

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCESU MENTÁLNĚ
RETARDOVANÉHO PACIENTA S AKUTNÍM ZÁNĚTEM
SLINIVKY BŘIŠNÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

VERONIKA PÍCHOVÁ

Praha 2017

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U MENTÁLNĚ
RETARDOVANÉHO PACIENTA S AKUTNÍM ZÁNĚTEM
SLINIVKY BŘIŠNÍ**

Bakalářská práce

VERONIKA PÍCHOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD. MPH. RS

Praha 2017



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.
se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00

Píchová Veronika
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

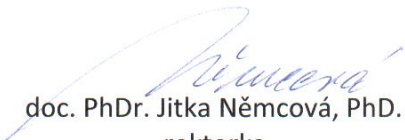
Na základě Vaší žádosti ze dne 21. 10. 2016 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u mentálně retardovaného pacienta s akutním
zánětem slinivky břišní

*Nursing Process of a Mentally Retarded Patient with Acute
Pankreatitis*

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD.

V Praze dne: 1. 11. 2016



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis 

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala doc. PhDr. Anně Mazalánové, PhD. MPH. RS za odborné vedení práce, poskytnutí cenných rad, za čas a připomínky, které mi věnovala. Byly mi přínosem při zpracování bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat pacientovi z chirurgického oddělení i celé jeho rodině. Mé dík patří též celému kolektivu zdravotnických pracovníků za skvělou spolupráci, která sloužila k vypracování mé bakalářské práce.

ABSTRAKT

PÍCHOVÁ, Veronika. *Ošetrovatelský proces u mentálně retardovaného pacienta s akutním zánětem slinivky břišní*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD. MPH. RS. Praha. 2017. 69 s.

Tématem této bakalářské práce je ošetrovatelský proces u mentálně retardovaného pacienta s akutním zánětem slinivky břišní. Práce je rozdělena na 2 části. Na teoretickou část a praktickou část. V teoretické části je popisována slinivka břišní, zánět slinivky břišní, jeho příčiny vzniku, klinický obraz, zobrazovací metody a jeho léčba.

Dále je popisována mentální retardace, její stupně, příčiny vzniku a prevence vzniku. Praktická část je věnována rozpracování ošetrovatelského procesu u mentálně retardovaného pacienta s akutním zánětem slinivky břišní. V práci jsou rozpracovány aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy dle Nanda taxonomie II. 2015-2017. U vybraných ošetrovatelských diagnóz je stanoven ošetrovatelský cíl, vytvořen plán ošetrovatelských intervencí, popsána realizace ošetrovatelských intervencí a na závěr jsou vyhodnoceny ošetrovatelské cíle.

Klíčová slova

Akutní bolest. Mentální retardace. Ošetrovatelská péče. Slinivka břišní.

ABSTRACT

PÍCHOVÁ, Veronika. *Nursing proces of a mentally retarded patient with acute pankreatitis*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD. MPH. RS. Prague. 2017. 69 pages.

The theme of this bachelor thesis is the nursing process with mentally retarded patients with acute pancreatitis. The work is divided into 2 parts. The theoretical and the practical part. The theoretical part described pancreas, the reason of inflammation, clinical features, methods of imaging and therapy. It is also described levels and causes of mental retardation and prevention.

The practical part is about development of the nursing process for mentally retarded patient with acute pancreatitis. In this thesis are elaborated current and potential nursing diagnoses according Nanda taxonomy II. 2015-2017. For selected nursing diagnoses is set the target. Next is created plan of nursing interventions, described the implementation of nursing interventions and at the end are evaluated nursing targets.

Keywords

Acute pain. Nursing care. Mental retardation. Pancreas.

.

OBSAH

ÚVOD.....	13
1. PATOFYZIOLOGIE ONEMOCNĚNÍ.....	15
1.1 ZÁNĚTY SLINIVKY BŘIŠNÍ.....	15
1.2 AKUTNÍ ZÁNĚT SLINIVKY BŘIŠNÍ.....	16
2. ETIOLOGIE.....	17
2.1 CHOLELITIÁZA.....	17
2.2 ALKOHOL.....	17
2.3 METABOLICKÉ PŘÍČINY	17
2.4 DALŠÍ PŘÍČINY.....	18
3. KLINICKÝ OBRAZ.....	19
3.1 ŠOKOVÝ STAV	19
4. DIAGNOSTIKA.....	20
4.1 ANAMNÉZA.....	20
4.2 KLINICKÝ OBRAZ V DIAGNOSTICE.....	20
4.3 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ	20
4.4 ZOBRAZOVACÍ METODY.....	21
5. TERAPIE	22
5.1 TERAPIE LEHKÉ FORMY ONEMOCNĚNÍ	22
5.2 TERAPIE TĚŽKÉ FORMY ONEMOCNĚNÍ.....	22
6. KOMPLIKACE	24
7. DIETNÍ OPATŘENÍ	26
7.1 ENTERÁLNÍ VÝŽIVA.....	26
7.2 PARENTERÁLNÍ VÝŽIVA	27
8. MENTÁLNÍ RETARDACE	28
8.1 DEFINICE POJMU MENTÁLNÍ RETARDACE.....	28
8.2 KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE.....	29
8.2.1 LEHKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE.....	29

8.2.2	STŘEDNĚ TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE	30
8.2.3	TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE	30
8.2.4	HLUBOKÁ METÁLNÍ RETARDACE.....	30
8.2.5	JINÁ MENTÁLNÍ RETARDACE.....	31
8.2.6	NESPECIFIKOVANÁ MENTÁLNÍ RETARDACE	31
8.3	PŘÍČINY MENTÁLNÍ RETARDACE	31
8.4	PREVENCE VZNIKU MENTÁLNÍ RETARDACE	32
9.	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U MENTÁLNĚ RETARDOVANÉHO PACIENTA S AKUTNÍM ZÁNĚTEM SLINIVKY BŘIŠNÍ.....	35
9.1	IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA	35
9.2	VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ	36
9.3	NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ.....	37
9.4	ANAMNÉZA.....	37
9.5	POSOUZENÍ AKTUÁLNÍHO ZDRAVOTNÍHO STAVU ZE DNE 2.9.2017 V 16:00 h.....	38
9.6	AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA.....	40
9.7	MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT	41
9.8	SITUAČNÍ ANALÝZA.....	45
9.9	STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA DOMÉN.....	46
9.10	AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	46
9.11	POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	55
9.12	ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	61
9.13	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	62
10.	ZÁVĚR.....	63
11.	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	64
	PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CRP	C-reaktivní protein
CT	počítačová tomografie
GIT	gastrointestinální trakt
ERCP	endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie
FF	fyziologické funkce
HIV	virus lidské imunitní nedostatečnosti
IQ	inteligentní kvocient
JIP	jednotka intenzivní péče
NGS	nasogastrická sonda
RTG	rentgen
TK	tlak krve
TT	tělesná teplota
USG	ultrasonografie

(VOKURKA, HUGO a kol., 2015)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abúzus- nadměrné užívání, nejčastěji alkohol, drogy

Exogenní- zevní, mimo lidský organismus

Endogenní- vnitřní, uvnitř lidského organismu

Hyperglykemie- zvýšená hodnota krevního cukru

Intravenózní- nitrožilní, aplikace do žíly

Letalita- smrtelnost

Leukocytóza- zvýšený počet bílých krvinek v krvi

Mortalita- úmrtnost

Oligofrenie- slabomyslnost, duševní zaostalost

Polytrauma- mnohočetné poranění postihující řadu orgánů lidského těla

Subnormalita- hodnota pod hranicí normálu

(VOKURKA, Hugo a kol., 2015)

ÚVOD

Existují tisíce nemocí, ale jen jedno zdraví.

Ludwig Börne

Bakalářská práce s tématem ošetrovateľský proces u mentálně retardovaného pacienta je zaměřena na rozbor onemocnění akutního zánětu slinivky břišní a mentální retardace. Akutní zánět slinivky břišní je velice vážný život ohrožující stav, jeho léčba je náročná a pro pacienta těžká. Dále je v práci popisována mentální retardace. Toto postižení je považováno za závažný lidský problém, proto sebou nese potíže pro nemocné, jak v osobním, v pracovním i společenském životě. Pacienti nedokáží žít plnohodnotný život, bez omezení.

V praktické části je komplexně rozebrán ošetrovateľský proces, jeho fáze, ošetrovateľské diagnózy tvořené dle Nanda Taxonomie II.

Také obsahuje:

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Seznámení s onemocněním akutního zánětu slinivky břišní

Cíl 2: Seznámení s onemocněním mentální retardace

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Vypracování ošetrovateľského procesu u mentálně retardovaného pacienta s akutním zánětem slinivky břišní

Cíl 2: Stanovení ošetrovateľských diagnóz dle Nanda Taxonomie II

Cíl 3: Naplnění stanovených cílů

Před specifikací zkoumaného problému a zahájením vyhledávací strategie byla prostudována **vstupní studijní literatura:**

Vstupní literatura

ČADILOVÁ, Věra, Hynek JŮN a Kateřina THOROVÁ. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2016. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: text pro posluchače zdravotnických oborů. 4. vydání*. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-905728-1-2.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-889-0.

TRNA, Jan a Zdeněk KALA. *Klinická pankreatologie*. Praha: Mladá fronta, 2016. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3902-4.

ZADÁK, Zdeněk a Eduard HAVEL. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2099-9.

Popis rešeršní strategie:

Pro vyhledávací strategii jsme si zvolili dvě metody. První metoda vyhledávání se zaměřila na rešerše Národní lékařské knihovny. Rešerše byla provedena za vyhledávací období let 2006 - současnost. Pomocí klíčových slov bylo zpracováno rešerše provedené v elektronických informačních zdrojích databází BMC, přičemž bylo dohledáno 64 dokumentů. Dokumenty v anglickém jazyce byly vyhledávány mimo rešeršní oddělení v NLK.

Druhá vyhledávací metoda byla pomocí on-line databází Linkos, Medvik, PubMed, Theses a Google scholar, kde byly zadávány rovněž klíčová slova.

1. PATOFYZIOLOGIE ONEMOCNĚNÍ

Slinivka břišní je žláza s vnitřní i vnější sekrecí. Do vnitřní sekrece řadíme Langerhansovy ostrůvky a jejich sekreci inzulínu a glukagonu, které jsou produkovány přímo do krve. Jejich hlavní funkcí je řízení hladiny krevního cukru (SLEZÁKOVÁ, 2007), (ELIŠKOVÁ, NAŇKA, 2015). Langerhansovy ostrůvky slinivky břišní jsou bohatě vaskularizovány. Krev z ostrůvků pak přechází do vena portae (vrátnicová žíla) a tím jsou produkty Langerhansových ostrůvků transportovány do jater (hlavního místa účinku inzulínu a glukagonu), teprve potom do systémové cirkulace (NEČAS a spol, 2009).

Do vnější sekrece řadíme většinu tkáně slinivky břišní, která produkuje pankreatické šťávy, které obsahují enzymy. Jejich hlavní funkcí je štěpení všech složek potravy. Vývod pankreatické části je na Vaterově papile (SLEZÁKOVÁ, 2007), (ELIŠKOVÁ, NAŇKA, 2015).

Vaterova papila

Vaterova papila je místo v duodenu, kde ústí žlučovod a vývod pankreatu. Vývod uzavírá Oddiho svěrač, který je tvořen hladkou svalovinou (MERKUNOVÁ, OREL, 2008).

1.1 ZÁNĚTY SLINIVKY BŘIŠNÍ

Od roku 1992 se používá Atlantská klasifikace pankreatitidy, která rozděluje záněty pankreatu podle délky jejich trvání, a to na akutní zánět (AP) a chronický zánět (CHP) slinivky břišní. Mezi další neméně časté druhy pankreatitidy patří např: postoperační pankreatitida, traumatická pankreatitida, infekční pankreatitida, nebo pankreatitida způsobená užíváním některých léků.

Záněty slinivky břišní jsou stále i v rozvinutých civilizačních zemích považovány za významný chirurgický problém. Jejich incidence onemocnění stále mírně stoupá v důsledku nadměrného konzumování alkoholu a špatného způsobu stravování (KOHOUT, LIŠKOVÁ, MENGEROVÁ, 2007).

I přes rozvoj medicíny patří záněty slinivky břišní mezi velmi závažný problém. Při léčbě onemocnění slinivky břišní je třeba spolupráce multidisciplinárního týmu, do kterého řadíme chirurga, onkologa, radiologa, gastroenterologa a další důležité osobnosti celého týmu, kteří pečují pacienta (TRNA, KALA a kol., 2016).

1.2 AKUTNÍ ZÁNĚT SLINIVKY BŘIŠNÍ

Akutní pankreatitida, dále jen AP je zánětlivé onemocnění slinivky břišní, které je svým průběhem zařazeno mezi náhlé příhody břišní. Může se vyvíjet jako lehká forma onemocnění- většina případů (80-90%) nebo jako těžká forma (10-20%). U AP záleží na rozsahu zánětlivého procesu na slinivce břišní. Trna, Kala a kolektiv uvádějí, že: *zánětlivá reakce někdy spontánně uhasne, jindy může pokračovat do nekrózy pankreatu nebo obklopující tukové tkáně* (TRNA, KALA a kol., 2016, s. 28). Lehká forma AP je spojená s minimální poruchou funkcí jednotlivých orgánů a její průběh směřuje k úplnému uzdravení, oproti tomu těžká forma AP je spojená s přítomností orgánového selhávání a vznikem komplikací. Návrat k uzdravení bývá delší a těžší (ZADÁK, HAVEL, 2007).

2. ETIOLOGIE

AP může být vyvolána řadou příčin, které způsobují předčasnou aktivaci pankreatických enzymů a následné poškození acinárních buněk pankreatu. Mezi nejčastější patří alkohol a cholelitiáza. Jako další můžeme uvést poranění slinivky břišní, nádor na slinivce břišní, působení některých farmak nebo toxických látek, trauma dutiny břišní, jako následek po provedeném vyšetření ERCP (Post ERCP) nebo např. metabolické příčiny, jako je hypertriglycerinemie, hyperkalcemie a další. (TRNA, KALA a kol, 2016).

2.1 CHOLELITIÁZA

Cholelitiáza je nejčastější onemocnění žlučníku a žlučových cest. V ČR je postiženo 20-30% obyvatelstva. Je považována za nejčastější příčinu AP, i když mechanismus vzniku je do jisté míry neobjasněn. Pankreatitida vzniká u 6-8% nemocných s cholelitiázou. Nejčastější období pro onemocnění biliární pankreatitidou je rozmezí mezi 40-70 rokem života. Pohlaví má také vliv na výskyt onemocnění. Ženy onemocní častěji, v poměru 3:1. Riziko vzniku AP je u nemocných s cholelitiázou až 30x větší než u ostatní populace (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007).

2.2 ALKOHOL

Alkohol je nejčastější příčinou u CHP, ale u AP hraje také velice významnou roli. U AP je účinek alkoholu na pankres nepřímý. Stimuluje acinární buňky k aktivaci neaktivních enzymů (ZADÁK, HAVEL, 2007).

Alkoholem způsobená pankreatitida se často projevuje jako spektrum, a to od jednotlivých epizod AP až k chronickým nevratným změnám. Často nastává u osob s těžkou konzumací alkoholu. Za těžkou konzumací alkoholu je považováno množství vyšší jak 50 g. za den, ale mnohdy je konzumované množství mnohem vyšší. O nemž se lze dočíst na: <https://gi.org/guideline/acute-pancreatitis/>

2.3 METABOLICKÉ PŘÍČINY

Akutní pankreatitida při hyperlipidémii, kdy je hypertriglyceridemie častým nálezem. První vyvolávající příčina je popsána u 1 až 10% pacientů. Sekundárně může být hypertriglyceridemie vyvolána požitím většího množství alkoholu, potravin

s vysokým obsahem tuků, hypothyreózou, podáváním estrogenů, retinolů. Také může být vyvolána těhotenstvím nebo diabetem mellitem.

2.4 DALŠÍ PŘÍČINY

Mezi další neméně časté příčiny AP patří traumatická akutní pankreatitida a akutní pankreatitida post ERCP. Traumatická AP nastává po poranění břicha, kdy vzniká tupé poranění břicha. Poranění vede ke kompresi slinivky břišní. Častá příčina vzniku je při dopravních nehodách. Může dojít ke zhmoždění slinivky břišní, až k její ruptuře (TRNA, KALA a kol., 2016). Post ERCP příčina může vzniknout během nebo po proběhlém vyšetření ERCP. Patří k nejčastějším komplikacím, které mohou vzniknout během nebo po této vyšetřovací metodě (KAPOUNOVÁ, 2007).

3. KLINICKÝ OBRAZ

AP je onemocnění s velmi pestrým klinickým obrazem. Charakteristickým příznakem je intenzivní bolest, která může vzniknout náhle nebo se postupně rozvíjet několika během hodin. Bolest bývá lokalizovaná od nadbříšku až po horní mezogastrium (krajina okolo pupku). Bolest je pacientem vnímána jako velice intenzivní, prudká a stála. Může vystřelovat až do zad. Břicho bývá vzdemuté a břišní stěna napnutá. Za úlevovou polohu je považována poloha vsedě, na boku s přitaženými koleny k břichu, či poloha na všech čtyřech. Naopak poloha zhoršující vnímání bolesti je poloha na zádech. Po požití jídla bolest zesiluje.

Dalším základním příznakem v první fázi onemocnění je nauzea a zvracení. Bývá velmi časté a intenzivní. Dále je objevuje zvýšená TT, která může dosahovat až na 39 °C, dech bývá zrychlen a tepová frekvence se pohybuje okolo 100/min. Mezi další příznaky tohoto onemocnění patří zástava střevní peristaltiky. Je způsobená únikem tekutiny do dutiny břišní, kde se organismus snaží zředit pankreatické enzymy (TRNA, KALA, 2016).

3.1 ŠOKOVÝ STAV

V těžkých případech akutní pankreatitidy dochází k rozvoji šokového stavu, který je doprovázen hypotenzí, tachykardií a také pocením. Jedná se o hypovolemický šok, který velmi často způsobuje renální insuficienci až ledvinové selhání. V podkoží se vzácně prezentují skvrny modravé barvy, které jsou nazývány jako Turnerovo znamení. Kolem pupku se objevují též skvrny modravé barvy nazývané jako Cullenovo znamení, které vzniká jako následek krváčení do retroperitonea (NAVRÁTIL a kol., 2008).

Při rozvoji tohoto stavu je nutná intenzivní péče na monitorovaném lůžku s nepřetržitou péčí. Je doplňován cirkulací oběh tekutin, podávána medikace a v případě potřeby i ventilační podpora ((TRNA, KALA, 2016).

4. DIAGNOSTIKA

Diagnostika AP během posledních dvou desetiletí zaznamenává veliký pokrok. Je založena na důkladné anamnéze, klinickém obrazu, laboratorních testech a zobrazovacích metodách. Vše musí být objektivní, bez emocí a vedlejších fenoménů.

4.1 ANAMNÉZA

Anamnéza je sběr informací z období předchorobí. Je to první krok ošetrovatelského procesu u daného pacienta. U AP je zaměřujeme hlavně na stravovací návyky, abúzus, stres, zaměstnání, užívané léky, alergie a v neposlední řadě i nynější potíže. Provádí se obvykle formou rozhovoru s pacientem. Pokud není pacient schopen, provádí se rozhovorem s doprovázející osobou. (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007).

4.2 KLINICKÝ OBRAZ V DIAGNOSTICE

Klinický obraz je souhrn subjektivních i objektivních příznaků dané nemoci. Prolíná se s anamnézou, kde pacient příznaky popisuje. Popisuje intenzitu, lokalizaci, dobu bolesti a vedlejší fenomény ze svých subjektivních potíží. Lékař vše objektivně hodnotí. Lékař také provádí fyzikální vyšetření pohledem (inspekce), poklepem (perkuse), poslechem (auskultace) a pohmatem (palpace).

4.3 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

U laboratorních vyšetření provádíme komplexní vyšetření biochemické, hematologické, včetně vyšetření moče. Zásadním vyšetřením pro určení diagnózy AP je vyšetření amyláz a lipáz v séru a v moči, které se při AP až ztrojnásobují. Ze zánětlivých parametrů je typická leukocytóza a zvýšená hladina CRP.

Amylázy v séru se navyšují v prvních 2-3 hodinách a při nekomplikovaném průběhu se vrací do normálu za 3-10 dní. Při těžké nekrotizující pankreatitidě dochází k rychlému poklesu amyláz a další komplikovaný průběh nemusí být spojen s jejich zvýšením. Amylázy v moči se objevují dříve než v plasmě. Glykemie také stoupá. Hyperglykemie se vyskytuje u 25-75% případů. Může být způsobena poklesem

cirkulujícího insulinu v důsledku zničení části Langerhansových ostrůvků (ZADÁK, HAVEL a kol., 2007).

4.4 ZOBRAZOVACÍ METODY

Nedílnou součástí diagnostiky AP jsou zobrazovací metody. Provádíme USG, CT, ERCP a RTG vyšetření. USG vyšetření provádíme zejména pro potvrzení nebo vyloučení biliární etiologie onemocnění. CT vyšetření provádíme pro zobrazení zánětlivého procesu na pankreatu a zobrazení celého pankreatu. ERCP je jedna z dalších metod pro potvrzení biliární AP, ale má význam i v léčbě, kde se odstraňuje příčina AP, a to odstranění zaklíněného žlučového kamene. RTG hrudníku a břicha je vyšetření, které by mělo být provedeno u každého pacienta s problémy v těchto oblastech. U diagnostiky AP má podpůrný význam (ZADÁK, HAVEL a kol., 2007).

5. TERAPIE

Akutní pankreatitida je rychle se rozvíjející onemocnění, a proto je důležitá co nejrychlejší pomoc nemocnému. Terapie se odvíjí od probíhané formy nemoci. V první řadě je nezbytná hospitalizace s nepřetržitým monitorováním FF a hodnocením klinického stavu. Dalším důležitým bodem v terapii AP je omezení perorálního příjmu potravy nahrazením intravenózním vyživováním pacienta. Dále zavedením NGS, antibiotickou léčbou, chirurgickou léčbou, léčbou endoskopickou a v neposlední řadě i léčbou vzniklých komplikací (BEGER, BUCHLER, 2011).

5.1 TERAPIE LEHKÉ FORMY ONEMOCNĚNÍ

Lehká forma AP má většinou mírný průběh bez výskytu komplikací. Je spojená s téměř nulovou mortalitou. Většina nemocných je oběhově stabilních a léčba probíhá nekomplikovaně. Je řešena konzervativní terapií.

Prvním základním krokem v terapii této formy AP je eliminace perorálního příjmu potravy a tekutin z důvodu utlumení pankreatické sekrece, která se stimulována orálním příjmem potravy. Za další neméně podstatné se považuje adekvátní hydratace nemocného. Hydratace je zajištěna intravenózním přísunem elektrolytů. Jako třetí důležitý krok je odstranění bolesti. Je důležitá pro zmírnění subjektivních obtíží nemocného, ale i pro eliminaci patologických reflexů vycházející z patologické tkáně. Používají se analgetika opiátové řady aplikovaných v pravidelných intervalech, vyjma morfinu pro jeho spatický účinek.

5.2 TERAPIE TĚŽKÉ FORMY ONEMOCNĚNÍ

Tato forma je řešena konzervativní a v některých případech i chirurgickou terapií. U této formy AP je nutná hospitalizace na JIP. Nemocný je bezprostředně ohrožen na životě selháním oběhu na podkladě hypovolemicko-distributivního šoku. U této formy jsou kladeny 3 základní cíle. Prvním cílem je zabránění selhání základních životních funkcí a orgánových systémů. Jako druhý cíl je zabránění infekce pankreatu a okolí. Třetím cílem je omezení rozvoje nekrotických procesů. Další neméně důležité kroky v léčbě jsou stejné jako u lehké formy s ohledem na stav pacienta a fázi onemocnění.

Těžkou formu AP charakterizují 2 fáze. Časná a pozdní fáze. Obě jsou spojené s letalitou. Při první fázi nastává toxicko-hypovolemický stav a k letalitě dochází důsledkem šoku. Druhá fáze je spojená s infekcí nektróz pankreatu. Chirurgická léčba sebou nese určité riziko pro pacienta, ale od počátku dvacátého století medicína v oblasti pankreatu značně postoupila, proto by se dalo říci, že riziko je menší, ale přesto stále značné. Obecně se provádí odstranění infikovaných nektróz pankreatu. Mohou být zaváděny stenty, drenáže nebo může být resekována část pankreatu (TRNA, KALA a kol., 2016).

6. KOMPLIKACE

Při AP může vzniknout celá řada komplikací, které se dělí na časné a pozdní.

Mezi časné komplikace patří krvácení. Krvácení z kapilár a malých žil není obvykle chirurgicky řešeno, jsou pouze doplňovány krevní ztráty transfuzemi. Krvácení z větších žil a tepen je velmi závažný stav a musí být chirurgicky řešen. Další komplikací je ischemie a obstrukce orgánu. Vzniká šířením zánětlivého procesu z pankreatu. Nejčastěji je postižen levý tračník. Dále se do spektra komplikací řadí perforace dutého orgánu. Tato komplikace je velmi vzácná, nastává velmi zřídka. Často bývá postižené střevo. Další je žilní trombóza, která postihuje lineární, horní mezenterickou a výjimečně i portální žílu.

Další komplikací je pankreatická pseudocysta. Pseudocysty komplikují akutní pankreatitidu zhruba v 10 až 20 % případů. Pseudocysty se vytvářejí opouzdřením akutní tekutinové kolekce a to v průběhu 4 až 8 týdnů. Pseudocysta se může šířit do přilehlých orgánů a orgánových systémů, jako je slezina, tenké a tlusté střevo nebo prostor mediastina. Její obsah se může infikovat, kdy vznikne infikovaná pseudocysta nebo infikovaný absces (TRNA, KALA a kol., 2016).

V těch nejtěžších případech akutní pankreatitidy dochází k rozvoji šokového stavu, který je doprovázen výraznou hypotenzí, tachykardií a také pocením. Jedná se o tzv. hypovolemický šok, který často způsobuje renální insuficienci až ledvinové selhání. V podkoží se objevují skvrny modravé barvy, které jsou nazývány jako Turnerovo znamení. V místě kolem pupku se nacházejí skvrny též modravé barvy, jež se nazývají jako Cullenovo znamení a vznikají jako následek krvácení do retroperitonea (NAVRÁTIL a kol., 2008).

Mezi další komplikace patří pleurální výpotky. Jsou diagnostikovány přibližně u jedné třetiny nemocných. Vznikají spíše u těžké formy AP. Projeví se volnou tekutinou v dutině břišní tzv: pankreatickým abscesem (KAPOUNOVÁ, 2007).

Mezi pozdní komplikace AP patří pankreatická píštěl. U AP patří mezi ty vzácnější komplikace. Objevuje se spíše u CHP, po traumatech a rozsáhlých výkonech na pankreatu. Pankreatická píštěl vzniká na základě zánětu pankreatické tkáně, kdy prorazí pankreatický vývod. Často je spojena s přetklakem ve vývodu. Trvajícím výtokem pankreatické šťávy je příčinou pankreatického ascitu (TRNA, KALA a kol., 2016), (ZADÁK, HAVEL a kol., 2007).

Mezi další komplikace AP může patřit multiorgánové selhání. Nastává až ve 20 % případů, zejména při těžké formě akutní pankreatitidy, která vyžaduje dlouhodobou hospitalizaci a náročnou terapii. V důsledku těchto komplikací také velmi výrazně vzrůstá mortalita, která se pohybuje v mezích od 10 do 30 % (TRNA, KALA a kol., 2016).

7. DIETNÍ OPATŘENÍ

Trna, Kala a kolektiv uvádějí, že: *enterální a parenterální výživa mají své nezastupitelné místo v nutriční podpoře i léčbě pacientů s těžkou akutní pankreatitidou* (TRNA, KALA a kol., 2016, s. 68).

AP vyžaduje dodržování přísných dietních opatření, která jsou hlavní léčebnou zásadou. Pankreatická dieta vykazuje zcela specifické postupy. Při tomto onemocnění platí, že v akutním stádiu pacient nesmí přijímat nic per os. V této fázi nesmí pacient přijímat žádnou stravu a to jak perorální cestou, tak ani prostřednictvím žaludeční či duodenální sondy. Při zlepšení celkového stavu a při obnovení střevní pasáže mohou začít nemocní přijímat per os nejdříve tekutiny, dále mohou být podávány suchary nebo starší pečivo. Postupně se přechází na pankreatickou dietu (SVAČINA a kol., 2008).

Stádia pankreatické diety

- I. Stádium- nic per os, plná parenterální výživa
- II. Stádium- natupuje asi 3 den od akutního stavu, pac. postupně dostává čaj, sacharidové potraviny, hlenové polévky, odvar z rýže nebo ovesných vloček, vodová bramborová kaše. Vše je bez příměsi koření a ve stavu kašovitém.
- III. Stádium- nastupuje 12-15 den od akutního stavu. Pacient postupně dostává piškoty, ovocné šťávy, těstoviny, mleté krůtí a kuřecí maso, netučný tvaroh, mrkev, petržel, banán. Vše je stále bez příměsi koření a ve stavu kašovitém.
- IV. Stádium- pomalý přenus na dietu 4S, po-té 4

7.1 ENTERÁLNÍ VÝŽIVA

Enterální výživa je způsob podávání výživy do trávicího traktu nemocného. Mezi indikace patří např: mentální anorexie, léčebná výživa a další. Mezi kontraindikace patří náhlé příhody břišní, krvácení v GIT a další. Mezi výhody podávání patří fyziologický přísun živin, zachovalá funkce trávicího systému a nižší finanční náklady oproti parenterální výživě. U akutní pankreatitidy se podává až po odeznění akutního stádia (KŘÍŽOVÁ, KŘEMEN, KOTRLÍKOVÁ, SVAČINA, 2014).

7.2 PARENTERÁLNÍ VÝŽIVA

Parenterání výživa je způsob podávání stravy mimo trávicí trakt. Podává se do krevního řečiště pacienta. Mezi indikace patří nemoci žaludku, střev, těžké záněty, polytrauma a mnoho dalších. V dnešní době se ve většině případů při podávání této stravy používá systém ALL IN ONE (GROFOVÁ, 2007).

Systém all in one se používá ve dvou formách:

I. Režimový systém

Vhodný tam, kde lékař používá směs, která vyhovuje individuálně nemocnému, pokud jde o jeho nutriční potřebu, typ onemocnění a konkrétní situaci. Tento typ vaků se připravuje individuálně pro každý den a každého pacienta dle ordinace lékaře.

II. Univerzální směs

Je vhodná pro parenterální výživu u nemocných, kteří jsou ve stabilizovaném stavu. Jejich výhodou je, stále složení může se připravit více vaků najednou dle dlouhodobého schématu. Do této kategorie spadají i vícekomorové vaky, kde se obsah smísí těsně před podáním.

Výhodou systému all in one je rovnoměrné podávání, snížení výskytu metabolických komplikací jako např: hyperglykemie, minimální manipulace s celým systémem a tím snížení rizika sepse, snížení finančních nároků, jednodušší zacházení, menší spotřeba materiálu při používání jednotlivých lahví a úspora času ošetřujícímu personálu (ZADÁK, HAVEL a kol., 2007).

8. MENTÁLNÍ RETARDACE

Lidé s mentální retardací tvoří jednu z nejpočetnějších skupin všech postižených. Počet postižených v ČR i ve světě stále stoupá. Diskutabilním tématem je, jestli to je a nebo není zapříčiněno pouze kvalitnější evidencí, přestože není úplná. V našich podmínkách brání úplné evidenci dodržování lékařského tajemství a lékaři nejsou povinni informovat organizace zajímající se o tuto problematiku o přesném počtu evidovaných nemocných. Přesný údaj není uváděn, ale z mnoha zdrojů je patrné, že v ČR žije okolo 300 000 osob s mentální retardací.

Stoupající počet mentálně retardovaných patří za vděk také pediatrům, kteří pečují o novorozce a stále snižují kojeneckou úmrtnost. Intenzivní medicína se stále zdokonaluje a dává životy dětem i dospělým, kteří by dříve nepřežívali (ŠVARCOVÁ, 2011).

8.1 DEFINICE POJMU MENTÁLNÍ RETARDACE

V současné době existuje v literatuře velké množství definic mentální retardace, neboli mentálního postižení. Jedna z definicí hovoří o mentální retardaci jako o duševním zpomalení nebo zaostávání. Poukazuje na opoždění vývoje rozumových schopností a částečné nebo úplné omezení schopností vykonávat některé činnosti (LEČBYCH, 2008).

Člověk, u něhož je diagnostikována mentální retardace, musí splňovat následující tři kritéria:

- 1) *úroveň rozumových schopností (IQ) je pod úrovní 70 bodů*
- 2) *člověk musí mít na dané vývojové úrovni zřetelné problémy v přizpůsobení se nárokům běžného života- v předškolním věku se jedná zejména o komunikační, senzomotorické a sebeobslužné dovednosti, ve školním věku dochází k selhávání ve školních dovednostech a v dospělosti je omezena nebo znemožněna schopnost samostatného života*
- 3) *jedná se o poruchu vrozenou, která je u dané osoby přítomna již od dětství, při správné diagnóze dochází ke zlepšení pouze v rámci*

základního handicapu (ČADILOVÁ, JŮN, THOROVÁ a kol., 2007, s. 26-27).

8.2 KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE

Jednotlivé stupně mentální retardace se vyjadřují pomocí inteligenčního kvocientu, dále jen IQ (LEČBYCH, 2008).

Pro klasifikaci se v současné době používá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která vstoupila v platnost od roku 1992. Podle této klasifikace se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace a nespecifikovaná mentální retardace (ŠVARCOVÁ, 2011, s. 37).

8.2.1 LEHKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE

Do této kategorie se řadí většina osob s mentální retardací. Je diagnostikována u 80-85% postižených. IQ u těchto postižených se pohybuje mezi 50-69. Je uváděno, že většina postižených dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči a v praktických domácích dovednostech. Vývoj těchto schopností bývá o mnoho pomalejší, jak u zdravých jedinců. Potíže se obvykle objevují při teoretické práci ve škole. Vzdělávací program nejsou schopni zvládat a nejsou schopni udržet tempo učení s ostatními dětmi. Většina postižených mají problémy se čtením a psáním. Jejich mentální věk se pohybuje na úrovni 10-11 let.

Většinu těchto jedinců lze zaměstnat prací, která vyžaduje spíše praktické než teoretické dovednosti. U těchto jedinců se mohou individuálně projevat i přidružené nemoci, jako je autismus, epilepsie, poruchy chování, tělesná postižení a mnoho dalších. Tato diagnóza zahrnuje slabomyslnost, lehkou mentální subnosmalitu a lehkou oligofrenii (dříve označovanou jako debilitu) (ŠVARCOVÁ, 2011), (ČADILOVÁ, JŮN, THOROVÁ, 2007).

8.2.2 STŘEDNĚ TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE

Je diagnostikována u 10% postižených. IQ u těchto postižených se pohybuje mezi 35-49. Do této skupiny mentálně postižených patří jedinci s opožděným rozvojem chápání a užívání řeči. Také je velmi omezena soběstačnost a manuální zručnost. Jejich mentální věk se pohybuje na úrovni 4-8 let. Při kvalifikovaném pedagogickém vedení jsou schopni si osvojit základy čtení, psaní a počítání. Jsou zařazováni do specializačních, individuálních vzdělávacích programů.

V dospělosti jsou obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci pod odborným dohledem. Pouze zřídka je možný samostatný život. Postižení bývají plně mobilní a fyzicky aktivní. Tato diagnóza zahrnuje středně těžkou mentální subnormalitu a středně těžkou oligofrenii (dříve označovanou jako imbecilitu) (ŠVARCOVÁ, 2011), (ČADILOVÁ, JŮN, THOROVÁ, 2007).

8.2.3 TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE

Je diagnostikována u 5% postižených. IQ u těchto postižených se pohybuje mezi 20-34. Do této skupiny mentálně postižených patří jedinci s velmi značnou poruchou motoriky, která se dá kvalifikovanou rehabilitační a pedagogickou péčí rozvíjet. Jejich mentální věk se pohybuje na úrovni 18 měsíců-3,5 let. Tato diagnóza zahrnuje těžkou mentální subnormalitu a těžkou oligofrenii (ŠVARCOVÁ, 2011), (ČADILOVÁ, JŮN, THOROVÁ, 2007).

8.2.4 HLUBOKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE

Je diagnostikována u 1% postižených. IQ u těchto postižených je pod 20. Do této skupiny mentálně postižených patří jedinci, kteří jsou velmi omezeni porozumět řeči a nejsou schopni verbální komunikace. V některých případech jsou postižení schopni neverbální komunikace (úsměv, pláč).

Většina postižených je imobilních, zcela závislých na péči druhé osoby. Vyžadují neustálý dohled a pomoc. U těchto jedinců je snaha o rozvoj motoriky a hlasového projevu. Jejich mentální věk je pod hranicí 18 měsíců. Tato diagnóza zahrnuje hlubokou

mentální subnormlitu, hlubokou oligofrenii (dříve označovanou jako idiocii) (ŠVARCOVÁ, 2011), (ČADILOVÁ, JŮN, THOROVÁ, 2007).

8.2.5 JINÁ MENTÁLNÍ RETARDACE

Tato skupina zahrnuje postižené s přidruženým somatickým nebo senzorickým postižením. Např: u nevidomých, neslyšících, nemluvících nebo u jedinců s těžkými poruchami chování, autismem nebo u těžce tělesně postižených osob, kdy je zařazení do kategorie podle standartních metod téměř nemožné.

8.2.6 NESPECIFIKOVANÁ MENTÁLNÍ RETARDACE

Toto označení je používáno u postižených v případě, kdy je mentální retardace prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možné postiženého zařadit do některé z výše uvedených skupin (ŠVARCOVÁ, 2011), (ČADILOVÁ, JŮN, THOROVÁ, 2007).

8.3 PŘÍČINY MENTÁLNÍ RETARDACE

K mentální retardaci může vést celá řada různorodých příčin. Je však dokázáno několik endogenních a exogenních příčin a vlivů. Endogenní příčiny vznikají již v pohlavních buňkách, jejichž spojením vzniká nový život. Tyto příčiny jsou souhrně nazývány jako genetické vlivy.

Exodenní faktory působí již od početí, v průběhu celého těhotenství, porodu, poporodním období i v období raného dětství. Tyto faktory se dělí na prenatální (působící od početí do narození), perinatální (působící těsně před, během a těsně po porodu) a postnatální (působící po narození a v raném dětství).

Mezi nejčastěji uváděné příčiny patří:

- Infekce a intoxikace (např: toxoplazmóza, pásový opar, zánět mozku, otrava olovem, toxemie matky)

- Následky úrazů nebo fyzikálních vlivů (např: mechanické poškození mozku při porodu, novorozenecká hypoxie, postnatální poranění mozku, hypoxie plodu)
- Poruchy výměny látek, růstu nebo výživy (např: mozková lipoidóza, fenylketonurie, glykogenóza)
- Následky nemocí způsobených nespecifickými prenatalními vlivy (např: vrozený hydrocefalus, mikrocefalie, kraniosostenóza)
- Nezralost plodu (např: nezralost novorozence)
- Psychosociální deprivace (např: stavy se snížením intelektu vlivem nepříznivých sociokulturních podmínek)
- A mnoho dalších (ŠVARCOVÁ, 2011), (ČADILOVÁ, JŮN, THOROVÁ, 2007).

8.4 PREVENCE VZNIKU MENTÁLNÍ RETARDACE

Prevence vzniku mentální retardace se dělí na 2 skupiny. Primární prevence a sekundární prevence. Do primární prevence patří zamezení vzniku fyzické, intelektové, smyslové nebo fyzické vady. Do sekundární prevence patří opatření, aby vzniklá vada nezpůsobila trvalé funkční omezení nebo postižení.

Spektrum příčin vzniku je velmi široké a proto je velmi obtížné najít i účinnou prevenci, proto Mezinárodní liga společnosti pro mentálně postižené formulovala desatero zásad, jejichž dodržováním lze možnost vzniku mentálního postižení omezit:

- 1) *Žena by měla navštívit lékaře nejméně tři měsíce před plánovaným otěhotněním. Na základě zjištění aktuálního zdravotního stavu jí může lékař doporučit různá opatření podporující narození zdravého dítěte (očkování, dieta, vitamíny)*

- 2) *Nastávající matka by měla jíst správnou stravu. Správná strava je podstatně důležitá jak pro matku, tak pro její dítě. Strava by měla být rozmanitá a měla by obsahovat maso, ryby, zeleninu, ovoce, chléb, obiloviny a mléčné výrobky.*
- 3) *V průběhu těhotenství by měla žena úplně zamezit pití alkoholických nápojů, chce-li se vyvarovat postižení plodu způsobené alkoholem. Pije-li matka alkohol, pije ho s ní i dítě.*
- 4) *Včas se chránit očkováním zejména proti zarděnkám a hepatitidě typu B, které mohou dítě ohrozit. Je vhodné i přeočkování proti spalničkám, pokud nebylo u matky provedeno již v dětsém věku.*
- 5) *Nekouřit. Kouření může bránit normálnímu růstu dítěte již v děloze. Může omezit vývoj, snížit porodní váhu a vyvolat náchylnost k onemocnění v prvních kritických týdnech života dítěte.*
- 6) *Navštívit genetickou poradnu, která odhalí případné ohrožení těhotenství. Mnoho nemocí a chorobných stavů postihujících novorozence je způsobeno defektními geny nebo chromosomy zděděnými po předcích. Návštěva genetické porady je nezbytně nutná, pokud je nastávající matce více než 35 let nebo má-li některý z partnerů v rodině genetický defekt, či v případě, kdy matka měla několik potratů či mrtvě narozené dítě.*
- 7) *Vyvarovat se užívání léků vyjma těch, které předepíše ošetřující lékař. Léky předepsané před započetím těhotenství užívat jen po konzultaci s ošetřujícím lékařem.*
- 8) *Dát si pozor na RTG záření. V případě těhotenství může být dítě paprsky poškozeno, pokud by jim bylo vystaveno.*
- 9) *Vyhýbat se infekčním nemocem. Mnoho infekčních chorob, jsou-li získány v těhotenství, mohou způsobit dítěti vážnou újmu. Sexuálním stykem přenosné*

choroby mohou poškodit mozek dítěte nebo způsobit i jeho smrt. HIV infekce matky může být přenesená na dítě.

- 10) *Pravidelně navštěvovat svého lékaře. Odpornou lékařskou péčí nelze ničím nahradit. Některé abnormality je možné včas odhalit. Odbornou péčí je někdy možné upravit nebo alespoň snížit jejich výskyt (ŠARCOVÁ, 2011, s. 43-44).*

9. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U MENTÁLNĚ RETARDOVANÉHO PACIENTA S AKUTNÍM ZÁNĚTEM SLINIVKY BŘIŠNÍ

Ošetřovatelský proces definujeme jako logický, systematický přístup ke komplexní péči o pacienty. Jeho cílem je prevence, zmírnění problémů či jejich odstranění v oblasti potřeb nemocného. Vychází z hodnocení potřeb nemocných (KELNAROVÁ a kol., 2009).

Ošetřovatelský proces se skládá z pěti kroků. Prvním krokem je sběr informací. Informace můžeme získávat od samotného pacienta, od rodiných příslušníků, od doprovázející osoby na základě rozhovoru, dále ze zdravotnické dokumentace, pozorováním a fyzikálním vyšetřením pacienta. Druhým krokem je analýza nasbíraných informací a stanovení ošetřovatelských diagnóz. Třetím krokem je plánování ošetřovatelské péče. Stanovujeme se plán a následný cíl ošetřovatelské péče. Čtvrtým krokem je realizace naplánovaných intervencí a plnění naplánovaných cílů. Posledním krokem je zhodnocení celé ošetřovatelské péče, zda se cíle podařilo naplnit a jsou vyřešeny ošetřovatelské problémy, pokud ne, je třeba cíle upravit a ošetřovatelský proces realizovat znovu (BUŽGOVÁ, PLEVOVÁ, 2011).

9.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA

Pacientka i doprovázející osoba byly informovány o záměru využití stanovené diagnózy a následného průběhu léčby ke studijním účelům a souhlasili se zpracováním údajů za předpokladu anonymizace osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.

Tabulka 1 Identifikační údaje nemocného

JMÉNO A PŘÍJMENÍ: P. P	ZAMĚSTNÁNÍ: inval. důchodce
POHLAVÍ: muž	NÁRODNOST: česká
VĚK: 38 let	ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA: 111
DATUM NAROZENÍ: 10. 9. 1979	KONTAKTNÍ OSOBA: matka
BYDLIŠTĚ: Pelhřimov	DATUM PŘIJETÍ: 2. 9. 2016 10:00 H.
STAV: svobodný	PŘÍJMOVÁ DIAGNÓZA: R 10.4

Zdroj: Zdravotnická dokumentace pacienta

MEDICÍNSKÁ DIAGNÓZA HLAVNÍ: R 10.4- bolesti břicha

MEDICÍNSKÉ DIAGNÓZY VEDLEJŠÍ: F 70- lehká mentální retardace

G 40.8- sekundární epilepsi

Z 88.1- alergie na unasyn

DŮVOD PŘIJETÍ UDÁVANÝ PACIENTEM:

„ Od včerejška mě bolelo břicho, tak mě máma přivezla do nemocnice“

9.2 VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

Tabulka 2: Vitální funkce při přijetí

TK: 130/75 mmHg	HMOTNOST: 114 kg.
P: 90/ min.- pravidelný	BMI: 34,04
TT: 38,2 °C	STAV VĚDOMÍ: v místě orientovaný, v čase lehká dezorientace. Ví kde bydlí, také ví proč je v nemocnici.
D: 18/ min.	POHYBLIVOST: úplná, plně mobilní
VÝŠKA: 183 cm.	KREVŇÍ SKUPINA: A, Rh +

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta

9.3 NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ

Pacient s lehkou mentální retardací a sekundární epilepsií přijat pro bolesti břicha v mesogastriu. Od včerejšího večera ho pobolívá břicho, v noci se bolesti stupňovaly, proto ho dnes matka přivezla na chirurgickou ambulanci. Zvracel 1x. Odeslán k hospitalizaci na JIP chirurgického oddělení.

9.4 ANAMNÉZA

Celá anamnéza prováděna formou rozhovoru s pacientem a doprovázející osobou (matkou).

- Osobní anamnéza

Při porodu hypoxie-důvod lehké mentální retardace. Porod byl protražovaný, došlo k hypoxii. Matka začala pozorovat změny okolo 6 měsíce života. V dětství běžné dětské nemoci, úrazy žádné.

- Rodinná anamnéza

Matka zdravá, otec zemřel ve věku 60 let na cévní mozkovou příhodu, sourozence nemá. Prarodiče bez vážnějších nemocí.

- Alergologická anamnéza

Alergie na unasyn. Jiné alergie neudává.

- Abúzy

Alkohol příležitostně, udává 2 piva za týden. Káva černá 1x denně. Nekuřák.

- Léková anamnéza

Tabulka 3: Léková anamnéza

VALPROAT CHRONO 500 mg. 1-0-1	AMISULPRID 200 mg. 0-0-1
BISTON 1-1-1	LAMOTRIGIN 50 mg. 0-0-1
LISKANTIN 250 mg. 1-1-1	LAMOTRIGIN 100 mg. 1-0-0
TISERCIN 25 mg. 1-1-1	ASENTRA 50 mg. 1-0-0

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta

- Sociální anamnéza

Žije pouze s matkou, ta se o něj stará a pomáhá mu. Sourozence nemá. Žije v panelákovém bytě 2+1, kde má svůj vlastní pokoj. S rodinnou má dobré vztahy, rád navštěvuje celou rodinu, kamarády a známé.

Mezi jeho záliby patří jízda na kole, vaření, procházky se psem, sledování televize. Ve volném čase navštěvuje chráněné dílny, kde se rád zapojuje do manuálních prací.

Svéprávnost omezená. Opatrovníkem je matka.

9.5 POSOUZENÍ AKTUÁLNÍHO ZDRAVOTNÍHO STAVU ZE DNE 2.9.2017 V 16:00 h.

HLAVA A KRK

Subjektivní údaj: „Hlava ani v krku mě nebolí“.

Objektivní údaj: Hlava normocefalická, na poklep nebolestivá. Spojivky růžové, bez známek zánětu. Oči ve středním postavení, adekvátně pohyblivé. Oči, uši, nos bez výpotku a deformit. Rty jsou růžové, přiměřeně hydratované. Jazyk plazí středem. Chrup kompletní. Lymfatické uzliny nezvětšené.

HRUDNÍK A DÝCHACÍ SYSTÉM

Subjektivní údaj: „Teď už se mi dýchá dobře. Když mě to hodně bolelo tak to bylo horší“.

Objektivní údaj: Hrudník symetrický, bez deformit. Prsa bez deformit. Dýchání bez potíží.

SRDEČNÍ A CÉVNÍ SYSTÉM

Subjektivní údaj: „Srdce mám zdravé. Tam mě nic nebolí“.

Objektivní údaj: Srdeční akce pravidelná. TK i P dobře měřitelný. V normě. Dolní mnčetiny bez otoků. CŽK je funkční, okolí jeklidné, bez známek zánětu. Zavedený 2.9 ve 12:00 pro možnost parenterální výživy.

BŘICHO A ZAŽÍVACÍ TRAKT

Subjektivní údaj: „Břicho mě bolelo hodně, ale už jsem dostal léky na bolest a je to mnohem lepší. Už mě to bolí jen trochu.“

Objektivní údaj: Břicho prohmatné, reagující na bolestivé podněty. Nezvrací, nauzea přítomna. Stolice 0. BMI- 34,04- obezita I. stupně.

MOČOVÝ A POHLAVNÍ SYSTÉM:

Subjektivní údaj: „Močím bez potíží.“

Objektivní údaj: Genitál mužský. 2.9 ve 12:30 zaveden PMK pro sledování diurézy. Moč je čirá bez příměsí, bez patologického zápachu.

KOSTERNÍ A SVALOVÝ SYSTÉM:

Subjektivní údaj: „Chodím rád na procházky, teď ale nemůžu, když jsem v nemocnici. Také chodím do dílen.“

Objektivní údaj: Chůze bez omezení. Nyní omezená kvůli bolesti. Kosterní aparát bez deformit.

NERVOVÝ A SMYSLOVÝ SYSTÉM

Subjektivní údaj: „Slyším i vidím dobře, brýle nepotřebuji.“

Objektivní údaj: Při vědomí. Nyní orientovaný místem i časem. Ojediněle se objevuje lehká dezorientace. Sluch i zrak bez potíží.

ENDOKRINNÍ SYSTÉM

Subjektivní údaj: „Neumím se vyjádřit.“

Objektivní údaj: Bez endokrinní poruchy.

IMUNOLOGICKÝ SYSTÉM

Subjektivní údaj: „Neumím se vyjádřit.“

Objektivní údaj: Lymfatické uzliny nezvětšené. TT 37,3 °C. Má alergii na unasyn. Imunita je oslabená vlivem onemocnění.

KŮŽE

Subjektivní údaj: „Kůži mám zdravou.“

Objektivní údaj: Kůže bezpatologických nálezů. Suchá, čistá, růžová. Dekubity nepřítomné. Ochlupení přiměřené. Nehty čisté, krátce zastřižené.

9.6 AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

STRAVOVÁNÍ A PITNÝ REŽIM

Subjektivní údaj: „Jím rád, chutná mi maso. Také mám rád ovoce. Vypiji tak 1,5 litru, nejraději mám malinovou šťávu. Teď ale nemůžu nic jíst ani pít, tady do kanyly dostávám výživu.“

Objektivní údaj: Doma dieta č. 3, bez jakýchkoliv dietních omezení. Pitný režim přiměřený. Nyní nic per os, plná parenterální výživa.

VYLUČOVÁNÍ

Subjektivní údaj: „Doma chodím na záchod pravidelně. Na velkou jdu jednou za den a na malou chodím častěji, když se mi chce. Teď to mám takové rozházené. Na čůrání mám hadičku.“

Objektivní údaj: Doma bez potíží, stolice pravidelná, nyní stolice 0. Moč odvádí PMK- zaveden 2.9 ve 12:30 pro sledování diurézy.

SPÁNEK

Subjektivní údaj: „Doma spím dobře. Večer se dívám na televizi a pak usnu, někdy jí vypíná mamka, protože já už spím. Spím až do rána bez probuzení, tak do 7 hodin. Mám rád více polštářů pod hlavou. Tady v nemocnici je to horší, pípají tady pořád ty přístroje a taky mě to v noci občas bolí.“

Objektivní údaj: Spí klidně, nyní spánek narušený díky bolestem a změně prostředí. Toleruje zvýšenou polohu horní části těla.

DENNÍ AKTIVITA

Subjektivní údaj: „Doma mám psa, rád s ním chodím na procházky, ale tady semnou být nemůže. Také rád jezdím na kole. Taky pomůžu mamce, třeba umýt nádobí. Každé pondělí a čtvrtek chodím do dílem, tam vždy něco vyrábíme. Teď ale nemůžu dělat nic, bolí mě břicho a musím ležet. Mamka mi donesla notebook, tak když se probudím, tak koukám na filmy.“

Objektivní údaj: Doma aktivní, zapojuje se do denních aktivit, navštěvuje chráněné dílny. Nyní pohyb velmi omezen. Sleduje filmy na notebooku. Na návštěvu chodí máma pravidelně 2x denně.

HYGIENA

Subjektivní údaj: „Doma se koupu každý den, mamka mi napustí vodu a já se umyju. Teď mě tady myjou sestřičky.“

Objektivní údaj: Doma samostatný při hygienické péči, nyní péči přebírá ošetřující personál.

SAMOSTATNOST

Subjektivní údaj: „Doma se snažím být samostatný, tady mi to ale moc nejde, hodně mě to bolí.“

Objektivní údaj: Doma téměř samostatný. Nyní je třeba pomoci ošetřujícího personálu.

9.7 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Dne 2. 9. 2016

Při přijetí bylo provedeno komplexní vyšetření krve.

Hematologické vyšetření- KO

Biochemické vyšetření- JS, MS, AMS, GLYKEMIE, CRP + vyšetření moče

Hemokoagulační- INR

Dále bylo provedeno EKG, RTG srdce a plic

Výsledky vyšetření:

Tabulka 3: Hematologické vyšetření

Hematologické vyšetření	Hodnota	Jednotka	Referenční mez
Leukocyty	18,16	10 ⁹ /l	3,8-10
Trombocyty	286	10 ⁹ /l	150-350
Erytrocyty	5,01	10 ¹² /l	4,2 - 5,3
Hemoglobin	136	g/l	135-175
Hematokrit	0,48	l	0,40-0,54

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta

Tabulka 4: Biochemické vyšetření

Biochemické vyšetření	Hodnota	Jednotka	Referenční mez
Urea	3,86	mmol/l	2,0-6,7
Krea	76,2	mmol/l	73-120
Na	139	mmol/l	136-145
K	3,41	mmol/l	3,5- 5,1
Cl	100,2	mmol/l	98-107
ALT	6,86	μkat/l	0,10- 0,75
AST	2,12	μkat/l	0,10-0,60
GGT	6,32	μkat/l	0,18- 0,84
ALP	2,58	μkat/l	0,5- 2,0
AMS	135,14	μkat/l	0,46-1,66
Gly	6,4	mmol/l	3,50- 6,60
CRP	8,1	mg/l	0,00-500
MPS	Vše v referenční mezi		

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta

Tabulka 5: Hemokoagulační vyšetření

Hemokoagulační vyšetření	Hodnota	Jednotka	Referenční mez
INR	0,96	1/1	0,8-1,20

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta

Výsledky vyšetření při přijetí potvrdily DG Akutní pankreatitida, proto byl pacient odeslán k hospitalizaci na JIP chirurgického oddělení.

Tabulka 6: Intravenózní terapie

NÁZEV LÉKU	FORMA	SÍLA	DÁVKOVÁNÍ	LÉKOVÁ SKUPINA
Novalgin	INJ.	1 amp.- 5ml.	Zprvu á 4h., po-té dle potřeby	Analgetikum, antipyretikum
Veral	INJ.	1 amp.- 75 mg.	Zprvu á 12 hodin, po-té dle potřeby	Analgetikum
Fentanyl janssen	INJ.	1 amp.- 2ml.	Dle potřeby, max. po 6 h.	Opiát
Nolpaza	Prášek pro inj. roztok	1 amp.- 40 mg.	2x denně po 12 hodinách 6-18	Antacidum
Fraxiparine	INJ.	0,4 ml.	1x denně v 18	Nízkomolekulární hepariny
Plasmalyte	Infusní roztok	1000 ml.	Zprvu 2x denně, po-té 1x denně. Od 7 dne 0.	Elektrolyty
Clinimix	Infusníroztok	2000 ml.	Kontinuálně do překlada na standartní oddělení	Roztok pro parenterální výživu

Zdroj: Zdavotnická dokumentace pacienta

Během hospitalizace byly odběry krve několikrát opakovány, zpočátku se stejnými nebo podobnými hodnotami, posléze se hodnoty začaly stabilizovat až se dostaly do referenční meze.

Během hospitalizace byla také pravidelně kontrolována hladina glykémie. Zprvu 3x denně, od překlady na standartní chirurgické oddělení pouze 1x denně. Glykémie se držela v referenční mezi 3,5- 6,6 mmol/l.

Tabulka 7: Hematologické vyšetření 13. 9. 2016 při propuštění

Hematologické vyšetření	Hodnota	Jednotka	Referenční mez
Leukocyty	9,8	10 ⁹ /l	3,8-10
Trombocyty	280	10 ⁹ /l	150-350
Erytrocyty	5,00	10 ¹² /l	4,2 - 5,3
Hemoglobin	148	g/l	135-175
Hematokrit	0,44	l	0,40-0,54

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta

Tabulka 8: Biochemické vyšetření 13. 9. 2016 při propuštění

Biochemické vyšetření	Hodnota	Jednotka	Referenční mez
Urea	4,62	mmol/l	2,0-6,7
Krea	85,54	mmol/l	73-120
Na	140	mmol/l	136-145
K	3,44	mmol/l	3,5- 5,1
Cl	100,5	mmol/l	98-107
ALT	0,74	μkat/l	0,10- 0,75
AST	0,54	μkat/l	0,10-0,60
GGT	0,80	μkat/l	0,18- 0,84
ALP	1,95	μkat/l	0,5- 2,0
AMS	1,01	μkat/l	0,46-1,66

Gly	5,8	mmol/l	3,50- 6,60
CRP	1,00	mg/l	0,00-5,00
MPS	Vše v referenční mezi		

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta

Tabulka 9: Hemokoagulační vyšetření 13. 9. 2016 při propuštění

Hemokoagulační vyšetření	Hodnota	Jednotka	Referenční mez
INR	0,90	1/1	0,8-1,20

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta

9.8 SITUAČNÍ ANALÝZA

38 letý pacient s mentální retardací způsobenou hypoxií plodu při porodu byl přijat 2. 9. 2016 s bolestmi břicha. Bylo mu provedeno komplexní vyšetření a byla diagnostikována akutní pankreatitida. Pacient byl uložen na JIP chirurgického oddělení, kde byla okamžitě zavedena NGS z důvodu zvracení, byl zaveden PMK pro sledování hodinové diurézy. Dále byl pacientovi zaveden CŽK pro možnost parenterální výživy. Od samého počátku byl pacient monitorován a byla mu podávána potřebná medikace, která spočívala především v podávání analgetik, antibiotická terapie a infuzní terapie. Na JIP pacient strávil 5 dní, po-té již při stabilizaci stavu a úpravě navýšených hodnot v krevních testech byl pacient přeložen na standartní oddělení. Po celou dobu byl v dobré náladě, byl orientovaný, spolupracoval. Na standartním oddělení chirurgie strávil dalších 7 dní. Během pobytu v nemocnici dodržoval přísně nastavenou pankreatickou dietu, kterou nutriční terapeut konzultoval s lékařem. Stravu toleroval. Třetí den od zavedení NSG sondy mu byla sonda vyjmuta, aby mohl přijímat stravu p.o. PMK mu byl vyjmut 5 den od zavedení, kdy pacient byl schopen plné chůze na WC. CŽK mu byl vyjmut až při propuštění. Domů byl propuštěn v doprovodu matky, která byla též edukována o dodržování režimu po propuštění. Též ji nutriční terapeut poučil o nutnosti dodržování pankreatické diety.

9.9 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA DOMÉN

Zpracování ošetřovatelských diagnózy u mentálně retardovaného pacienta s akutním zánětem slinivky břišní.

Ošetřovatelské diagnózy zpracováváme dle Nanda International Taxonomie II. Ošetřovatelské diagnózy- definice a klasifikace 2015- 2017.

9.10 AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

AKUTNÍ BOLEST (00132)

Doména 12. Komfort

Třída 1. Tělesný komfort

Definice:

Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně či popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné až po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem (NANDA, 2015, s. 404).

Určující znaky:

- Výraz obličeje (grimasa, zkroušený pohled)
- Verbální vyjádření bolesti
- Hledání úlevové polohy
- Pláč
- Neklid

Související faktory:

- základní diagnóza

Priorita: Vysoká

Cíl krátkodobý: nemocný udává po podání analgetické léčby snížení bolesti nejméně o 3 stupně na hodnotící škále bolesti (do 2 hodin).

Cíl dlouhodobý: při propuštění do domácího ošetřování nemocný nepotřebuje větší dávky analgetik (do propuštění).

Očekávané výsledky:

- Nemocný dokáže verbalizovat bolest a dokáže zhodnotit její intenzitu (do 30 minut)
- Nemocný pociťuje úlevu od bolesti po podání perorálních analgetik (do 1 hodiny)
- Nemocný pociťuje úlevu od bolesti po podání intravenózních analgetik (do 15 minut)
- Nemocný pociťuje úlevu od bolesti po podání intramuskulárních analgetik (do 30 minut).

Plán intervencí:

- Edukuj nemocného o hodnotící škále bolesti VAS (Všeobecná sestra)
- Edukuj nemocného o verbalizaci bolesti (Všeobecná sestra)
- Podávej analgetickou léčbu podle ordinace lékaře (Všeobecná sestra)
- Sleduj účinek podaných analgetik (Všeobecná sestra)
- Najdi vhodnou polohu pro zmírnění bolesti (Všeobecná sestra, ošetřovatel, fyzioterapeut)
- Sleduj možné nežádoucí účinky po podání analgetické léčby (Všeobecná sestra)
- Zajisti klidné prostředí pro nemocného (Všeobecná sestra, ošetřovatel)

Realizace:

2. 9. 2016, 10:30

Při příjmu na oddělení byl nemocný edukován o hodnotící škále VAS, o možnosti podávání analgetik, o výsledném efektu analgetik a dalších neméně důležitých informacích. Nemocný vše chápe, jen je nutné mu vzhledem k jeho diagnóze mentální retardace vše zopakovat a ověřit si, zda chápe.

2. 9. 2016- 13. 9. 2016

Zprvu byly analgetika podávány v pravidelných intervalech, po-té dle potřeby. Vždy byl efekt analgetik monitorován a zaznamenán do ošetrovatelské dokumentace. Po celou dobu hospitalizace pacient spolupracoval dobře.

Zhodnocení 13. 9. 2016, 14:00:

Stanovené cíle byly splněny. Po celou dobu hospitalizace se dařilo bolest velmi rychle a efektivně odstraňovat. Nemocný chápal bolest a dokázal ji verbalizovat. Do domácího ošetřování je pacient propuštěn bez bolestí.

NARUŠENÁ INTEGRITA KŮŽE (00046)

Doména 11. Bezpečnost/ochrana

Třída 2. Tělesné poškození

Definice:

Změna v epidermis a nebo dermis (NANDA, 2015, s. 364).

Určující znaky:

- Narušení povrchu kůže
- Průnik cizího tělesa kůží

Související faktory:

- zavedený CŽK

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Nemocný bude mít v místě porušení kožní integrity kůži odstatečně hydratovanou. Okolí bude bez známek zánětu (po celou dobu, kdy je kožní integrita narušená).

Cíl dlouhodobý: Po vyndání cizího předmětu, který narušil kožní integritu se kůže zacelí a bude bez jakýchkoliv známek poškození (do 1 týdne).

Očekávané výsledky:

- Nemocný chápe nutnost zavedení CŽK (do 1 hodiny)
- Sestra pečuje pravidelnými převazy o invazivní vstupy (každý den)
- Nemocný chápe nutnost udržování okolí invazivního vstupu v čistotě (do 1 hodiny)
- Sestra provádí 2x denně kontrolu místa a okolí invazivního vstupu
- Hojení probíhá bez známek infekce (do 1 týdne)
- Vedená dokumentace o invazivním vstupu (2x denně)

Plán intervencí:

- Pouč nemocného o nutnosti zavedení CŽK (Všeobecná sestra)
- Pravidelně kontroluj místo a okolí vpichu CŽK (Všeobecná sestra)
- Pravidelně kontroluj funkčnost invazivního vstupu (Všeobecná sestra)
- Předcházej vzniku infekce pravidelnými kontrolami a převazy místa vpichu 2x denně (Všeobecná sestra)
- Pouč pacienta o nutnosti udržování místa a okolí vpichu v čistotě (Všeobecná sestra)
- Prováděj pravidelný záznam o invazivním vstupu do zdravotnické dokumentace (Všeobecná sestra)

Realizace:

2. 9. 2016, 11:00

Pacientovi byl při zavedení CŽK, který byl nutností pro léčbu a výživu pacienta. Pacient byl edukován, bylo ověřeno, zda edukaci pochopil.

2. 9 - 13. 9. 2016

Každodenní péče o CŽK probíhala bez problémů, místo vpichu bylo klidné, všeobecná sestra prováděla pravidelné kontroly a převazy. Po celou dobu, kdy byl CŽK zaveden, bylo okolí vpichu i samotný vpich klidný, bez známek zánětu. Byl průchodný. Byla do něj podávána medikace a parenterální výživa. Vše bylo zaznamenáváno do zdravotnické dokumentace.

13. 9. 2016, 9:00

Byl v den propuštění CŽK vyjmut, vpich byl sterilně překryt a probíhala následná kontrola krvácení z místa vpichu. Vpich nekrvácel. Pacient i matka byli edukováni o nutnosti kontroly místa vpichu, do úplého zahojení.

Zhodnocení 13. 9. 2016, 14:00:

Stanovené cíle byly splněny. V místě vpichu nevznikly známky zánětu. Okolí vpichu bylo pravidelně a dostatečně ošetřováno. Pacient bylo všem edukován a edukace pochopil.

ZHORŠENÁ TĚLESNÁ POHYBLIVOST (00085)

Doména 4. Aktivita/ odpočinek

Třída 2. Aktivita/ cvičení

Definice:

Omezení nezávislého a cíleného tělesného pohybu těla či jedné nebo více končetin
(NANDA, 2015, s. 189).

Určující znaky:

- Omezený rozsah pohybu
- Změna chůze
- Zpomalené pohyby
- Klidový režim na lůžku

Související faktory:

- Bolest
- Snížení svalové síly

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Po celou dobu je pacientovi dopomáháno se všemi činnostmi, které provádí (do 1 hodiny)

Cíl dlouhodobý: Po odeznění akutního stádia nemoci je pacient veden k soběstačnosti a samostatné pohyblivosti. Při propuštění je pacient plně mobilní a pohyblivý (během hospitalizace a při propuštění).

Očekávané výsledky:

- Pacient porozuměl klidovému režimu a dodržuje ho (po dobu nezbytně nutnou).
- Pacient se postupně vertikalizuje za pomoci ošetřujícího personálu (od 3 dne hospitalizace).
- Pacient se zapojuje do všech denních činností (po celou dobu hospitalizace).
- Pacient se pohybuje bez omezení (od 6 dne hospitalizace).

Plán intervencí:

- Pouč pacienta o klidovém režimu a kontroluj jeho dodržování (Všeobecná sestra)
- Zhodnoť úroveň soběstačnosti a míru pomoci pacienta (Všeobecná sestra)
- Dopomáhej pacientovi se všemi denními činnostmi (Všeobecná sestra, ošetřovatel, fyzioterapeut)
- Při postupné vertikalizaci doprovázej pacienta (Všeobecná sestra, ošetřovatel, fyzioterapeut)
- Vše zaznamenávej do ošetřovatelské dokumentace
- Pouč pacienta o rizicích pádu (Všeobecná sestra)
- Prováděj rehabilitaci s pacientem (Všeobecná sestra, fyzioterapeut)

Realizace:

2. 9. 2016, 11:00

Pacient byl poučen o klidovém režimu. Poučení rozumí.

4. 9. 2015, 9:00

Od 3 dne probíhala postupná vertikalizace pacienta za pomoci ošetřujícího personálu. Pacient byl informován o rizicích pádu, vše ověřeno, pacient chápe. S pacientem byla prováděna odborná rehabilitace za pomoci fyzioterapeuta. Vše bylo zaznamenáváno do zdravotnické dokumentace pacienta.

Zhodnocení 13. 9. 2016, 14:00:

Stanovené cíle byly splněny. Ošetřující personál byl nápomocen pacientovi se všemi denními činnostmi. Pacient pochopil možná rizika nedodržování klidu na lůžku. Dodržoval prevenci pádu. Při propuštění byl schopen samostatné chůze a plné mobility.

NARUŠENÝ VZOREC SPÁNKU (00198)

Doména 4. Aktivita/ odpočinek

Třída 1. Spánek/ odpočinek

Definice:

Časově omezené narušení množství a kvality spánku vlivem vnějších faktorů
(NANDA, 2015, s. 186).

Určující znaky:

- Změna normálního vzorce spánku
- Nechtěné probouzení

Související faktory:

- Bolest
- Okolní bariéry

Priorita: Nízká

Cíl krátkodobý: Pacientovi bude tlumena bolest a bude možno po konzultaci s lékařem podat hypnotikum. (do 1 hodiny)

Cíl dlouhodobý: Budou eliminovány rušivé elementy z okolí pacieta. Snaha o klidný spánek bez rušivých elementů. (do 3 dnů)

Očekávané výsledky:

- Pacient umí zhodnotit bolest, verbalizovat ji a před spánkem i při probuzení požádat o analgetika při bolesti. (od druhého dne hospitalizace)

- Při propuštění bude spánek klidný, bez bolestí, s dostatečným odpočinkem. (při propuštění)

Plán intervencí:

- Pouč pacienta o možnostech podávání analgetické léčby, ověř, zda pochopil (Všeobecná sestra)
- Eliminuj rušivé elementy v okolí pacienta (Všeobecná sestra, ošetřovatel)
- Pomoz pacientovi najít polohu vhodnou ke spánku a pomoz mu jí zaujmout (Všeobecná sestra, ošetřovatel)
- Podávej analgetika a hypnotika dle ordinace lékaře (Všeobecná sestra)

Realizace:

2. 9. 2016, 11:00

Při přijetí byl pacient edukován o možnostech podávání analgetické terapie. Pacient edukaci pochopil.

3. 9. 2016, 18:00

Od druhého dne dokázal bolest verbalizovat. Pacinetovi byla doporučena vhodná poloha ke spánku a ošetřující personál mu ji pomohl zaujmout. Předepsaná medikace byla podávána dle ordinace lékaře.

13. 9. 2016, 14:00

Domů odchází pacient s vysokou kvalitou spánku.

Zhodnocení 13. 9. 2016, 14:00:

Stanovené cíle byly splněny. Pacient dostával analgetika dle ordinace lékaře, při další bolesti, po konzultaci s lékařem, bylo podáno další analgetikum. Na noc byla na žádost pacienta po konzultaci s lékařem podávána hypnotika. Pacinet zaujímal vhodnou polohu ke spánku. S ustupujícími bolestmi se kvalita spánku zlepšila. Při ustupujících bolestech se kvalita spánku lepšila a při propuštění odcházel pacient domů s vysokou kvalitou spánku a odpočinku.

STRACH (00148)

Doména 9. Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2. Reakce na zvládání zátěže

Definice:

Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí
(NANDA, 2015, s. 304).

Určující znaky:

- Pocit strachu
- Pocit obav
- Znepokojení
- Snížená sebejistota
- Pocit hrůzy
- Zvýšené napětí

Související faktory:

- Aktuální diagnóza
- Bolest
- Upoutání na lůžko
- Nemocniční prostředí

Priorita: Nízká

Cíl krátkodobý: Zmírnění strachu a psychická podpora pacienta (do 1 hodiny).

Cíl dlouhodobý: Psychická vyrovnanost pacienta. Pacient nepocítuje strach, nebojí se, je sebejistý. (do 2 dnů).

Očekávané výsledky:

- Pacient umí strach a obavy ovládnout (do 1 dne)
- Bylo mu vše vysvětleno, má dostatek informací (do 1 dne)
- Psychická podpora pacienta (do 2 hodin)

- Pravidelné návštěvy rodinných příslušníků (do 1 dne)

Plán intervencí:

- Podej pacientovi dostatek potřebných informací o onemocnění, o prováděných výkonech (Všeobecná sestra)
- Buď pacientovi nablízku (Všeobecná sestra, ošetřovatel, fyzioterapeut)
- Aktivně naslouchej (Všeobecná sestra, ošetřovatel, fyzioterapeut)
- Umožni pacientovi pravidelné návštěvy rodinných příslušníků (Všeobecná sestra, ošetřovatel)

Realizace:

2. 9. 2016, 13:00

Pacientovi bylo podáno dostatek informací o onemocnění, vzhledem k diagnóze mentální retardace, musely být informace uzpůsobeny nižší chápavosti. Pacientovi byly umožněny pravidelné návštěvy. Bylo mu aktivně nasloucháno a byla vyjádřena pomoc a ochota.

2. 9. 2016- 13. 9. 2016

Po celou dobu hospitalizace pacient zvládal strach dobře. Rodina i ošetřující personál mu byly oporou.

Zhodnocení 13. 9. 2016, 14:00:

Stanovené cíle byly splněny. Po podání všech informací se pacient uklidnil a psychicky vyrovnal. Pravidelné návštěvy několikrát denně též pomohli k psychické pohodě.

9.11 POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

RIZIKO INFEKCE (00004)

Doména 11. Bezpečnost/ ochrana

Třída 1. Infekce

Definice:

Náchylnost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví (NANDA, 2015,s.345).

Rizikové faktory:

- Cizí těleso vpravené do těla pacienta

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Pacient bude znát prevence infekce z důvodu zavedení PMK (do 1 hodiny)

Cíl dlouhodobý: Okolí PMK bez známek infekce, bez močové infekce (do 1 dne)

Očekávané výsledky:

- Sterilní zavádění PMK (do 10 minut)
- Sterilní ošetřování okolí PMK (do 1 hodiny)
- Při známkách infekce okamžitý kontakt lékaře (do 30 minut)
- Kontrola množství, vzhledu, barvy a zápachu moče (do 1 hodiny)
- Dostatek informací o PMK

Plán intervencí:

- Sterilně zaváděj a ošetřuj PMK (Všeobecná sestra)
- Při známkách infekce okamžitě kontaktuj lékaře (Všeobecná sestra)
- Kontroluj množství vzhled, barvu a zápach moče (Všeobecná sestra)

Poděj pacientovi dostatek informací o PMK (Všeobecná sestra)

Realizace:

2. 9. 2016, 10:30

Pacientovi byl sterilně zaveden PMK z důvodu sledování diurézy. Několikrát denně byl sterilně ošetřován. Při každém sběru moče byla prováděna kontrola vlastností moče. Pacientovi byly podány všechny informace týkající se PMK, všechny dotazy byly zodpovězeny.

6. 9. 2016, 10:00

PMK byl vyjmut. Pacient je plně schopen chůze na WC. Okolí zavedení PMK je klidné bez známek infekce.

Zhodnocení 13. 9. 2016, 14:00:

Stanovené cíle byly splněny. Pacient zná prevence infekce, které bylo realizováno dostatečnou hygienou místa zavedení PMK. Pacient měl dostatek informací o nutnosti zavedení PMK. Po celou dobu zavedení PMK bylo okolí zavedení bez známek infekce, též bez močové infekce.

RIZIKO PÁDŮ (00155)

Doména 11. Bezpečnost/ ochrana

Třída 2. Tělesné poškození

Definice:

Náchylnost k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu, což může ohrozit zdraví
(NANDA, 2015, s. 350).

Rizikové faktory:

- Základní onemocnění
- Pobyt na lůžku a následná vertikalizace
- Bolest

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Snížení rizika pádů edukací a chůzí v doprovodu (do 1 hodiny)

Cíl dlouhodobý: Jistá chůze bez omezení, bez rizika pádu (do 2 dní)

Očekávané výsledky:

- Bezpečné prostředí (do 1 hodiny)
- Postupná vertikalizace (do 2 dní)
- Chůze v doprovodu (do 1 hodiny)
- Edukace pacienta o bezpečnosti
- Případné užívání kompenzačních pomůcek

Plán intervencí:

- Zajisti bezpečné prostředí pro pacienta (Všeobecná sestra, ošetřovatel)
- Edukuj pacienta o bezpečnosti a rizicích pádů (Všeobecná sestra, ošetřovatel, fyzioterapeut)
- Doprovázej pacienta (Všeobecná sestra, ošetřovatel)
- Postupně vertikalizuj pacienta (Všeobecná sestra, ošetřovatel, fyzioterapeut)
- V případě nutnosti zajisti pacientovi kompenzační pomůcky a nauč ho s nimi pracovat (Všeobecná sestra, fyzioterapeut)

Realizace:

2. 9. 2016, 11:00

Edukace pacienta o klidovém režimu na lůžku, pacient vše pochopil, režim dodržuje.

3. 9- 5. 9. 2016

Postupná vertikalizace, pacientovi se vším pomáháno. Pacient se cítí dobře.

6. 9- 13. 9. 2016

Samostatná chůze bez opory a bez omezení.

Zhodnocení 13. 9. 2016, 14:00:

Staovené cíle byly splněny. Pacient byl o všech rizicích edukován, všemu porozuměl. Postupná vertikalizace za pomoci personálu pacient zvládl. U všech činností byl pacient doprovázen. Kompenzační pomůcky nebyly třeba. Pacient byl schopen samostatné chůze od 5. dne hospitalizace.

RIZIKO NESTABILNÍ GLYKEMIE (00179)

Doména 2. Výživa

Třída 4. Metabolismus

Definice:

Náchylnost ke změně glykemie oproti normálnímu rozmezí, což může vést k oslabení zdraví (NANDA, 2015, s. 147).

Rizikové faktory:

- Zhoršený zdravotní stav
- Nedostatečný příjem potravy
- Opožděný kognitivní vývoj

Související faktory:

- Základní onemocnění

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Edukace pacienta o monitoraci glykemie z důvodu základního onemocnění.

Cíl dlouhodobý: Stabilní hodnoty glykemie během hospitalizace. Glykemie neklesne pod 3 mmol/l a nestoupne nad 10 mmol/l.

Očekávané výsledky:

- Stabilní glykemie (do 1 dne)
- Pac. chápe nutnost monitorace glykemie (do 2 hodin)

Plán intervencí:

- Monitoruj hladinu glykemie 3x denně, popřípadě dle potřeby (Všeobecná sestra)
- Při hypoglykémii nebo hyperglykémii ihned informuj lékaře (Všeobecná sestra)
- Vše zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace (Všeobecná sestra)

Realizace:

2. 9. 2015 11:00

Edukace pacienta o monitoraci glykemie z důvodu onemocnění, pac vše pochopil, souhlasí.

3. 9- 13. 9. 2015

Hodnoty glykemie jsou stabilní, bez výchylek z normy. Pac. je propuštěn se stabilní glykemií.

Zhodnocení 13. 9. 2016, 14:00:

Stanovené cíle byly splněny. Pac. chápe nutnost monitorace glykemie. Za jeho pobyt v nemocnici nebyla zachycena hypoglykemie ani hyperglykemie. Glykemie byla stabilní.

9.12 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Pacient byl přijat na JIP chirurgického oddělení pro silné bolesti břicha. Pacient byl uložen na lůžko, poučen o signalizačním zařízení, pohybovém režimu, stravovacím režimu, chodu oddělení. Dále byl poučen o dietním režimu, podávané medikaci a infusní terapii. Vzhledem k jeho vedlejší diagnóze lehká mentální retardace bylo nutné, vše pacientovi zopakovat a ověřit, zda informace pochopil. V den přijetí byla pacientovi zavedena NGS z důvodu odvádění přebytečného žaludečního obsahu, PMK z důvodu sledování diurézy, CŽK z důvodu nutného podávání parenterální výživy, infusní terapie a intravenózní medikace. Všechny invazivní i neinvazivní vstupy byly pravidelně kontrolovány a ošetřovány. Během klidového režimu na lůžku probíhala rehabilitace pacienta na lůžku. Po naordinování postupné vertikalizace se pacient za pomoci ošetřujícího personálu začal postupně vertikalizovat až do plné, samostatné chůze. Vše zvládal dobře, bez jakýchkoliv problémů. Již na JIP byl pacient zatěžován enterální stravou. Byla mu naordinována pankreatická dieta. Po přeložení na standardní chirurgické oddělení již měl pouze CŽK, ostatní vstupy byly již vyndány. Vše probíhalo bez komplikací. Pacientovi bylo pomáháno se všemi denními činnostmi, které prováděl až do úplné soběstačnosti (hygiena, stravování, pohyb...). Bolest pacient zvládal dobře, zpočátku hospitalizace dostával analgetika v pravidelných intervalech, po-té pouze na vyžádání při bolestech. Bolesti postupně odeznívali a pacient domů odcházel bez jakýchkoliv bolestí. Kontakt s rodinnými příslušníky byl zachován, chodily na pravidelné návštěvy (hlavně matka). Před propuštěním byl pacient i jeho matka edukována o stravovacím režimu po propuštění, se vším byly srozuměny a vše pochopili. Léčba i ošetřovatelská péče byla efektivní. Pacient domů odchází v celkově dobrém stavu, bez jakýchkoliv problémů a komplikací.

9.13 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě studia odborné literatury, poznatků a zkušeností v péči o mentálně retardovaného nemocného s akutním zánětem slinivky břišní, předkládáme doporučení pro pacienty, rodinu a nelékařský zdravotnický personál.

Doporučení pro pacienta:

- Dodržovat léčebný režim
- Spolupracovat s ošetřujícím personálem
- Mít dostatek informací o svém onemocnění
- Mít zodpovězené všechny dotazy, které mě zajímají
- Vědět na koho se mám obrátit při problémech
- Při bolestech se nebát požádat o analgetika
- Nebát se požádat o pomoc
- Po propuštění dále dodržovat navržený režim

Doporučení pro rodinu:

- Být pacientovi oporou
- Vyslechnout jeho problémy a snažit se jím porozumět
- Povzbuzovat pacienta
- Aktivně podporovat pacienta
- Po návratu z nemocnice pomoci dostat se zpět do života, který pacient žil před onemocněním

Doporučení pro nelékařský zdravotnický personál:

- Edukovat pacienta o všem, co se děje a bude dít
- O všem pacienta informovat
- Podat dostatek informací o prováděných výkonech
- Spolupracovat se zdravotnickým týmem i rodinou pacienta
- Motivovat pacienta
- Ke každému pacientovi přistupovat trpělivě a ohleduplně
- Naslouchat pacientovi
- Při výkonech prováděných na pacientech postupovat šetrně a bezbolestně

10. ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se věnovala tématům mentální retardace a akutní pankreatitida. Práce je rozdělena na 2 části. Na část teoretickou a praktickou. V teoretické části je popisováno onemocnění slinivky břišní a to akutní pankreatitida. Je zde popisována příčina, diagnostika, léčba, prevence a dietní opatření této nemoci. Dalším tématem teoretické části je mentální retardace, která je zde také podrobně popsána.

V praktické části je podrobně rozpracován ošetrovatelský proces u mentálně retardovaného pacienta s akutním zánětem slinivky břišní, kterého do nemocnice přivedli silné bolesti břicha. Proces začal sběrem informací, které byly sesbírány od pacienta, od rodinného příslušníka (matky), od ošetřujícího personálu a ze zdravotnické dokumentace. V práci jsou sestaveny ošetrovatelské diagnózy. Vybrané z nich jsou rozpracovány a vyhodnoceny. Součástí práce je i doporučení pro pacienty, rodinné příslušníky i nelékařské zdravotnické pracovníky. Do přílohy této práce byly zařazeny edukační materiály pro prevenci onemocněním akutní pankreatitidou.

Cíle práce se podařily naplnit.

11. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BEGER, Hans G. a Markus BÜCHLER. *Acute Pancreatitis: Research and Clinical Management*. 2011. Springer, 2011. ISBN ISBN9783642830297.
- BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4735-573.
- ČADILOVÁ, Věra, Hynek JŮN a Kateřina THOROVÁ. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.
- GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1868-2.
- KAPOUNOVÁ, G. 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.
- KELNAROVÁ, Jarmila. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2830-8.
- KOHOUT, Pavel, Marie LIŠKOVÁ a Olga MENGEROVÁ. *Onemocnění slinivky břišní - dieta pankreatická*. Praha: Forsapi, c2007. Rady lékaře, průvodce dietou. ISBN 978-80-903820-3-9.
- KŘÍŽOVÁ, Jarmila. *Enterální a parenterální výživa*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3326-8.
- LEČBYCH, Martin. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-2071-4.
- Management of Acute Pancreatitis. *American College of Gastroenterology* [online]. 2013 [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: <https://gi.org/guideline/acute-pancreatitis/>
- MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1521-6.
- NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ. *Přehled anatomie*. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-206-0.
- NAVRÁTIL, L. a kol., 2008. *Vnitřní lékařství*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2319-8.
- NEČAS, Emanuel. *Patologická fyziologie orgánových systémů*. 2. vyd. V Praze: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1712-1.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2016. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: text pro posluchače zdravotnických oborů. 4. vydání.* Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-905728-1-2.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty.* Praha: Grada, 2007. Zdravotnický asistent. ISBN 978-80-247-2040-1.

ŠVAČINA, Š. a kol., 2008. *Klinická dietologie. 1. vydání.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2256-6.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče.* Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-889-0.

TRNA, Jan a Zdeněk KALA. *Klinická pankreatologie.* Praha: Mladá fronta, 2016. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3902-4.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník.* 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.

ZADÁK, Zdeněk a Eduard HAVEL. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství.* Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2099-9.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Identifikační údaje nemocného	36
Tabulka 2: Vitální funkce při přijetí	36
Tabulka 3: Hematologické vyšetření	42
Tabulka 4: Biochemické vyšetření	42
Tabulka 5: Hemokoagulační vyšetření	43
Tabulka 6: Intravenózní terapie	43
Tabulka 7: Hematologické vyšetření 13. 9. 2016 při propuštění.....	44
Tabulka 8: Biochemické vyšetření 13. 9. 2016 při propuštění	44
Tabulka 9: Hemokoagulační vyšetření 13. 9. 2016 při propuštění.....	45

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Barthelové test všedních denních činností.....	I
Příloha B: Dietní doporučení pro pacienty.....	II
Příloha C: Průvodní list k řešerši	III
Příloha D: Čestné prohlášení studenta k získání podkladů	IV

Příloha A: Barthelové test všedních denních činností



Barthelové test				
Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre	Při přijetí	Při propuštění
1. Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10	10	10
	S pomoci	5		
	Neprovede	0		
2. Oblékání	Samostatně bez pomoci	10	10	10
	S pomoci	5		
	Neprovede	0		
3. Koupání	Samostatně bez pomoci	10		10
	S pomoci	5	5	
	Neprovede	0		
4. Osobní hygiena	Samostatně bez pomoci	10	10	10
	S pomoci	5		
	Neprovede	0		
5. Kontinence moči	Samostatně bez pomoci	10	10	10
	S pomoci	5		
	Neprovede	0		
6. Kontinence stolice	Samostatně bez pomoci	10	10	10
	S pomoci	5		
	Neprovede	0		
7. Použití WC	Samostatně bez pomoci	10		10
	S pomoci	5	5	
	Neprovede	0		
8. Přesun na lůžko- židli	Samostatně bez pomoci	10	10	10
	S pomoci	5		
	Neprovede	0		
9. Chůze po rovině	Samostatně bez pomoci	10		10
	S pomoci	5	5	
	Neprovede	0		
10. Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10		10
	S pomoci	5	5	
	Neprovede	0		

Příloha A- Barthelové test všedních denních činností

80 100

Zdroj: Zdravotnická dokumentace pacienta

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech.

0–40 bodů = vysoký stupeň závislosti

41–60 bodů = střední stupeň závislosti

61–95 bodů = lehký stupeň závislosti

96–100 bodů = nezávislost

Příloha B Dietní doporučení pro pacienty



DIETNÍ DOPORUČENÍ PRO PACIENTY

DOPORUČUJEME

Ovoce a zelenina

- Jablko, hruška, broskev, banán, broskev, meruňka, nektarinka, hroznové víno
- Mrkev, lilek, hlávkový salát, hrách, kukuřice
- Citrónová a pomerančová šťáva
- Ovočné pyré

(Vše oloupané, zbavené pecek)

Mléčné výrobky

- Nízkotučné jogurty, zakysaná smetana, nízkotučné mléko, nízkotučné sýry do (30 % t.v.s)

Pečivo

- Pšeničný nebo žitný chléb

(Nikdy nejíst čerstvý)

Maso, Uzeniny

- Kuře, králík, krůta, vepřové, hovězí, telecí
- Netučné druhy ryb (losos, pstruh, štika, candát, okoun)
- Drůbeží uzeniny

(Vše libové, bez tuku)



Přílohy

- Brambory, rýže, těstoviny, noky
- 1 žloutek denně

Koření

- Bylinky (kopr, tymián, bazalka, majoránka, kmín)

Tekutiny

- Bylinkové čaje
- Ovočné šťávy
- Neperlivé nápoje
- Voda

NEDOPORUČUJEME

Ovoce a zelenina

- Rybíz, maliny, jahody, borůvky, meloun, ořechy
- Paprika, rajče, brokolice, květák, fazole, kapusta, luštěniny, houby

Mléčné výrobky

- Tučné sýry, tučné mléko, tvaroh, šlehačka
- Kakao, čokoláda

Pečivo

- Čerstvé pečivo, bílé pečivo

Margaríny

- Máslo, rostlinné oleje
- **ZÁKAZ SMAŽENÍ**
- **ZÁKAZ FRITOVÁNÍ**

Margaríny

- Sádlo
- Velké množství oleje



Maso, uzeniny

- Tučné maso, tučné uzeniny, tučné ryby (karp, makrela), husa, kachna
- Slanina, bůček

Přílohy

- Kynutý knedlík, hranolky
- Vejce

Koření

- Pepř, paprika pálivá, chilli, maggi, ocet, hořčice, wolchestrová omáčka

Tekutiny

- Černá káva, sycené limonády

Tento edukační materiál vznikl při studiu na Vysoké škole zdravotnické, Praha 5, Duškova

Příloha C: Průvodní list k rešerši

Příloha C- Průvodní list k rešerši

PRŮVODNÍ LIST K REŠERŠI

Jméno: Veronika Píchová, DiS.

Název práce: Ošetrovatelský proces u mentálně retardovaného pacienta s akutním zánětem slinivky břišní

Jazykové vymezení:

Čeština

Klíčová slova:

mentální retardace – akutní zánět slinivky – pankreatitida

Rešeršní strategie

je kombinací různých způsobů hledání - neváže se pouze na klíčová slova, klíčová slova (= deskriptory MeSH) u jednotlivých citací naleznete v kolonce „DE“, případně Termíny MeSH

Časové vymezení:

U zahraničních zdrojů: 1996-2016

Počet záznamů:

číslo poslední citace je počet záznamů v souboru, každý soubor má vlastní číselnou řadu tuzemské zdroje - (KNIHY A ČLÁNKY jsou vždy ve vlastním souboru)

České zdroje: záznamů: 64 (monografie: 11; články, abstrakta, kapitoly: 53)

Zahraniční zdroje: 0

Použitý citační styl:

Bibliografický záznam v portálu MEDVIK

Zdroje:

Katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz) a databáze BMČ

Zpracoval:

PhDr. Ondřej Burský

Národní lékařská knihovna, oddělení informačních a speciálních služeb

Sokolská 54

121 32 Praha 2

E-mail: bursky@nlk.cz

Příloha D : Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

Příloha B : Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u mentálně retardovaného pacienta v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 10. 3. 2017



.....
Jméno a příjmení studenta