíl splněn.

Ošetřovatelská diagnóza potenciaální č. 3

00163 Ochota ke zlepšení výživy

Ošetřovatelská diagnóza potenciaální č. 4

00161 Ochota doplnit deficit vědomostí

6 DISKUSE

V literatuře jsem našla jen velmi málo prací, které by se zabývaly alespoň podobným tématem jakým já. Nemohu tedy výsledky dosažené v bakalářské práci porovnávat s konkrétním autorem. Co však mohu porovnat, jsou obecné principy ošetrovatelské péče.

Zjistíme-li klientovy potřeby, sestavíme-li jejich pořadí dle jeho priorit a v tomtéž pořadí se je budeme snažit uspokojovat, budou se nám vytýčené cíle v rámci ošetrování snáze plnit. Posílíme důvěru nemocného v naše ošetrovatelské intervence i realizace a zapojíme jej do léčebného procesu. Nezbytnou součástí péče je edukace klienta a kontrola zpětnou vazbou, zda pacient pochopil a umí využívat poskytnuté informace.

Předchozí odstavec je velmi stručným shrnutím mých zkušeností z každodenní práce všeobecné sestry na lůžkovém oddělení. Praxe mě neustále utvrzuje, že je zapotřebí umět dobře komunikovat s pacientem, vcítit se do jeho potřeb, umět mu odpovědět na jeho dotazy a vysvětlit nejasnosti týkající se ošetrovatelské péče.

Mnohdy toto vyžaduje značné úsilí a ne vždy se vše podaří ke spokojenosti všech, ale případné neúspěchy by neměly nikoho odradit, spíše by měly podnítit snahu zjistit, proč došlo k chybě a zamezit jejímu opakování.

ZÁVĚR

Chtěla jsem touto prací předestřít jeden z možných pohledů pacienta a zdravotnického personálu na problematiku komplexního ošetřování nemocného s biliární cirhózou. V příslušné části jsem popisovala příznaky onemocnění, se kterými klient navštíví svého lékaře. Některé známky této choroby jsem sama pozorovala, jiné jsem našla v odborné literatuře. Nemálo publikací podrobně popisuje projevy nemoci, stadia jaterní cirhózy a její léčbu.

Ošetřovatelský proces se však více či méně dotýkal „jen“ příznaků nemoci a péče o pacienta s těmito příznaky. Říkal, jak se sestra má postarat o nemocného po jednotlivých vyšetřeních i těch invazivních. Řešily se diagnózy z hlediska medicíny, nikoliv však z pohledu pacienta. Jak jsem se sama přesvědčila, neztotožňoval se vždy názor klienta na, zdravotnickým personálem, zvolenou prioritu ošetřovatelských intervencí.

Průběh každého onemocnění je mimo jiné ovlivněn samotným pacientem. Proto by měl být každý edukován jemu rozumnou formou o charakteru choroby, která se může nemoc vyvíjet při nedodržování léčebného režimu a naopak. K tomu, aby měla edukace úspěch je nezbytná důvěra pacienta v ošetřující personál. Jaká však asi tato důvěra může být, když se nezeptáme nemocného, co jej trápí a jaký jeho problém by si zasluhoval řešit co nejdříve. Sestavením ošetřovatelských diagnóz dle priorit pacienta jej přimějeme k aktivní spolupráci a alespoň k částečnému zapojení se do léčebného režimu.

Výše uvedené se mi osvědčilo nejenom u pacientky s biliární cirhózou, ale i u ostatních nemocných. Byla jsem šťastná, když jsem viděla, jak se pacient uzdravuje.

Seznam použité literatury

1. ADAMS, B.; HAROLD, C. E., 1999. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha : Grada Publishing, spol. s r.o., 1999. s. 488. ISBN 80-7169-893-8
2. ARCHALOUZOVÁ, Alexandra. XXXX. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Hradec Králové : Nucleus, XXXX. s. 99. ISBN 80-86225-33-X.
3. BUREŠ, Jan; HORÁČEK, Jiří, 2003. *Základy vnitřního lékařství*. Praha : Galén, 2003. s. 870. ISBN 80-7262-208-0.
4. ČIHÁK, Radomír. 2002. *Anatomie 2*. 2. upravené a doplněné vydání. Praha : Grada Publishing a.s., 2002. ISBN 80-547-0143-X.
5. EHRMANN, Jiří a kolektiv. 2003. *Ikterus- diferenciální diagnostika*. Vydání první. Praha : Grada Publishing a.s., 2003. ISBN 80-247-0506-0.
6. GANONG, F. William. 1995. *Přehled lékařské fyziologie*. Praha : H&H, 1995. ISBN 80-85787-36-9.
7. HULÍN, Ivan et al. 1998. *Patofyziológia*. 5. aktualizované a rozšírené vydanie. Bratislava : SAP, 1998. ISBN 80-88908-07-8.
8. KLENER, Pavel et al. 1999. *Vnitřní lékařství*. První vydání. Praha : Galén, 1996. ISBN 80-7262-007-X.
9. KLENER, Pavel a kolektiv. 1999. *Vnitřní lékařství II*. Praha : Informatorium, 1999. s. 228. ISBN 80-8673-76-9.
10. KOZIEROVÁ, Barbara a kolektiv. 1995. *Ošetrovatelstvo I*. První slovenské vydání. Martin : Osveta, 1995. s. 836. ISBN 80-217-0528-0.

11. MAREČKOVÁ, Jana. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Ostrava : Ostravská univerzita, 2006. s. 80. ISBN 80-7368-109-9.
12. MARILYNN, E. Doenges; MARY Frances Moorhouse. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Druhé, přepracované a rozšířené vydání. Z angl. orig. přel. Ivana Suchardová. Praha : Grada Publishing, spol. s r.o., 2001. s. 568. ISBN 80-247-0242-8.
13. MAŘATKA, Zdeněk s spolupracovníci 1999. *Gastroenterologie*. Vydání první. Praha : Karolinum, 1999. s. 504. ISBN 80-7184-561-2.
14. NEJEDLÁ, M. a kolektiv. 2004. *Ošetrovatelství III/1, pro 3. Ročník*. Praha : Informatorium, 2004. s. 248. ISBN 80-7333-030-X.
15. NĚMCOVÁ, Jitka; MAURITZOVÁ Ilona. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Plzeň : Maurea, s.r.o., 2009. s. 76. ISBN 978-80-902876-0-0.
16. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Vydání první. Praha : Grada Publishing a.s., 2006. s. 147. ISBN 80-247-1211-3.
17. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty I. (Interna)*. Praha : Grada Publishing a.s., 2007. s. 192. ISBN 978-80-247-1775-3.
18. TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv. 2001. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Druhé nezměněné vydání. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. s. 186. ISBN 80-7013-324-8.
19. TROJAN, Stanislav a kolektiv. 1996. *Lékařská fyziologie. 2. přepracované a rozšířené vydání*. Praha : Grada Publishing a.s., 1996. ISBN 80-7169-311-1.

Seznam použitých zkratk

- ANA – protilátky proti buněčnému jádru
- ALT – alaninaminotransferáza, enzym v jaterních buňkách, přenášející
v biochemických reakcích aminokyselinu alanin
- AST – aspartátaminotransferáza, enzym v jaterních buňkách, přenášející
v biochemických reakcích aminokyselinu aspartát
- CT – počítačová tomografie
- ERCP – endoskopická retrográdní cholecystopankreatikografie
- HBV – virová hepatitida B
- HCV – virová hepatitida C
- HDV – virová hepatitida D
- IgM – imunoglobulin třídy M
- JT – jaterní transaminázy, enzymy přenášející aminokyseliny v jaterních buňkách při
tvorbě bílkovin
- např. – například
- oš. sestra – ošetřující sestra
- UZ vyšetření – ultrazvukové vyšetření

Seznam použitých odborných výrazů

- Aneurysma – výduť, patologické rozšíření např. cévní stěny
- α_1 - antitrypsin – bílkovina tlumící aktivitu trypsinu
- Artralgie – bolesti kloubů
- Bilirubin – žlučové barvivo
- Biopsychosociální – zabývající se člověkem, jeho psychikou a začleněním do společnosti
- Centrilobulární – v centru lalůčku
- Diskomfort – neurčité potíže v zaživacím traktu bránící pohodě
- Empirický – založený na zkušenosti
- Erytém – červené zbarvení kůže způsobené rozšířením krevních cév a zvýšeným prokrvením
- Erytropoesa – vznik červených krvinek
- Etiologie – příčina nemoci
- Extrahepatální – mimo jaterní tkáň
- Fibrotizace – proces nahrazování funkční tkáně vazivem
- Fosfolipidy – lipidy obsahující ve své molekule zbytek kyseliny fosforečné, jsou základní součástí buněčných membrán
- Fulminantní průběh – rychlý průběh
- Galaktosémie – dědičná porucha přeměny galaktózy na glukózu. Galaktóza vzniká ve střevě z laktózy obsažené v mléce. Zvýšená koncentrace galaktózy pak způsobuje klinické příznaky onemocnění.
- Gastroenterologie – lékařský obor zabývající se onemocněním zaživacího ústrojí
- Glykogenózy – autozomálně recesivně dědičné choroby, způsobeny chyběním jednoho nebo více enzymů, které jsou potřeba při odbourávání glykogenu, jenž se hromadí v tkáních a orgánech
- Gynekomastie – zvětšení prsních žláz u mužů
- Hematom – krevní sraženina
- Hemochromatóza – geneticky podmíněný defekt metabolismu železa, kdy se železo nadměrně vstřebává ze střeva a hromadí se v parenchymových

orgánech (játra, slinivka, srdeční sval, žlázy s vnitřní sekrecí).

Hemolýza – rozpad červených krvinek, předčasný zánik červených krvinek

Hepatopatie – obecné označení pro jaterní chorobu

Hypalbuminémie – snížená hladina bílkoviny albuminu v séru

Hyperbilirubinémie – zvýšená hladina bilirubinu v krvi

Hypersplenismus – zvětšená slezina (splenomegalie) v kombinaci se snížením aspoň jednoho druhu krevních elementů. V kostní dřeni je zvýšeně produkován ten druh krevních elementů, který je ve sníženém počtu v periferní krvi.

Γ-globulin – krevní bílkovina

Cholelithiasa – žlučové kameny

Cholestáza – městnání žluči

Ikterus – žloutenka, žlutavé zbarvení kůže

Incidence – počet nově vzniklých případů daného onemocnění za jeden rok vztažený na určitý počet obyvatel

Intrahepatální – uvnitř jaterní tkáně

Intrakanalikulární – uvnitř kanálku

Katetrizace – cévkování

Klinický – týkající se kliniky ne teorie

Konjugovat – spojovat, typ biochemické reakce

Kyselina ursodeoxycholová – žlučová kyselina

Micela – shluk molekul povrchově aktivních látek

Model – abstrakce reálného objektu

Morfologie – stavba a tvar orgánu

Nespecifický – necharakteristický, příznak, který se vyskytuje u více nemocí

Nodulární přestavba - uzlovitá přestavba

Nosologická jednotka – nosologie, obor zabývající se tříděním a názvoslovím nemoci

Nukleární faktory – faktory umožňující vznik jader

Perimaleolární – v úrovni kotníků

Paraklinické vyšetření – mimo kliniku, laboratorní a přístrojová vyšetření

Patofyziologie – lékařský obor zabývající se studiem funkcí organismu a orgánů v nemoci

Porfyrie – skupina onemocnění s poruchou metabolismu porfyrinů, porucha

metabolismu hemu.

Posthepatální – za játry

Prehepatální – před játry

Prognóza – předpověď průběhu a zakončení nemoci

Pruritus – svědění

Retrogradně – zpětně, opačným směrem

Secernovat – vylučovat, produkovat sekret

UDP-glukuronyltransferáza – enzym, který provádí konjugaci bilirubinu, který se pak může v játrech dále metabolizovat.

Venookluzivní nemoc – trombotické uzavření konečných jaterních venul a lobulárních vén.

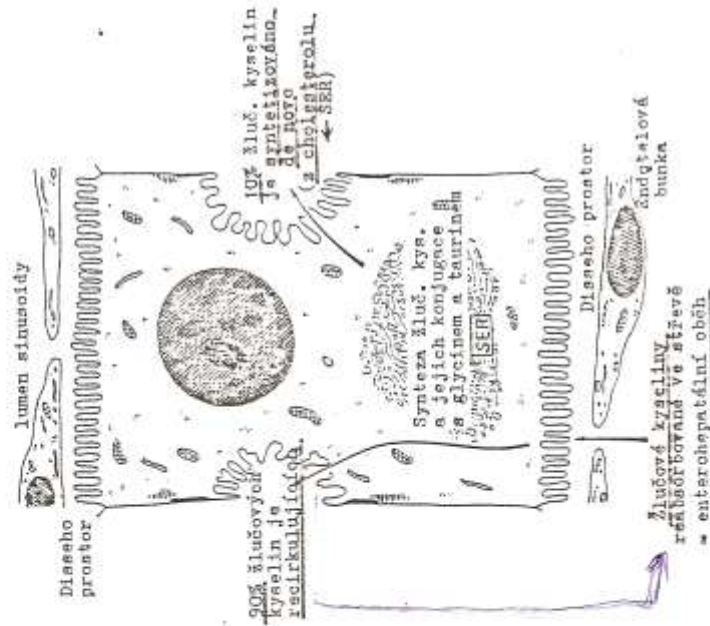
Wilsonova choroba – vzácné autozomálně dědičné onemocnění, je snížené vylučování mědi do žluči a porucha zapojení mědi do transportní bílkoviny ceruloplasminu.

Xantelasma – kožní útvar nažloutlé barvy, který obsahuje tukové látky. Bývá v okolí očí a víček.

Seznam příloh

Příloha A - Hepatocyt - exokrinní funkce - produkce žluči	I
Příloha B - Hepatocyt - exokrinní funkce - produkce bilirubinu	II
Příloha C - Jaterní trámec	III
Příloha D - Morfologické a funkční jednotky jaterní tkáně	IV
Příloha E - Jaterní sinusoida	V
Příloha F - Klasický jaterní lalůček = lalůček centrální vény	VI
Příloha G - Škála akutní bolesti	VII
Příloha H - Příznaky a objektivní nálezy u jaterní cirhózy	VIII
Příloha CH - Pugh-Childova klasifikace	IX
Příloha I - Příčiny intrahepatální cholestázy	X
Příloha J - Barthelové test všedních denních činností	XI

HEPATOCT - exokrinní funkce = produkce žluči < a. produkce žluč. kyseliny + solí, b. sekrece bilirubinu



Syntéza žlučových kyselin probíhá de novo pouze z 10% uk. množství na membráně SER z cholesterolu, zde také dochází k syntéze žlučových solí konjugací žlučových kyselin s glycinem a taurinem. Žluč = žluč. kyseliny + žluč. soli + žluč. pigmenty (M. bilirubin) + voda + elektrolyty

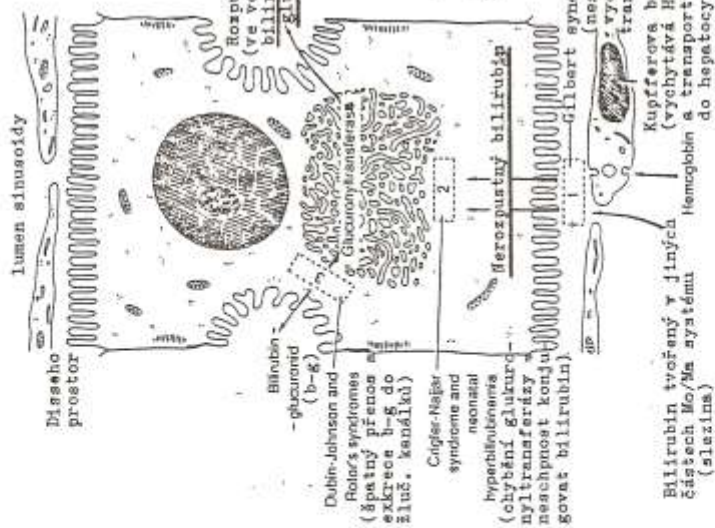
Příloha A - Hepatocyt - exokrinní funkce - produkce žluči

HEPATOCT - exokrinní funkce b. sekrece bilirubinu

(bilirubin + bílina-
din = žluté pigmenty)

Bilirubin (hl. z kve
přechytí ze sleziny)
je ve vodě nerozpustný
a toxický →
pomocí enzymu
GLUKURONYLTRANS-
FERÁZY je na uve-
středě SER konjugován
na rozpustný BILIRU-
BIN-GLUKURONID, který
je netoxický

na se hltá v ortě porušují filtrační
při. na reaktivy a ortě nepodléhají filtraci
glukuronid



Typickým příznakem všech uvedených syndromů je žloutenka, která vzniká hromaděním žlutého bilirubinu nebo b-g v krvi.
Jiná příčina ikteru = cholelithiasis, nádor ve žluč. cestách (nat.)
hemolýza = hemolytický ikterus
10-15 cholelithiasis

Příloha B - Hepatocyt - exokrinní funkce - produkce bilirubinu

JATERNÍ TRÁMEC

XIV. - 4

1-2 obměny

= trámec játerních sb. (hepatocytů),
opředený zorně játer. sinusoidami; hepatocyty -
mezi sebou uzavírají tzv. žlučové kapilary (= po-
cítka žluč. cest)

1) interlobul. žlučovod
(1 vrst. kubický
až cylindr. ep.
+ makro)

2) Herringovy
kanálky
(1 vrst. světlý
kubický ep.)

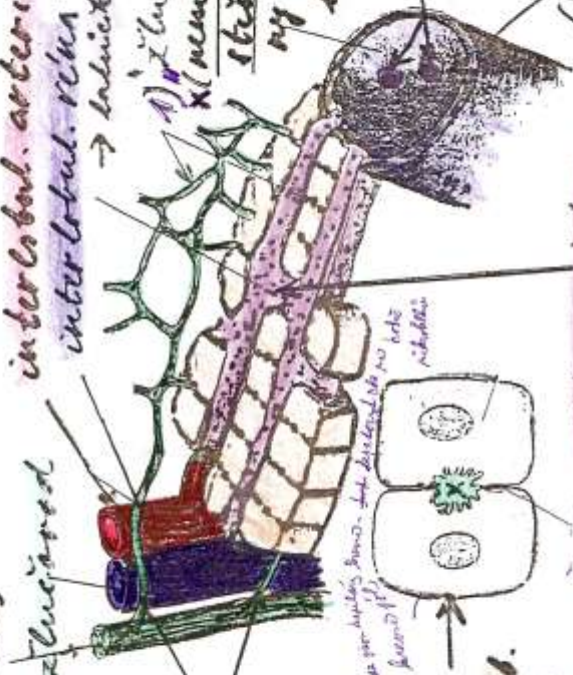
hepatocyty
(1-2 jádruší sb.
s prosvětlenou
cytoplasmou)

interlobul. arterie → kapilary
interlobul. vlna → d. v. b. buňky
→ lalúčkové vlny

1) žlučové k. a p. i. l. b. y
X) menší vlnatá
stěna chranič
ný plasmalemma
hepatocytů

V. centrální
(V. centralis)
(normální endo-
tel) - 1-2 vrst.
sinusoidy
fenestrování endotel
(= skupiny dvojných otvorů
+ díry - bez diafragmy)
- BM zcela chybí

Pozn.: V játer. lalúčku (klasickém) teče krev od
periferie směrem k centru; žluč. ve směru opačném

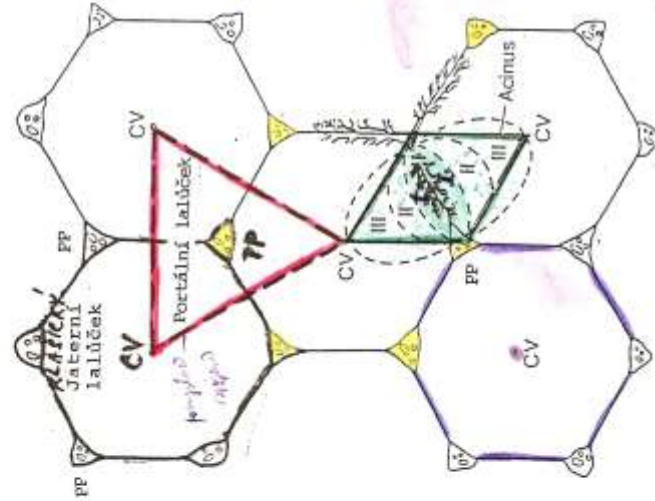


1-2 obměny
(giganta, mal, lalúčka)

PROSTŘÍLÍKOVÍ PESTIČE
TRISS
- Třída žag. vlnat
- lalúčkové sb.
(n. g. l. v. b. v. b. v. b.)
- interlobul. vlnat sb.
(n. g. l. v. b. v. b. v. b.)
- interlobul. vlnat sb.
(n. g. l. v. b. v. b. v. b.)
(n. g. l. v. b. v. b. v. b.)
(n. g. l. v. b. v. b. v. b.)

Příloha C - Játerní trámec

MORFOLOGICKÉ A FUNKČNÍ JEDNOTKY JATERNÍ TKÁNĚ



KLASICKÝ játerní lalůček
 (lalůček centrální vlny (CV))
 = přibližně šesti, velký,
 okružně uspořádaný → **portální**
prostor
 = ve středu je centrální vlna
 = morfologická jednotka játerní

PORTÁLNÍ lalůček

= v centru je **portální triada**
prostor / PP / s **portální triad**:
 • 1. interlobularis (z v. porty)
 • 2. interlobularis (z a. hepaticy)
 • interlobularní žláčovod
 = zde také začínají **lymfatické**

čevy; lymfa se v játrech tvoří se
 do okrajové části portobiliárního prostoru → arborizující
 cév portál. prostora → **lobul** → duct. thoracicus

JATERNÍ ACINUS = funkční jednotka - zároveň terminál-
 nívní větvení v. portae (ob. **interlobularis**) a a. hepaticae
 zobra I.: **nejlépe zobrazení** a **typickým**, proto nejvíce
 citlivá na **jýřek** nedostatku v krvi (ex. nitř. patol. stavů),
 ale také první v kontaktu s **toxickými látkami** a **poškození**
 (ob. zobra II.)

centrolabu-
 larum stentia
 (zobra II.)

I) **Acinus** - 2. a
 3. a 4. jýřek, **typický**
 s **portální** a **portální** a **portální**
 od **CV** - **PP** - **TP**
Acinus **portální**

II) **Portální lalůček**
portální **prostor** a **portální**
prostor a **portální** a **portální**
 I

III) **Portální lalůček**
portální **prostor** a **portální**
prostor a **portální** a **portální**
 I

Příloha D - Morfologické a funkční jednotky játerní tkáně

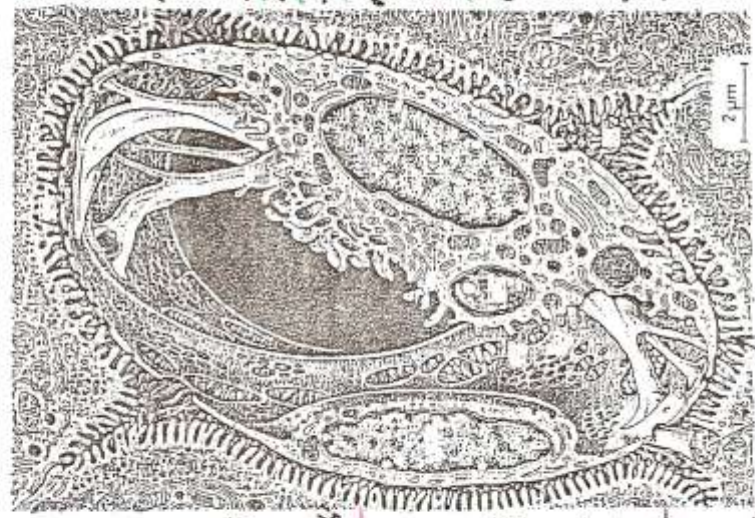
JATERNÍ SINUSOIDA

Endotelová
bunika

- velmi četné fenestrace se diafragmami (jádro řídké)
- + intercellulární otvory
- 3M granule (cykly)
- ⇒ velikost otvorů dovoluje přístup makromolekul (ale ne formovaných krv. elementů)
- v obou směrech: lumen sinusoidy ↔ disko-prostor ↔ hepatocyty

- endotel. sb. jma
anastomozující endotel

mikrobuly na povrchu hepatocytů (uvězněny do dírků prostoru)

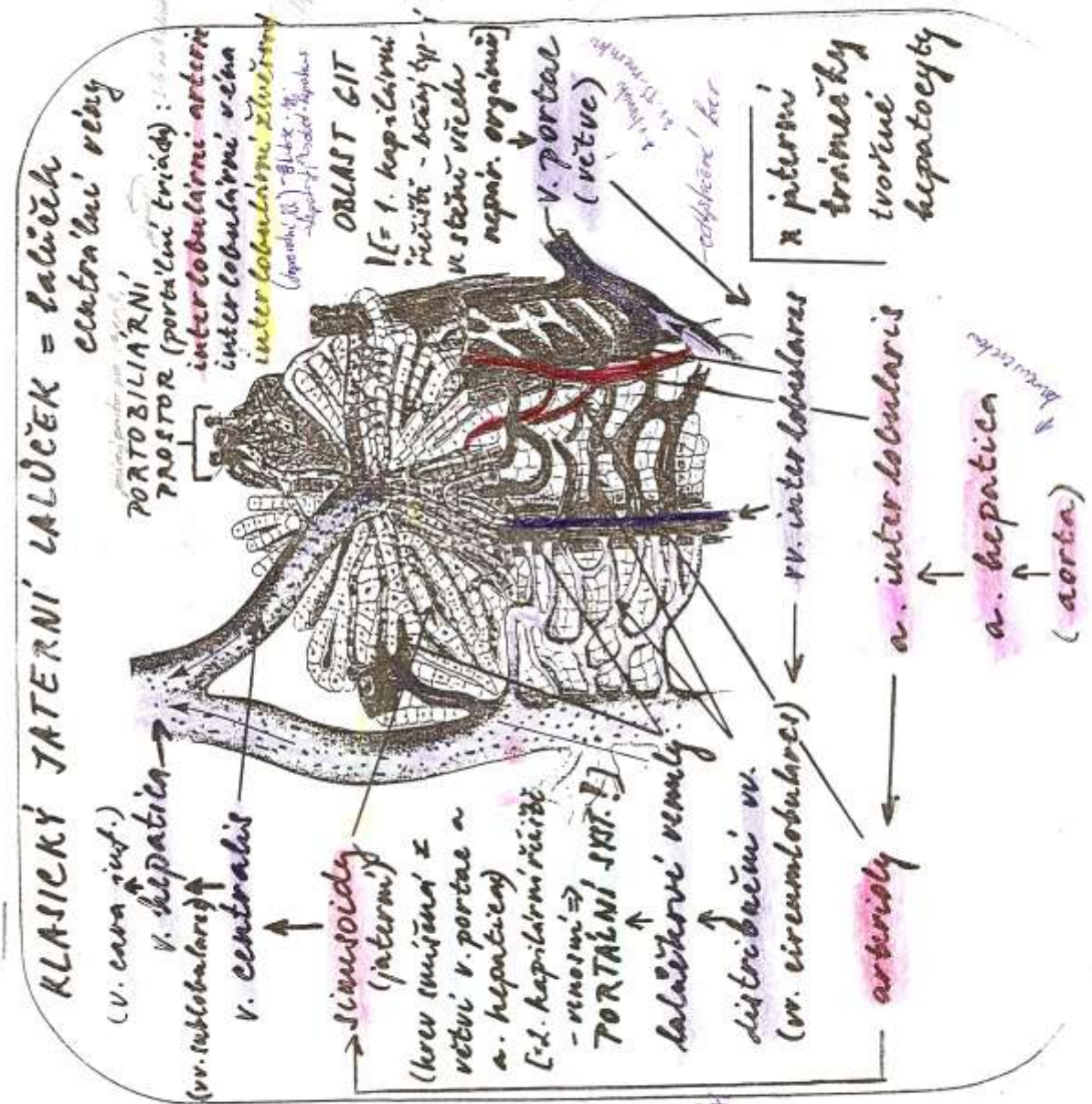


Kupfferova
bunika

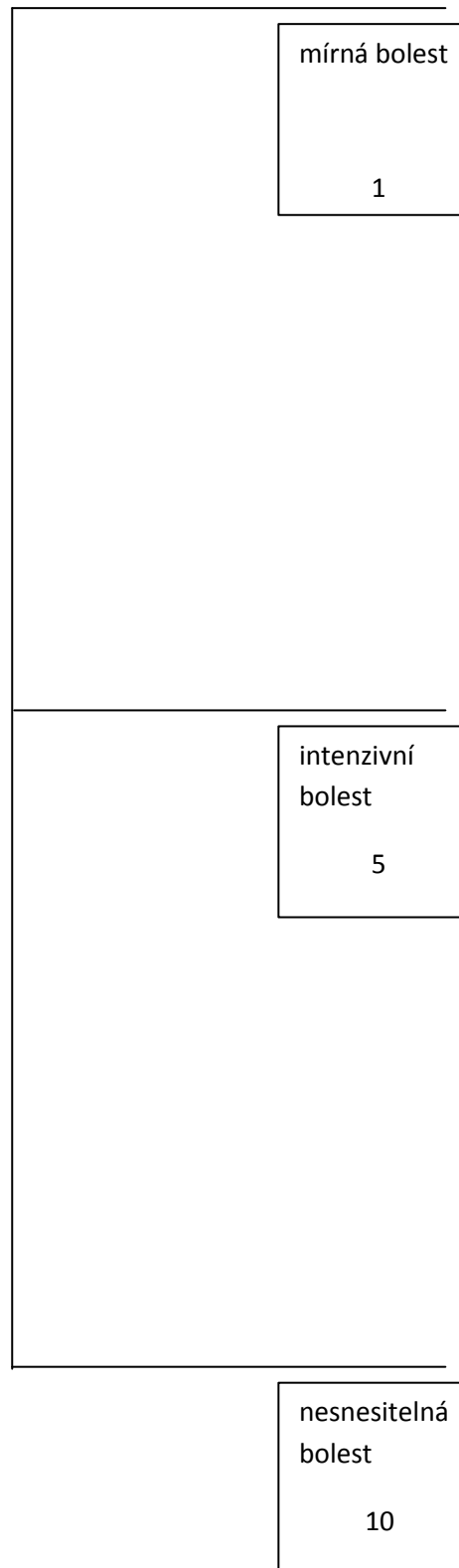
- = profesionální makrofág (MΦ/MΦ qd)
- podíl se na aktivaci přístavců a potkání erytrocytů z krve (tato fce je vystupňována 70 splenektomií)
- i degranulace: hemosiderin
- dlouhí, četné výběžky přichytnující sousední endotel. sb.

lezo - fagocyt
endotel - fenestrace
+ mikrobuly

- jsou součástí výstelky stěny sinusoidy, ale se soustředěním endotel. buněk není tvoří neticunická spojiva



Příloha F - Klasický játerní lalůček = lalůček centrální veny



Příloha G - Škála akutní bolesti

Příloha H - Příznaky a objektivní nálezy u jaterní cirhózy

Obecné příznaky	slabost, malátnost, únava, úbytek na váze, subfebrilie až teplota, nechutenství, foetor hepaticus
Ikterus	prehepatální ikterus, hepatální ikterus, posthepatální ikterus,
GIT příznaky	krvácení do GITu- jícnové, žaludeční, duodenální i rektální varixy, - gastropatie a kolopatie z portální hypertenze, - peptická vředová léze průjmy, meteorismus, flatulence, hepatomegalie, splenomegalie, ascites, caput medusae
Hematologické	anémie- z nedostatku folátu, hemolytické anémie, hypersplenismus trombocytopenie (petechie, ekchymózy), leukopenie, koagulopatie, DIC, hemosideróza
Endokrinní	hypogonadismus, příznaky ze zvýšení estrogenů: pavoučkovité névy, palmární erytém, gynekomastie, porucha metabolismu cukrů, sekundární hyperparatyreóza
Renální	sekundární hyperaldosteronismus, hepatorenální syndrom, renální tubulární acidosa
Kardiální	hypercirkulační stav
Plicní	primární plicní hypertenze, snížená O ₂ tolerance, hyperventilace, hydrothorax, hepatopulmonální syndrom
Neurologické	jaterní encefalopatie, periferní neuropatie: flapping tremor, nystagmus, ataxie, změny řeči, hyper- nebo hyporeflexie
Muskuloskeletální	redukce svalové hmoty, Dupuytrenova kontraktura, pupeční kýla, osteodystrofie
Jiné	změny na nehtech, exkoriace, hyperpigmentace, xantelazmata, xantomy, lakované rty, vyhlazený jazyk

Příloha CH - Pugh-Childova klasifikace

Ukazatel	A	B	C
Bilirubin v séru	< 40 $\mu\text{mol/l}$	40 - 50 $\mu\text{mol/l}$	> 50 $\mu\text{mol/l}$
Albumin v séru	nad 35 g/l	30 - 35 g/l	pod 30 g/l
Ascites	0	malý	větší, ale zvládnutelný
Změny CNS	0	lehké	až prekóma (i přechodně)
Výživa	normální	dobrá	špatná
Otoky	0	+/-	+
Předpokládaná pooperační úmrtnost v %	7	25	kolem 50
Přežití 5 let v %	kolem 50	28	17

Klener, 1999

Příloha I - Příčiny intrahepatální cholestázy

Akutní virové hepatitidy (B,C)
Primární biliární cirhóza
Chronická aktivní hepatitis
Primární sklerozující cholangitida
Jaterní cirhóza
Familiární cholestatické iktery
Steatóza jater
Alkoholické jaterní léze
Metastatické postižení jater
Ikterus těhotných
Granulomatózní procesy jater
Lékový ikterus

Klener, 1999

Příloha J - Barthelové test všedních denních činností

Činnost	Posouzení	
Příjem potravy a tekutin	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Koupání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Osobní hygiena	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Trvale inkontinentní	0
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Trvale inkontinentní	0
Použití WC	Samostatně	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Přesun na lůžko/židli	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
Chůze po rovině	Samostatně nad 50 m	15
	S pomocí 50 m	10
	Na vozíku	5
	Neprovede	0
Chůze - schody	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
CELKEM		

Hodnocení: 0 - 40 bodů = vysoce závislý
 45 - 60 bodů = závislost středního stupně
 65 - 95 bodů = lehká závislost
 100 bodů = nezávislý