

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA
S AKUTNÍ PANKREATITIDOU NA INTERNÍM
ODDĚLENÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

BARBORA ČERNÁ

Praha 2018

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA
S AKUTNÍ PANKREATITIDOU NA INTERNÍM
ODDĚLENÍ**

Bakalářská práce

BARBORA ČERNÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, Ph.D.

Praha 2018



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

ČERNÁ Barbora

3AVS

Schválení tématu bakalářské práce

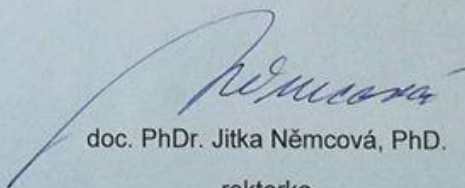
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s akutní pankreatitidou na interním oddělení

Complex Nursing Care for a Patient with Acute Pancreatitis at the Department of Internal Medicine

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

V Praze dne 1. listopadu 2017


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala 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 vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Janě Hlinovské, Ph.D. za její odborné vedení, ochotu a čas, který mi věnovala. Dále bych chtěla poděkovat mé rodině a blízkým za trpělivost a podporu nejen při psaní této bakalářské práce, ale i během celého studia.

ABSTRAKT

ČERNÁ, Barbora. *Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s akutní pankreatitidou na interním oddělení*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, Ph.D. Praha. 2018. 52 s.

Tématem bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s akutní pankreatitidou na interním oddělení. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou část a praktickou část. V teoretické části je popsána problematika této nemoci, ošetrovatelská péče a potřeby nemocného. V praktické části je podrobně popsán komplexní ošetrovatelský proces týkající se konkrétního pacienta s akutní pankreatitidou za využití koncepčního modelu Marjory Gordon. Získané informace o pacientovi jsou utříděny do třinácti domén dle NANDA INTERNATIONAL taxonomie II. Výstupem této práce je edukační materiál určený pro pacienty i všeobecné sestry.

Klíčová slova

Akutní pankreatitida. Interní oddělení. Ošetrovatelský proces. Pacient. Všeobecná sestra.

ABSTRACT

ČERNÁ, Barbora. *Complex Nursing care for a Patient with Acute Pancreatitis at the Department of Internal.* Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Jana Hlinovská, Ph.D. Prague. 2018. 52 pages.

The topic of this bachelor thesis is Complex Nursing care for a Patient with Acute Pancreatitis at the Department of Internal Medicine. The thesis is composed of theoretical and practical parts. The theoretical part concentrate on the problems of the disease, nursing care and patient needs. The practical part describes in detail complex nursing process of specific patient with acute pancreatitis using the Marjory Gordon conceptual model. The patient information is classified into thirteen NANDA INTERNATIONAL taxonomy II domains. The output of this work serves as an educational material for patients and general nurses.

Keywords

Acute Pancreatitis. General nurse. Internal Medical. Nursing care. Patient.

OBSAH

SEZNAM TABULEK	11
ÚVOD.....	13
1 AKUTNÍ PANKREATITIDA	16
1.1 KLASIFIKACE TÍŽE AKUTNÍ PANKREATITIDY	16
1.1.1 STUPNĚ AKUTNÍ PANKREATITIDY.....	17
1.2 PŘÍČINY	17
1.2.1 AKUTNÍ PANKREATITIDA ZPŮSOBENÁ BILIÁRNÍMI FAKTORY	17
1.2.2 AKUTNÍ PANKREATITIDA VYVOLANÁ ALKOHOLEM	18
1.2.3 AKUTNÍ PANKREATITIDA PO ERCP VYŠETŘENÍ.....	18
1.2.4 POLÉKOVÁ AKUTNÍ PANKREATITIDA.....	18
1.3 KOMPLIKACE.....	19
1.4 DIAGNOSTIKA	19
1.4.1 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ.....	20
1.4.2 ZOBRAZOVACÍ METODY	21
1.5 LÉČBA	23
1.5.1 KONZERVATIVNÍ LÉČBA	23
1.5.2 CHIRURGICKÁ LÉČBA.....	23
1.5.3 LÉČBA U DIABETIKA.....	23
1.6 VÝŽIVA	24
1.6.1 ENTERÁLNÍ VÝŽIVA.....	24
1.6.2 PANKREATICKÁ DIETA.....	25
1.7 INCIDENCE	25
2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	27
2.1 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S AKUTNÍ PANKREATITIDOU.....	28
2.2 VŠEOBECNÁ SESTRA.....	28
2.2.1 KOMPETENCE VŠEOBECNÉ SESTRY	29
2.3 POTŘEBY NEMOCNÉHO.....	29

3	CHARAKTERISTIKA INTERNÍHO ODDĚLENÍ	31
4	PRAKTICKÁ ČÁST	33
4.1	FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU PROVEDENÉ DNE 30.12.2017	38
4.2	UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉM NANDA INTERNATIONAL TAXONOMIE II ZE DNE 30.12.2017.....	40
4.3	MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT	45
4.4	SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 30.12.2017	50
4.5	STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ ZE DNE 30.12.2017	50
4.6	ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE VČETNĚ DOPORUČENÍ	62
	ZÁVĚR	64
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	65
	PŘÍLOHY	I

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AKS	akutní koronární syndrom
ALT	alaninaminotrasferáza
ALP	alkalická fosfatáza
AMP.	ampule
AP	akutní pankreatitida
AST	aspartátaminotransferáza
BIO	biochemie
BMI	body mass index
CT	počítačový tomograf
D	dech
EKG	elektrokardiograf
ENZYM	jednoduchá či složená bílkovina
ERCP	endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie
GCS	Glasgow Coma Scale
I.V.	intra venózně
LBBB	blokáda levého Tawarova raménka
NPO	nic per os
P	pulz
PHK	pravá horní končetina
P.O.	per os
PŽK	periferní žilní katetr
RHB	rehabilitace
RTG	rentgenové vyšetření
S.C.	subkutánní
TK	krevní tlak
TT	teplota těla
VAS	vertebrogenní algický syndrom

(VOKURKA a kol., 2015)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ABCES	dutina vzniklá zánětem
ABÚZUS	nadměrné užívání, zneužívání
AMYLÁZY	zajišťuje štěpení škrobu na jednodušší sacharidy
ANALGOSEDACE	anesteziologická technika
ANECHOGENNÍ	místo s velmi malou odezvou
APENDICITIDA	zánět červovitého přívěšku slepého střeva
CYSTIDIDA	zánět močového měchýře
DIABETES MELITUS	cukrovka
DILATACE	roztahení, rozšíření
DIMISE	propuštění ze zdravotnického zařízení
DISTANCE	vzdálenost
EDÉM	otok
ELIMINACE	odstranění
ENTERÁLNÍ VÝŽIVA	podávání výživy do trávicího traktu
EPIGASTRIUM	horní část břicha (zhruba mezi žeberními oblouky)
ETIOPATOGENEZE	popisuje, způsoby projevu onemocnění
GLUKÓZA	krvní cukr
GLYKÉMIE	koncentrace krevního cukru v krvi
HEMOKOAGULACE	srážení krve
HEPETÁLNÍ	jaterní
HOMOGENNÍ	stejnorodý
HYPERLIPIDEMIE	zvýšené množství tuků v krvi
HYPERTENZE	zvýšení krevní tlak
HYPOFUNKCE	snížená funkce
HYPOKALCÉMIE	snížené množství vápníku v krvi
HYPOTENZE	snížený krevní tlak
CHOLECYSTOLITIÁZA	žlučnickové kameny
IDIOPATICKÁ	bez známé příčiny
IKTERUS	žluté zbarvení tkání

INCIDENCE	počet nových jedinců za dané časové období
INTRAVENÓZNÍ	způsob aplikace do krevního oběhu
KETOLÁTKY	produkty rozkladu mastných kyselin
LETALITA	počet zemřelých z počtu nemocných
LIPÁZA	enzym, rozkládá tuky na glycerol, mastné kyseliny
LORDÓZA	předozaďní vychýlení páteře
MEZOGASTRIUM	krajina středního břicha zhruba okolí pupku
MIKROLITHIÁZA	přítomnost drobných zvápenatělých útvarů
MORTALITA	úmrtnost
NAUZEÁ	nevolnost, nucení ke zvracení
NEKRÓZA	smrt buněk a tkání
OBSTRUKCE	neprůchodnost
ODDIHO SVĚRAČ	uzavírá žlučový a pankreatický vývod
PARALYTICKÝ ILEUS	ochabnutí pohybu střeva
PARENTERÁLNÍ VÝŽIVA	podávání výživy do krevního řečiště
PERISTALTIKA	pohyb střev
PNEUMATÓSA	nadměrné hromadění plynu či vzduchu v tkáních
PNEUMOPERITONEUM	přítomnost vzduchu v břišní dutině
PROTEINEMIE	obsah bílkovin v krevní plasmě
PSEUDOCYSTY	chorobná dutina, která nemá
SACHARIDY	cukry
SEDACE	farmakoterapeutické utišení, uklidnění
SKOLIÓZA	vychýlení páteře do strany
STEÁTÓZA	ztučnění jater
TACHYKARDIE	zvýšený tepová frekvence
V NIVEAU	v rovině
VOMITUS	zvracení

(VOKURKA a kol., 2015)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Chronická medikace.....	35
Tabulka 2 Hematologické vyšetření krve ze dne 30.12.2017.....	44
Tabulka 3 Biochemické vyšetření krve a moči ze dne 30.12.2017.....	45
Tabulka 4 Medikamentózní léčba na den 30.12.2017.....	48
Tabulka 5 Informace o léčivech přidaných do infuzních roztoků.....	49

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je *Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s akutní pankreatitidou na interním oddělení*. Jedná se o zánětlivé onemocnění slinivky břišní, které se vyskytuje častěji v mírné formě. V případě těžké formy může toto onemocnění ohrozit pacienta na životě. Akutní pankreatitida má světově narůstající incidenci. Postihuje nejen starší, ale i mladší pacienty. Téma bakalářské práce bylo vybráno na základě podnětů získaných z praxe na interním oddělení, kdy většina hospitalizovaných pacientů s tímto onemocněním není znala problematiky této nemoci.

Bakalářská práce je pojmána jako teoreticko-praktická. V teoretické části práce jsou popsány potřebné informace, které se týkají onemocnění, léčby, možných komplikací, vhodné výživy, ošetrovatelské péče či potřeb nemocného. Dále jsou popsána specifika interního oddělení. V praktické části je vypracována kazuistika za využití koncepčního modelu zdraví od Marjory Gordon, je vytvořena na základě pěti fází ošetrovatelského procesu: zhodnocování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. Tento typ modelu byl vybrán z důvodu pojetí nemocného jako holistické bytosti, tzn. klade důraz na biologickou, psychologickou i sociální stránku člověka.

Bakalářská práce je určena nejen pro pacienty, kterým bylo toto onemocnění aktuálně diagnostikováno, ale také pro všeobecné sestry, které se ve své profesní praxi této problematice věnují a mají zájem prohloubit si své znalosti o akutní pankreatitidě. Přínosem bakalářské práce pro praxi je edukační materiál, který bude volně dostupný pacientům s akutní pankreatitidou na interním oddělení v jedné nejmenované nemocnici v Praze.

Také obsahuje:

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zmapovat problematiku akutní pankreatitidy po stránce medicínské a ošetrovatelské na základě aktuálních zdrojů.

Cíl 2: Zaměřit se na psychosociální stránku nemocného.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Podrobně popsat kazuistiku u pacienta s akutní pankreatitidou na interním oddělení za využití koncepčního modelu Marjory Gordon.

Cíl 2: Zhodnotit ošetrovatelskou péči u pacienta s akutní pankreatitidou.

Cíl 3: Vytvořit edukační materiál pro pacienty s akutní pankreatitidou.

Vstupní literatura

BĚLUNEK, Pavel, 2009. Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s akutní pankreatitidou na interním oddělení. *Florence: časopis moderního ošetrovatelství*. 5(11), 17-20. ISSN 1801- 464X.

KRŠKA, Zdeněk, 2012. Akutní pankreatitida-komplexní problematika. *Rozhledy v chirurgii*. 91(12), 692-696. ISSN 0035-9351.

NĚMCOVÁ, Jitka. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Třetí vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.

PRAMOD KUMAR GARG ... [ET AL.] a Pramod Kumar Garg. EDITOR, 2010, *Acute pancreatitis*. Haryana: Elsevier. ISBN 9788131231890.

Popis rešeršní strategie

Rešerše byla zpracována v knihovně Nemocnice Na Bulovce. V českém i anglickém jazyce byla zvolena tato klíčová slova: akutní pankreatitida, interní oddělení, ošetrovatelský proces, pacient, všeobecná sestra. Vyhledávání odborných publikací, které byly použity pro tvorbu bakalářské práce s názvem *Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s akutní pankreatitidou*, proběhlo v období listopad 2017 až leden 2018. Publikace byly vyhledávány od data vydání roku 2008 do roku 2018. V práci však uvádíme i publikaci z roku 2006, která nemá aktualizované vydání, ale její obsah byl přínosem, neboť zde byla mimo jiné nalezena charakteristika ošetrovatelského procesu

u pacienta s akutní pankreatitidou a další užitečné podněty pro zpracování této bakalářské práce.

Jedním z pramenů vyhledávání byl katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz). Dalším z pramenů byl Souborný katalog České republiky (www.caslin.cz). Celkem bylo vyhledáno 18 tuzemských odborných publikací a 43 tuzemských odborných článků. Z těchto literárních zdrojů byla použita pouze vybraná relevantní literatura k tvorbě této bakalářské práce. Ze zahraničních literárních zdrojů, kterých bylo celkem 74, bylo pro tuto práci využito čtyř pramenů.

1 AKUTNÍ PANKREATITIDA

Akutní pankreatitida je zánětlivé onemocnění slinivky břišní, které může mít mírnou až těžkou závažnost (GARG et al. 2010). Jedná se o nemoc, která přichází náhle a ve většině případech z úplného zdraví (ZADÁK, 2008). *Akutní pankreatitida je onemocnění rozmanité etiologie a variabilního klinického průběhu* (BARTŮNĚK a kol., 2016, s. 510). Při přijetí pacienta na oddělení nelze z počátku odlišit, zda se jedná o lehkou formu pankreatitidy (edematózní akutní pankreatitidu) nebo těžkou formu pankreatitidy (nekrotickou akutní pankreatitidu), proto ke každému pacientovi s AP nejprve přistupujeme, jako k pacientovi s těžkou formou (BARTŮNĚK a kol., 2016). Výskyt onemocnění je v populaci poměrně častý (MAČÁK a kol., 2012). Mezi pacienty je početnější lehká forma. V případě těžkých forem AP se jedná o onemocnění náročné na léčbu i finanční náklady (ČESÁK, KOLÁČKOVÁ, 2013).

Pro medicínu by bylo velkým přínosem najít takovou metodu, která by důsledně a časně dokázala rozeznat pacienta, který trpí závažnou formou, a který lehkou (SKIPWORTH, 2008). O pacienty s akutní pankreatitidou se starají lékaři, všeobecné sestry a další zdravotnický i nezdravotnický personál na oddělení interny nebo chirurgie. Podle závažnosti stavu jsou pak pacienti uloženi buď na lůžkách jednotek intenzivní péče nebo na standardních odděleních (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006).

1.1 KLASIFIKACE TÍŽE AKUTNÍ PANKREATITIDY

Pro klasifikaci tíže AP lze použít několik skórovacích systémů (ČESÁK, KOLÁČKOVÁ, 2013). *Z hlediska anatomického poškození žlázy, které je patrné při CT vyšetření, je používáno Baltazare scoré (viz Příloha A, Tabulka 6, 7), které hodnotí rozsah a charakter poškození žlázy a okolní tkáně. Z hlediska vnitřního prostředí je uznávaným prostředkem Ranson scoré (viz Příloha A, Tabulka 8, 9, 10), které hodnotí různé parametry vnitřního prostředí v čase. Nevýhodou však je, že parametry se stanovují pouze při přijetí a následně za 48 hodin, lze tedy použít pouze v počátku onemocnění. Pokud bychom chtěli sledovat dynamiku onemocnění, je použitelné Apache II scoré, které můžeme stanovit kdykoliv v průběhu stonání pacienta, ale není specifické pro pankreas* (ČESÁK, KOLÁČKOVÁ 2013, s. 102).

1.1.1 STUPNĚ AKUTNÍ PANKREATITIDY

Akutní pankreatitidu můžeme rozdělit podle závažnosti, průběhu a následků do třech stupňů:

- 1. stupeň lehká pankreatitida: Mírná forma, při které dochází k zánětu žlázy s edémem.
- 2. stupeň omezená nekróza pankreatu: Mikroskopicky viditelné nekrózy okolního tuku a okrsky nekrózy.
- 3. stupeň rozsáhlá nekróza slinivky břišní: Velice těžká forma akutní pankreatitidy, při které dochází k orgánovému selhání a k lokálním i systémovým komplikacím (HVOZDOVIČOVÁ, STOLINSKÁ, 2010).

1.2 PŘÍČINY

Akutní pankreatitida patří mezi onemocnění, která jsou poměrně častá, nemá však jednotnou etiologickou příčinu, nejsou nám známy všechny mechanismy vzniku. Přesto můžeme označit jedny z nejčastějších příčin, které spouštějí etiopatogenetický řetězec. Řadíme sem cholelitiázu, abúzus alkoholu nebo pankreatitidu vyvolanou některými z možných 80 druhů léků. Akutní pankreatitida může být také komplikací endoskopické retrográdní cholangiopankreatografie či vzniknout při hyperlipidemii nebo hyperkalcemii. Vyvinout se nám může v tzv. idiopatické formě jako tzv. idiopatická pankreatitida. Je nutné podotknout, že v tomto případě se může jednat o AP vyvolanou jednou z výše vyjmenovaných příčin nedostatečně diagnosticky podchycenou (ZADÁK, 2008).

1.2.1 AKUTNÍ PANKREATITIDA ZPŮSOBENÁ BILIÁRNÍMI FAKTORY

Mezi nejčastější vyvolávající příčiny tohoto onemocnění řadíme biliární faktory, které způsobují akutní pankreatitidu ve 35–40 % (ČESÁK, KOLÁČKOVÁ, 2013, s. 97). Žlučové kameny po pasáži ductus choledochus zapříčiňují neprůchodnost Vaterské papily či pankreatického vývodu (možno také současně). Tím dochází ke zvýšení tlaku a překonání obranných mechanismů, jejichž úkolem je zabránit aktivaci trypsinogenu. Autodigescí žlázy dochází k zánětlivé reakci. (ČESÁK, KOLÁČKOVÁ 2013).

Druhou možností je vznik biliárního sludge nebo mikrolithiázy. Jedná se o jakousi viskózní suspenzi ve žlučníku, která může obsahovat malé kamínky. Většina pacientů s tímto problémem je bez subjektivních příznaků, ačkoliv u nich sledujeme mechanickou poruchu způsobující nedostatečné vyprázdnění žlučníku. Faktorem vyvolávající pankreatitidu je reflux žluči do pankreatických vývodů při neprůchodnosti Vaterské papily konkrementem (ČESÁK, KOLÁČKOVÁ 2013).

1.2.2 AKUTNÍ PANKREATITIDA VYVOLANÁ ALKOHOLEM

Jako druhý nejčastější faktor bývá označován alkohol, který způsobuje zhruba 30 % pankreatitid. Je prokázáno, že konzumace více než 80 g alkoholu/ den po více než 6-12 let je spojena s projevy chronické pankreatitidy, asi u 10 % chronických alkoholiků pak vzniká ataka akutní pankreatitidy (ČESÁK, KOLÁČKOVÁ, 2013, s. 97). Průběh vzniku není jednoznačně dán, jedná se o soubor mechanismů způsobující zánětlivou reakci. Může se jednat o alkoholem zvýšený tonus Oddiho svěrače způsobující navrácení žluči do vývodů pankreatu či o přímé poškození buněk slinivky břišní alkoholem (ČESÁK, KOLÁČKOVÁ, 2013).

1.2.3 AKUTNÍ PANKREATITIDA PO ERCP VYŠETŘENÍ

Jako třetí nejčastější příčina akutní pankreatitidy bývá uváděn stav po ERCP vyšetření. Asymptomatická elevace amyláz se objevuje u 35-70 % pacientů po ERCP. Ataka akutní pankreatitidy pak vzniká u zhruba 2-9 % (ČESÁK, KOLÁČKOVÁ, 2013, s. 98). Roli v příčině vzniku může hrát mechanické podráždění vývodů slinivky břišní endoskopem, zejména u složitějších výkonů, které zabírají více času. Další z možností je alergická či chemická reakce na podanou kontrastní látku. Jednou z dalších možných variant je zanesení střevního obsahu do vývodu pankreatu během vyšetření nebo bakteriální kontaminace způsobující vznik zánětu (ČESÁK, KOLÁČKOVÁ, 2013).

1.2.4 POLÉKOVÁ AKUTNÍ PANKREATITIDA

Jednou ze vzácných příčin je poléková akutní pankreatitida. Vyvolá ji některé podané léčivo. Tento typ pankreatitidy je velice mírný a vyhodnotit riziko polékové AP je velice obtížné (VINKLEROVÁ, URBÁNEK, 2011). *Aby byla etiologie označena jako poléková, musí být splněno několik podmínek: pankreatitida vznikla během užívání určitého léku (zpravidla 3-7 dní po nasazení léku), při jeho vysazení došlo ke zlepšení klinického stavu a zaléčení onemocnění, po opětovaném nasazení léku došlo k recidivě*

ataky akutní pankreatitidy, jiná příčina není zřejmá. Mechanismus, jakým léky způsobují poškození žlázy a vznik zánětu, není jednoznačně určený, předpokládají se však dva způsoby. Prvním je přímé toxické či imunologické poškození. Druhým způsobem je pak nepřímé poškození, vyvolané např. ischemií (ČESÁK, KOLÁČKOVÁ, 2013, s. 99).

1.3 KOMPLIKACE

Komplikace u akutní pankreatitidy lze rozdělit na systémové (celkové) a lokální. Mezi komplikace systémové řadíme: oběhové selhání (pankreatogenní šok), respirační insuficience, renální a hepatální insuficience, poruchy hemokoagulace a poruchy metabolismu jako jsou například. hyperglykémie, hypokalcemie či acidózy (BEZDIČKOVÁ, SLEZÁKOVÁ, 2010).

U lokálních komplikací se jedná o nekrózy pankreatu nebo abscesy, obstrukce žlučových cest a gastrointestinálního traktu, krvácivé projevy do trávicího ústrojí, pseudocysty a píštěle pankreatu (BEZDIČKOVÁ, SLEZÁKOVÁ, 2010).

U abscesů je široce užívaná perkutánní drenáž nebo miniinvazivní techniky. V případě, že jsou komplikacemi pseudocysty nebo píštěle o velikosti menší než 6 cm, dochází v polovině případů ke spontánnímu hojení, u větších rozměrů se poté k odstranění využívají endoskopické výkony, drenáže, stenty. Dojde-li ke krvácení, je potřeba přistoupit k embolizaci či angiografii. Další možné komplikace se řeší chirurgicky v závislosti na jejich typu (KRŠKA, 2012).

1.4 DIAGNOSTIKA

U diagnostiky AP je důležitá nejprve osobní anamnéza. Zjišťujeme, kdy pacientovi začaly obtíže, a zda se s nimi již někdy dříve setkal. Necháme si vyličit jeho stravovací návyky a zajímáme se, jak je na tom pacient s popíjením alkoholických nápojů. Důležitá je pro nás také informace, zda pacienta netíží stresové situace. Mimo to odebíráme také rodinnou anamnézu, pracovní anamnézu a farmakologickou anamnézu. Všeobecná sestra změří a zapíše do dokumentace vitální funkce pacienta (tlak, teplota, pulz) a zkontroluje, zda je pacient bdělý. Důležité je také fyzikální vyšetření lékařem, který vyšetřuje pomocí pohmatu, poklepu a poslechu. Sestra mu při vyšetření asistuje (BEZDIČKOVÁ, SLEZÁKOVÁ, 2010).

Ve většině případů trápí pacienta silná, trvalá, vysilující bolest lokalizovaná v epigastriu a středním mezogastriu šířící se do zad (KRŠKA, 2012). Pacientovi se může bolest zhoršit při kašli nebo kýchnutí (DOBLÁŠ, 2013). Možná úlevová poloha je lež na boku s kulatými zády a nohami přitaženými k břichu. Bolest doprovází nauzea, nechutenství a často vomitus. Peristaltika je s ojedinělými fenomény, může se vyskytovat i paralytický ileus – tzv. „mrtvé ticho,“ palpačně je břicho pružné a citlivé (KRŠKA, 2012). *Pankreatitida ovšem může být i bezbolestná, elevace enzymů může během několika dnů ustoupit, takže na možnost pankreatitidy je především nutné pomyslet. Pro diagnózu nekrotizující pankreatitidy je určující zobrazení nekrózy kontrastní počítačovou tomografií* (ŠPICÁK, 2017, s. 1). Tento typ vyšetření je doporučováno provádět od pátého dne výskytu obtíží, dříve by při této zobrazovací metodě nebyla nekróza viditelná. Nekrózu lze sledovat také pomocí ultrasonografie či magnetické rezonance. Symptomy u těžkých forem AP jsou nejčastěji systémové. Řadíme k nim tachykardii, hypotenzi, hyperventilaci, zvyšující se teplotu těla a syndrom systémové zánětové odpovědi. Teploty, zvýšené leukocyty s biochemickými markery zánětu nemusí v počáteční fázi pankreatitidy znamenat infikovanou nekrózu ani infekci, proto není nutné ihned nasazovat antibiotickou léčbu či chirurgickou intervenci. Pokud je další průběh nepříznivý, dochází k multiorgánové dysfunkci, kterou lze hodnotit například pomocí Marshallova scóre. Příznaky sepse se objevují při pankreatických nebo peripankreatických nekrotázách obvykle v odstupu (KRŠKA, 2012).

1.4.1 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

V séru dochází ke zvýšení amyláz, které může trvat 3-5 dní, vzestup je velice rychlý a prokazatelný do několika hodin od počátku akutní pankreatitidy. V moči se nám amyláza objeví o něco později, ale za to je o něco déle přítomna. Mimo jiné se v séru objevují lipázy, které stoupají pomaleji a přetrvávají déle než amylázy. V moči je nenajdeme, jelikož se tam nevylučují. Za významné v diagnostice považujeme trojnásobné zvýšení normy amyláz, stejně tak platí pro lipázy. Zvýšené amylázy lze sledovat i u jiných zánětů jako je např. apendicitida, gynekologické záněty, cholecystitida apod., proto je nutné vzhledem k nízké senzitivitě s amylázou vždy odebrat i lipázy, které mají větší specifitu, i když hladina lipáz může být ovlivněna patologickými stavy, např. renální insuficiencí či břišním extrapancreatickým zánětem (BERKOVÁ a kol., 2015).

Jestliže zvýšení hladin amyláz a lipáz trvá déle než týden, hrozí komplikace a progrese choroby. Např. u diabetiků je hladina lipázy v séru zvýšená. Pro přesnější diagnózu je vhodné laboratorní vyšetření doplnit zobrazovacími metodami (BERKOVÁ a kol., 2015). *V případě hypertriglyceridemie jako etiologického činitele při vzniku pankreatitidy bývá sérum mléčně bílé a hodnoty triglyceridů přesahují 11 mmol/l (1000 mg/dl). Vyšetření triglyceridemie je nutno opakovat po odeznění zánětu, protože zvýšení triglyceridy u akutní pankreatitidy mohou být, aniž by byly v příčinné souvislosti se vznikem onemocnění* (BERKOVÁ a kol., 2015, s. 22). U minerálů sledujeme hladinu kalcia a kalia, jejich zvýšení má prognostický význam. Jaterní testy nám nesou informace o možné obstrukci žlučových cest příp. cholangitidě. Zvýšená hodnota glykemického indexu nás upozorní na postižení vnitřní části pankreatu. V rámci laboratorního vyšetření odebíráme a sledujeme další hodnoty, jedná se o hladinu urey, krevního obrazu, kreatinu, proteinemie, acidobazické rovnováhy, CRP (i přesto, že je to ukazatel zánětu, tak nemusí být v počátcích zvýšené) a další (BERKOVÁ a kol., 2015). Odběry krve opakujeme dle aktuálního stavu pacienta a dle dynamiky onemocnění (BĚLUNEK, 2009).

1.4.2 ZOBRAZOVACÍ METODY

Pro diagnostiku AP používáme několik zobrazovacích metod. Patří sem RTG snímek nativu břicha, sonografické vyšetření, tomografie, magnetická rezonance, ERCP (ČESÁK, KOLÁČKOVÁ, 2013).

RENTGENOVÉ VYŠETŘENÍ

Rentgenové vyšetření je jednou ze základních, široce dostupných zobrazovacích metod. Základem této zobrazovací metody je rentgenový snímek, který nám při bolesti břicha dokáže vyloučit náhlou příhodu břišní. U pacienta s AP není vždy nález specifický, můžeme se setkat s normálním nálezem až s nálezem ileu, a to především u těžkých forem. Chybět by neměl ani rentgenový snímek hrudníku, který je důležitý nejen z hlediska prevence, ale též z důvodu možného vzniku levostranného reaktivního plicního výpotku. Tento typ plicního výpotku může vzniknout na základě blízkého zánětu pankreatu (ČESÁK, KOLÁČKOVÁ, 2013).

SONOGRAFICKÉ VYŠETŘENÍ

Sonografické vyšetření nám dokáže nález na pankreatu přiblížit o něco více než rentgenové vyšetření. U abdominálního ultrazvuku je nevýhoda špatné viditelnosti

způsobené plynatostí, která je při AP častá (ČESÁK, KOLÁČKOVÁ, 2013). *Proto se často setkáme s ne zcela uspokojivou výpovědní hodnotou tohoto vyšetření. Nález na slinivce pak opět může být různého charakteru od pouze fokálních hypoechogenních oblastí po difuzně zvětšený hypoechogenní pankreas. Přínos sonografického vyšetření spočívá tedy spíše ve vyšetření žlučových cest a případném stanovení biliární etiologie* (ČESÁK, KOLÁČKOVÁ, 2013, s. 102).

POČÍTAČOVÁ TOMOGRAFIE

Kontrastní CT je řazeno mezi nejspolehlivější zobrazovací metodu. Díky tomuto vyšetření dokážeme zjistit závažnost nálezu na slinivce břišní a vidět případnou přítomnost pseudocyst. (ČESÁK, KOLÁČKOVÁ, 2013). Z hlediska časné diagnostiky má CT význam ve vyloučení jiné příčiny akutní bolesti břicha nejasné etiologie (ZADÁK, HAVEL, 2017).

VYŠETŘENÍ MAGNETICKOU REZONANCÍ

Další z možností použití zobrazovacích metod je magnetická rezonance, která ale není tolik dostupná jako CT. Její výhodou je větší rozlišovací schopnost a menší toxicita kontrastní látky pro ledviny oproti počítačové tomografii (ČESÁK, KOLÁČKOVÁ, 2013). Význam má také v časné diagnostice pro vyloučení jiné příčiny akutní bolesti břicha nejasné etiologie (ZADÁK, HAVEL, 2017).

ENDOSKOPICKÁ RETROGRÁDNÍ CHOLANGIOPANKREATOGRAFIE

Již posledním zmiňovaným vyšetřením za pomoci zobrazovacích metod je endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie. ERCP vyžaduje charakteristickou péči u pacienta před výkonem i po výkonu. Důležité je, aby nemocný před samotným vyšetřením lačnil alespoň 6-8 hodin, dovolené jsou pouze malé doušky čisté vody (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

Všeobecná sestra před podstoupením ERCP odebere pacientovi krev (krevní obraz, biochemické vyšetření a hemokoagulační vyšetření) a moč (amylázy). Pacient musí mít odstraněnou zubní náhradu a podepsaný informovaný souhlas s vyšetřením. Důležité je mít zavedený periferní žilní katetr z důvodu aplikace antihistaminik a analgosedace či sedace. Samotný výkon, dle závažnosti vyšetření, trvá 30–120 minut a je prováděn pod analgosedací či sedací, které jsou podávány dle ordinace lékaře. Po výkonu má pacient

nic per os, pít bude moci až po dvou hodinách (po odeznění analgosedace, sedace, jelikož hrozí riziko aspirace). Všeobecná sestra následně u pacienta zajišťuje ošetrovatelskou péči. Měří vitální funkce, dle ordinací lékaře podává infuze a později (zhruba 6 hodin po výkonu, jestliže není lékařem určeno jinak) provede kontrolní odběry biologického materiálu shodné s předešlým odběrem. Kontraindikací tohoto vyšetření je porucha koagulačních parametrů z důvodu rizika krvácení (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

1.5 LÉČBA

Akutní pankreatitida se léčí konzervativně nebo chirurgicky. Výběr léčby závisí na závažnosti onemocnění a stavu pacienta (HVOZDOVIČOVÁ, STOLINSKÁ, 2010). Aby léčba byla úspěšná, je velice důležitá podrobná znalost tohoto onemocnění a s tím spojené organizační opatření, které podmiňují úspěšnou léčbu (ŠPICÁK, 2010).

1.5.1 KONZERVATIVNÍ LÉČBA

Konzervativní léčba vychází z klinického stavu pacienta, zjištěné příčiny a předpokládaného průběhu. Důležité jsou prognostické markery. Při konzervativní léčbě se snažíme tišit bolest a akutní komplikace (za komplikace považujeme renální insuficienci, minerální a acidobazickou dysbalanci, šokový stav, kardiopulmonální komplikace a další) (HVOZDOVIČOVÁ, STOLINSKÁ, 2010). Při bolestech podáváme nemocnému medikace dle ordinace lékaře a je důležité vědět, že v žádném případě není vhodné Morfium a spasmolytika (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006). V případě těžkých průběhů léčby, všeobecná sestra podává antibiotika, opět se řídí dle ordinace lékaře (HVOZDOVIČOVÁ, STOLINSKÁ, 2010).

1.5.2 CHIRURGICKÁ LÉČBA

Chirurgická léčba u akutní pankreatitidy je ordinována k léčbě komplikací, mezi které nejčastěji patří pankreatické pseudocysty nebo abces. Vhodná je také k odstranění příčin onemocnění, kdy například dojde k obnovení žlučových cest nebo k profylaxi infekce (HVOZDOVIČOVÁ, STOLINSKÁ, 2010). Operace jsou indikovány na základě CT vyšetření nebo sonografie (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006).

1.5.3 LÉČBA U DIABETIKA

U diabetika se terapie akutní pankreatitidy v základu neliší. Je však nutné věnovat pozornost některým faktům. Z důvodu poruch mnoha nervových vláken nemusí být

AP doprovázená typickou bolestí, projeví se tedy pouze jako náhlé zhoršení stavu spojené s poruchou pasáže. Diabetikům hrozí v průběhu tohoto onemocnění dekompenzace diabetu a možná nekróza může zapříčinit vymizení zbytkové sekrece inzulinu, a tím dochází k dalšímu zhoršení diabetu. Hladinu glykémie je tedy nutné upravovat pomocí kontinuálního podávání inzulinu (SOBOTKA, 2011).

Dalším důležitým faktem je kontrola tolerance tekutin. Tekutinová resuscitace je u diabetika ztížená z důvodu postižení cév, kardiovaskulárního aparátu a ledvin. U výživy je třeba snížit stupeň katabolizmu a co nejvíce snížit ztrátu buněčné tělesné hmoty, především minimalizovat ztrátu kosterní svaloviny. Zahajujeme enterální výživu, důležitý je její celkový příjem. Pokud má pacient nižší příjmy nutriční, přidáme ještě parenterální výživu buď částečnou nebo úplnou. Neustále dbáme na kontrolu a úpravu glykémie (SOBOTKA, 2011).

1.6 VÝŽIVA

Výživa u akutní pankreatitidy je ze začátku u všech nemocných stejná. Velmi důležitá je parenterální aplikace tekutin, kdy u lehké formy AP podáváme 2-5 litrů denně, u pacientů s těžkou formou AP tělo zásobujeme 6-12 litry. Per orálně pacient nic nepřijímá, a proto je nutné, aby o tom všeobecná sestra pacienta edukovala. U lehké formy akutní pankreatitidy můžeme po odeznění bolesti přistoupit na jednoduchou sacharidovou stravu, která musí být striktně bez tuku. Řadíme sem pokrmy jako je například bramborová či rýžová kaše, suché nemaštěné brambory. Pokud pacient zatížen touto stravou zvládne bez obtíží, můžeme podávat proteiny a ve velice omezeném množství (max. 30 % energetického příjmu) tuky. Veškerý per orální příjem závisí na toleranci pacienta. U pacientů s těžkou akutní pankreatitidou volíme jednoznačně enterální výživu. Vždy se řídíme ordinacemi lékaře (GROFOVÁ, 2008).

1.6.1 ENTERÁLNÍ VÝŽIVA

Enterální výživa u akutní pankreatitidy se podává kontinuální infuzí. Jak již bylo zmíněno, tak při jakémkoliv podání výživy je nejdůležitější tolerance pacienta (ČESÁK a kol., 2015). *Při podávání enterální výživy je samozřejmě snahou dosáhnout dostatečného příjmu jak energie, tak ostatních nutrientů. Hodnota energetického příjmu by měla být podle různých studií 1,23-1,49násobek bazálního metabolismu stanoveného*

Harrisovou-Benedictovou formulí, jedná se však o průměrnou hodnotu, skutečná hodnota závisí na závažnosti stavu (ČESÁK a kol, 2015, s. 138).

1.6.2 PANKREATICKÁ DIETA

Pankreatická dieta patří do skupiny šetřících diet, omezuje se při ní množství tuku. Tento typ diety nasazujeme u akutní pankreatitidy až tehdy, je-li to ordinováno lékařem. Pankreatickou dietu můžeme rozdělit do dvou stádií, kdy první stádium diety je velice přísné a omezení tuku je na 20 gramů za den, později je obsah tuku zvýšen na 40 gramů za den. Strava je bohatá na jednoduché sacharidy. Pečivo používáme bílé (housky, rohlíky, toastový chléb atd.), maso libové (kuřecí bez kůže, hovězí, králík, filé atd.), z vajíček použijeme pouze bílky, jako přílohy používáme brambory, bezvaječné těstoviny, rýže a další (KOHOUT a kol., 2017). Mléko je možné dle tolerance pacienta a je lepší ho podávat během dne. Stejně tak nově zařazené suroviny v jídelníčku je lepší jíst přes den. U obou stádií diet nelze používat smažení. Pokrmy se upravují dušením, vařením či pečením v alobalu bez použití tuku (KOHOUT a kol., 2017). Strava by měla být pestrá, s dostatkem vitamínů a minerálů. Ovoce (jablka bez slupek, meruňky, banán, broskve bez slupky) jíme převážně tepelně upravené, zeleninu volíme nenadýmavou a pouze po tepelné úpravě (mrkev, celer, petržel, rajče bez slupky a zrníček, špenát). Vynecháváme cibulový základ a klasickou jíšku. K zahušťování se doporučuje kukuřičná, pšeničná či rýžová mouka, případně solamyl. Povolené množství kvalitních tuků přidáváme až do hotových pokrmů (SVAČINA, 2008). U diabetika s pankreatickou dietou se hlídá povolené množství sacharidů 225 g/g nebo dle ordinace lékaře. Opomínat se nesmí pitný režim (čaje, neperlivé vody, ovocné ředěné šťávy), doporučuje se zařadit sipping (KOHOUT a kol., 2017). Každého nemocného je potřeba informovat o přísném zákazu alkoholu. Při edukaci pacienta o pankreatické (či jiné) dietě je vhodná spolupráce všeobecné sestry s nutričním terapeutem (SVAČINA, 2008).

1.7 INCIDENCE

Celosvětově se incidence AP pohybuje mezi 5-73 případy/100 000 obyvatel/rok. V posledních 20 letech se incidence AP v Praze zvýšila z 20 na 30 případů/100 000 obyvatel/rok a medián věku manifestace stoupl z 55 na 70 let. Bez ohledu na etiologii zhruba ve 20 % AP probíhá jako těžká forma, zbývající případy představují lehkou formu AP. Průměrná mortalita AP se pohybuje mezi 4-10 %, u těžkého tvaru dosahuje až 20 % a dále se zvyšuje i infekčních komplikací nebo u perzistujícího (>48 hodin) orgánového

selhání, které zvyšuje mortalitu dva- až třikrát, zatímco infekce nekrotické zhruba dvakrát. Letalita AP je v časném období (<2 týdny) dána velikostí nekrotické tkáně, v pozdním období (>3 týdny) je určena infekcí nekrotické tkáně (BARTŮNĚK a kol., 2016, s. 510).

2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Podstatu práce sester tvoří tři složky. Rozum, srdce a její ruka. Rozum ruku vede, srdce jí dává jemnost. Žádná z těchto složek nesmí přerůst, nesmí mizeti (Profesor Arnold Jirásek, 1946, Ošetřování chirurgických nemocných).

Jedná se o velice nadčasový citát od profesora Arnolda Jiráska, vyjadřuje rovnováhu a předpoklady všeobecné sestry pro zvládnutí povolání. Rozum nám zastupuje teoretickou přípravu a myšlení. Srdce vyjadřuje empatii k potřebám, úzkosti, bolesti ale i radosti z uzdravení nemocného. Ruka je nástroj, který slouží nejen na dotek, ale je prostředkem k provedení náročných ošetřovatelských technik (VYTEJČKOVÁ, 2013).

Ošetřovatelství je jedna z vědeckých disciplín, kde podstatou je podpora, udržování zdraví naší populace. Společně s dalšími obory se snaží o navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti tím, že aktivně vyhledává potřeby nemocného. V případě, že nemocný trpí nějakou nevléčitelnou chorobou, poskytuje zmírnění utrpení, případně s citem a empatií zajišťuje poklidné umírání a smrt. Cílem ošetřovatelství je vyhledat potřeby člověka, které mohou být zásadně ovlivněné nemocí a následně je všestranně uspokojovat. Ačkoliv ošetřovatelství vychází z nespočtu teoretických modelů, jedná se o praktickou vědeckou disciplínu (VYTEJČKOVÁ, 2011).

Jednou z možností přístupu k pacientovi je holistický ošetřovatelský proces. Jedná se o systémový přístup, který řeší komplexní problémy nemocného pacienta. Zaměřuje se pokaždé na celou osobu, nejen na onemocnění. Všeobecná sestra musí vnímat pacienta jako celek. Orientuje se na jeho biologickou, psychologickou a sociální složku (MCSHERRY et al., 2012).

Ošetřovatelská profese je jedna z nejhumnějších. Mnohdy se toto zaměstnání označuje jako poslání, bývá považováno za jednu z nejvyšších hodnot lidského života. Tam, kde není možné vyléčení, sestra vyvíjí snahu k minimalizaci obtíží a vede nemocného k důstojnému konci žití. Ošetřovatelství je činnost velice individuální, náročná a odpovědná. Klade vysoké nároky na praktickou a teoretickou odbornou přípravu. Jedná se o profesi fyzicky i psychicky náročnou. Při práci je nutné

ošetřovatelský proces doprovázet řádně vedenou zdravotnickou dokumentací (VYTEJČKOVÁ, 2011).

2.1 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S AKUTNÍ PANKREATITIDOU

Pacienti s akutní pankreatitidou bývají hospitalizováni na interních nebo chirurgických odděleních. Dle závažnosti stavu na jednotkách intenzivní péče. Všeobecná sestra pacientovi zajišťuje ošetřovatelskou péči. Při přijetí pacienta na oddělení zajistíme uložení na lůžko a poskytneme mu co největší pohodlí. Na lůžku pacient leží v poloze na zádech s mírně vyvýšenou hlavou. Nemocného všeobecná sestra edukuje o signalizačním zařízení a zákazu popíjení tekutin i v případě, že by se jednalo o zapití léků douškem vody (pokud není lékařem ordinováno jinak), povoleno je vytírání úst vlhkým štetčkem. V průběhu celé hospitalizace nemocného plní sestra ordinace lékaře. Měří fyziologické funkce, odebírá biologický materiál na laboratorní vyšetření, podává analgetika a infuze, pečuje denně o periferní či centrální žilní vstupy, permanentní močové katetry i nasogastrické sondy. Dle soběstačnosti pacienta pečuje o hygienu a vyprazdňování. Nelze opomenout péči o psychický stav nemocného. Před propuštěním do domácí péče, je třeba, aby byl pacient informován lékařem a všeobecnou sestrou o dalším postupu léčby, o dodržování dietního opatření a případných komplikacích, které by mohly nastat v případě nedodržování režimu (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006).

2.2 VŠEOBECNÁ SESTRA

Virgina Henderson byla jednou z prvních moderních sester, která definovala sestru. Definici představila v roce 1966 a v roce 1973 byla přijata Mezinárodní radou zdravotních sester (KOUTOUKIDIS et al., 2013, s. 3).

Všeobecná sestra je osoba pracující bez odborného dohledu. Je absolventkou vysoké školy nebo vyšší odborné školy. Zdravotní péči poskytuje podle standardů, řídí se právními předpisy. Dodržuje hygienicko-epidemiologický režim. Pacientovi sděluje informace v souladu se svou odbornou způsobilostí. Zajišťuje ošetřovatelskou péči prostřednictvím ošetřovatelského procesu. Dokáže vyhodnocovat a uspokojovat potřeby pacientů dle jejich aktuálního stavu, hodnotit fyziologické funkce a sledovat stav nemocného. Obstarává odběry biologických materiálů a provádí některé způsoby vyšetření. Hodnotí výživu nemocného. Ošetřuje chronické rány, poruchy integrity kůže,

stará se o stomie a invazivní vstupy. Snaží se nacvičovat soběstačnost, zvyšovat sebeobsluhu pacientů. Edukuje nemocné a jejich blízké osoby v ošetrovatelských postupech, případně jim předává materiály (VYTEJČKOVÁ, 2011).

Umírajícím pacientům poskytuje psychickou podporu též jejich blízkým, v případě úmrtí zajišťuje péči o mrtvé tělo a další činnosti s tím spojené. Na pracovišti se stará o estetickou úpravu a čistotu, podílí se na řízení činnosti dalších nelékařských zdravotnických pracovníků (praktických sester, ošetrovatelů či sanitářů). Vede ošetrovatelskou dokumentaci a účastní se chodu oddělení jako takového (kontroluje a zajišťuje spotřební materiál, stará se o léky atd.) (VYTEJČKOVÁ, 2011).

2.2.1 KOMPETENCE VŠEOBECNÉ SESTRY

Je-li indikováno lékařem, všeobecná sestra může bez odborného dohledu:

- Podávat pacientům léčivé přípravky.
- Aplikovat kyslíkovou terapii.
- Ošetřovat drény a provádět ošetření akutních a operačních ran.
- Provádět katetrizaci močového měchýře u žen, pečovat o močové katétry pacientů, zajišťovat výplach močového měchýře, pomáhat s vyprazdňováním.
- Měnit a ošetřovat tracheostomickou kanylu, zavádět jejunální a nazogastrické sondy, o které následně pečuje a aplikuje enterální výživu.

Pod odborným dohledem lékaře všeobecná sestra může aplikovat nitrožilně krevní deriváty, bez odborného dohledu ošetřuje pacienta během průběhu transfúze a následně ji ukončuje (VYTEJČKOVÁ, 2011).

2.3 POTŘEBY NEMOCNÉHO

V životě člověka dochází stále k vyhledávání všemožných potřeb. Potřeba je vlastnost, která nás popuzuje k realizaci určité aktivity a následnému uspokojení. Potřeby můžeme rozdělit na primární a sekundární, kdy do primárních patří existenční potřeby a sekundární jsou odrazem potřeb primárních. S nemocí se nám tyto potřeby povětšinou mění, roli hraje nejen samotný charakter a závažnost nemoci, ale také sociální

poměry nemocného (výchova, rodinný stav, vzdělání, společenský standard) či patologický stav (bolest, horečka aj.) (ZACHAROVÁ, ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011).

Všeobecná sestra vnímá pacienta jako bytost bio-psycho-sociální, bere ho tedy jako celek, a tím pádem je péče u jednotlivých pacientů individualizovaná. Potřeby nemocného můžeme dělit na takové, které se chorobou nemění, jsou stejné jako u zdravého člověka a v průběhu hospitalizace jsou vykonávány za pomoci všeobecné sestry (například potřeba spánku, vzduchu, vyprázdnění se, výživy apod.). Další potřeby jsou nemocí modifikovány. Jsou velice individuální a tvoří tak nejsložitější skupinu (například potřeba být aktivní, kulturní potřeby, sociální potřeby apod.). Potřeby nám mohou nemocí také vzniknout, takové potřeby ovlivňuje řada okolností. Pověšinou závisí na závažnosti a fázi onemocnění (například potřeba navrácení úplného zdraví, potřeba zbavení se bolestí apod.) (ZACHAROVÁ, ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011).

Znalost základních potřeb tvoří základ k tvorbě ošetrovatelského procesu. Při ošetřování nemocného musíme neustále myslet na to, že chování i prožívání pacienta je ovlivněno uspokojením jeho biologických, sociálních a psychologických potřeb (ZACHAROVÁ, ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011).

Specifické jsou potřeby u hospitalizovaných pacientů v závěru života. Nejčastěji se jedná o potřeby biologické, psychologické a sociální. Jedná se o holistické pojetí péče. V roce 1977 byly stanoveny klíčové potřeby takových pacientů, ke kterým by měl celý ošetrovatelský tým přihlížet. Pacienti mají největší obavy z opuštění, protražované smrti, z nedůstojné péče. Nejčastějším problémem, kterým trpí umírající pacienti je bolest. Důvodem je nedostatečná komunikace (BUŽGOVÁ, 2015)

3 CHARAKTERISTIKA INTERNÍHO ODDĚLENÍ

Interní oddělení patří mezi jedno ze základních oddělení nemocniční péče. Léčí se zde pacienti s onemocněním vnitřních orgánů, obvykle konzervativní léčbou bez použití chirurgických zákroků. Medicínský obor, který se zabývá vnitřními orgány, nazýváme vnitřní lékařství. Na toto oddělení se dostávají pacienti různého věku, ale nejčastěji se zde ošetřují a léčí ti s vyšším věkem. Je tedy nutné přihlížet k potřebám a specifikám těchto pacientů z hlediska ošetrovatelského i léčebného. Lékaři spolupracují s mnoha obory např. s onkologií, chirurgií, kardiologií, otorinolaryngologií a dalšími (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006).

Všeobecné sestry na interním lůžkovém oddělení poskytují ošetrovatelskou péči v rámci ošetrovatelského procesu. Spolupracují s ostatními zdravotnickými pracovníky nelékařských oborů. Práce na interním oddělení je vysoce náročná, léčí se zde starší a chronicky nemocní lidé, kterým je potřeba zajistit komplexní ošetrovatelskou péči včetně péče o polohování a péče o inkontinenci. Od pacientů musí umět získat informace, z kterých pak následně stanoví problémy a naplánuje ošetrovatelskou péči (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006).

Činnosti charakteristické pro interní oddělení jsou:

- Diagnostické: odběry biologických materiálů na různá vyšetření, kdy všeobecná sestra musí znát techniky odběrů, musí pacienta umět připravit před vyšetřením a umět se o něj postarat po výkonu.
- Terapeutické: podávání medikací i.v., per os nebo inhalacemi, provádění s pacientem základní rehabilitace.
- Preventivní: edukace o prevenci chorob, správné výživě, případně s pacientem nacvičit dovednosti (např. aplikace inzulínu u diabetiků). Všeobecná sestra musí mít správný pedagogicko-psychologický přístup k pacientovi.
- Administrativní: zaznamenávat do dekursu a ošetrovatelské dokumentace, psát žádanky, zakládat výsledky, objednávat pacienty na ordinovaná

vyšetření, umět pracovat s počítačem (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006).

4 PRAKTICKÁ ČÁST

Cílem praktické části je podrobný popis kazuistiky pacienta s akutní pankreatitidou na interním oddělení za využití koncepčního modelu funkčního typu zdraví od Marjory Gordon. Tento koncepční model byl vybrán na základě toho, že je v něm nemocný vnímán jako bio-psycho-sociální celek, což je u přístupu k nemocnému velice důležité. Model vychází z toho, že všichni jedinci mají stejné chování, které souvisí s jejich zdravím a kvalitou života. Popis a hodnocení zdraví utřídíme dle NANDA INTERNATIONAL taxonomie II, což nám umožňuje rozpoznat funkční a dysfunkční chování a stanovit ošetrovatelské diagnózy.

Koncepční modely a teorie ošetrovatelství se uplatňují v praxi přes ošetrovatelský proces a mají pět fází. První fáze je posuzování, kde zhodnocujeme nemocného. Druhá fáze je diagnostika, v této fázi stanovujeme ošetrovatelské problémy a potřeby. V třetí fázi, která nese název plánování, plánujeme ošetrovatelskou péči, která se u každého pacienta individuálně liší. Čtvrtý krok je realizace, aktivně realizujeme naplánovanou péči sestavenou na míru pro pacienta. Poslední fází je zhodnocení, kde hodnotíme efekt realizované péče (BUŽGOVÁ, PLEVOVÁ, 2011).

Pacient souhlasil s uvedením svého případu, během sběru dat s ochotou spolupracoval. Nemocný byl vybrán z důvodu své výřečnosti a zájmu zapojit se do tvorby této bakalářské práce. Pacientovi byla přislíbena anonymita.

ÚDAJE PACIENTA

Jméno a příjmení: XX YY

Číslo pojišťovny: 111

Datum narození: XX.XX.1973

Vzdělání: Středoškolské s maturitou

Věk: 44 let

Zaměstnání: řidič automobilu

Pohlaví: muž

Rodinný stav: rozvedený

Adresa bydliště a telefon: Praha, XXX

Státní příslušnost: česká

Rodné číslo: 73XXXXXXXX

Typ přijetí: akutní

Datum přijetí: 30.12.2017

Oddělení: interní oddělení

Ošetřující lékař: M.T.

Důvod přijetí udávaný pacientem:

Přišel jsem domů z práce a začalo mě šíleně bolet břicho. Myslel jsem, že jsem něco špatného snědl nebo, že si dojdu na záchod a uleví se mi, ale zlepšení nepřišlo. Dva dny jsem zkoušel vydržet, ale pak jsem už nemohl sedět ani ležet, jaká ta bolest byla. Měřil jsem si teplotu a měl jsem 37,2 °C, vím, že to není vysoká teplota, ale já nikdy teploty nemám, tak jsem se nechal od kolegy dovézt na chirurgii a poslali mě sem k vám na internu. Chviléma se mi zvedá žaludek, je to nepříjemný pocit.

HODNOTY A ÚDAJE ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU PACIENTA DNE 30.12.2017

Medicínská diagnóza hlavní:

K859 AKUTNÍ PANKREATITIDA NS

Medicínské diagnózy vedlejší:

LBBB bez průkazu AKS,

chronická rýma, steatóza jater

Sourozenci: bratr zdrav, sestra hypofunkce štítné žlázy na substituci

Děti: dcera má alergii na jablka, syn astma bronchiale jinak žádná další onemocnění

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Překonaná chronická onemocnění: běžná dětská onemocnění, dětské neštovice

Hospitalizace a operace: rok 2014: akutní apendicitida

Úrazy: v roce 1986: fraktura radia na levé ruce po lehkém pádu na motorce

Transfúze: nebyla potřeba

Očkování: povinná dětská očkování, tetanus rok 2014, očkování proti klíšťové encefalitidě rok 2015

Léková anamnéza

Tabulka 1 Chronická medikace

Název léku	Forma podání	Síla	Dávkování	Skupina
Tritace	p.o.	1,25 mg	1-0-0	ACE-inhibitory
Concor	p.o.	2,5 mg	1-0-0	betablokátory
Xyzal	p.o.	5 mg	1-0-0 (dle potřeby)	antihistaminika

Zdroj: Chorobopis pacienta (2017)

ALERGICKÁ ANAMNÉZA

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: alergická reakce na štípnutí hmyzem-tvorba otoků

ABÚZY

Alkohol: období častějšího pití alkoholu má za sebou, jako mladý chodil do hospody každý pátek s kamarády, kde vypil někdy až 7 piv, nyní alkohol pije příležitostně, většinou na oslavách, kde si dává pivo, za večer 3-4 piva, tvrdý alkohol si nedává, ten neměl nikdy rád

Kouření: začal kouřit na střední škole a chtěl vždycky přestat, povedlo se mu to v roce 2014 od té doby ex kuřák, dříve vykouřil 20 cigaret/ 2-3 dny zn. Lucky Strike

Káva: černé kávy vypije 1-2 šálky denně, sladí jednou lžičkou cukru

Léky: neguje

Jiné: neguje

UROLOGICKÁ ANAMNÉZA U MUŽŮ

Překonaná urologická onemocnění: 2015 - Cystitida

Samovyšetření varlat: neprovádí

Poslední návštěva u urologa: v roce 2015

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Stav: rozvedený od roku 2015

Bytové podmínky: dříve bydlel v rodinném domě, který po rozvodu přenechal bývalé ženě s dětmi, nyní bydlí sám v pronajatém bytě 1+kk

Vztahy, role a interakce: pacient žije sám, nemá přítelkyni, zastává roli otce, pravidelně má na víkendy své dvě děti, schází se také s rodiči své bývalé ženy

Záliby: rád si zapne počítač, na kterém si čte aktuality nebo hraje hry, skládá modely letadel

Volnočasové aktivity: ve volném čase se rád věnuje sportu-jízdě na kole

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Vzdělání: vystudoval střední školu s maturitou v Praze, kde se mu líbilo a prožil tam hezká mladá léta

Pracovní zařazení: dříve dělal administrativního pracovníka, nyní zaměstnán jako autodopravce

Vztahy na pracovišti: na pracovišti je hlavně sám a většinu času tráví v autě, když se potká na firmě s kolegy, mají spolu přátelský vztah

Ekonomické podmínky: pacient si nestěžuje, průměrné ekonomické podmínky

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA

Religiózní praktiky: pacient se označuje za ateistu-bez vyznání, jako malý chlapec chodil do kostela s matkou na nedělní mše

4.1 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU PROVEDENÉ DNE

30.12.2017

Hlava: Poklepově nebolestivá, bez známek traumatu, lehce prořídle vlasy, normocefalická.

Oči: Bulby ve středním postavení, hybné všemi směry, foto +/+, spojivky růžové, bez zánětu, skléry bez ikteru, obočí husté, korneál. reflex. +.

Uši, nos: Bez výtoku.

Rty: Lehce popraskané, bez cyanózy, růžové, souměrné.

Dásně, sliznice dutiny ústní: Bez známek paradontózy, sliznice růžové, bez povlaku, ale suché.

Jazyk: Plazí ve střední rovině, bez povlaku, vlhký, růžový.

Tonzily: Bez čepů, hladké.

Chrup: Vlastní, sanovaný.

Krk: Periferní pulzace hmatatelná, lymfatické uzliny pohmatově nebolestivé, náplň krčních žil normální, štítná žláza nezvětšená.

Hrudník: Je symetrický, bez deformit, při dechu se rovnoměrně rozvíjí.

Plíce: Sklípkovité dýchání, bez vedlejších fenoménů, 15 dechů/ min.

Srdce: Poslechem dvě ozvy srdeční, srdeční akce pravidelná frekvence 90/ min, bez šelesti.

Břicho: Hůře prohmatné, napjaté, symetrické, v niveau, peristaltika +, palpačně bolest v oblasti pupku a epigastria, zvětšena slinivka břišní, bez hmatné rezistence, bolest určuje na škále bolesti VAS 8, bez traumat, po stranách strie, zahojená jizva po operaci apendixu bez patrné kýly.

Játra: Přesahují oblouk žeberní, citlivost nezvýšená.

Slezina: Nezvětšena, nepřesahuje žeberní oblouk.

Genitál: Mužský, nesledujeme atypické vyústění uretry, předkožku lze volně přetáhnout přes žalud, varlata a nadvarlata nezvětšena, prostata symetrická.

Uzliny: Nehmatné.

Páteř: Trny páteře pokleповě nebolestivé, lehká dextro-konvexní skolióza a lehká krční lordóza, Thomayerova distance.

Klouby: Tvar ušlechtilý, pohyblivost dobrá, bez patologie, bez klidové a námahové bolesti. Edémy nejsou přítomny.

Reflexy: Normální reakce.

Čítí: Pacient vnímá, orientovaný, reaguje na veškeré podněty, GCS 15.

Periferní pulzace: Periferní pulzace hmatatelná, puls 90/ min.

Varixy: Varixy nejsou přítomny.

Kůže: Bez ikteru, ojediněle pigmentová znaménka, jizvy nejsou, prokrvená.

Otoky: Horní končetiny, dolní končetiny bez otoků.

4.2 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉM NANDA INTERNATIONAL TAXONOMIE II ZE DNE 30.12.2017

1. Podpora zdraví

Pacient s LBBB bez průkazu AKS s chronickou rýmou a steatózou jater. Jinak k lékařům se snaží spíš nechodit, nedodrží ani preventivní prohlídky u registrujícího lékaře ani zubaře. Dojde si vždy jen pro léky. Když je mu hodně zle, tak ví, že si někam zajít musí, pacient nechce meškat v práci, a proto by byl co nejraději zase zpět v jeho dosavadním režimu. Své nynější onemocnění se snaží přijmout, z rozhovoru nám přijde, že si uvědomuje hodnotu svého zdraví.

Ošetrovatelský problém: Nedodržování preventivních prohlídek u registrujícího lékaře, zubaře

Měřicí technika: 0

Priorita: střední

2. Výživa

Dříve bydlel s manželkou, která mu vařila a nosil si jídlo do práce. Teď, když je sám, stravuje se v rychlosti během polední pauzy, nejčastěji pečivem se salámem apod., teplé jídlo má až doma, ale někdy je po práci tak unavený, že už nevaří a sní na co přijde. Většina jídla přijímána až večer. Tekutin přijme během dne kolem 1,5 litru, nejčastěji pije vodu se šťávou nebo obyčejnou vodu. Nyní pacientovi naordinováno nic per os, léky může zapít douškem vody, zajištěna dostatečná hydratace a ošetrovatelská péče. U pacienta jsme vypočítali BMI index na základě jeho výšky 187 cm a váhy 136 kg, kde jsme došli k závěru, že pacient má obezitu II. stupně, BMI 38,89. Pacient ví, že se má lépe stravovat.

Ošetrovatelský problém: Nepravidelné stravování, obezita II. stupně

Měřicí technika: vzorec na výpočet body mass indexu, BMI: 38,89

Priorita: střední

3. Vylučování a výměna

Vyprazdňování spontánní. Pacient si v minulosti potrpěl spíš na zácpu nežli průjem, v posledních měsících je však bez obtíží. Stolice většinou ob dva-tři dny, formovaná, bez příměsí. Močí bez obtíží. Nyní naordinovaná 24 h diuréza, pacient poučen o sběru moči všeobecnou sestrou. Problémy s dýcháním nemá, netrpí námahovou ani klidovou dušností. Saturace 98 % bez kyslíkové podpory, D: 15/ min.

Ošetrovatelský problém: Možnost zácpy

Měřicí technika: 0

Priorita: nízká

4. Aktivita-odpočinek

Pacient rád jezdí na kole, oddychne si u sestavování modelů letadel. Po práci se snaží vždy chvíli odpočívat a zrelaxovat, před spánkem si dopřává rád horkou vanu. *Problémy se spánkem jsem neměl až do doby, co jsme se ženou vedli rozvodové řízení. Když bylo vše vyřešené, tak jsem zase spal celou noc.* Poslední dny si pacient stěžuje na přerušovaný spánek vzhledem k jeho potížím. *Několikrát za noc se budím a hledám vhodnou polohu.* Přiznává, že se cítí unavený. Pacient je nezávislý na ošetrovatelském personálu, proveden Barthelův test, výsledek 100 bodů. Edukován o převážně klidovém režimu, na WC si dojit může. Srdeční akce pravidelná P: 75/ min.

Ošetrovatelská problém: Přerušovaný spánek, únava

Měřicí technika: Barthelův test všedních činností s výsledkem 100 bodů – nezávislý

Priorita: nízká

5. Percepce/ kognice

Pacient je orientovaný místem, časem a osobou. Bez poruchy vědomí GCS 15. Je velice komunikativní, rád od začátku hovoří s ošetřovatelským personálem. Vadu zraku nebo sluchu nemá. O jeho nynějším onemocnění nic neví, nové informace dokáže snadno vstřebat.

Ošetřovatelský problém: Neznalost

Měřicí technika: Glasgow Coma Scale s výsledkem 15 bodů

Priorita: nízká

6. Sebepercepce

Pacient je přes své potíže komunikativní a usměvavý. Mrzí ho, že neoslaví Nový rok se svými kamarády. S diagnózou se snaží vyrovnat. Dříve byl pacient štíhlý. Od doby, kdy žije sám a změnilo se mu zázemí, tloustne z důvodu nepravidelného stravování. *Třeba jak teď nebudu jíst, tak aspoň zhubnu, ale já jsem i přesto spokojený.*

Ošetřovatelský problém: Nepravidelné stravovací návyky

Měřicí technika: 0

Priorita: střední

7. Vztahy mezi rolemi

Pacient bydlí sám v pronajatém bytě 1+kk, je rozvedený a má dvě děti, které má přes víkend ve své péči. S ostatními rodinnými příslušníky má kladný vztah. Vzhledem k délce hospitalizace pacient prozatím neměl návštěvu. *Rodina i kamarádi už vědí, že jsem marod, přijdou se za mnou určitě podívat.*

Ošetřovatelský problém: nevyhodnocuji

Měřicí technika: 0

Priorita: 0

8. Sexualita

Pacient netrpí a nikdy netrpěl žádnou ze sexuálně přenosných nemocí. K sexuální aktivitě se nechce vyjadřovat. Neprovádí samovyšetření varlat. Pacient má dvě děti. A nebrání se další reprodukci. *Kdybych si našel přítelkyni a chtěla, abychom měli děti, tak by mi to nevadilo.*

Ošetrovatelský problém: nevyhodnocuji

Měřicí technika: 0

Priorita: 0

9. Zvládání tolerance/ zátěže

Pacient už v nemocnici hospitalizován byl a odnesl si nehezké zkušenosti. Trpí lehkou úzkostí, působí na něj negativně nejen nemocniční prostředí, ve kterém se nachází, ale také jeho zdravotní stav. Vzhledem k nynějšímu onemocnění má spoustu neuspokojených potřeb.

Ošetrovatelský problém: Strach

Měřicí technika: 0

Priorita: nízká

10. Životní principy

Pacient je nevěřící, nemá žádné vyznání. Jeho největší hodnotou v životě je jeho rodina, především pak jeho dvě děti, které miluje.

Ošetrovatelský problém: nevyhodnocuji

Měřicí technika: 0

Priorita: 0

11. Bezpečnost-ochrana

Pacient má poškozenou dentici a je alergický na bodnutí hmyzem. Nemocný má zavedený PŽK, je tedy vystaven riziku vzniku infekce. Teplota těla 36,2 °C. Pacienta pokožka normální. Dle stupnice Nortonové s výsledkem 30 bodů pacientovi nehrozí riziko vzniku dekubitu.

Ošetrovatelský problém: PŽK, možný vznik infekce

Měřicí technika: stupnice dle Nortonové 30 bodů.

Priorita: nízká

12. Komfort

Pacient byl uložen na lůžko s dalšími třemi nemocnými z důvodu obsazení všech nadstandardních pokojů. Stěžuje si, že má silné bolesti. Na škále VAS udává bolest číslem 8. Jeho bolest je patrná z výrazu obličeje. Pacient se neustále snaží hledat úlevové polohy. Trápí ho nauzea.

Ošetrovatelský problém: Akutní bolest v oblasti břicha, zhoršený komfort z důvodu společného pokoje, zhoršený tělesný komfort způsobený nauzeou

Měřicí technika: škála bolesti VAS 8

Priorita: vysoká u akutní bolesti, jinak priority nízké

13. Růst/ vývoj

Fyziologický vývoj. Pacient měří 187 cm a váží 136 kg. Dle BMI obezita II. stupně viz. část 2. Výživa.

Ošetrovatelský problém: obezita II. stupně

Měřicí technika: vzorec na výpočet body mass indexu, BMI: 38,89

Priorita: střední

4.3 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření:

- laboratorní vyšetření v den příjmu a dále dle ordinací lékaře;
- sonografické vyšetření v den příjmu;
- RTG hrudník, nativ břicha v den příjmu;
- EKG v den příjmu;
- CT v plánu po novém roce.

VÝSLEDKY

Laboratorní vyšetření provedené v den příjmu

Tabulka 2 Hematologické vyšetření krve ze dne 30.12.2017

CO VYŠETŘUJEME	VÝSLEDEK	NORMA
Leukocyty	*15,0 10⁹/l	4,0-10,0
Erytrocyty	5,34 10¹²/l	4,00-5,80
Hemoglobin	169,0 g/l	135,0-175,0
Hematokrit	0,461 l/l	0,400-0,500
Střední objem erytrocytů	86,3 fl	82,0-98,0
Průměrné množství Hb v erytrocytu	31,6 pq	28,0-34,0
Průměrná koncentrace Hb v erytrocytu	*0,367 kg/l	0,320-0,360
Distribuční šíře velikosti erytrocytů	11,5 %	10,0-15,2
Trombocyty	267,0 10⁹/l	150,0-400,0
Destičkový hematokrit	0,270 x10 ml/l	0,120-0,350
Střední objem trombocytů	10,3 fl	7,8-11
Distribuční šíře velikosti trombocytů	12,0 fl	9,0-17,0
Protromb. test (Quick): čas	13,3 s	
Protromb. test (Quick): R	0,99 l/l	0,80-1,20
Protromb. test (Quick): INR	0,99 l/l	

Protromb. test (Quick): normál	13,4 s	
APTT	34,6 s	
APTT R	1,04 l/l	0,80-1,20
APTT normál	33,3 s	

Zdroj: Chorobopis pacienta (2017)

Tabulka 3 Biochemické vyšetření krve a moči ze dne 30.12.2017

CO VYŠETŘUJEME	VÝSLEDEK	NORMA
Glukóza	* 6,6 mmol/l	3,9-5,6
Sodík	138 mmol/l	136-145
Draslík	3,50 mmol/l	3,50-5,10
Chloridy	104 mmol/l	98-107
Urea	3,40 mmol/l	3,20-7,40
Kreatinin	75 umol/l	64-110
Bilirubin celkový	14 umol/l	0-20
AST	0,45 ukat/l	<0,59
ALT	0,69 ukat/l	<0,75
ALP	1,35 ukat/l	0,67-2,50
GGT	0,55 ukat/l	<1,07
alfa-Amyláza	!22,29 ukat/l	<2,08
Lipáza	!74,24 ukat/l	<1,30
CRP	*16,4 mg/l	<5,0
hs Troponin I	3,8 ng/l	<34,2
U-pH	6,0	5,5-7,0
U-Specifická hmotnost	*1,011 kg/l	1,015-1,025
U-Glukóza	0 arb.j.	0
U-Ketolátky	0 arb.j.	0
U-Protein	0 arb.j.	0

U-Bilirubin	0 arb.j.	0
U-Urobilinogen	0 arb.j.	0
U-Krev	0 arb.j.	0
U-Nitrity	0 arb.j.	0
U-Erytrocyty	2 /ul	<5
U-Leukocyty	0 /ul	<10
U-Epitelie dlaždicové	1 /ul	<15
U-Hlen	2 arb.j.	

Zdroj: Chorobopis pacienta (2017)

Sonografické vyšetření břicha provedené v den příjmu

Pacient byl před vyšetřením edukován všeobecnou sestrou.

Pravý lalok jaterní přesahuje oblouk žeberní, parenchym jaterní homogenní, hypoechogenní okrsky kolem žlučníku v rámci nonsteatósy, jinak bez ložisek. Intra i extrahepatické žlučovody štíhlé, žlučník homogenního anechogenního obsahu, stěna nerozšířena. V portae šíře cca 13 mm, průchodnost lumen v Doppler obraze nelze spolehlivě hodnotit Pankreas zvětšen ventrodorsálně na 34-37 mm, neostrých kontur, homogenní struktury, bez dilatace DW, kauda překryta plynem. Slezina nezvětšená (vel. cca 128 x 41 mm,) homogenní, bez ložisek. Ledviny obvyklé velikosti, tvaru a lokalizace, parenchymová vrstva zachována, bez ložisek a makrolithiasy, dutý systém nedilatován. M.měchýř malé anechogenní náplně, stěna bez hrubších změn. Prostata symetrická, hypoechogenní, vel. cca 42x34x37 mm, objem cca 27,5 ml. Střevní kličky omezeně přehledné pro pneumatósu, orientačně bez objemné masy. Retroperitoneum omezeně přehledné. Bez volné tekutiny v dutině břišní. Břišní aorta štíhlá (šíře 19 mm), obvyklého průběhu jater (Zdroj: Chorobopis pacienta, 2017).

Závěr: Zvětšená slinivka s okolním prosáknutím v rámci pankreatitis. Bez volné tekutiny v dutině břišní. Bez zjevné cholecystolithiasy, bez známek cholecystitis a bez dilatace žluč. cest. Znamky steatósy zvětšených jater (Zdroj: Chorobopis pacienta, 2017).

RTG provedený v den příjmu

hrudník, nativ břicha

Pacient byl před vyšetřením edukován všeobecnou sestrou.

Hrudník souměrný viditelný skelet bez významných patologických změn. Srdeční stín ve střední čáře, bez dilatace při KTI cca 0,43, obvyklého tvaru, přehledný stín hrudní aorty je štíhlý. Náplň hilů fyziologická, bez známek kalcifikací. Stín horního mediastina nerozšířen, vzdušný sloupec trachey ve střední čáře, přiměřené šíře. Oboustranně zachovalá transparence plicního parenchymu, bez ložiskových i čerstvých infiltrativních změn, bronchovaskulární kresba pravidelná, normální šíře. Obě poloviny bránice klenuté, hladké, fyziologického postavení. Kostofrenické úhly volné, ostré. Pleurální prostory bez patologické náplně (Zdroj: Chorobopis pacienta, 2017).

Kličky střevní přiměřené šíře, bez dilatace, bez hladinek. Subfrenia bez přítomnosti volného plynu. Bez patologických stínů kalcifikační sytosti v předpokládaném průběhu močových a žlučových cest. Bez významných strukturálních změn na zobrazeném skeletu (Zdroj: chorobopis pacienta).

Závěr: Bez rtg známek ileózního stavu či pneumoperitonea (Zdroj: Chorobopis pacienta, 2017).

EKG provedené v den příjmu

Pacient byl před vyšetřením edukován všeobecnou sestrou.

SR, TF 100/ min, PQ 0,16 s, QRS 0,12s, ST vyšší odstupy V 1-3, T negativní I, aVL, V6, rS III, aVF, V 1-4 – LBBB. Změny v.s. v rámci bloku (Zdroj: Chorobopis pacienta, 2017).

Konzervativní léčba: ano

Výživa: parenterální

Dieta: NPO, léky lze zapít douškem vody

RHB: neindikována

Pohybový režim: převážně klid na lůžku/ na WC může

Tabulka 4 Medikamentózní léčba na den 30.12.2017

Název léku	Forma podání	Síla	Dávkování	Skupina
Tritace	p.o.	1,25	1-0-1	ACE-inhibitory
Concor	p.o.	2,5	1-0-1	betablokátory
Xyzal	p.o.	5	1-0-1 (dle potřeby)	antihistaminika

Zdroj: Chorobopis pacienta (2017)

Infuzní léčba na den 30.12.2017

G5 % 500 ml+ Controloc 1 amp. + Analgin 1 amp., i.v. 1-0-0-0; 8:00-12:00 h

F1/1 100 ml + Buscopan 1 amp., i.v. 0-1-0-1; 12:00-12:20 h, 0:00-0:20 h

Isolyte 1000 ml, i.v. kontinuální podávání

Tabulka 5 Informace o léčivech přidávaných do infuzních roztoků

Název léku	Forma podání	Síla	Skupina
Controloc	i.v.	40 mg	inhibitor protonové pumpy
Analgin	i.v.	500 mg/ ml metamizolu, 2 mg/ml pitofenonu, 0,02/ ml fempiverinu	spazmolytikum v kombinaci s analgetikami
Buscopan	i.v.	20 mg	spazmolytika

Zdroj: Chorobopis pacienta (2017)

Opiát

Dolsin 50 mg, s.c. při VAS > 6, max. á 8 hodin

Chirurgická léčba: neindikována

4.4 SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 30.12.2017

44letý muž, bez náboženského vyznání, přijatý k nám na oddělení přes interní akutní ambulanci, kam byl zaslán z chirurgie pro kolikovitou bolest břicha a nauzeu. Na bolest si stěžuje především v pravém podžebří, v oblasti pupku a epigastria VAS 8. Peristaltika je slyšitelná. Včera zvýšená teplota TT: 37,2 °C. Subjektivně popisuje stolici bez příměsí krve a hlenu, poslední stolice byla včera. Dříve ho trápily zácpy, poslední měsíce se stolicí problémy nemá. Třesavky ani zimnici neměl. Dolní končetiny bez otoků. Neguje dietní chybu i chronické požívání alkoholu a zároveň přiznává, že se v poslední době hůře stravuje, potravu přijímá na večer. Pacient je plně při vědomí a je orientován místem, časem i osobou, u nemocného jsme stanovily Glasgow Coma Scale s plným počtem bodů. Spolupráce i soběstačnost úplná, u pacienta byl proveden Barthelův test s výsledkem 100 bodů. Při příjmu byly naměřeny tyto fyziologické funkce-TK: 142/90 torr, P: 90/ min, D: 15/ min, saturace bez kyslíkové podpory 98 %, TT: 36,2 °C. Hmotnost 136 kg, výška 187 cm, vypočítané BMI: 38,89 -obezita II. stupně, která se vzhledem k nynějšímu onemocnění nebude řešit. Nemocný je alergický na bodnutí hmyzem. Stav pokožky je normální, riziko dekubitů dle Nortonové nesledujeme. V dutině ústní poškozená dentice. Pacientovi byla naordinována dieta nic per os, dovolený má pouze doušek vody na zapití léků. Pohybový režim má převážně klid na lůžku s možnou chůzí na WC. Zavedena PŽK 0. den v PHK. Nemocný se strachuje a je neznalý. Cítí se unavený z důvodu přerušovaného spánku, v noci se budí a hledá úlevové polohy. Dříve se s ničím podobným nesetkal, na pravidelné preventivní prohlídky nechodí.

4.5 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ ZE DNE 30.12.2017

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

Akutní bolest (00132)

Doména 12. Komfort

Třída 1. Tělesný komfort

Určující znaky

Sdělení bolesti, vyhledávání úlevové polohy, změny ve fyziologických funkcích.

Související faktory

Biologičtí původci zranění.

Strach (00148)

Doména 9. Zvládnání/ tolerance zátěže

Třída 2. Reakce na zvládnání zátěže

Určující znaky

Pocíťuje strach, zvýšený krevní tlak, nauzea, únava, zvýšení pulz.

Související faktory

Nedostatek znalostí, hospitalizace.

Nedostatečné znalosti (00126)

Doména 5. Percepce/ kognice

Třída 4. Kognice

Určující znaky

Nedostatečné znalosti.

Související faktory

Nedostatek informací, nedostatek znalostí s daným problémem.

Nauzea (000134)

Doména 12. Komfort

Třída 1. Tělesný komfort

Určující znaky

Nauzea.

Související faktory

Onemocnění pankreatu, dráždění trávicího ústrojí.

Narušený vzorec spánku (00198)

Doména 4. Aktivita/ odpočinek

Třída 1. Spánek/ odpočinek

Určující znaky

Nechtěné probuzení, pocit nedostatečného odpočinku, změna normálního vzorce spánku.

Související faktory

Nauzea, poloha, bolest.

Zhoršený komfort (00214)

Doména 12. Komfort

Třída 1. Tělesný komfort

Třída 2. Komfort prostředí

Určující znaky

Změněný vzorec spánku, strach, pocit diskomfortu v souvislosti se společným pokojem.

Související znaky

Symptomy související s nemocí, nedostatek soukromí.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy

Riziko infekce (00004)

Rizikové faktory

Periferní žilný katétr, obezita, vystavení se nákaze.

Riziko alergické reakce (00217)

Rizikové faktory

Alergie na bodnutí hmyzem.

Individuální plán ošetrovatelské péče je stanoven za použití NANDA INTERNATIONAL TAXONOMIE II u tří aktuálních diagnóz (Akutní bolest 00132,

Strach 00148, Nedostatečné znalosti 00126) a jedné potencionální diagnózy (Riziko infekce 00004), které považujeme za jedny z nejzásadnějších společně s naším pacientem.

Akutní bolest (00132)

Doména 12. Komfort

Třída 1. Tělesný komfort

Definice

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

Určující znaky

Sdělení bolesti, vyhledávání úlevové polohy, změny ve fyziologických funkcích.

Související faktory

Biologičtí původci zranění.

Priorita

Vysoká

Cíl dlouhodobý

Pacient nebude mít bolest – při dimisi.

Cíl krátkodobý

Pacientovi se zmírní bolest z VAS 8 na VAS 6 – do 3 dnů od příjmu.

Očekávané výsledky

Pacient zná příčiny vzniku bolesti do 24 hodin od hospitalizace.

Nemocný umí sledovat bolest dle numerické škály do druhého dne hospitalizace.

Pacient je schopný mluvit o bolesti a jejích projevech do 24 hodin od hospitalizace.

Nemocný zná úlevovou polohu a umí ji používat do 24 hodin od příjmu.

Pacient dodržuje farmakologický režim denně, dle ordinace lékaře.

Nemocný umí všeobecné sestře poskytnout informaci, zda došlo k snížení jeho bolesti do 24 hodin od hospitalizace.

Plán intervencí

- 1) Informujte pacienta o příčinách vzniku bolesti – všeobecná sestra do 24 hodin od hospitalizace.
- 2) Seznamte nemocného o sledování bolesti dle numerické škály – všeobecná sestra do druhého dne hospitalizace.
- 3) Sledujte verbální i neverbální projevy bolesti u pacienta – všeobecná sestra, při každém přímém kontaktu s pacientem.
- 4) Sledujte a zapisujte do ošetrovatelské dokumentace fyziologické funkce pacienta – všeobecná sestra ráno, večer nebo dle ordinace lékaře, v případě změn ve fyziologických funkcích informujte lékaře.
- 5) Informujte pacienta o možné úlevové poloze – všeobecná sestra, do 24 hodin od hospitalizace.
- 6) Podávejte farmaka na snížení bolesti – všeobecná sestra, dle ordinace lékaře.
- 7) Sledujte účinek analgetik a spazmolytik, které jste podali dle ordinace lékaře, hodnotu bolesti zapisujte do analgetického listu – všeobecná sestra, vždy 30 minut od podání léku na bolest.

- 8) Naučte pacienta mluvit o bolesti a jejích projevech – všeobecná sestra do druhého dne hospitalizace.

Realizace 30.12.2017 – 01. 01. 2018

Nemocný je seznámen s monitorací bolesti a dále s použitím numerické škály VAS jako hodnotícím prostředkem bolesti. Pacient dokáže mluvit o bolesti a snaží se využívat úlevové polohy. Dodržuje farmakologický režim a jsou mu podávány nitrožilně léky proti bolesti dle ordinace lékaře. Pacientovi byl aplikován mimo jiných léků na bolest také opiát-Dolsin z důvodu bolesti VAS 8. 30 minut od podání léčiva se pacienta dotazujeme, zda došlo k úlevě a zaznamenáváme numerickou hodnotu do analgetického listu. Měření fyziologických funkcí je u pacienta ordinováno lékařem na ráno a večer. Zjišťujeme TK, TT, P, D, saturaci a vše zaznamenáváme do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení 01.01.2018

Cíl krátkodobý: Je splněn, pacient má po třech dnech sníženou bolest z VAS 8, na VAS 5.

Cíl dlouhodobý: V cíli dlouhodobém pokračujeme, pacient nadále hospitalizován, intervence 3,4,6,7 nadále trvají.

STRACH (00148)

Doména 9. Zvládnutí/tolerance zátěže

Třída 2. Reakce na zvládnutí zátěže

Definice

Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.

Určující znaky

Nauzea, zvýšený krevní tlak, pocit úje strach, únava.

Související faktory

Vrozené spouštěče strachu, nedostatek znalostí, hospitalizace.

Priorita

Nízká

Cíl dlouhodobý: Pacient nebude mít strach – při dimisi.

Cíl krátkodobý: Pacientovi se zmírní strach – do tří dnů od hospitalizace.

Očekávané výsledky

Pacient je informován všeobecnou sestrou v rámci jejích kompetencí – do 24 hodin, dále vždy v případě potřeb pacienta.

Nemocný se snaží eliminovat strach – do dvou dnů od hospitalizace.

Pacient je odpoutaný od zdroje strachu – do dvou dnů od hospitalizace.

Plán intervencí

- 1) Dávejte prostor pro možné dotazy nemocného – všeobecná sestra, kdykoliv dle potřeb pacienta.
- 2) Informujte dostatečně pacienta v rámci svých kompetencí – všeobecná sestra, do 24 hodin od příjmu a dále vždy v případě nových poznatků.
- 3) Posuďte stupeň strachu vnímaného pacientem – všeobecná sestra, do 24 hodin od hospitalizace.
- 4) Ved'te pacienta k eliminaci strachu – všeobecná sestra, do dvou dnů, v případě potřeby, po celou dobu hospitalizace.
- 5) Sledujte fyziologické funkce – všeobecná sestra, dle ordinace lékaře nebo v případě potřeby.

- 6) Buďte pacientovi na blízku, naslouchejte mu a povzbuzujte ho – všeobecná sestra, kdykoliv, dle pacienta potřeby.
- 7) Snažte se pacienta odpoutat od zdroje strachu – všeobecná sestra, dvakrát denně nebo dle potřeby nemocného.

Realizace 30.12.2017 – 01.01.2018

Posuzujeme stupeň strachu. Pacient pociťuje strach z důvodu neznalosti a hospitalizace. Nemocnému dáváme prostor na jeho dotazy, informujeme jej dle našich kompetencí. Pacienta vedeme k eliminaci strachu tím, že ho pobízíme ke sledování televize, čtení časopisů a knih. Jsme pacientovi na blízku, povzbuzujeme ho a vedeme s ním rozhovory na jeho témata. Dle ordinace lékaře měříme fyziologické funkce.

Hodnocení 01.01.2018

Cíl krátkodobý: Je splněný, nemocnému jsou poskytovány informace a odpovědi na jeho dotazy a pacient se již tolik nestrachuje.

Cíl dlouhodobý: Nemocný je nadále hospitalizován, stanovené intervence 1,2,4,5,6,7 nadále trvají.

NEDOSTATEČNÉ ZNALOSTI (00126)

Doména 5. Percepce/kognice

Třída 4. Kognice

Definice

Absence nebo nedostatek kognitivních informací souvisejících s konkrétním tématem.

Určující znaky

Nedostatečné znalosti

Související faktory

Nedostatek informací.

Priorita

Nízká

Cíl dlouhodobý: Pacient nebude mít pocit neznalosti, má veškeré dostatečné informace – v den dimise.

Cíl krátkodobý: Pacient získá základní informace, které chápe – do 3 dnů od příjmu.

Očekávané výsledky

Pacient je plně seznámen s informacemi o jeho zdravotním stavu, nemoci a léčbě dle kompetencí – do 24 hodin od příjmu.

Nemocný je informován o příčinách jeho onemocnění a dále o objektivních a subjektivních příznacích – do 24 hodin od příjmu.

Pacient se dál sám informuje z poskytnutých písemných materiálů všeobecnou sestrou – do 48 hodin od příjmu.

Nemocný má zájem diskutovat s všeobecnou sestrou o všem, co je pro něj v rámci onemocnění podstatné – kdykoliv v případě potřeby.

Plán intervencí

- 1) Seznamte pacienta s informacemi v rámci kompetencí o jeho zdravotním stavu, nemoci a léčbě – všeobecná sestra, do 24 hodin od příjmu.
- 2) Určete, co je pro pacienta nejnaléhavější a tím začni – všeobecná sestra do 24 hodin od příjmu.
- 3) Informujte pacienta o subjektivních a objektivních příznacích nemoci a vysvětlete mu příčiny onemocnění – všeobecná sestra, do 24 hodin od příjmu.
- 4) Poskytněte pacientovi písemné materiály – všeobecná sestra, do 48 hodin od příjmu.

- 5) Při předávání informací nemocnému použij výrazy, kterým pacient rozumí – všeobecná sestra do 24 hodin od příjmu a dále dle potřeby pacienta.
- 6) Diskutujte s pacientem o všem ohledně nemoci, co on hodnotí jako potřebné – všeobecná sestra, kdykoliv v případě potřeby.

Realizace 30.12.2017 – 01.01.2018

Pacient pocítuje neznalost z hlediska jeho onemocnění, má pocit nedostatku informací. Nemocnému poskytujeme veškeré možné informace, které sdělujeme od těch nejpodstatnějších. Pacientovi sdělujeme příčiny jeho onemocnění, objektivní i subjektivní příznaky, vše podáváme tak, aby informace byly pro pacienta srozumitelné, používáme laické výrazy. Snažíme se shánět písemný materiál, který si následně nemocný může odnést domů a v případě potřeby se k němu vracet. Nemocný ví, že v případě jakýchkoliv dalších dotazů se na nás může obrátit.

Hodnocení 01.01.2018

Cíl krátkodobý: Je splněný. Nemocný zná základní informace o jeho diagnóze.

Cíl dlouhodobý: Pokračuje, stanovené intervence č. 5, 6 nadále trvají.

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.

Rizikové faktory

Periferní žilní kanyla, obezita, nedostatečná znalost, jak se nevystavovat patogenům, prostředí se zvýšeným výskytem patogenů.

Priorita

Nízká

Cíl dlouhodobý

Pacient nebude mít infekci – po celou dobu hospitalizace.

Cíl krátkodobý

Pacientovo okolí PŽK nejeví známky infekce – do tří dnů.

Očekávané výsledky

Pacient chápe příčiny vzniku infekce z hlediska PŽK – do dvou dnů.

Nemocný dokáže pozorovat projevy infekce z hlediska vstupu PŽK – do 24 hodin od hospitalizace.

Pacient ví, že v případě zarudnutí, pálení či edému v oblasti PŽK má informovat všeobecnou sestru – do 24 hodin od příjmu.

Nemocný je informován a ví, že po třech dnech mu bude kanyla vždy přepíchnuta – všeobecná sestra, do dvou dnů.

Plán intervencí

- 1) Informujte pacientku o příčinách vzniku infekce – všeobecná sestra, do dvou dnů od zavedení PŽK.
- 2) Informujte nemocného o projevech infekce – všeobecná sestra, do 24 hodin od hospitalizace.
- 3) Plně informujte pacienta, aby v případě zarudnutí, pálení apod. v okolí vstupu informoval všeobecnou sestru – všeobecná sestra, do 24 hodin od příjmu.
- 4) Pravidelně kontrolujte okolí PŽK – všeobecná sestra, vždy před podáním i v. léku dle ordinací lékaře.

- 5) Při intravenózní aplikaci léku dodržujte sterilní postupy –všeobecná sestra, při podávání léčiv nitrožilně.
- 6) Kontrolujte funkčnost PŽK – všeobecná sestra, vždy před podáním léku intravenózně.
- 7) Denně provádějte převaz textilního krytí periferní žilní kanyly – všeobecná sestra, denně.
- 8) Provádějte pravidelné přepíchnutí PŽK– všeobecná sestra, max. tři dny od zavedení, nezapomeňte zaznamenat do ošetrovatelské dokumentace.

Realizace 30. 12. – 1. 1. 2018

Pacientovi jsme u nás na oddělení dne 30.12.2017 zavedli periferní žilní katetr do pravé horní končetiny. Přesněji je PŽK zavedeno ve vėně na pravém předloktí. Okolí vpichu je po aplikaci klidné, bez známek infekce či jiné komplikace. Pacientka byla po zavedení plně informována o veškerých informacích spojených s periferní žilní kanylou. Zná možné známky infekce a dokáže je pozorovat. Ihned po zavedení byly pacientovi do kanyly aplikovány nitrožilní léky dle ordinace lékaře. Další dny jsme vždy ráno před aplikací léčiv provedli převaz a kanylu propláchli fyziologickým roztokem a kontrolovali okolí vpichu. Každý den byl proveden záznam ohledně PŽK v ošetrovatelské dokumentaci. Pacient byl informován, že jakmile bude mít kanylu tři dny, dojde k přepíchování.

Hodnocení 1. 1. 2018

Cíl krátkodobý: Je splněný. Okolí kolem pacientovo PŽK nejeví žádné známky infekce.

Cíl dlouhodobý: Cíl dlouhodobý pokračuje. Nadále plníme intervence č.4, 5, 6, 7, 8.

4.6 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE VČETNĚ DOPORUČENÍ

Nemocný byl přijatý k nám na interní oddělení s diagnostikovanou akutní pankreatitidou. Pacient byl orientovaný místem, časem i osobou. U pacienta jsme prováděli ošetrovatelskou péči v termínu 30. 12. 2017 – 01. 01. 2018. V období naší péče došlo ke zlepšení zdravotního i psychického stavu nemocného. Ke každé ošetrovatelské diagnóze jsme stanovili intervence, podle kterých jsme postupovali a snažili se tak přiblížit k cílům. V případě diagnózy akutní bolesti došlo ke snížení bolesti z VAS 8 na VAS 6, náš krátkodobý cíl byl tedy splněn. Další ošetrovatelskou diagnózou u našeho pacienta byl strach, pacient pociťoval strach z důvodu jeho onemocnění a hospitalizace. Pacienta jsme informovali, eliminovali u něj pocit strachu a byli mu v případě potřeby pokaždé na blízku. Povedl se nám tak splnit krátkodobý cíl, kdy u pacienta došlo ke snížení strachu. Ošetrovatelská diagnóza nedostatečné znalosti pacienta trápila z hlediska nedostatečné informovanosti o jeho onemocnění. Potřeboval častěji slyšet, co se s ním bude aktuálně dít, a jaké jsou příčiny jeho zdravotního stavu. Pacientovi jsme poskytli odpovědi na všechny jeho položené otázky a předali písemný materiál o AP, aby mohl ještě více prohloubit své znalosti. Stanovený krátkodobý cíl se nám tak povedl splnit. Jedním z rizikových faktorů u našeho pacienta bylo riziko infekce, pacient měl zavedený PŽK, s kterým se již dříve setkal. O periferní žilní kanyle byl plně informován. Několikrát denně jsme v rámci podávání intravenózních léků předepsaných lékařem kontrolovali vstup i okolí PŽK. Po celou dobu péče jsme nezaregistrovali žádné náznaky infekce z hlediska PŽK. Cíl krátkodobý byl splněn. Nemocný dále trpěl nauzeou, která po druhém dnu polevila, pacient začal mít chuť k jídlu a často kladl otázku, zda již může pít. Díky medikacím na bolest včetně opiátu došlo u pacienta ke zlepšení spánku, pacient se v noci již tolikrát neprobouzel a po ráno se cítil více odpočatý. Z důvodu snížení bolesti, zlepšenému spánku a vymizenému nutkání ke zvracení se zlepšil pacientův tělesný komfort. Opomenout nesmíme ani zlepšený komfort z hlediska prostředí, u pacienta na pokoji došlo k dimisi dvou nemocných, a tak byl pacient spokojen, že je na pokoji pouze s jedním hospitalizovaným. Riziko alergické reakce vzhledem k ročnímu období bylo velice nízké, k žádnému bodnutí hmyzem nedošlo. Dosáhli jsme tak všech námi zvolených očekávaných výsledků. Dlouhodobé cíle pokračují. Nemocný se snaží dodržovat veškeré režimy, spolupracuje, péči lze označit za efektivní.

Pacientovi doporučujeme striktně dodržovat pankreatickou dietu, vyvarovat se alkoholu a snažit se docílit psychického klidu. Nemocný by měl po propuštění dále docházet na kontroly do gastroenterologické poradny a neopomínat pravidelné preventivní prohlídky. Dále pacientovi doporučujeme zvážit návštěvu výživového poradce, aby se naučil lépe a efektivně stravovat. V případě dodržování léčebného režimu je u nemocného šance na úplné uzdravení.

Všeobecným sestřám doporučujeme pacientům v rámci kompetencí předávat co nejvíce informací, komunikovat s nimi o příčinách akutní pankreatitidy a motivovat pacienty k léčbě. Důležitost klademe na bio-psycho-sociální potřeby nemocného, které má každý individuální. Pacientům se snažíme poskytnout co nejvíce prostoru k jejich soukromí. Zachováváme profesionální přístup. Podporujeme a informujeme i pacientovu rodinu. Dále doporučujeme neustále prohlubovat své znalosti o této nemoci.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce s názvem Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s akutní pankreatitidou na interním oddělení bylo zmapovat problematiku akutní pankreatitidy po stránce medicínské a ošetrovatelské na základě aktuálních zdrojů, dále se zaměřit na psychosociální stránku nemocného, která se vlivem stádia nemoci mění. V praktické části bakalářské práce bylo cílem detailně popsat kazuistiku u pacienta s tímto onemocněním na interním oddělení.

Úvodní část bakalářské práce se věnovala teoretickým východiskům souvisejících s akutní pankreatitidou. Popsána byla klasifikace její tíže, možné příčiny vzniku onemocnění, komplikace, které mohou nastat. Zmíněny byly možné způsoby diagnostiky, léčby. Nebyla opomenuta ani důležitost výživy pacienta s akutní pankreatitidou. Vyličen byl ošetrovatelský proces, který je dále podrobně vypracován v praktické části práce, a který v sobě zohledňuje vybrané teoretické základy.

Pro zpracování ošetrovatelské péče byl využit koncepční model Marjory Gordon, který byl vybrán především pro svůj holistický přístup k pacientovi. Při zpracování kazuistiky s pacientem zmiňovaným v praktické části, bylo zjištěno, že nemocný není dostatečně seznámen se specifiky akutní pankreatitidy. Neznalost nepřispívala k jeho dobrému psychosociálnímu stavu, který je jedním z faktorů pro úspěšné navrácení zdraví. Nejčastějším ošetrovatelským problémem u pacientů s diagnózou AP je akutní bolest v oblasti pupku a v pravém podžebří. U nemocného se nám podařilo zmírnit bolest za pomoci intervencí, které jsme stanovili.

Výstupem této bakalářské práce je edukační materiál, který je určen pro pacienty na interních odděleních s diagnózou akutní pankreatitidy. Tvoří jej základní otázky a odpovědi vztahující se k této nemoci a doporučení k dodržování přísného dietního režimu s recepty na celý týden. Vhodná výživa je nedílnou součástí léčby akutní pankreatitidy.

Bakalářská práce měla také přispět k prohloubení znalostí všeobecných sester, studentům zdravotnických oborů a jedincům, kteří mají o zmíněné téma práce zájem. Dovolujeme si tvrdit, že akutní pankreatitida je a nadále bude aktuálním tématem v medicíně. Proto je nutné této problematice věnovat dostatečnou pozornost a šířit osvětu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BARTŮNĚK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS, ed. 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978 80-247-4343-1.
- BERKOVÁ, Marie, Z. BERKA a Eva TOPINKOVÁ, 2015. Akutní pankreatitida, obávaná diagnóza i ve starším věku. *Geriatric a gerontologie*. **4**(1), 19-25. ISSN 1805-4684.
- BEZDIČKOVÁ, Marcela a Lenka SLEZÁKOVÁ, 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3130-8.
- BĚLUNEK, Pavel, 2009. Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s akutní pankreatitidou na interním oddělení. *Florence: časopis moderního ošetrovatelství*. **5**(11), 17-20. ISSN 1801- 464X.
- BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ, 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3557-3.
- BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.
- ČESÁK, Vojtěch a KOLÁČKOVÁ, Anon. Akutní pankreatitida-etologie, diagnostika a léčba. *Plzeňský lékařský sborník*. 2013, **79**(79), 97-113. ISSN 0551-1038.
- ČESÁK, Vojtěch, Hedvika ČESÁKOVÁ, Michal ŽOUREK, Kateřina KOVÁŘOVÁ a Zdeněk RUŠAVÝ, 2015. Výživa u akutní pankreatitidy. *Diabetologie-Metabolismus-Endokrinologie-Výživa*. **18**(3), 136-140. ISSN 1211-9326.
- DOBIÁŠ, Viliam, 2013. *Klinická propedeutika v urgentnej medicíne*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4570-1.
- GABRIELLE KOUTOUKIDIS, Kate STANTON a Jodie HUGHSON, 2013. *Tabbner's nursing care: theory and practice*. 6th ed. Chatswood, N.S.W: Churchill Livingstone. ISBN 9780729541145.
- GROFOVÁ, Zuzana, 2008. Výživa u akutní a chronické pankreatitidy. *Medicína pro praxi*. **5**(4), 179-180. ISSN 1214-8687.

- HVOZDOVIČOVÁ, Alena, STOLINSKÁ, Kateřina, 2010. *Péče o pacienta s akutní pankreatitidou na JIP*. Sestra. 12/2010. Praha: Mladá fronta, 82 s. 77-79 s. ISSN 1210-0404.
- JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.
- KOHOUT, Pavel, Marie LIŠKOVÁ a Olga MENGEROVÁ, 2017. *Onemocnění slinivky břišní - dieta pankreatická*. 2. vydání. Praha: Forsapi. Rady lékaře, průvodce dietou. ISBN 978-80-87250-39-6.
- KRŠKA, Zdeněk, 2012. Akutní pankreatitida-komplexní problematika. *Rozhledy v chirurgii*. **91**(12), 692-696. ISSN 0035-9351.
- MAČÁK, Jiří, Jana MAČÁKOVÁ a Jana DVOŘÁČKOVÁ, 2012. *Patologie*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3530-6.
- MCSHERRY, Wilfred., Robert. MCSHERRY a Roger WATSON, 2012. *Care in nursing: principles, values and skills*. New York: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-958385-0.
- NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.
- NĚMCOVÁ, Jitka. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Třetí vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.
- PRAMOD KUMAR GARG ... [ET AL.] a Pramod Kumar Garg. EDITOR, 2010, *Acute pancreatitis*. Haryana: Elsevier. ISBN 9788131231890.
- SKIPWORTH, James R. A., 2008. Akutní pankreatitida. *Current opinion in critical care: české vydání*. **2**(2), 36-41. ISSN 1802-3819.
- SOBOTKA, Luboš, 2011. Akutní pankreatitida u diabetika. *Vnitřní lékařství*. **57**(4), 372-374. ISSN 0042-773X.
- SVAČINA, Štěpán, 2008. *Klinická dietologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2256-6.
- ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 9788024711485.

ŠPIČÁK, Julius, 2017. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii II*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0318-8.

ŠPIČÁK, Julius, 2010. Léčba akutní pankreatitidy. *Lékařské listy: prevence - diagnostika - terapie - péče - teorie - praxe: příloha Zdravotnických novin*. **59**(11), 23-27. ISSN 1805-2305.

VINKLEROVÁ, Ilona a Karel URBÁNEK, 2011. Akutní pankreatitida jako nežádoucí účinek farmakoterapie idiopatických střevních zánětů. *Medicína pro praxi*. **8**(4), 168-171. ISSN 1214-8687.

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

VYTEJČKOVÁ, Renata, 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3419-4.

VYTEJČKOVÁ, Renata, 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3420-0.

ZADÁK, Zdeněk, 2008. *Výživa v intenzivní péči*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2844-5.

ZADÁK, Zdeněk a Eduard HAVEL, 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0282-2.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4062-1

PŘÍLOHY

Příloha A – Tabulky.....	I
Příloha B – Fotografie.....	VI
Příloha C – Edukační materiál pro pacienty s AP.....	VII
Příloha D – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů.....	XIII

Příloha A – Tabulky

Tabulka 6 Balthazar scóre (CT Severity index)

CT vyšetření	Body
Stupeň akutní pankreatitidy – nativní CT	
A – normální pankreas	0
B – fokální nebo difúzní zvětšení pankreatu	1
C – nehomogenní pankreas či peripankreatický zánět	2
D – zvětšený pankreas s kolekcí tekutiny v předním pararenálním prostoru	3
E – kolekce tekutiny alespoň ve dvou kompartmentech	4
Stupeň pankreatické nekrózy – CT kontrastem	
Nekróza 0 %	0
Nekróza 30 % a méně	2
Nekróza 30 – 50 %	4
Nekróza nad 50 %	6

Zdroj: (ČESÁK, KOLÁČKOVÁ, 2013, s. 103)

Tabulka 7 CT Severity index: (body stupně akutní pankreatitidy) + (body stupně pankreatické nekrózy)

CT Severity index	Mortalita	Komplikace
0 – 1	0 %	0 %
2 – 3	3 %	8 %
4 – 6	6 %	35 %
7 –10	17 %	92 %

Zdroj: (ČESÁK, KOLÁČKOVÁ, 2013, s. 103)

Tabulka 8 Ranson scóre – kritéria pro pankreatitidu nebiliární etiologie

Kritéria pro pankreatitidu nebiliární etiologie	Body
Při přijetí	
Věk nad 55 let	1
Leukocytóza více než $16 \times 10^9 / l$	1
Glykémie více než 10 mmol/l	1
AST více než 250 IU/l (4,18 ukat/l)	1
LDH více než 350 IU/l (5,85 ukat/l)	1
48 hodin po přijetí	
Sérové kalcium pod 2 mmol/l	1
Pokles hematokrytu o více než 10 %	1
Arteriální saturace O ₂ pod 60 mm Hg	1
Vzestup urey o více než 1,8 mmol/l přes i.v. podání tekutin	1
Base Excess více než -4 mmol/l	1
Vypočítaná sekvestrace tekutin více než 6 l	1

Zdroj: (ČESÁK, KOLÁČKOVÁ, 2013, s. 103)

Tabulka 9 Ranson scóre – kritéria pro pankreatitidu biliární etiologie

Kritéria pro pankreatitidu biliární etiologie	Body
Při přijetí	
Věk nad 70 let	1
Leukocytóza více než $18 \times 10^9 / l$	1
Glykémie více než 12,2 mmol/l	1
AST více než 250 IU/l (4,18 ukat/l)	1
LDH více než 400 IU/l (6,68 ukat/l)	1
48 hodin po přijetí	
Sérové kalcium pod 2 mmol/l	1
Pokles hematokrytu o více než 10 %	1
Arteriální saturace O ₂ pod 60 mm Hg	1
Vzestup urey o více než 1,8 mmol/l přes i.v. podání tekutin	1
Base Excess více než -4 mmol/l	1
Vypočítaná sekvestrace tekutin více než 4 l	1

Zdroj: (ČESÁK, KOLÁČKOVÁ, 2013, s. 103)

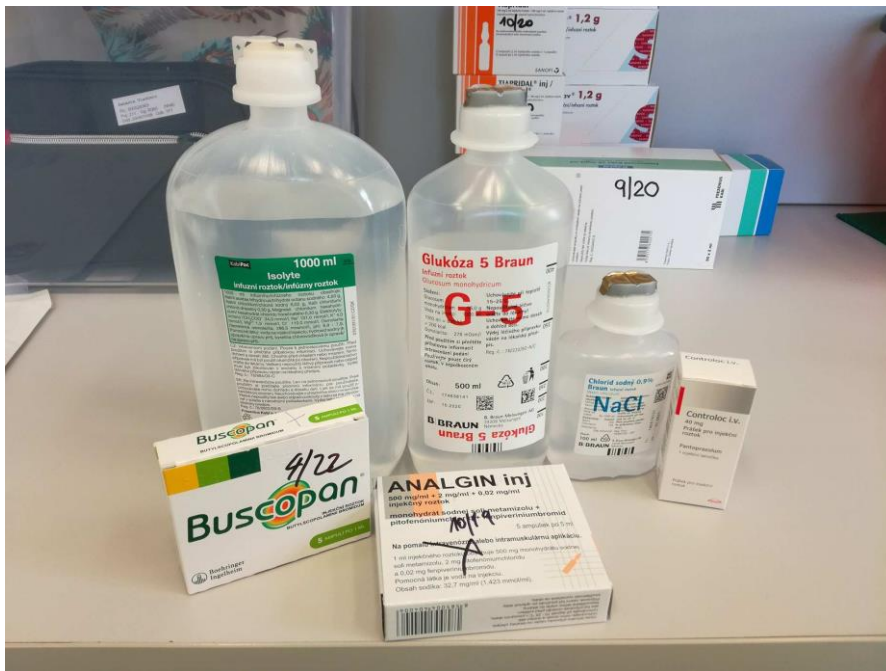
Tabulka 10 Ranson scóre – závažnost pankreatitidy

Závažnost pankreatitidy	
Skóre < 3	Nepravděpodobná těžká pankreatitida
Skóre ≥ 3	Pravděpodobná těžká pankreatitida
Mortalita	
Skóre 0 – 2	2 %
Skóre 3 – 4	15 %
Skóre 5 – 6	40 %
Skóre 7 – 8	100 %

Zdroj: (ČESÁK, KOLÁČKOVÁ, 2013, s. 103)

Příloha B – Fotografie

Fotografie 1 Ukázka léků, které byly podávány zmiňovanému pacientovi



Zdroj: Vlastní pořízená fotografie (2017)



POSTIHLA VÁS

AKUTNÍ PANKREATITIDA?

Mám nemocnou slinivku břišní, co je to? Kde ji v těle najdu?

Pankreas neboli slinivka břišní, je šedo růžová žláza s vnitřní a vnější sekrecí, která patří do trávicího systému. Uložena je za žaludkem přirostlá k zadní stěně břišní, její hlava je uložena v oblasti dvanáctníku.

K čemu tedy tato šedo růžová žláza v mém těle slouží?

Slinivka břišní produkuje trávicí enzymy, které nám napomáhají v trávení, dále se podílí na přeměně cukrů.

Co akutní zánět slinivky břišní způsobuje?

Nejčastější příčinou bývá dietní chyba (velké množství tučného jídla). Dalším důvodem mohou být kaménky ve žlučových cestách, časté popíjení alkoholu, poruchy metabolismu tuků a s tím spojené vysoké množství tuku v krvi. Akutní pankreatitidu mohou způsobit také některé druhy léků, infekční onemocnění, prodělané operace, těhotenství a mnoho dalšího...

Zdroj: Vlastní výroba (2018)

**OTÁZKY
A
ODPOVĚDÍ**
—
JAK BUDU VAŘIT?
—
**MOHU PÍT
ALKOHOL?**
—
CO BUDU JÍST?
—
**ÚKÁZKOVÝ
JÍDELNÍČEK NA
TÝDEN**

**JAKO MATERIÁL
K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI
VYPRACOVALA:**

Barbora Černá
Vysoká škola zdravotnická o.p.s.
3.AVS, 2017/2018
Obor: všeobecná sestra



Jak se obvykle projevuje akutní pankreatitida?

Zánět slinivky břišní se projevuje úpornou bolestí v horní části břicha, bolest obvykle vystřeluje pod žeberní oblouky až do zad. Bolest doprovází zvracení, zastaví se nám větry i stolice. Nemocný má horečku a je často dehydratovaný.

Doktor mi sdělil, že mám akutní pankreatitidu, jak mě teď budou léčit?

Ve většině případů se zánět slinivky břišní léčí konzervativně. Nemocný musí dodržovat hladovku. Výživné roztoky a tekutiny jsou do těla vedeny žilním řečištěm. V případě, že dojde k akutní pankreatitidě způsobené žlučovými kaménky, nemocný podstoupí ERCP. Ve velice ojedinělých případech se léčí akutní pankreatitida operativně tedy chirurgicky. V takových případech se jedná o velice těžké formy zánětu a je nasazena enterální výživa.

Mohu při akutní pankreatitidě pít alkohol?

Alkohol patří mezi jednu z možných příčin akutní pankreatitidy a také chronické pankreatitidy. Pití alkoholu je při onemocnění slinivky břišní přísně zakázáno.

PANKREATICKÁ DIETA CO MOHU JÍST?

Dieta se řadí do skupiny šetřících. Ve velkém množství je omezen tuk. Strava se tedy podává nízkotučná, lehce pro náš trávicí systém stravitelná. Ze začátku se jedná o dietu, která nám povoluje 20 g tuků na den, později se nám množství tuku zvýší na 40 g na den. K dietě se doporučuje popíjet kompletní tekutá výživa. Všechny nově zařazené suroviny se doporučují pojídat během dne.

Jak si teď mám jídlo upravovat?

Jídlo upravujeme vařením, dušením, pečením v troubě v alobalu bez použití tuku, v páře. Omáčky, které tvoříme ze zeleniny zahušťujeme kukuřičnou, rýžovou, pšeničnou moukou.

Co mohu z ovoce a zeleniny?

Ovoce nejlépe tepelně upravte a loupejte si slupky. V obchodě sahejte po jablkách, banánech, meruňkách nebo broskvích. Dopřejte si pyré, kompoty či ovocné kaše. Zeleniny jíme pouze omezené množství pro obvyklé potíže s nadýmáním. V obchodě do košíku vkládáme mrkve, špenát, petržel, celer, červenou řepu nebo třeba čínské zelí další. Zeleninu jíme měkkou a tepelně upravenou.

Zdroj: Vlastní výroba (2018)



Mohu jíst pečivo?

Ano, pečivo jíst můžete ale vybírejte si bílé (rohlíky, bílou veču, bílý toastový chléb). Dát si můžete piškoty, suchary nebo třeba vánočku, ale pozor nesmí obsahovat mandle a rozinky.

Jak je to mléčnými výrobky?

Při pankreatické dietě můžete i mléčné výrobky, opět je ale potřeba věnovat pozornost, o které se jedná. Volíme nízkotučné produkty (sýry do 30 % tuku v sušině, nízkotučný tvaroh, nízkotučný jogurt, bílé žervé aj.). Mléčné výrobky zařazujeme do jídelníčku přes den a v případě nesnášenlivosti tyto produkty vyřadíme.

Které přílohy teď mohu?

Můžete si uvařit rýži, brambory (z nich lze vytvořit šfouchané nebo třeba kaši), bezvaječné těstoviny, dietní tvarohový knedlík.

A jak je to s masem?

Maso volíme libové a netučné. Vždy dobře tepelně upravené do měkka-hovězí maso, kuřecí maso bez kůže, krůtí, králičí maso, filé ale také je třeba povolena kvalitní šunka.

Rád/a jím vajíčka, jak to s nimi teď je?

V pankreatické dietě jsou povolené pouze bílky.

Co všechno mohu pít?

Vodu, vodu s ovocnou šťávou, nesycené minerální vody, čaje, džusy ředěné vodou.

Mám rád/a kořeněné věci, jak teď mám jídlo ochucovat?

Jídlo se doporučuje ochucovat solí, mletým kmínem, bobkovým listem, petrželí, bazalkou nebo třeba koprem.

Zdroj: Vlastní výroba



UKÁZKOVÝ JÍDELNÍ LÍSTEK NA DEN + RECEPTY

Pankreatická dieta s povoleným množstvím 20 g tuku za den

SNÍDANĚ: 2ks rohlíku, 20 g marmelády, čaj

SWAČINA DOPOLEDNÍ: banánové pyré

OBĚD: vločková polévka, žemlovka s jablky

SWAČINA ODPOLEDNÍ: 30 g dětských piškotů, čaj

VEČEŘE: bílková sedlina

RECEPT NA VLOČKOVOU POLÉVKU

Potřebujeme: 30 g jemných ovesných vloček, 30 g mrkve, sůl, petrželku

Očištěnou a umytou mrkev nastrouháme nahrubo. Přidáme vločky a zalijeme vodou, vaříme, až jsou vločky i mrkev měkké. Uvařenou polévku rozmixujeme a uvedeme opět k varu, na závěr osolíme a okořeníme najemno nasekanou petrželkou.

RECEPT NA ŽEMLOVKU S JABLKY

Potřebujeme: 150 g bílé večky, 200 g jablek, 20 g moučkového cukru, 2 bílky, tuk na formu

Formu si vymažeme tukem, jablka oloupeme, zbavíme jádřince a nastrouháme nahrubo. Do formy skládáme veku máčenou ve vodě, navrch přidáme jablka a opět skládáme máčenou veku. Vložíme do vodní lázně a pečeme. Z bílků a cukru ušleháme sníh, kterým pokryjeme upečenou žemlovku a opět vrátíme péct.

Zdroj: Vlastní výroba (2018)

CO
K SNÍDANI?

JAKOU
SWAČINU?

OBĚD

DRUHÁ
SWAČINA

CO BUDE
K VEČEŘI?

RECEPTY

RECEPT NA BÍLKOVOU SEDLINU

Potřebujeme: 4 bílky, sůl, zelenou petrželku, tuk na formu

Rozšleháme bílky se solí a omytou zelenou petrželku. Nalijeme do formy vymazané tukem a pečeme ve vodní lázni.

Pankreatická dieta s povoleným množstvím 40 g tuku za den

SNÍDANĚ: 2ks rohlíku, 40 g kuřecí šunky, čaj

SVAČINA DOPOLEDNÍ: 1 ks dětské ovocné výživy

OBĚD: polévka zeleninová s krupicí, těstoviny zapečené se šunkou

SVAČINA ODPOLEDNÍ: 40 g sýru Eidam 30 %, 30 g bílého toastového chleba, čaj

VEČEŘE: rizoto se šmakounem

RECEPT NA ZELENINOVOU POLÉVKU S KRUPICÍ

Potřebujeme: 20 g mrkve, 20 g celeru, 20 g petržele, 30 g dětské krupičky, sůl, zelená petrželka

Zeleninu očistíme, omyjeme a nastrouháme najemno. Krupičku na sucho opražíme a zalijeme vodou, přidáme zeleninu, sůl a vaříme. Když je krupička provařená a zelenina měkka dochutíme omytou a jemně nasekanou zelenou petrželkou.

RECEPT NA TĚSTOVINY ZAPEČENÉ SE ŠUNKOU

Potřebujeme: 200 g těstovin, 100 g drůbeží prsní šunky, 50 ml netučného mléka, 1 vejce, zelená petrželka, sůl, tuk a strouhanka na formu

Těstoviny uvaříme dle návodu na obalu a sceďíme. Šunku nakrájíme na kostičky a vmícháme do těstovin. Přidáme najemno nasekanou zelenou petrželku, sůl. Těstoviny vysypeme do vymazané a vysypané formy a na závěr polijeme vyšlehaným bílkem v mléce. Pečeme dozlatova.

VÍTE ŽE



**Slinivka břišní
měří 12-16 cm.**

**Slinivka břišní
váží 60-90
gramů.**

**Slinivka břišní je
latinsky
pancreas.**



Zdroj: Vlastní výroba (2018)

RECEPT NA RIZITO SE ŠMAKOUNEM

Potřebujeme: 150 g šmakouna, 150 g povolené mražené zeleniny, 125 g rýže, sůl, zelená petrželka

Rýži přebereme a prolijeme horkou vodou. Přidáme mraženou zeleninu, zalijeme odměřeným množstvím vody a dusíme do měkka. Šmakouna ohřejeme nastrouháme nahrubo a vmícháme do rýže se zeleninou, ochutíme solí a najemno nasekanou zelenou petrželkou.

***Přeji Vám dobrou chuť a co nejrychlejší návrat
Vašeho zdraví!***

*Všem pacientům s tímto onemocněním i těm, kteří si chtějí
prohloubit své znalosti studentka Barbora Černá*



Zdroj: Vlastní výroba (2018)

ZDROJE VYUŽITÉ K TVORBĚ TOHOTO MATERIÁLU

**KOHOUT, Pavel, Marie
LIŠKO978VÁ a Olga
MENGEROVÁ.**
Onemocnění slinivky
břišní-dieta pankreatická.
2. vydání. Praha: Forsapi
2017. Rady lékaře,
průvodce dietou.
ISBN: 978-80-87250-39-6

**BEZDIČKOVÁ, Marcela
a Lenka SLEZÁKOVÁ,
Ošetřovatelství v chirurgii
II. Praha: Grada, 2010.
Sestra (Grada).
ISBN: 978-80-247-3130-8**

ZDROJ OBRÁZKU

Vlastní pořízená fotografie

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem *Komplexní ošetrovatelský proces u pacienta s akutní pankreatitidou na interním oddělení* v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

.....
Jméno a příjmení studenta