

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Martina Nová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Martina Nová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S AKUTNÍ
PANKREATITIDOU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Helena Layerová

PLZEŇ 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 20. 3. 2015.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Heleně Layerové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji pracovníkům oddělení 5A IK FN Lochotín za poskytování odborných rad a podporu při výzkumu.

Anotace

Příjmení a jméno: Martina Nová

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelská péče u pacienta s akutní pankreatitidou

Vedoucí práce: Mgr. Helena Layerová

Počet stran – číslované: 78

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 15

Počet příloh: 10

Počet titulů použité literatury: 25

Klíčová slova: akutní pankreatitida, ošetrovatelský proces, edukace, kazuistika

Souhrn:

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na ošetrovatelskou péči o nemocné s akutní pankreatitidou. Práce jsem rozdělila na část teoretickou a praktickou.

V teoretické části nejprve stručně popisuji anatomii a fyziologii slinivky břišní, dále charakterizuji akutní zánětlivé onemocnění pankreatu. Zabývám se zde etiologií, rozdělením onemocnění dle patologických změn tkáně a dle závažnosti. Poté se věnuji klinickému obrazu onemocnění, diagnostice, léčbě konzervativní i chirurgické a komplikacím. Dále se zaměřuji na ošetrovatelskou péči o pacienta s akutní pankreatitidou a edukační činnost sestry.

V praktické části popisuji dva případy akutní pankreatitidy, z nichž jedna je lehká, edematózní a druhá středně těžká, hemoragicko - nekrotická. Zaměřuji se na průběh hospitalizace obou pacientů a vytvářím ošetrovatelský proces na základě ošetrovatelského modelu Majory Gordonové. Dále pak vytvářím univerzální ošetrovatelský plán pro nemocné s akutní pankreatitidou a edukační plány zaměřené na změnu životosprávy a obsluhu enterální pumpy.

Annotation

Surname and name: Martina Nová

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Nursing care of a patient with acute pancreatitis

Consultant: Mgr. Helena Layerová

Number of pages – numbered: 78

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 15

Number of appendices: 10

Number of literature items used: 25

Keywords: acute pancreatitis, nursing care, education, case report

Summary:

In my bachelory thesis, I focus on treatment of patients suffering from acute pancreatitis. The thesis is divided into theoretical and practical part.

In the theoretical part, I briefly describe anatomy and physiology of pancreas and characterize acute inflammatory disease of pancreas. I deal with the etiology, categorize the disease according to pathological changes of tissue and according to the seriousness. Later on, I aim at clinical image of the disease, diagnostics, conservative and chirurgical treatment and complications. Further I focus on taking care of the acute pancreatitis patients and educational activities of nurses.

In the practical part, I describe two cases of acute pancreatitis. One of them is mild, edematous and the other is of several seriousness (hemorrhagic - necrotic). I focus on the progression of hospitalization of both patients and create the nursing process on the basis of the nursing model of Majora Gordon. I also create a universal nursing care plan for patients with acute pancreatitis and educational plans aiming at the change of the way of living and manipulation with the enteral pump.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 SLINIVKA BŘIŠNÍ	13
1.1 Anatomie a fyziologie slinivky břišní.....	13
2 AKUTNÍ PANKREATITIDA.....	14
2.1 Charakteristika onemocnění	14
2.2 Etiologie.....	14
2.2.1 Dělení podle patologických změn tkáně pankreatu.....	15
2.3 Atlantská klasifikace.....	15
2.4 Klinický obraz.....	16
2.5 Diagnostika	16
2.6 Terapie	17
2.6.1 Konzervativní léčba.....	17
2.6.2 Chirurgická léčba.....	19
2.7 Komplikace.....	20
3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTŮ S AKUTNÍ PANKREATITIDOU.....	21
3.1 Fáze ošetrovatelského procesu.....	22
3.1.1 Zhodnocení zdravotního stavu pacienta	22
3.1.2 Diagnostika.....	23
3.1.3 Plánování ošetrovatelské péče	25
3.1.4 Realizace ošetrovatelské péče	26
3.1.5 Vyhodnocení.....	26
4 EDUKACE PACIENTA S AKUTNÍ PANKREATITIDOU.....	27
4.1 Druhy ošetrovatelské edukace	27
4.2 Fáze edukačního procesu	28
PRAKTICKÁ ČÁST	31
5 FORMULACE PROBLÉMU	32
6 CÍL PRÁCE.....	33
6.1 Dílčí cíle.....	33
6.2 Operacionalizace pojmů	33
7 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	34
8 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY.....	35
8.1 Metoda	35
8.2 Vzorek respondentů	35
8.3 Způsob získávání informací.....	35

9 ORGANIZACE VÝZKUMU	37
10 KAZUISTIKA Č. 1	38
10.1 Anamnéza.....	38
10.2 Fyzikální vyšetření	39
10.3 Souhrn lékařských diagnóz	40
10.4 Hodnotící škály	41
10.5 Průběh hospitalizace.....	41
10.5.1 1. den	41
10.5.2 2. den	42
10.5.3 3. den	42
10.5.4 4. den	42
10.5.5 5. - 8. den	43
10.5.6 9. den	43
10.5.7 10. – 15. den	43
11 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL	44
11.1.1 Aplikace modelu Majory Gordonové	45
12 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	48
12.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy	48
12.2 Rizikové ošetřovatelské diagnózy.....	53
12.3 Edukace	54
13 KAZUISTIKA Č. 2	55
13.1 Anamnéza.....	55
13.2 Fyzikální vyšetření	56
13.3 Souhrn lékařských diagnóz	57
13.4 Hodnotící škály	57
13.5 Průběh hospitalizace.....	58
13.5.1 1. den	58
13.5.2 2. den	59
13.5.3 3. den	60
13.5.4 4. den	60
13.5.5 5. - 8. den	60
13.5.6 9. den	60
13.5.7 10. den	61
13.5.8 11. den	61
13.5.9 12. – 15. den	61
13.5.10 16. den.....	61
13.5.11 17. den.....	62

13.5.12	18. den.....	62
13.5.13	19. den.....	62
13.5.14	20. – 30. den.....	62
14	OŠETŘOVATELSKÝ MODEL	63
15	PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	66
15.1	Aktuální ošetřovatelské diagnózy	66
15.2	Rizikové ošetřovatelské diagnózy.....	71
15.3	Edukace	73
	DISKUZE	74
	ZÁVĚR.....	78
	LITERATURA A PRAMENY.....	1
	SEZNAM ZKRATEK	3
	SEZNAM PŘÍLOH	5

ÚVOD

Akutní pankreatitida patří mezi jednu z nejzávažnějších náhlých příhod břišních. Toto onemocnění vzniká často z plného zdraví, a proto jedince nezřídkou velmi zaskočí a vyděsí. Jeho nástup bývá doslova bleskový a výjimkou není ani velice rychlá progresse, díky níž může během chvílky vzniknout až život ohrožující stav. To vše se stává pro pacienta obrovskou zátěží nejen fyzickou, ale i psychickou. Pacienti tak ze dne na den ztrácí svou fyzickou zdatnost, k čemuž se přidává ještě strach z případných trvalých následků, nebo dokonce i ze smrti. Úkolem sestry u pacienta s akutní pankreatitidou je tedy ošetrovatelská péče ve všech oblastech jeho života, uspokojování potřeb fyzických i duchovních v rámci holistického, celostního přístupu k nemocným.

V poslední době sledujeme nárůst četnosti akutní pankreatitidy, což bývá připisováno nezdravému životnímu stylu a zvýšené konzumaci alkoholu populace. Tyto dva rizikové faktory bývají navíc velice často kombinovány. Je proto velice důležité pacienty edukovat o změně životosprávy, díky níž lze předejít dalším problémům a recidivám onemocnění.

Cílem mé práce je zjistit, jaká jsou specifika potřeb pacientů s akutní pankreatitidou, v návaznosti na odbornou praxi zpracovat dvě kazuistiky nemocných s tímto onemocněním a vytvořit ošetrovatelský a edukační plán pro tyto pacienty. V teoretické části nejprve stručně popisuji anatomii a fyziologii slinivky břišní, dále charakterizuji akutní zánětlivé onemocnění pankreatu. Zabývám se zde etiologií, rozdělením onemocnění dle patologických změn tkáně a také Atlantskou klasifikací, jež porovnává a dělí akutní pankreatitidy dle závažnosti. Poté se věnuji klinickému obrazu onemocnění, diagnostice, léčbě konzervativní i chirurgické a komplikacím. Dále se zaměřuji na ošetrovatelskou péči o pacienta s akutní pankreatitidou a dopodrobna rozebírám jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu - zhodnocení pacienta, diagnostiku s příklady nejčastějších ošetrovatelských diagnóz, plánování, realizaci a vyhodnocení. Následně popisuji edukační činnost sestry, jednotlivé typy edukace a fáze edukačního procesu. V praktické části popisuji dva případy akutní pankreatitidy, z nichž první je lehká, edematózní forma pankreatitidy, a druhá je středně těžká, hemoragicko - nekrotizující forma. Zaměřuji se na anamnézu obou pacientů, fyzikální vyšetření, provádím souhrn lékařských diagnóz. Aplikuji hodnotící škály a dále popisuji průběh hospitalizace den po dni. Používám koncepční model Majory Gordonové - model funkčních vzorců

zdraví, a na jeho základě sestavuji plán ošetrovatelské péče. Dále sestavuji edukační plány, pro prvního pacienta jde o plán zaměřený na změnu životosprávy, pro druhého pacienta na obsluhu enterální pumpy v domácím prostředí. Na závěr pak přikládám mnou vytvořený univerzální ošetrovatelský plán pro nemocné s akutní pankreatitidou. Tyto plány se nachází mezi přílohami mé práce.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SLINIVKA BŘIŠNÍ

1.1 Anatomie a fyziologie slinivky břišní

Slinivka břišní (pankreas) je žláza šedorůžové barvy a protáhlého tvaru, uložena vodorovně v dutině břišní. Je dlouhá asi 14 až 18 cm, na šířku měří 3 - 9 cm a je 2 - 3 cm silná. Její váha činí asi 60 - 90 gramů. Slinivka je uložena v dutině břišní za žaludkem, vychází téměř horizontálně z ohbí duodena a probíhá až k levé ledvině. Lze na ní rozlišit tři části - hlavu (caput), tělo (corpus) a ocas (cauda). Pankreas má dva druhy žláz. Je to jednak žláza exokrinní (s vnější sekrecí), která vylučují šťávu bohatou na trávicí enzymy do duodena, a dále žláza endokrinní (s vnitřní sekrecí), vylučující hormony do krevního oběhu.

Endokrinní žláza pankreatu je tvořena asi jedním miliónem 0,1 - 0,5 mm velkých Langerhansových ostrůvků, které jsou nerovnoměrně roztroušeny po exokrinní tkáni. Celkově tvoří asi 2-3% hmotnosti pankreatu. Výsledkem jejich produkce jsou hormony inzulin, glukagon, gastrin a somatostatin.

Buňky exokrinního pankreatu vyprodukují denně až dva litry pankreatické šťávy, která obsahuje sodné a hydrogenuhličitanové ionty a enzymy štěpící jednotlivé živiny. Těmi jsou enzymy trávicí sacharidy (amyláza), lipidy (lipáza) a nukleové kyseliny (nukleáza), dále také enzymy proteolytické. Proteolytické enzymy jsou ovšem vylučovány v neaktivní formě a v aktivní formu je přeměňuje až enteropeptidáza v tenkém střevě.

Pankreatická šťáva odchází ze slinivky hlavním vývodem (ductus Wirsungi), který probíhá celou délkou pankreatu a ústí buď sám, nebo společně se žlučovodem na Vaterské papile. Vývod ductus Wirsungi na Vaterské papille ještě uzavírá Odiho svěrač. Dále je pak šťáva odváděna vývodem přídatným (ductus accessorius Santorini). Ten je u jedné třetiny pacientů spojen s hlavním vývodem, jinak ústí na papilla duodeni minor do duodena.

(Lukáš, 2005, s. 119-120; Petrovický, 2001, s. 132-135; Langmeier, 2009, s. 142-144)

2 AKUTNÍ PANKREATITIDA

2.1 Charakteristika onemocnění

Akutní pankreatitida je zánět slinivky břišní a dalších tkání uložených v retroperitonálním prostoru. Bývá způsobena samonatrávením pankreatu vlastními enzymy, především lipázami. Propuknutí nemoci často vzniká prudce, z plného zdraví. Mezi projevy patří primárně edém, dále krvácení a nekrózy, které postihují jak žláзовý parenchym, tak i tukovou tkáň v okolí pankreatu. Pankreatické enzymy se pak objevují v moči i v krvi, kde se dají detekovat. Akutní zánět slinivky břišní je jednou z nejzávažnějších a nejnepríznivějších náhlých příhod břišních, výjimkou není ani jeho letální průběh. Celková úmrtnost kolísá dle typu onemocnění, jeho průběhu, závažnosti, ale také léčby, mezi dvěma až deseti procenty. Zhoršení ze stadia lehkého edému až k těžké, nekrotizující pankreatitidě se může odehrát i za velice krátkou dobu. Úmrtí pak nastává v důsledku celkové sepse, selhání ledvin, šoku, plicního selhání, či multiorgánového selhání.

(Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 263; Zadák, Havel, 2007, s. 208-209; Mačák, Mačáková, 2004, s. 245)

2.2 Etiologie

Mezi nejčastější příčiny zánětu slinivky břišní patří mechanické vlivy a metabolické příčiny, dále pak iatrogenní příčiny, infekční vlivy, či cévní příčiny.

Mechanické vlivy způsobují především biliární pankreatitidu, kdy vlivem uvolnění konkrementu ze žlučových cest dochází ke kompresi ductus Wirsungi, či obstrukci Vaterské papily. Žluč i pankreatické enzymy pak přestanou odcházet do dvanácterníku, čímž se v pankreatu zvýší množství lipáz, které tkáň natráví. Kromě toho se do pankreatu vlije i žluč, která je zde také toxická.

Nejčastější metabolickou příčinou je alkohol, především při dlouhodobém užívání spojeném s konzumací tučných jídel, nebo pak po alkoholickém excessu. Alkohol nejen že poškozuje tkáň pankreatu, ale zároveň také stimuluje sekreci pankreatických lipáz.

K iatrogennímu poškození pankreatu může dojít například po operacích v dutině břišní, kdy je slinivka mechanicky poraněna. Dále může být způsobeno při některých

typech vyšetření, například po biopsii, či ERCP. Zřídka se vyskytuje také poléková pankreatitida, vyvolaná např. furosemidem, estrogeny, tetracykliny, paracetamolem ve vyšších dávkách a dalšími. Celkem je ve vztahu k pankreatidě popsáno kolem dvaceti léků.

K cévním příčinám se řadí nekrotizující vaskulitidy, ateroskleróza, trombózy v arteria mesenterica superior, či kolagenózy.

Akutní pankreatitida může být dále vyvolána infekčními vlivy, například virem příušnic, závažnou hepatitidou, či mykoplazmovými infekcemi.

(Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 264; Zadák, Havel, 2007, s. 209; Mačák, Mačáková, 2004, s. 246-247)

2.2.1 Dělení podle patologických změn tkáně pankreatu

Podle patologických změn tkáně pankreatu popisujeme pankreatitidu edematózní a hemoragicko-nekrotickou. U lehké, edematózní pankreatitidy vzniká pouze edém v intersticiu a zánětlivá celulární infiltrace pankreatu, nedochází k tvorbám nekrot, tudíž je tento stav reverzibilní. Hemoragicko-nekrotická pankreatitida je ovšem stav nevratný, při kterém dochází k těžkému poškození slinivky, jejímu samonatravení a vzniku nekrot.

(Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 263; Dvořáčková, 2013, s. 62)

2.3 Atlantská klasifikace

K zařazení jednotlivých typů a závažností pankreatitid byla v roce 1992 vytvořena Atlantská klasifikace. Ta definuje akutní pankreatitidu jako akutní zánětlivý proces pankreatu s různými komplikacemi na dalších místních tkáních a vzdálenějších orgánových systémech. Lehká (mild) pankreatitida byla popsána jak zánět slinivky břišní s minimálními orgánovými poruchami a nekomplikovaným uzdravením. Těžká (severe) pankreatitida byla definována jako pankreatitida spojená s přetrvávajícím orgánovým selháváním a lokálními komplikacemi, kterými jsou například pseudocysty, nekrózy nebo abscesy v oblasti pankreatu.

V roce 2012 došlo k zatím poslední revizi Atlantské klasifikace, která k původním dvěma stupňům přidala ještě prostřední, středně těžkou (moderate) pankreatitidu. Ta je charakterizována přechodným orgánovým selháváním trvajícím méně než 48 hodin

nebo lokálními či systémovými komplikacemi, které se mohou vyskytnout společně s přechodným orgánovým selháváním, nebo i samostatně.

(Thoeni, 2011, online; Stibůrek, 2013, s. 11-13)

2.4 Klinický obraz

Základním a nejčastějším příznakem onemocnění je bolest. Ta nemá kolikovitý charakter, ale bývá velmi krutá a trvalá, lokalizována do středního epigastria, může propagovat do levého nebo pravého podžebří, či do zad. Poměrně často pacient také zvrací. U těžké formy nemoci bývá přítomna tachykardie, horečka a hypotenze, dále pak dochází ke vzniku hypovolemického šoku, zhoršování plicních funkcí, či v případě biliární pankreatitidy paralytického ikteru či subikteru. Typická jsou modravá či žlutavá zbarvení v okolí pupku (Cullenovo znamení - způsobeno podkožním krvácením), nebo v tříslech (Grey Turnerovo znamení - způsobeno prosakováním krve z retroperitonea). V první fázi bývají subjektivní potíže nemocného nepoměrně veliké oproti fyzikálnímu nálezu na břicho. V pozdější fázi onemocnění dochází k rozvoji hypovolemického šoku. Ten se projeví zvýšením hematokritu, čímž vzniká indikace k rehydrataci. Kromě toho dochází díky změnám v krevním oběhu k nedokrevnosti ledvin, což se projevuje zvýšením urey a kreatininu.

(Klener et al., 2011, s. 737; Lata, Bureš, Vaňásek, 2010, s. 118-120)

2.5 Diagnostika

Základem diagnostiky je anamnéza, ve které se speciálně zaměříme na dietní chyby nemocného, alkoholový abúzus a časový charakter potíží. Při fyzikálním vyšetření lze palpačně zjistit vzednutí břicha, při poslechu lze nalézt obraz paralytického ikteru. Dominantním diagnostickým vyšetřením je CT. Díky němu lze mimo jiné i rozeznat, zda jde o pankreatitidu nekrotickou, či edematózní. Je možno také provést biopsii nekróz CHIBA jehlou. Také MRI a USG mohou jistou měrou k diagnostice přispět. USG může být ale limitováno přítomností většího objemu plynů ve střevech, který je pro toto onemocnění typický. Nejen diagnostický, ale rovněž i terapeutický význam má ERCP, která zobrazuje žlučové cesty a jejich průchodnost, dále také Vaterskou papilu a oblast kolem ní. Umožňuje také odstranit konkrement ze žlučových cest. Mezi nejnovější vyšetření patří také MRCP, která umožňuje zobrazení oblasti kolem Vaterské papily neinvazivně, ovšem terapeutický výkon při ní není možný. Pomocí RTG vyšetření žlázu

zhodnotit nelze, ale nativní snímek břicha a hrudníku nám může zobrazit pleurální výpotek. Laboratorně lze u akutní pankreatitidy zjistit zvýšení amyláz v krevním séru a v moči, zvýšení glykemie, lipáz, leukocytů a CRP (hodnota vyšší než 150 mg/l). Naopak můžeme naleznout sníženou hodnotu kalcemie.

(Klener et al., 2011, s. 737; Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 266; Lata, Bureš, Vaňásek, 2010, s. 120-121)

2.6 Terapie

2.6.1 Konzervativní léčba

Pro léčbu kruté bolesti podáváme parenterálně analgetika, např. Mesocain, Tramal, či Dolsin. Vyhýbáme se ale podání Morfinu, jelikož jedním z jeho účinků je i spasmus Odiho svěrače. Nevhodná jsou taktéž spasmolytika, protože jsou v daném případě neefektivní a navíc zvyšují nebezpečí paralytického ileu. U pacientů s omezeným dýcháním v důsledku silných bolestí může být velkou úlevou také kontinuální podávání epidurální anestezie. Ta navíc snižuje riziko útlumu dechového centra. V případě neutišitelného zvracení můžeme zavést nasogastrickou sondu. Tou lze také odsát žaludeční obsah, čímž dochází k inhibici žaludeční sekrece.

Hlavním symptomem akutní pankreatitidy je hypovolemický šok. Sekvestrace tekutin do peritoneálního prostoru bývá velmi významná, již na počátku onemocnění může dojít k úniku až několika litrů denně. Snížení objemu krve v oběhovém systému způsobí vazokonstrikci na periferních cévách, snížení perfuze ledvin a vazokonstrikci plicního řečiště. To se projeví zblednutím, mramorováním kůže, oligurií až anurií a dušností. Hypoxie orgánů se manifestuje multiorgánovým selháváním, které často končí fatálně. Základní požadavek v léčbě je tedy včasná a dostatečná rehydratace, k níž používáme krystaloidní a koloidní roztoky. Úprava náplně krevního řečiště musí být zahájena již při lehkých příznacích akutní pankreatitidy. Lze podat 3000 - 14000 ml roztoků denně, množství se určuje v závislosti na individuální snášenlivosti, věku, stavu oběhového systému a dalších faktorech. Přitom se stále musí monitorovat diuréza (neměla by klesnout pod hodnotu 50 ml/hod), tělesná hmotnost a oběhové parametry - tlak v plicním řečišti nebo centrální žilní tlak. Dále je třeba průběžně kontrolovat činnost srdce a plic.

Aby se předešlo sekreci pankreatických enzymů, je nutným opatřením v akutní fázi pankreatitidy nepodávat žádnou stravu a nápoje, dokonce ani čistou vodu. Výživa se poté

zajišťuje individuálně - dle BMI a závažnosti pankreatitidy. U pacientů nastupujících k hospitalizaci s malnutricí zahajujeme již 2. den parenterální výživu v plném rozsahu. V poslední době většinou v parenterální výživě podáváme i tukové emulze, jelikož kvůli probíhajícímu zánětu musíme krýt zvýšenou energetickou potřebu. Pacienty s lehkou formou onemocnění můžeme již kolem 4. dne zatížit stravou, nejprve volíme přísný pankreatický režim kombinovaný se sippingem. U pacientů se středně těžkou a těžkou formou nemoci, kteří však netrpí podvýživou, zahajujeme asi 4. den parenterální výživu nejlépe v kombinaci s enterální výživou podávanou do nasojejunální sondy, díky níž se vyhneme další stimulaci pankreatu. Snažíme se pak postupně navyšovat dávky enterální výživy a snižovat dávky parenterální výživy s cílem postupně pacienta převést na plně enterální výživu. To je nezbytné nejen kvůli zajištění energetického příjmu, ale také kvůli udržení správné střevní mikroflóry. U totální parenterální výživy je totiž velké riziko translokace bakterií do okolí a vzniku sekundární infekce v nekrotických ložiskách.

Pankreatická dieta (označována 4S - s přísným omezením tuků) musí být bohatá na sacharidy a chudá na tuky. K vhodným potravinám zde patří například polévka z ovesných vloček, krup, či rýže, dále pak netučné suchary, starší bílé pečivo bez soli a máku, dále bramborová, krupicová, či ovesná kaše bez tuku. U všech potravin se vyvarujeme jakéhokoliv koření, ani sůl ve větším množství není vhodná. Do kaší můžeme v malém množství přidat mléko, do jídelníčku zařadíme i další netučné mléčné výrobky, jemná zeleninová pyré, či nedráždivé ovocné kompoty. Co se týče čerstvého ovoce, nejvhodnějším druhem jsou banány. Dále postupně přidáváme libové maso bez kůže, tepelně upravené vařením či dušením, lehce osolené, ale jinak bez koření vyjma čerstvé petrželky či mletého kmínu. Podáváme také šunku a vaječné bílky v malém množství. Dalším krokem je postupné přidávání malého množství tuku- používáme čerstvé máslo, či kvalitní oleje. Celková denní dávka tuku by ale neměla být větší než 30g. Stravu je však třeba připravovat individuálně podle tolerance pacienta, je tedy zapotřebí jeho stálého kontaktu s nutriční terapeutkou.

Později přecházíme na dietu číslo 4, s omezením tuků. Nutno podotknout, že u pankreatitidy obecně je zakázáno požívání alkoholu v jakémkoliv množství, a to trvale. To však bývá u části pacientů velkým problémem.

Co se týče léků, doporučovány jsou preparáty snižující sekreci žaludku i pankreatu. Účinné bývají zejména blokátory protonové pumpy. Při infekci pankreatické nekrózy je indikována antibiotická terapie. Volba správných antibiotik by měla optimálně proběhnout na základě výsledku mikrobiologického vyšetření punktátu infikovaného pankreatu. Tato biopsie se provádí CHIBA jehlou pod CT kontrolou. Z antibiotik jsou pak nejčastěji využívány cefalosporiny 3. generace, karbapenemy, metronidazol, či chinolony.

V případě akutní pankreatitidy spojené s plicními komplikacemi je zapotřebí zajistit podporu dýchání. U mírnějších obtíží postačí oxygenace maskou nebo kyslíkovými brýlemi, u těžších forem onemocnění přistupujeme k umělé plicní ventilaci.

Při obstrukci žlučových cest je účinnou terapií EPST (endoskopická papilosfinkterotomie). Je potřeba ji ale vykonat emergentně, jinak velmi rychle ztrácí svou efektivitu.

(Dítě et al., 2011, s. 229-230; Lata, Bureš, Vaňásek, 2010, s. 121-123; Zadák, Havel, 2007, s. 212-213; Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 266-267; Křížová, 2014, s. 88; Svačina, Müllerová, Bretšnajdrová, 2012, s. 159; Výživa ve zdraví i nemoci, 2013, online)

2.6.2 Chirurgická léčba

Při vzniklých komplikacích bývá často nutné chirurgické řešení. Zatímco sterilní nekrózu v rozsahu menším než 30% žlázy není potřeba odstranit, u infikované nekrózy je toto odstranění nutné. Přistupuje se tedy k nekrektomii spojené s odstraněním abscesů a proplachovou drenáží infikovaných dutin. Šetrnější formou je tzv. digitoklasie - zde operatér svými prsty odstraní odloučené nekrózy od zdravé tkáně. Abscesy lze punktovat pod CT nebo USG kontrolou perkutánně. Při postižení celé žlázy je možné provést totální pankreatektomii, mortalita je ale při tomto výkonu velmi vysoká. Chirurgické řešení dále vyžadují komplikace typu krvácení, či cévní obstrukce. Subakutní potíže, kterými jsou třeba neinfikované pseudocysty pankreatu, se mohou řešit až s několikátýdenním zpožděním.

(Lukáš, 2005, s. 122; Lata, Bureš, Vaňásek, 2010, s. 124; Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 267; Zadák, Havel, 2007, s. 213, 216)

2.7 Komplikace

U těžké formy nemoci se velmi často vyskytují různé komplikace, například žilní trombózy, hypovolemický šok nebo diseminovaná intravaskulární koagulace. Kromě toho může dojít také k lokálním změnám. Již v časně fázi akutní pankreatitidy se může například objevit kolekce tekutin v okolí slinivky.

Velmi závažnou komplikací je nekrotizující pankreatitida. Nekróza se v těchto případech většinou rozvíjí již během prvních čtyř dnů od vzniku onemocnění. Původní sterilní nekróza se pak ve 40 - 70% případů kvůli infekci bakteriemi střevního původu vyvine v ještě závažnější infikovanou nekrózu. Infikovaná nekróza často vzniká až s několikátýdenním odstupem.

Se zpožděním minimálně 4 týdny od počátku onemocnění může vzniknout akutní pankreatická pseudocysta. Jedná se o dutinu vyplněnou nahromaděnou pankreatickou šťávou, která obvykle nemá žádnou výstelku. Uniká-li stále sekret z pankreatického vývodu, dutina se postupně zvětšuje a hrozí zde riziko ruptury.

Po čtyřech až šesti týdnech od vzniku pankreatitidy se může vyvinout absces pankreatu. Jde o ohraničené ložisko naplněné hnisem, které se může také zvětšovat.

(Lata, Bureš, Vaňásek, 2010, s. 124; Zadák, Havel, 2007, s. 216)

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTŮ S AKUTNÍ PANKREATITIDOU

Rozsah ošetrovatelské péče záleží vždy na stavu pacienta, nejen fyzickém, ale i psychickém a sociálním. Potřeby jednotlivých pacientů jsou vysoce individuální a proměnlivé, jejich uspokojivé naplnění tedy od sester vyžaduje stálou pozornost a přizpůsobivost. Sestry jsou ze zdravotnického personálu v kontaktu s pacientem nejčastěji, musí tedy umět správně identifikovat jeho aktuální potřeby. Úkolem sestry je tyto potřeby naplňovat ale zároveň maximálně podpořit soběstačnost pacienta tak, aby míra ošetrovatelské péče byla dostatečná, ale nebyla nepřiměřená. Sestra musí umět pacientovy potřeby uspokojit, ale zároveň pacienta i jeho rodinu motivovat ke spoluúčasti na procesu uzdravení.

U pacienta s akutní pankreatitidou se při ošetrovatelské péči zaměřujeme především na tišení akutní bolesti a doplňování tělesných tekutin, čemuž předchází zajištění žilního vstupu. Ten musíme následně pravidelně kontrolovat, převazovat a dbát na prevenci infekce. V případě chirurgické léčby akutní pankreatitidy je také nutná péče o operační ránu a zamezení infekci. Dále řešíme nauzeu, zvracení, průjem, či zácpu. Obvykle je nemocnému zaváděna NGS sonda na spád, která pomáhá ulevit od zvracení. Dále pak zajišťujeme výživu, která je v prvních dnech obvykle plně parenterální, pacient musí dodržovat režim nic per os. Poté je parenterální výživa kombinována s výživou enterální, a to buď formou umělé výživy podávané do NJS či NGS, nebo formou perorální stravy. Je důležité i sledování bilance tekutin a monitorování fyziologických funkcí. Řešíme také deficit sebepéče při běžných denních činnostech, a v neposlední řadě se zabýváme psychickým stavem a informovaností pacienta. Je třeba také předcházet hrozícím rizikům, mezi něž patří riziko pádu, infekce, imobilizačního syndromu a podobně.

Sestra nesmí zapomenout poučit pacienta o průběhu léčby, vyšetřovacích a léčebných postupech, dietním režimu a také o komplikacích hrozících v případě nedodržování léčebného režimu.

(Marečková, 2006, s. 24-28; Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 269; Trachtová a kol., 2013, s. 20-24)

3.1 Fáze ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces má pět základních fází. Patří mezi ně zhodnocení zdravotního stavu pacienta, diagnostika, plánování ošetrovatelské péče, realizace a vyhodnocení.

(Tóthová, 2009, s. 16)

3.1.1 Zhodnocení zdravotního stavu pacienta

První fází při zahajování ošetrovatelského procesu je zhodnocení zdravotního stavu pacienta. Sestra při něm nejprve nasbírá všechny potřebné informace o pacientovi, následně se všemi dostupnými prostředky snaží ověřit jejich platnost a uspořádá si je tak, aby bylo možné ošetrovatelské problémy snadno identifikovat. Sběr informací musí být důkladný a nepřetržitý, aby sestra dokázala reagovat i na rychle se měnící stav pacienta. Kromě úvodního zhodnocení má sběr informací své místo i ve všech následujících fázích ošetrovatelského procesu, jelikož pomáhá zhodnotit správnost celého postupu. Mezi základní metody získávání informací řadíme pozorování, rozhovor a fyzikální vyšetření.

Pozorování nám umožňuje sledovat chování a vnější projevy člověka, na jejichž základě lze předpokládat jeho vnitřní prožívání. Zaměřujeme se přitom hlavně na celkový stav pacienta, jeho bdělost a spánek, fyziologické funkce, objektivní příznaky, psychický stav a reakce na terapii. Nenápadnost a nezaujatost sestry přispívá k objektivitě výsledků pozorování. Je také potřeba, aby měla sestra dostatečné znalosti, které jí pomohou s včasným stanovením závažnosti situace.

Rozhovor je technika předem naplánované komunikace, která nám napomáhá nejen identifikovat problémy, ale také poskytnout informace, podporu, či radu. Před každým vstupním rozhovorem by si měla sestra nejprve získat potřebné informace o pacientovi z jeho zdravotnické dokumentace. To jí napomůže při následném naplánování rozhovoru tak, aby se zaměřila na nejdůležitější potřeby a problémy pacienta. Pro rozhovor sestra volí příjemné prostředí zajišťující pacientovi dostatečné soukromí. V úvodu rozhovoru se sestra představí, sdělí své pracovní zařazení a cíl rozhovoru. Identifikuje pacienta a informuje se o tom, jak ho má oslovovat. Během rozhovoru si sestra všímá především pacienta, je empatická, aktivně naslouchá, a dodržuje odpovídající vzdálenost. Svou roli hraje v rozhovoru samozřejmě i souběžné pozorování pacienta. Hodnotíme jeho vzhled, projevy, mimiku, gesta a interakci. Před ukončením rozhovoru sestra shrne nasbírané informace, čímž pacienta ujistí o svém zájmu a osobním přístupu.

Fyzikální vyšetření je k úplnosti první fáze ošetrovatelského procesu rovněž nezbytné. Je zaměřené na pacientův somatický stav, u pacienta s akutní pankreatitidou konkrétně především na bolest, nauzeu a zvracení, barvy kůže a sliznic, kožní turgor a případné defekty.

Získané údaje třídíme na údaje subjektivní a objektivní. Subjektivní údaje jsou informace vyslovené pacientem, zatímco objektivní jsou údaje zjištěné sestrou. Objektivní a subjektivní údaje by se měly vzájemně podpořit, není-li tomu tak, je zapotřebí zjišťovat další informace a situaci si ujasnit.

Zhodnocení zdravotního stavu pacienta probíhá při příjmu, kdy sestra zjišťuje ošetrovatelskou anamnézu pacienta. Nemocný s akutní pankreatitidou bývá ovšem v době příjmu obvykle značně alterován bolestí, případně i v bezvědomí, takže si personál musí v první chvíli vystačit pouze s pozorováním a fyzikálním vyšetřením pacienta, případně, je-li pacient při vědomí, s několika základními otázkami. V takovém případě se tedy zbytek anamnézy a důkladný rozhovor doplňuje až po základní stabilizaci stavu pacienta.

(Tóthová, 2009, s. 37-46; Pavlíková, 2006, s. 27; Kutnohorská, 2009, s. 35-40)

3.1.2 Diagnostika

Jako druhá přichází fáze diagnostická. Ta zahrnuje analýzu a syntézu získaných informací, jejichž cílem je určit ošetrovatelské problémy pacienta. Z nich se následně odvíjí i další části ošetrovatelského procesu. K jednotlivým problémům přiřazujeme intervence, které pomohou problém odstranit, nebo alespoň zmírnit. Ošetrovatelská diagnostika určuje kromě skutečných problémů pacienta i rizika, která mohou vést ke vzniku zdravotních problémů.

Je třeba odlišit ošetrovatelské diagnózy od diagnóz lékařských. Ošetrovatelská diagnóza nepojmenovává chorobu, není postavena na základě diagnostických vyšetření. Vyjadřuje však odpověď pacienta na chorobný proces, kterou sestra v rámci svých kompetencí identifikuje. Zaměřuje se na změny vzniklé v souvislosti s chorobným procesem, a to ve všech oblastech jedince. Doplňuje a uceluje lékařskou diagnózu a pomáhá k vykonávání komplexní péče o jedince.

Ošetrovatelská diagnostika začíná analýzou získaných dat, které vedou k rozpoznání problému. Ve spolupráci s pacientem posuzujeme abnormalitu a rizika problému. Vyústěním diagnostického procesu je vytvoření ošetrovatelské diagnózy.

Ta je obvykle tvořena třemi částmi - problémem, etiologií a projevy objektivními i subjektivními. Ošetrovatelské diagnózy mohou být aktuální, potenciální, či diagnózy k podpoře zdraví. Pojmenováváme je za pomoci NANDA taxonomie vytvořené asociací sester NANDA International.

Aktuální diagnózou nazýváme aktuální problém pacienta. Má vždy svůj název, definici, charakteristiku, související faktory a projevy. Související faktory mohou být související s léčením, situační, patofyziologické a vývojové. Potenciální diagnózu rozeznáme podle rizikových faktorů, které se bez příslušné ošetrovatelské péče mohou přeměnit v dysfunkční potřebu, tedy aktuální ošetrovatelskou diagnózu. Potenciální ošetrovatelská diagnóza má svůj název, definici a související faktory, nemá ovšem své charakteristiky a projevy. Diagnózy k podpoře zdraví popisují reakci pacienta na psychickou a fyzickou pohodu a ochotu zlepšit funkci dané potřeby. Takové diagnózy lze využít především v dlouhodobější péči, kdy je možné dosáhnout zlepšení za pomoci edukace.

(Marečková, 2006, s. 36-39; Tóthová, 2009, s. 81-86)

Nejčastější aktuální ošetrovatelské diagnózy u pacienta s akutní pankreatitidou:

00002 - nedostatečná výživa související s dietním režimem/ nauzeou a zvracením

00007 - hypertermie spojená s akutní pankreatitidou

00011 - zácpa pramenící z imobility pacienta/ zástavy peristaltiky v souvislosti se základním onemocněním/užívání opiátů

00013 - průjem související s dietní chybou/ abúzem alkoholu/ drážděním v gastrointestinálním traktu

00027 - deficit tělesných tekutin související s velkými ztrátami tekutin

00032 - neefektivní dýchání v souvislosti s bolestí/ vynucenou polohou těla

00044 - porušená tkáňová integrita v důsledku léčebných postupů

00078 - neefektivní léčebný režim související s nevhodnými zvyky v oblasti zdravotní péče

00085 - zhoršená pohyblivost v souvislosti s bolestí/ předepsaným omezením pohybu/ monitorací/ nauzeou a zvracením

00095 - porušený spánek plynoucí ze změny prostředí/ akutní bolesti/ strachu a úzkosti/ monitorování/ nevhodné polohy

00108 - deficit sebeděče při koupání a hygieně související s bolestí/ únavou/ léčebnými postupy

00109 - deficit sebeděče při oblékání a úpravě zevnějšku související s bolestí/ dyskomfortem/ upoutáním na lůžko

00110 - deficit sebeděče při vyprazdňování pramenic z bolesti/ vynucené polohy

00132 - akutní bolest vzniklá v souvislosti se základním onemocněním

00134 - nauzea související se základním onemocněním

00146 - úzkost související se stresem/ změnou zdravotního stavu

00148 - strach v souvislosti s onemocněním/ zdravotním stavem/ neznámým prostředím/ léčebnými výkony

Nejčastější rizikové ošetrovatelské diagnózy pacienta s akutní pankreatitidou:

00004 - riziko infekce v souvislosti s operační ránou/ zavedeným PŽK/ zavedeným CŽK

00015 - riziko zácpy v souvislosti s imobilitou pacienta/ užíváním opiátů

00028 - riziko deficitu tělesných tekutin související se zvracením/ velkými ztrátami tekutin

00040 - riziko imobilizačního syndromu pramenic z bolesti/ vynucené imobility

00155 - riziko pádů v důsledku akutního onemocnění/ bolesti/ celkové tělesné slabosti

(Marečková, 2006, s. 24-28; Gordon, 2007, s. 91- 131)

3.1.3 Plánování ošetrovatelské péče

Plánováním ošetrovatelské péče si určujeme cíle naší ošetrovatelské péče a strategii vedoucí k jejich dosažení. Vymezíme si priority, cíle a výsledná kritéria, na jejichž základě sestavíme plán ošetrovatelské péče. Priority určují, v jakém pořadí se budou jednotlivé problémy řešit. Při jejich určování lze vycházet například z Maslowovy pyramidy potřeb. Na prvním místě stojí život ohrožující problémy, mezi které patří činnost srdce a dýchání.

Po nich pak ostatní fyziologické potřeby, například výživa, vylučování, příjem tekutin a spánek. Po nich řešíme problémy ovlivňující jistotu a bezpečí, lásku a sounáležitost, sebeúctu a seberealizaci. Následně si stanovíme očekávané výsledky. Ty mohou být krátkodobé či dlouhodobé, přičemž každým splněním krátkodobého cíle jsme o krok blíže splnění cíle dlouhodobého. Cíle musí být jasně a stručně zformulované a především reálné, aby bylo možné je opravdu splnit. Dále je třeba vytvořit plán ošetrovatelské péče, ve kterém si určíme, jakým způsobem se budeme snažit cíle splnit. Plán musí být konkrétní a jasný, musí obsahovat datum a podpis sestry, která ho sestavovala, a dále pak ošetrovatelské diagnózy s kódem, cíle, ošetrovatelské intervence, a zhodnocení.

(Tóthová, 2009, s. 91-107)

3.1.4 Realizace ošetrovatelské péče

Čtvrtá fáze ošetrovatelského procesu, je ze všech nejdůležitější. Představuje realizaci naplánovaných aktivit, jejímž hlavním úkolem je naplnit určené cíle. Před zahájením realizace je třeba opětovně posoudit stav pacienta a provést případné změny plánu, odstranit neaktuální ošetrovatelské diagnózy, eventuálně přidat nové ošetrovatelské diagnózy. Je nutno také připravit prostředí a pomůcky pro ošetrovatelskou péči a informovat pacienta o průběhu péče.

(Tóthová, 2009, s. 109-115)

3.1.5 Vyhodnocení

Poslední fáze ošetrovatelského procesu je taktéž velice důležitá, protože nám dává zpětnou vazbu, kontrolu nad tím, jestli jsme svým počínáním opravdu splnili stanovené cíle. Hodnotí účinnost péče, kontroluje, zda došlo ke zlepšení či zhoršení stavu pacienta, zda došlo k naplnění jeho potřeb. Hodnocení provádíme za pomoci dotazování pacienta, pozorováním, či měřením. Může být termínované, průběžné, nebo závěrečné. Hodnotíme nejen výsledky, ale i celý proces, realizaci ošetrovatelské péče. To nám pomáhá zlepšit kvalitu poskytované péče, zvýšit její účinnost, vhodnost a bezpečnost.

(Tóthová, 2009, s. 125-130)

4 EDUKACE PACIENTA S AKUTNÍ PANKREATITIDOU

Edukace (z latinského educō, educare- vést vpřed, vychovávat) je velice důležitou součástí ošetrovatelského procesu. Zahrnuje výchovně vzdělávací činnost, jejímž cílem je dosáhnout změny v chování, znalostech a dovednostech jedince, nebo celé společnosti. Edukační proces učí lidi správnému přístupu ke svému zdraví a nemoci, vede je ke vhodnému dodržování hygienických a stravovacích návyků, předcházení komplikacím, udržení soběstačnosti a zlepšení kvality života.

„Smyslem edukačního procesu je systematické vedení pacienta k osvojení si odpovídajících dovedností, k vytvoření nových hodnotových, postojevých a volných struktur osobnosti, které vedou k vyvolání a k postupnému upevnění požadované změny chování.“ (Svěráková, 2012, s. 24)

Při edukačním procesu je nezbytná spolupráce mezi sestrou a pacientem, která je spojena s aktivním přístupem pacienta nejen k procesu vzdělávání, ale především k procesu léčby a uzdravení. Úkolem sestry či lékaře je usnadnit pacientovi změnu životních podmínek nastávající v důsledku onemocnění, ve spolupráci s nemocným vytvořit nové návyky a dodat mu potřebnou motivaci pro jejich ustálení.

Při edukačním procesu je přítomen edukátor (sestra, lékař, či jiný kompetentní pracovník) a edukant (klient, pacient, nebo rodina), ovlivňují ho edukační faktory (teorie, plány, předpisy, materiály) a edukační prostředí.

(Svěráková, 2012, s. 27-29; Kuberová, 2010, s. 23-24)

4.1 Druhy ošetrovatelské edukace

Edukaci lze rozdělit na základní, komplexní a na reedukaci.

Základní edukaci využíváme především u pacientů, jimž byla nově zjištěna nějaká choroba. Pacient v tomto případě nemá obvykle o nemoci žádné vědomosti, a proto ho seznámíme s její základní problematikou.

Komplexní edukací máme na mysli rozšířenou edukaci, při níž je edukant nejen vzděláván, ale i cvičen v edukačních aktivitách, je mu zpravidla připraven také domácí program učení a procvičování v dané aktivitě, a dále bývají poskytovány konzultace

rodinným příslušníkům daného jedince. Obvykle se jedná o edukační kurzy pro pacienty s určitými chronickými diagnózami, které celoživotně zasahují do jeho zvyklostí.

Reedukací nazýváme pokračující a napravující edukaci, která se váže na již získané vědomosti, opakuje je a procvičuje, a také doplňuje další informace potřebné při změně podmínek.

(Kuberová, 2010, s. 34-35)

4.2 Fáze edukačního procesu

Edukační proces probíhá v pěti fázích- posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení.

Během posuzování se sestra zaměří na sběr informací o daném jedinci, tyto informace musí následně analyzovat a utřídit. Údaje sbírá obdobně jako při ošetrovatelském procesu za pomoci rozhovoru, fyzikálního vyšetření, dotazníku, vlastního pozorování a dokumentace. Je třeba také ověřit si, zda má pacient vnitřní motivaci učit se a pečovat o své zdraví; zda se s problémem identifikuje, nebo jej odmítá.

Následuje fáze diagnostická - sestra při ní stanovuje edukační diagnózy a vytyčuje aktuální problémy jedince, včetně jejich přesné charakteristiky. Konkrétně se jedná o problémy související s nedostatkem vědomostí či nedostatečnou potřebou učit se a pečovat o sebe.

(Kuberová, 2010, s. 25-26; Svěráková, 2012, s. 41-42)

Nejčastější edukační diagnózy u pacienta s akutní pankreatitidou:

00078 - neefektivní léčebný režim

00079 - nedodržení

00099 - neefektivní podpora zdraví

00126 - deficitní znalost

(Marečková, 2006, s. 26-28)

Cílem plánování je vytvořit edukační plán, který nám podrobně rozvrhne a naplánuje naši edukační činnost. Nejprve si stanovíme cíle, kterých chceme pomocí

edukace dosáhnout. Mohou to být cíle afektivní (týkající se prožívání, emocí a motivace), kognitivní (týkající se myšlení, porozumění, znalostí), nebo psychomotorické (týkající se zručnosti). Cíle musí být jasně zformulované, měřitelné, časově vymezené, realistické, měly by být stanoveny ve spolupráci s pacientem a mít formu doporučení, aby pacient sám cítil zodpovědnost za jejich plnění. Dále je potřeba naplánovat obsah edukace, vzdělávací strategie, jednotlivé edukační metody a pomůcky, ale i časový rozsah celé edukace.

U pacientů s akutní pankreatitidou je nejčastějším tématem edukace změna stravování a celkové životosprávy, jelikož bez této změny hrozí obrovské riziko recidiv. Je třeba, aby se pacient naučil rozeznávat, které potraviny konzumovat může, a které jsou pro něho zakázané. Dále je vhodné, aby se pacient začal pravidelně hýbat, alespoň v rámci možností svého zdravotního stavu. Pacienta, který je odkázán na výživu prostřednictvím NGS či NJS, je nutno edukovat o obsluze enterální pumpy v domácím prostředí, o péči o NGS/ NJS, jejím ošetřování a proplachování.

Po důkladném naplánování můžeme přistoupit k realizaci. U ošetrovatelské edukace je nejvhodnější formou rozhovor a praktická ukázka, protože poskytují okamžitou zpětnou vazbu. Dále lze použít předem připravené učební pomůcky, mezi něž patří informační letáky a brožury, videa, či knihy. Je třeba také brát ohled na aktuální stav pacienta, který má velký vliv na jeho soustředěnost a zájem o dané téma. Edukace musí být srozumitelná, edukátor se vyvaruje odborných termínů, mluví pomalu a přiměřeně věku a psychickému stavu pacienta. Učební plán lze upravit podle aktuálních potřeb pacienta. Pro edukaci je důležitá volba vhodného prostředí bez rušivých elementů a s dostatkem intimity a soukromí. Edukátor by měl být dostatečně empatický a citlivý, měl by mít lidský přístup a trpělivost. Klíčem k úspěšné edukaci je samozřejmě aktivní přístup pacienta a jeho motivace, a proto je potřeba ho neustále povzbuzovat a podporovat.

Závěrečnou fází edukačního procesu je vyhodnocení, při kterém si edukátor ověřuje účinnost edukace a splnění cílů, a to formou kladení kontrolních otázek, pozorování při provádění konkrétního výkonu pacientem, či méně vhodnou formou písemného testu, která může být pro pacienty stresující. Dále lze ověřit si účinnost edukace díky objektivním ukazatelům, jimiž jsou například snížení hladiny cholesterolu nebo tělesné váhy v návaznosti na úpravu jídelníčku. Snadněji se hodnotí splnění kognitivních a psychomotorických cílů, hůře pak splnění cílů afektivních. Sestra nesmí zapomenout pacienta chválit a podporovat i při sebemenším zlepšení stavu,

což ho povzbudí v dalším snažení. Je-li zapotřebí přistoupit ke kritice, musí to být kritika konstruktivní, která je vyvážena pozitivy a podepřena návrhem na zlepšení.

Záznam o edukaci a edukační plán se samozřejmě stává součástí ošetrovatelské dokumentace. Ta nejenže poskytuje informace všem členům ošetrovatelského týmu, ale zároveň chrání před stížnostmi na nedostatek podaných informací. Je vhodné, aby absolvování jednotlivých lekcí pacient stvrdil svým podpisem.

(Kuberová, 2010, s. 26-30; Svěráková, 2012, s. 33-36)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

Akutní pankreatitida je velice závažné onemocnění, které často vzniká náhle a prudce se zhoršuje. Proto si myslím, že pro pacienta musí být tato diagnóza obrovským šokem, jelikož z plného zdraví přijde bleskově často až život ohrožující stav. Tato skutečnost se stává zdrojem velké úzkosti a strachu o život. Podaří-li se první ataku zaléčit, nutí tato diagnóza pacienta k úplné změně životosprávy, aby se následně předešlo dalším obtížím. To vše pro pacienta představuje extrémní fyzickou i psychickou zátěž. Podle mého názoru je tedy vhodné zaměřit se do hloubky na ošetrovatelskou péči u pacientů s akutní pankreatitidou tak, aby byla maximálně efektivní a intenzivní. Sestra musí umět na základě ošetrovatelských intervencí uspokojit fyzické, i psychické a sociální potřeby klienta. Je také nutno umět správně edukovat pacienta o změně životosprávy tak, aby vše zvládal a zároveň byla eliminována jeho úzkost a obavy.

Tímto si tedy kladu otázku: “Jaká jsou specifika potřeb pacientů s akutní pankreatitidou?”

6 CÍL PRÁCE

Zjistit, jaká jsou specifika potřeb pacientů s akutní pankreatitidou.

6.1 Dílčí cíle

- Zjistit specifické ošetrovatelské problémy pacientů s akutní pankreatitidou.
- V návaznosti na odbornou praxi zpracovat dvě kazuistiky nemocných s akutním zánětem slinivky břišní.
- Vytvořit univerzální ošetrovatelský plán pro sestry, jak pracovat s nemocnými s akutní pankreatitidou.
- Vytvořit edukační plán poučující pacienta o správné životosprávě.

6.2 Operacionalizace pojmů

Ošetrovatelský proces = „*systemový komplexní výkon ošetrovatelské činnosti s důrazem co nejvíce přihlížet na individuální potřeby ošetřovaného, řešit jeho problémy a předcházet jim*“ (Tóthová, 2009, s. 16)

Akutní pankreatitida = „*zánět slinivky břišní způsobený samonatrávením žlázy vlastními enzymy*“ (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 263)

7 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

- Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacienta s akutní pankreatitidou?
- Jakým způsobem lze zefektivnit péči o tohoto pacienta?
- Jak mohou sestry efektivně poučit pacienta o zdravé životosprávě?

8 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY

Pro praktickou část své bakalářské práce jsem zvolila metodu výzkumu kvalitativního, jelikož mi dovoluje zpracovat případové studie dvou pacientů, takže mohu proniknout do hloubky dané problematiky. Mohu se důkladně zaměřit na veškeré potřeby klientů, podrobně je rozebrat a uplatnit holistický přístup k člověku, který je podle mne u ošetrovatelské péče nezbytný.

8.1 Metoda

Hlavní metodou mého výzkumu je případová studie - tedy podrobný popis obou pacientů a jejich stonání. U každého z nich se nejprve zaměřuji na podrobnou anamnézu, a to anamnézu osobní, rodinnou, pracovní, alergologickou, sociální, farmakologickou, ale také nezbytnou ošetrovatelskou anamnézu spojenou se zařazením pacientů dle jednotlivých škál. V katamnóze se zabývám jednotlivými průběhy hospitalizací včetně prodělaných vyšetření, léčby a ošetrovatelské péče. Aplikuji model funkčních vzorců zdraví dle Majory Gordonové.

8.2 Vzorek respondentů

Ve své práci jsem zpracovala dvě kazuistiky získané v průběhu mé odborné praxe na I. Interní klinice fakultní nemocnice Lochotín, oddělení 5 A. Sledování probíhalo po dobu dvou týdnů v roce 2014. Jedná se o dva pacienty - muže, ve věku 78 a 67 let. Obě kazuistiky popisují případy akutní hemoragicko-nekrotické pankreatitidy biliární etiologie, v prvním případě se jedná o lehkou, edematózní pankreatitidu, ve druhém případě o středně těžkou, hemoragicko - nekrotickou formu. Pacient s lehkou akutní pankreatitidou byl hospitalizován pouze na oddělení 5 A Interní kliniky, oproti tomu druhý pacient se středně těžkou akutní pankreatitidou strávil prvních 16 dní na JIP CHK, načež byl přeložen na oddělení 5 A.

8.3 Způsob získávání informací

Informace do praktické části mé bakalářské práce jsem získávala na základě pozorování během odborné praxe na Interní klinice FN Lochotín, oddělení 5 A. Vypořádané poznatky jsem si zapisovala do záznamového archu, ze kterého jsem také čerpala průběžně při zpracovávání zdravotnické dokumentace. Obsahuje mé osobní poznámky a dodatky, dále je v něm zaznamenám i obsah rozhovoru, probíhajícího při odebírání ošetrovatelské anamnézy. Tento rozhovor není v mé práci přímo citován,

ale je součástí vypracovaného modelu funkčních vzorců zdraví dle Majory Gordonové. Další informace jsem získala pomocí analýzy dat ve zdravotnické dokumentaci. Povolení sběru informací ve FN Plzeň přikládám do přílohy bakalářské práce. Ke srovnání obou kazuistik jsem využila také ošetrovatelské hodnotící škály, a to konkrétně Barthelův test všedních činností, Melzackovu škálu bolesti, Hodnocení rizika vzniku dekubitů podle Nortonové, Sledování tíže tromboflebitis dle Madonna a NRS- Nutritional Risk Screening. Tyto hodnotící škály se také nacházejí mezi přílohami práce.

9 ORGANIZACE VÝZKUMU

Nejprve jsem u obou pacientů podrobně popsala anamnézu a aplikovala hodnotící škály. Dále jsem se zaměřila na průběh hospitalizace, ten je rozepsaný den po dni. Popisuji zde prodělaná vyšetření, léčbu, ošetrovatelskou i lékařskou péči o pacienta. Poté jsem aplikovala model funkčních vzorců zdraví dle Majory Gordonové. Ze získaných informací jsem sestavila pro každého z pacientů plán ošetrovatelské péče. Nakonec jsem ještě sestavila edukační plán zaměřující se u prvního pacienta na změnu životosprávy a u druhého na obsluhování enterální pumpy v domácím prostředí. Na závěr jsem vytvořila univerzální ošetrovatelský plán pro sestry pracující s pacienty s akutní pankreatitidou, tyto plány se nachází v příloze mé práce. Výzkum probíhal v období října 2014. V následné diskuzi jsem shrnula a následně srovnala obě kazuistiky, dále jsem pak zhodnotila splnění svých cílů. V závěru jsem poté navrhla témata pro další šetření.

10 KAZUISTIKA Č. 1

Pacient muž, 78 let, přivezen RZP v odpoledních hodinách pro krutou tupou bolest v epigastriu s propagací do zad a do lopatek. Bolesti pociťuje od 9:00, vznikly z plného zdraví. Nezvracel, ale trpí nauzeou a říhání. Poslední vyloučení stolice bylo zaznamenáno ráno, následně došlo k zástavě odchodu plynů. Den předtím měl pacient k obědu i k večeři španělské ptáčky, ráno pak 2 rohlíky, šunku a čaj. Pacient udává, že se mu i hůře dýchá, již dlouhodobě ale trpí námahovou dušností, podle NYHA III. stupněm.

10.1 Anamnéza

Osobní anamnéza

Pacientovi diagnostikována ICHS spojená s hypercholesterolémií, v roce 2006 prodělal IM zadní stěny, který byl řešen PCI s implantací dvou stentů. Pacient trpí vředovou chorobou gastroduodena a renální dysfunkcí prerenální etiologie. Dále pak hyperplazií prostaty. Pacient je obézní, BMI 33.

Rodinná anamnéza

Matka zemřela v 62 letech na srdeční selhání. Otec v 54 letech při dopravní nehodě. Sestra pacienta trpí rovněž ICHS, jinak zdráva. Dvě dcery jsou rovněž zdravé.

Pracovní anamnéza

Pacient je již v důchodu. Dříve pracoval jako úředník.

Alergologická anamnéza

Neudává žádné známé alergie.

Abúzus

Pacient je nekuřák, udává pití jednoho piva denně, více alkoholu požívá jen příležitostně, například při oslavách.

Sociální anamnéza

Pacient žije sám v panelovém domě na okraji Plzně, dochází k němu pravidelně dcery, které mu vaří a perou.

Farmakologická anamnéza

Betaloc 50 mg: ½- 0- 0

Anopyrin 100 mg: 1- 0- 0

Lorista 50 mg: 1- 0- 0

Procoralan 5mg: 1- 0- 1

Ošetřovatelská anamnéza

Pacient je při vědomí, orientovaný, komunikuje bez problémů. Na stolici chodí pravidelně každý den, naposledy byl ráno. Je plně kontinentní. Dýchání je zhoršené, špatně se mu dýchá i v klidu, bez námahy. Alergie nekuje. Stav kůže normální, v oblasti epigastria se objevuje mramorování. Pacient pociťuje kruté bolesti břicha, na stupnici od 1 do 5 udává číslo 4. Úlevová poloha prý nenalezena, na bolest nic nepomáhá. V noci spí dobře, neprobouzí se. Používá brýle, jinak žádné kompenzační pomůcky. Chůze po schodech i po rovině zhoršena kvůli dušnosti. Jinak je pacient soběstačný. Doma bydlí sám, ale docházejí za ním jeho dvě dcery.

10.2 Fyzikální vyšetření

Hlava a krk:

Pacient je orientovaný, eupnoický, bez cyanózy, anikterický. Oční bulby jsou ve středním postavení, inervace 7. hlavového nervu zůstává neporušena. Zornice jsou izokorické, jazyk bez povlaku, pacient jej plazí středem. Náplň krčních žil je přiměřená.

Hrudník:

Hrudník je na pohled souměrný, poklep není jasný, dýchání sklípkové, čisté. Srdeční akce je pravidelná, ozvy ohraničené, nejsou slyšet žádné šelesty.

Břicho:

Břicho vystupuje nad niveau z důvodu obezity, pacient dýchá volně. Břicho je palpačně bolestivé v epigastriu a v pravém podžebří, bez patologické rezistence. Nejsou vidět známky peritoneálního dráždění. Peristaltické pohyby jsou zachovány. Játra, slezina i ledviny zůstávají nehmatné.

Dolní končetiny:

Dolní končetiny jsou bez otoku i bez známek tromboembolické nemoci.

Vyšetření per rectum:

Tonus svěrače normální, ampula je prázdná, podbřišek nebolestivý. Douglasův prostor nevyklenuje, stolice je bez patologických příměsí.

Fyziologické funkce:

Krevní tlak: 110/70 mm Hg

Puls: 78/ min

Dechová frekvence: 14/ min

Saturace kyslíkem: 98%

Tělesná teplota: 36,6° C

10.3 Souhrn lékařských diagnóz

Akutní pankreatitida biliární etiologie

Cholelithiáza spojená s cholangitidou

Vředová choroba gastroduodena

Renální dysfunkce prerenální etiologie

Námahová dušnost, dle NYHA III. Stupně

ICHS, stav po PCI s implantací dvou stentů

AV blok 1. Stupně

Hypercholesterolemie

Obezita

Hyperplazie prostaty

10.4 Hodnotící škály

Barthelův test všedních činností:

Při příjmu- 65 bodů- lehká závislost

Při propuštění- 100 bodů- nezávislý

Melzackova škála bolesti:

Při příjmu- stupeň 4- krutá

Při propuštění- stupeň 1- mírná

Hodnocení rizika vzniku dekubitů podle Nortonové:

27 bodů- bez rizika

Sledování tíže tromboflebitis dle Madonna:

0 bodů

NRS- Nutritional Risk Screening:

2 body

10.5 Průběh hospitalizace

10.5.1 1. den

Pacientovi bylo nejprve natočeno EKG, které vyloučilo akutní ischemii. Dále byla zavedena nasogastrická sonda, ta odváděla stagnační obsah žaludku bez patologické příměsi. Byla také odebrána krev na vyšetření krevního obrazu, biochemie, clearance a hemokoagulace. Pacient byl následně uložen na pokoj interního oddělení. Byl seznámen s právy pacientů, vnitřním řádem FN a režimem oddělení, dále byl poučen o manipulaci s lůžkem a se signalizací. Svrchní oblečení bylo uloženo do místní šatny. Dále pacient podepisuje souhlas s hospitalizací a obdrží identifikační náramek, následně je vyšetřen lékařem a je od něho odebrána lékařská anamnéza. Poté odebírá sestra ošetrovatelskou anamnézu, měří fyziologické funkce a zavádí periferní žilní katétr do pravé horní končetiny.

RTG vyšetření plic nezobrazilo žádné patologie. Na sonografickém vyšetření byla zjištěna těžká steatóza jater, nepřehlednost dorzálních partií, oblast kolem pankreatu

nepřehledná, při vyšetření bolestivá. Žlučové cesty bez dilatace, avšak v místě krčku žlučníku drobné lithiázy. Ductus hepatocholedochus široký až 12 mm. Dále pacient podstoupil ERCP, při které byla provedena EPST, nabrána čirá žluč na kultivaci a dále Dormia košíkem opakovaně extrahovány slepence žlučového bláta. Nakonec byla provedena ještě laváž žlučovodu fyziologických roztokem. Dále byla zahájena ATB terapie - Metronidazol 500 mg 3x denně intravenózně. Každé dvě hodiny byla prováděna kontrola krevního tlaku, byl sledován také příjem a výdej tekutin. Dále lékařka zavedla PMK, ten odvedl 100 ml čiré moči. Pacient dodržuje režim nic per os, intravenózně bylo podáno 2000 ml roztoku Plasmalyte, dále pak analgetikum Algifen 10mg i. v. na zmírnění bolestí.

10.5.2 2. den

Bolesti břicha u pacienta přetrvávají, jsou ale mírnější, peristaltika stále zpomalená. Pacient je již normotenzní, nealterován. Četnost kontrol krevního tlaku byla snížena na 4x denně. Roztok Plasmalyte nadále podáván rychlostí 150 ml/hod, celkem tedy 3600 ml. Ráno a večer také aplikován Algifen 10 mg intravenózně. V odpoledních hodinách byl zrušen PMK, pacient edukován o močení do sběrné nádoby kvůli monitoraci příjmu a výdeje tekutin. Rovněž byla odstraněna nazogastrická sonda. V průběhu noci prováděly sestry kontrolu močení. Preventivně byl indikován nízkomolekulární heparin Fraxiparine 0,4 mg 1x denně subkutánně.

10.5.3 3. den

Pacient si během dne stěžuje pouze na mírnou tlakovou bolest v epigastriu, peristaltika nadále zpomalená. Během dne podáván intravenózně opět roztok Plasmalyte rychlostí 80 ml/hod. Kromě toho je již povolen perorální příjem tekutin. Pacient vypil asi 300 ml hořkého čaje. Ve večerních hodinách si opět stěžoval na bolesti břicha, na základě ordinace lékaře byl podán Algifen intravenózně, po aplikaci došlo ke zmírnění bolestí.

10.5.4 4. den

Ve 14:00 měl pacient zvýšenou tělesnou teplotu, a to 37,8°C. Byly tedy nabrány hemokultury, dle ordinace lékaře dále podáván navíc 4x denně Tazocin 4,5 g intravenózně. Provedena také výměna PŽK. Infuzní terapie nadále pokračuje- podáván roztok Plasmalyte rychlostí 80 ml/hod.

10.5.5 5. - 8. den

Pacient stále pociťuje bolesti v epigastriu, došlo ale ke zrychlení peristaltiky, odcházejí plyny. Množství podaných roztoků Plasmalyte sníženo na 1000 ml/den. Antibiotická terapie pokračuje. Pacient již vypije průměrně 800 ml čaje denně. 5. den proběhla konzultace s nutriční terapeutkou, zahajujeme enterální výživu formou sippingu spojenou s podáním první stravy ve formě přísné pankreatické diety.

10.5.6 9. den

Od dnešního dne přechází pacient po konzultaci s nutriční terapeutkou na dietu číslo 4S, s přísným omezením tuků. Antibiotická terapie byla ukončena.

10.5.7 10. – 15. den

Na bolest v epigastriu si pacient již nestěžuje, udává pouze zvýšenou palpační citlivost. Dietu 4S snáší dobře. 13. den proběhla edukace nutriční terapeutkou o stravování a změně životosprávy po propuštění z nemocnice. 15. den je pacient propuštěn do domácího ošetřování.

11 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL

Pro pacienty s akutní pankreatitidou jsem zvolila Model funkčních vzorců zdraví podle Majory Gordonové, který patří mezi modely interpersonálních vztahů. Je to jeden z nejrozšířenějších a nejpoužívanějších ošetřovatelských modelů, protože komplexně zahrnuje všechny stránky lidského zdraví a je v souladu s holistickou filozofií. Cílem ošetřovatelství je podle Majory Gordonové „*zdraví, zodpovědnost jedince za své zdraví, rovnováha bio-psycho-sociálních interakcí*“. (Pavlíková, 2006, s. 99)

Model rozeznává dvanáct základních oblastí, vzorců, z nich každá část může být funkční, nebo nefunkční. Funkční chování se tedy objevuje ve zdraví, oproti tomu dysfunkční chování v nemoci. Dysfunkční vzorec značí aktuální nebo potenciální problém jedince. Když jej sestra identifikuje, označí jej, zformuluje ošetřovatelskou diagnózu, a pokračuje v dalších krocích ošetřovatelského procesu. Funkční vzorce zdraví je vhodné porovnat s normami stanovenými pro danou věkovou skupinu a rovněž s normami kulturními a společenskými.

Dvanáct vzorců zdraví dle Majory Gordonové zahrnuje tyto oblasti:

- 1) Vnímání a udržování zdraví
- 2) Výživa a metabolismus
- 3) Vylučování
- 4) Aktivita a cvičení
- 5) Spánek a odpočinek
- 6) Citlivost, vnímání a poznávání
- 7) Sebepojetí, sebeúcta
- 8) Vztahy, role
- 9) Reprodukce, sexualita
- 10) Stres, zátěžové situace
- 11) Víra, životní hodnoty
- 12) Jiné

(Pavlíková, 2006, s. 99- 102)

11.1.1 Aplikace modelu Majory Gordonové

1) Vnímání a udržování zdraví

Pacient vnímá úroveň svého zdravotního stavu spíše negativně. Po diagnostikování ICHS se snaží dodržovat dietní doporučení, ale podle jeho slov se mu to ne vždycky daří. V roce 2006 ho velmi vyděsil prodělaný infarkt myokardu, navíc trpí vředovou chorobou gastroduodena, ale stejně si občas dopřává nezdravé jídlo, i když potom trpí nevolnostmi. Pacient se cítí unavený, při námaze i v klidu se mu špatně dýchá, vzhledem k nynějšímu onemocnění také trpí bolestmi břicha. Užívá pravidelně léky dle ordinace lékaře, o svých onemocněních je poměrně dobře informován. Nekouří, ale udává pití jednoho piva denně a příležitostně i tvrdého alkoholu.

2) Výživa a metabolismus

Pacient se snaží stravovat pravidelně, snídaně a večeře si připravuje sám, obědy mu nosí dcery. Rád si dopřeje i nezdravá tučná jídla, jako jsou uzeniny, či smažené pokrmy. Udává, že mu po nich někdy není dobře, ale přesto je konzumuje. Od prvního dne hospitalizace však musí dodržovat režim nic per os. Pacient je obézní, BMI 33. Za poslední dobu výrazně nepřibral ani neubral na váze. Rád si dá pivo. Kůže pacienta je čistá, v oblasti epigastria mramorovaná. Pacient má vlastní chrup, vlasy a nehty čisté.

3) Vylučování

Na stolici chodí doma pravidelně denně, naposledy byl ráno. Stolice je fyziologická, bez patologických příměsí. S vylučováním moči nemá pacient obvykle žádné problémy, nyní zaveden PMK. Pacient má orosené čelo, kvůli bolesti se více potí studeným potem.

4) Aktivita a cvičení

Pacient nepěstuje žádný sport, vzhledem ke své námahové dušnosti aktivně necvičí. Často se cítí unavený, doma raději sedí a sleduje televizi nebo čte noviny. Občas chodí s dcerami na procházky nebo na nákup, ale stále více ho to unavuje a po návratu si musí obvykle lehnout. Při chůzi nepotřebuje žádné pomůcky. Běžnou sebek péči zvládá sám, o vaření, praní a úklid se mu starají dcery.

5) Spánek a odpočinek

Pacient netrpí nespavostí, večer chodí spát později, až kolem půlnoci, vstává kolem sedmé hodiny ranní, probouzí se asi dvakrát za noc kvůli nucení na močení. Přes den relaxuje u televize.

6) Citlivost, vnímání a poznávání

Pacient při vědomí, plně orientován, komunikuje. Slyší dobře, nosí brýle na čtení. Kognitivní schopnosti jsou dobré, přiměřené věku, podle svých slov si už nepamatuje tolik jako dřív. Mírnou bolest zvládá dobře, momentálně však udává stupeň bolesti 4- krutá.

7) Sebepojetí, sebeúcta

Pacient udává, že se cítí slabý a unavený. Verbalizuje také strach z budoucnosti, má pocit, že už se jeho nemocí nahromadilo nějak moc a jeho tělo to dlouhodobě neuneso. Nechce být také nikomu přítěží, je vděčný svým dcerám, že o něho pečují, ale má strach, zda to bude do budoucna stačit. Obě jsou totiž zaměstnané a větší rozsah péče by již časově nezvládly.

8) Vztahy, role

Pacient žije sám v bytě, docházejí k němu pravidelně jeho dvě dcery. Je rád, že mezilidské vztahy v jeho rodině byly vždy na dobré úrovni, stýká se pravidelně s manžely svých dcer i se svými vnoučaty. Ty mu prý dodávají radost a sílu do života. Pravidelně jej navštěvuje také jeho sestra.

9) Reprodukce, sexualita

Na toto téma pacient odmítá hovořit.

10) Stres, zátěžové situace

Pacient má obavy z budoucnosti, důvěřuje prý sice lékařům, že ho vyléčí z nynějšího onemocnění, ale cítí, že už není nejmladší.

11) Víra, životní hodnoty

Nehlásí se k žádné oficiální církvi, i když prý věří ve vyšší sílu nad námi a zákony přírody. Nejvyšší hodnotou je pro něho rodina a dobré mezilidské vztahy. Váží si prý především dobrých lidí, nesnáší lež a intriky.

12) Jiné

12 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

12.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy

00132- Akutní bolest související se základním onemocněním projevující se:

Subjektivně: Pacient udává, že ho bolí břicho a nemůže najít úlevovou polohu.

Objektivně: Na Melzackově škále bolesti pacient udává číslo 4- krutá. Je opocený, bledý, svíjí se a drží si ruce v oblasti epigastria.

Očekávaný výsledek:

Zmírnění bolestí, zlepšení kvality života.

Ošetrovatelské intervence:

- Sleduj charakter, intenzitu a lokalizaci bolesti.
- Trpělivě vyslechni pacienta, buď chápavá, nebagatelizuj jeho obtíže.
- Podej analgetickou léčbu dle ordinace lékaře.
- Informuj pacienta o relaxačních metodách zvládnání bolesti.
- Zajisti pacientovi přísun čerstvého vzduchu, tepelný komfort, klidné prostředí a dostatečný prostor k odpočinku.

Hodnocení:

V prvních dnech udává pacient lehké zmírnění bolesti, ke konci hospitalizace již uvádí na Melzackově stupnici číslo 2- mírná bolest.

00007- Hypertermie spojená s akutní pankreatitidou projevující se:

Subjektivně: Pacient je opocený, cítí horkost.

Objektivně: Naměřena tělesná teplota 37,8°C, pacient je schvácený, tepová frekvence 90/min.

Očekávaný výsledek:

Snížení tělesné teploty k fyziologické hranici.

Ošetrovatelské intervence:

- Podávej léky dle ordinace lékaře- antipyretika, antibiotika.
- Kontroluj hydrataci pacienta.

Hodnocení:

Tělesná teplota byla po třech dnech úspěšně stabilizována na fyziologické hodnotě.

00027- Deficit tělesných tekutin související s velkými ztrátami tekutin a zákazem přijímání tekutin per os projevující se:

Subjektivně: Pacient má pocit žízně, pobolívá ho hlava.

Objektivně: Snížený kožní turgor, suchost kůže a sliznic.

Očekávaný výsledek:

Zvýšení kožního turgoru, zmírnění suchosti sliznic.

Ošetrovatelské intervence:

- Monitoruj příjem a výdej tekutin.
- Kontroluj stav kůže a sliznic.
- Podávej infuzní terapii dle ordinací lékaře.
- Měř fyziologické funkce.

Hodnocení:

U pacienta došlo během několika dní ke zvýšení kožního turgoru a zmírnění suchosti sliznic, 4. den mu již byl povolen příjem tekutin per os, což zmírnilo subjektivní pocit žízně.

00108- Deficit sebepéče při koupání a hygieně pramenící z bolestí projevující se:

Subjektivně: Pacient má strach se jít sám umýt, cítí se unavený, má bolesti a strach z pádu.

Objektivně: Pacient se sám nedokáže umýt, při chůzi vrávorá.

Očekávaný výsledek:

Pacient bude provádět osobní hygienu na úrovni svých možností.

Ošetřovatelské intervence:

- Předcházej pádu, doprovázej pacienta při hygieně.
- Dbej na udržení soukromí při úkonech souvisejících s hygienou.
- Respektuj pacientovy rituály.
- Dopomáhej pacientovi při osobní hygieně, zajisti příslušné pomůcky.
- Podporuj aktivní činnost pacienta.

Hodnocení:

Pacient prováděl hygienu na úrovni svých možností.

00109- Deficit sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku související s akutní bolestí projevující se:

Subjektivně: Pacient udává zhoršení bolestí při snaze sám se převléci.

Objektivně: Pacient není schopen se sám převléci.

Očekávaný výsledek:

Pacient bude ve spolupráci se sestrou schopen sebepéče na úrovni svých možností.

Ošetřovatelské intervence:

- Kontroluj bezpečnost při úkonech spojených s oblékáním a úpravou zevnějšku.
- Zajisti potřebné kompenzační pomůcky.
- Dopomáhej pacientovi s úkony, na které nestačí.
- Dopřej pacientovi dostatek času a trpělivost.
- Věnuj se tišení bolesti.

Hodnocení:

Pacient byl s dopomocí sestry schopen převlékání a péče o svůj zevnějšek.

00085- Zhoršená pohyblivost v souvislosti s akutní bolestí projevující se:

Subjektivně: Pacient udává zhoršení bolestí při chůzi, má strach z pádu.

Objektivně: Pacient se pohybuje pomalu, vrávorá, má omezený rozsah pohybu, grimasuje a svíjí se.

Očekávaný výsledek:

Pacientova pohyblivost se zlepší, zvýší se i jeho bezpečnost při přesunech.

Ošetřovatelské intervence:

- Dbej na bezpečnost pacienta.
- Uprav prostředí podle pacientových možností.
- Doprovázej pacienta při přesunech.
- Podporuj aktivitu pacienta.
- Podávej analgetika podle ordinace lékaře.

Hodnocení:

Pacientova pohyblivost se zlepšila, díky úpravě prostředí je schopen se kolem lůžka pohybovat bezpečně sám, při chůzi do koupelny nebo na toaletu je doprovázen sestrou.

00146- Úzkost související se změnou zdravotního stavu projevující se:

Subjektivně: Pacient se cítí znepokojený.

Objektivně: Je neklidný, má vyděšený výraz ve tváři.

Očekávaný výsledek:

Pacientova úzkost se zmírní, pacient bude schopen úzkost přeformulovat na konkrétní obavy.

Ošetrovatelské intervence:

- Naslouchej pacientovi, buď trpělivá, pomoz mu, aby mohl vyjádřit své pocity.
- V rámci svých kompetencí informuj pacienta o léčebném postupu.

Hodnocení:

Pacientovy obavy byly zmírněny, pacient udává, že je více v klidu.

00148- Strach v souvislosti s léčebnými výkony a zdravotním stavem projevující se:

Subjektivně: Pacient verbalizuje strach ze svého onemocnění a z léčebných a diagnostických výkonů, které ho čekají. Má obavy, že se nevyléčí, že bude někomu na obtíž, bojí se také bolesti a dyskomfortu při diagnostických a léčebných výkonech.

Objektivně: Pacient je neklidný, tváří se vyděšeně.

Očekávaný výsledek:

Zmírnění strachu a obav, pacient se snaží svůj strach potlačit a eliminovat.

Ošetrovatelské intervence:

- Podej pacientovi dostatek informací o léčebných a diagnostických výkonech.
- Při výkonech buď pacientovi nablízku, monitoruj a hodnot' jeho reakce, podávej informace o časovém trvání výkonu.
- Požádej o pomoc i další zdravotnické pracovníky v případě, že nebudeš u výkonu přítomna.
- Dej pacientovi prostor vyjádřit své obavy, aktivně naslouchej.
- Umožni pacientovi rozhovor o jeho obavách s rodinou a blízkými, navrhní možná řešení týkající se ošetrovatelské péče v domácím prostředí.
- Předej rodině kontakt na agenturu domácí péče.

Hodnocení:

U pacienta byl zmírněn strach a obavy, diagnostické a léčebné výkony zvládl bez psychické újmy, s rodinou se dohodl na plánu péče v domácím prostředí za pomoci agentury domácí péče, což zmírnilo jeho strach z budoucnosti.

12.2 Rizikové ošetřovatelské diagnózy

00004- Riziko infekce v souvislosti se zavedeným PŽK

Očekávaný výsledek:

Nedojde ke vzniku infekce v místě zavedeného PŽK.

Ošetřovatelské intervence:

- Pravidelně kontroluj a převazuj místo vpichu.
- Edukuj pacienta, jak snížit riziko infekce.

Hodnocení:

Po dobu hospitalizace nedošlo k infekci v souvislosti se zavedeným PŽK.

00004-Riziko infekce související se zavedeným PMK

Očekávaný výsledek:

Nedojde ke vzniku infekce močového měchýře a močových cest v souvislosti se zavedeným PMK.

Ošetřovatelské intervence:

- Dbej na dostatečnou hygienu genitálií a desinfekci PMK.
- Pravidelně vylévej sběrný sáček.
- Sleduj eventuální známky infekce - změna barvy moči, pálení močové trubice, změna barvy kůže v okolí katétru.

Hodnocení:

Po dobu hospitalizace nedošlo ke vzniku infekce v souvislosti se zavedeným PMK.

00155- Riziko pádu v důsledku bolesti a celkové tělesné slabosti

Očekávaný výsledek:

Snížení rizika pádu.

Ošetřovatelské intervence:

- Zajisti bezpečné prostředí pacienta.
- Doprovázej pacienta při chůzi na toaletu.
- Edukuj pacienta o prevenci pádu- nechodit po mokré podlaze, nosit přezůvky, přidržovat se madel apod.
- Zajisti kompenzační pomůcky, kontroluj jejich správné používání.

Hodnocení:

Během hospitalizace u pacienta nedošlo k pádu.

12.3 Edukace

Pro tohoto pacienta jsem vytvořila edukační plán zaměřující se na úpravu životosprávy a dietní režim po prodělané akutní pankreatitidě. Edukační plán se nachází mezi přílohami mé práce.

13 KAZUISTIKA Č. 2

Pacient muž, 67 let, přijat na JIP CHK pro bolesti břicha spojené se zvracením a zástavou odchodu plynů. Bolestmi trpí od oběda, kdy měl knedlíky, zelí a krůtu. Na RTG popsán subileus, na USG objevena cholecystolithiáza a dilatace ductus hepatocholedochus, známky akutní pankreatitidy s proužkem prosáknutí ventrálně od slinivky. Dále došlo k rozvoji sekundárního DM a k prvozáchytu arteriální hypertenze.

13.1 Anamnéza

Osobní anamnéza

Stav po implantaci TKS v modu DDDR v roce 1995, TKS implantován pro AV blokádu 3. stupně, v letech 2003 a 2007 výměna pro vyčerpání zdroje. Na kontrole funkce TKS byla naposledy před rokem. Dle ECHO v roce 2007 EF LKS 55-60%. Stav po krvácení do GIT v roce 1985. Stav po traumatické amputaci distálního článku 2. a 3. prstu LHK. Stav po operaci umbilikální hernie.

Rodinná anamnéza

Matka zemřela v 65 letech na karcinom děložního čípku, otec v 76 na IM. Bratr trpí ICHS. Pacient má dvě děti- dceru a syna, oba jsou zdraví.

Pracovní anamnéza

Je již v důchodu, dříve pracoval jako projektant.

Alergologická anamnéza

Pacient neudává žádné alergie.

Abúzus

Pacient byl 20 let kuřákem, vykouřil asi 10 cigaret denně, v současné době již 8 let nekouří. Tvrdý alkohol pije příležitostně, pivo pouze v neděli k obědu.

Sociální anamnéza

Pacient žije s manželkou v rodinném domě za Plzní. Manželka je v dobré kondici, zvládá péči o manžela, psa i dům. Rádi spolu chodí na procházky do okolí. Děti s rodinami bydlí daleko, přijíždějí pouze několikrát do roka.

Farmakologická anamnéza

Pacient dlouhodobě neužívá žádné léky.

Ošetřovatelská anamnéza

Pacient je při vědomí, orientovaný, komunikace bez problémů, nenarušená. Je kontinentní, na toaletu chodí pravidelně, naposledy byl včera. Se spánkem problémy nemá, obvykle usne do patnácti minut, léky na spaní neužívá. Pacient pociťuje kruté bolesti, na Melzackově škále udává stupeň 4. Pro bolest se mu špatně dýchá. Kůže normální, bez porušení integrity. Alergie neguje. Používá brýle na čtení, jinak žádné kompenzační pomůcky. Chůze je zhoršena kvůli bolesti. Pacient je normální postavy, BMI 22,5.

13.2 Fyzikální vyšetření

Hlava a krk:

Pacient je orientován místem, časem i prostorem, eupnoický, anikterický, bez cyanózy. Jazyk plazí středem, oční bulby ve středním postavení, náplň krčních žil přiměřená.

Hrudník:

Hrudník je souměrný, na dýchání poslechově sklípkové, bilaterálně bazálně oslabené. Akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené, bez šelestů.

Břicho:

Břicho pod niveau, palpačně bolestivé v pravém a středním epigastriu, bolest vystřeluje do zad, bez patologických rezistencí. Peristaltické pohyby zpomaleny, játra a ledviny nehmatné, slezina nezvětšená.

Dolní končetiny:

Dolní končetiny jsou bez otoku a znaků akutních žilních onemocnění, pulzace do periferie přítomna.

Fyziologické funkce:

Krevní tlak: 170/100 mm Hg

Puls: 68/min

Dechová frekvence: 22/min

Saturace kyslíkem: 94 %

Tělesná teplota: 36,9 °C

13.3 Souhrn lékařských diagnóz

Akutní hemoragicko-nekrotická pankreatitida biliární etiologie

Cholecystolithiasa, dilatace ductus hepatocholedochus

Diabetes mellitus- prvozáchyt

Arteriální hypertenze- prvozáchyt

Stav po implantaci TKS v modu DDDR pro AV blokádu 3. stupně

Diskoidní lupus v anamnéze

Stav po krvácení do GIT

Stav po traumatické amputaci distálního článku 2. a 3. prstu LHK

Stav po operaci umbilikální hernie

13.4 Hodnotící škály**Barthelův test všedních činností:**

Při příjmu- 65 bodů- lehká závislost

Při překladi na IK- 85 bodů- lehká závislost

Při propuštění- 100 bodů- nezávislý

Melzackova škála bolesti:

Při příjmu- stupeň 4- krutá

Při překladau na IK- stupeň 2- nepříjemná

Při propuštění- stupeň 1- mírná

Hodnocení rizika vzniku dekubitů podle Nortonové:

27 bodů- nehrozí riziko vzniku dekubitů

Sledování tíže tromboflebitis dle Madonna:

1. stupeň

NRS- Nutritional Risk Screening:

2 body

13.5 Průběh hospitalizace

13.5.1 1. den

Pacient přivezen RZP na Centrální příjem FN Lochotín. Nejprve bylo provedeno fyzikální vyšetření a základní odebrání anamnézy lékařem, které však bylo pro bolest značně omezeno. Byla zavedena NGS, která odváděla žaludeční obsah bez patologických příměsí. Pacientovi bylo natočeno EKG, na něm zjištěn levé přední hemiblok a dále inkompletní blok pravého Tawarova raménka.

Následně byl pacient uložen na lůžko na JIP, ve zkratce byl seznámen s režimem oddělení, vnitřním řádem FN a právy pacientů, podepsal informovaný souhlas s hospitalizací, byl poučen o manipulaci s lůžkem a se signalizací. Svrchní oblečení pacienta bylo uloženo, pacient obdržel identifikační náramek. Dále zahájena kontinuální monitorace fyziologických funkcí. Pacientovi byl zaveden CŽK cestou vena subclavia dextra s následnou RTG kontrolou umístění katétru. Poté byl zaveden PMK, který odvedl 200 ml čiré moči. Pacient dodržuje režim nic per os, byla zahájena volumoterapie roztokem Plasmalyte. Během prvního dne podáno 3000 ml roztoku. Byla také odebrána krev na vyšetření krevního obrazu, krevních plynů dle Astrupa, hemokoagulace, a biochemie. Moč poslána na biochemický rozbor a vyšetření sedimentu. Pacientovi byly naordinovány inhibitory protonové pumpy (Nolpaza 2x denně 40 mg i. v.), dále pak

prokinetika (Cerucal 3x denně 10 mg i. v.), diuretika (Furosemid 1x denně 20 mg) a mukolytika (Mucosolvan 3x denně 15 mg i. v.). Proti bolesti naordinován Algifen 3x denně 10 mg intravenózně. Jednou denně je také aplikován nízkomolekulární heparin Zibor 2500 jednotek subkutánně, který společně s bandážemi DK zabraňuje TEN.

Dále bylo pacientovi provedeno RTG vyšetření břicha a hrudníku a USG vyšetření. Nativní RTG břicha ve stoje zobrazilo objemnou žaludeční bublinu s hladinou tekutiny šíře 15 cm, a dále zvýšenou plynatost tenkých kliček v levém mezogastriu s naznačenými hladinami při subileu. Plíce byly na RTG snímku rozvinuty, parenchym přehledný bez ložisek, plicní kresba přiměřená, bez městnání krve v plicním oběhu, srdce a mediastinum nerozšířené, oboustranně pleurální výpotek, napravo drobný, avšak nalevo na hranici významnosti. Levá část bránice je postavená výše, neboť ji odtlačuje žaludeční bublina. CŽK zaveden zprava cestou vena subclavia do vena cava superior. Dvoj dutinový TKS zaveden zleva, končí v oblasti pravé síně a pravé komory. Sonografické vyšetření zobrazilo kontrahovaný žlučník obsahující konkrementy o velikosti 21 mm, ductus hepatocholedochus dilatován na 9,5 mm, jeho distální část je nedostupná, případný menší konkrement nelze identifikovat. Játra i ledviny bez ložisek a bez městnání, slezina nezvětšena. Struktura pankreatu nelze zobrazit, slinivka v přehledné části hlavy a těla neostře ohraničena, bez zřetelných ložisek. Šíře hlavy kolem 20 mm, tělo do 24 mm, ocas nepřehledný. Ventrálně od přechodu hlavy a těla proužek tekutiny v šíři do 8 mm, jinak bez volné tekutiny či patologické kolekce v dutině peritoneální. Omezeně přehledné retroperitoneum je volné, močový měchýř se stěnou o šíři 5 mm při malé náplni.

13.5.2 2. den

Druhý den hospitalizace pacient absolvuje CT břicha s kontrastní látkou a konziliární vyšetření interním lékařem. CT vyšetření zobrazilo oboustranný fluidothorax-vpravo o šíři 12 mm, vlevo 30 mm, vzdušnost přilehlého plicního parenchymu je snížena. Játra mají normální velikost, bez ložisek, slezina a nadledviny taktéž. Na levé ledvině se objevují tři drobné parenchymální cysty, levá ledvina beze změn. Žlučník je částečně kontrahován, bez RTG kontrastní lithiázy. Pankreas nápadně rozšířen, ohraničen neostře s rozsáhlou infiltrací okolního tuku, podél renální fascie se bilaterálně objevuje tekutina, dále i v okolí jater, sleziny a mezi kličkami střev v malé pánvi. Žaludek je kontrahován kvůli NGS, GIT bez zřetelné patologie.

U pacienta byla zaznamenána zvýšená hodnoty glykemie (16,8 mmol/l), došlo tedy k rozvoji sekundárního DM. Na doporučení interního lékaře provádíme 3x denně kontroly glykemie, na základě její zvýšené hodnoty zahajujeme aplikaci krátkodobého inzulínu (Actrapid s. c. 3x denně).

Vzhledem ke klinickému nálezu a elevaci zánětlivých parametrů byla zahájena ATB terapie. 2x denně podáván Ciprinol 400 mg, 3x denně Metronidazol 500 mg, obojí intravenózně.

13.5.3 3. den

U pacienta pokračujeme v ATB terapii, kontinuální monitoraci FF, režimu nic per os a volumoterapii v kombinaci s parenterální výživou pomocí systému all-in-one. Arteriální tlak krve pacienta měl zvýšenou hodnotu (TK= 170/100), proto byly interním lékařem naordinovány beta blokátory (Betoloc 5 mg/ 8 hodin) a antihypertenziva (Ebrantil 50 mg/ 6 hodin). Hodnota glykemie v krvi byla druhý den 11,7 mmol/l.

13.5.4 4. den

Dnes bylo naordinováno zahájení enterální nutrice, stále v kombinaci s parenterální výživou. Pacient byl tedy vyslán na esofagogastroduodenoskopické vyšetření, kde mu byla zavedena nasojejunální sonda Freka. Dále byl proveden nativní RTG snímek břicha, který potvrdil správné umístění sondy, načež byl odstraněn vodič a zahájena enterální nutrice. Nízkotuková oligomerní enterální výživa byla podávána kontinuálně pomocí pumpy v množství 20 ml/ hod.

13.5.5 5. - 8. den

Pokračujeme v ATB terapii, kontinuální monitoraci FF, pacient pije minimální množství čaje, živěn je parenterálně a enterálně do nasojejunální sondy Freka za pomoci pumpy v množství 20 ml. Enterální nutrice je pacientem dobře tolerována.

13.5.6 9. den

Dnes bylo provedeno konziliární vyšetření interním lékařem. Nemocný je bez bolestí břicha, v klidu bez dušnosti, plyny odcházejí, stolice již také. Pacient je bez teplot, v ATB terapii ale zatím nadále pokračujeme. Odpad z NGS bývá přibližně 800 ml za 24 hodin. Interním lékařem bylo doporučeno převést pacienta na perorální antihypertenzní terapii.

13.5.7 10. den

Jelikož se nasojejunální sonda stala neprůchodnou, pacient byl odeslán na esofagoduodenoskopické vyšetření, které prokázalo zauzlení sondy, a proto byla extrahována. Následné znovuzavedení bylo doporučeno až s odstupem, nakonec jej ale nebylo zapotřebí. Pacient nadále ponechán na parenterální nutrici spojené se sippingem, který snáší dobře, udává i chuť k jídlu.

13.5.8 11. den

Pacient absolvoval CT vyšetření s kontrastní látkou. V porovnání s CT vyšetřením ze druhého dne hospitalizace došlo k progresi velikosti infiltrátu do okolí pankreatu, infiltrát je však lépe ohraničený, pravděpodobně se zde začínají tvořit pseudocysty. Pankreas je prosáklý, neostře ohraničený, bez jednoznačných ložisek. Částečná regrese množství volné tekutiny v dutině břišní, momentálně se nachází pouze kolem sleziny a v malé pánvi. Jinak nález v dutině břišní beze změn. Je patrná také regrese oboustranného fluido-thoraxu a zlepšení vzdušnosti dolních laloků plic.

13.5.9 12. – 15. den

U pacienta pokračujeme v kontinuální monitoraci FF, přechod na perorální antihypertenziva snáší dobře, podáváme tedy dle ordinací lékaře léky Agen 5 mg 1x denně, Prestarium Neo 5 mg 1x denně a Betaloc ZOK 25 mg 2x denně. Intravenózně jsou nadále podávána analgetika. Pacient stále vyživován parenterální nutricí (Nutriflex peri) spojené se sippingem výrobku DIASIP. 15. den hospitalizace bylo vysazeno podávání Mucosolvanu a Cerucalu, dále byla ukončena ATB terapie. Hladina glykemie v krvi upravena, posledních 6 dní nebylo aplikace inzulínu již zapotřebí.

13.5.10 16. den

Dnes byl pacient přeložen na oddělení 5. A 1. Interní kliniky FN Bory. Při překladau je nemocný oběhově i ventilačně kompenzován. Klinický i laboratorní nález u pacienta regreduje, pacient je subjektivně bez větších potíží, přetrvává bolestivost v levém epigastriu při námaze a pohybu. V klidu břicho nebolestivé. Okolí zavedeného CŽK je lehce zarudlé, PMK odvádí čistou moč. Je orientován, komunikuje bez problémů. Zahajujeme podávání potravy do NGS pomocí pumpy, konkrétně přípravek NutriComp v dávce 20 ml/hod. Kontrola krevního tlaku 2x denně, indikováno také pravidelné zaštipování PMK s cílem odstranit jej.

13.5.11 17. den

Dnes byla navýšena dávka enterální výživy na 40 ml/hod, stále pokračuje také sipping. Parenterální výživa byla ukončena, pacient enterální nutrici snáší výborně.

13.5.12 18. den

Dávka enterální výživy byla navýšena na 60 ml/hod. Krevní tlak se pohybuje kolem hodnoty 130/80 bez větších výkyvů. Analgetika již pacient nevyžaduje, bolesti neudává. Dnes byl také odstraněn PMK, pacient močí bez potíží, netrpí inkontinencí ani retencí moči.

13.5.13 19. den

Dnes byl odstraněn CŽK. Okolí vpichu je mírně zarudlé, nadále ho sledujeme. Enterální výživa navýšena na 80 ml/hod, na noc 60 ml/hod.

13.5.14 20. – 30. den

Enterální výživa byla postupně navyšována až na 120 ml/hod, v noci vždy snižována na 60 ml/hod. Přitom začal být pacient od 23. dne pomalu zatěžován stravou, přísnou pankreatickou dietou. 25. a 28. den byl pacient edukován nutriční terapeutkou o stravování a enterální výživě do NGS v domácím prostředí. 30. den byl propuštěn do domácího ošetřování.

14 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL

Ošetřovatelský plán dle modelu Majory Gordonové jsem sestavovala při příjmu pacienta na oddělení 5A IK FN Lochoťín- tedy 16. den hospitalizace.

1) Vnímání a udržování zdraví

Pacient vnímá úroveň svého zdravotního stavu nepříliš pozitivně, má strach o život a také o svoji manželku, aby nezůstala sama. O své nemoci není zatím příliš dobře informován, jelikož přišla náhle. Zdravotnický personál se ho ale snaží maximálně informovat. Pacient je již 8 nekuřák, předtím ale kouřil asi 20 let přibližně 10 cigaret denně. Má implantován kardiostimulátor, žije se mu s ním prý dobře a potíže se srdcem už příliš nepociťuje. Pacientovi chybí distální článek na 2. a 3. prstu levé horní končetiny, jelikož si jej před několika lety uřízl při řezání dřeva. Už si prý ale zvykl, nijak ho to neomezuje. Pacient se snaží chodit na pravidelné prohlídky k praktickému i zubnímu lékaři.

2) Výživa a metabolismus

Pacient se stravuje pravidelně, vaří mu manželka, v poslední době se snaží vařit zdravěji. Oba manželé ale rádi pořádají oslavy spojené s grilováním masa a klobás, v letní sezóně tedy uzeniny a grilované maso konzumují pravidelně. Pitný režim pacient příliš nedodržuje, zapomíná se prý napít a žízeň příliš často nepociťuje. Pivo si prý dopřeje jednou týdně po nedělním obědě, tvrdý alkohol pouze příležitostně, několikrát do roka. Pacient je normální postavy, BMI 22,5. Problémy s hojením ran pacient nemá, kůže je suchá, vlasy a nehty čisté. Pacient má vlastní chrup. Momentálně u pacienta probíhá enterální výživa přes NGS spojena se sippingem a parenterální výživou.

3) Vylučování

Na stolicí obvykle chodí pacient pravidelně denně, nyní trpí zpomalením peristaltiky a zástavou odchodu plynů. S vyprazdňováním moči obvykle nemá potíže, nyní je mu ale zaveden PMK, což hodnotí kladně, protože se nemusí často zvedat na toaletu. Pocení je v normě. Pacientovi je zavedena NGS, odpady z ní nepřevyšují 800 ml/ den.

4) Aktivita a cvičení

Pacient rád chodí na procházky s manželkou a se psem. Obvykle se cítí spíše unavený, ale procházky jej vždy nabudí. Se ženou rád odpočívají na zahradě, nebo se starají o dva malé záhonky. Běžné denní aktivity zvládá běžně sám, nyní je jeho sebeděče značně omezena bolestí.

5) Spánek a odpočinek

Se spánkem pacient doma nemá žádné potíže, v nemocnici je spánek zhoršený vlivem stresu a bolesti. Léky na spaní neužívá.

6) Citlivost, vnímání a poznávání

Pacient dobře slyší, nosí brýle na čtení, žádné kompenzační pomůcky jinak nepoužívá. Mentální stav je dobrý, přiměřený věku. Pacient komunikuje bez problémů, je orientován, chápe, adekvátně odpovídá. Bolest se snaží zvládat podle svých sil.

7) Sebepečení, sebeúcta

Pacient má strach ze zhoršení zdravotního stavu i ze smrti. Nechce být nikomu na obtíž, ale ještě větší strach má z toho, aby nenechal na světě manželku samotnou.

8) Vztahy, role

Společně s manželkou žije pacient v rodinném domku za Plzní. Společně se starají o dům a zahradu, snaží se vše udržet v dobrém chodu, i když na nějaké větší údržby již nemají energii. Manželé mají syna a dceru, oba i s rodinami bydlí daleko, a proto navštěvují rodiče pouze několikrát do roka. Pacient má pět vnoučat, je velmi hrdým dědečkem, často o vnoučatech hovoří. S manželkou mají poměrně mnoho přátel, se kterými se navštěvují a na zahradě pořádají různé akce a oslavy spojené s grilováním.

9) Reprodukce, sexualita

Pacient na toto téma příliš hovořit nechtěl. Má dvě zdravé děti.

10) Stres, zátěžové situace

Pacient je momentálně ve stresu, je neklidný, má strach o život a o manželku. Uvědomuje si ale, že už kvůli ní se musí snažit co nejrychleji se vyléčit.

11) Víra, životní hodnoty

Pacient je praktikující katolík, věří v Boha a snaží se řídit podle křesťanských zásad. V průběhu hospitalizace za ním prý dochází jeho známý kněz, duchovní potřeby jsou tedy uspokojeny.

12) Jiné

15 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

15.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy

00132 - Akutní bolest související se základním onemocněním projevující se:

Subjektivně: Pacient verbalizuje bolesti břicha, především při pohybu.

Objektivně: Pacient se svíjí při pohybu, je bledý. Na Melzackově škále bolesti udává číslo 2 - mírná bolest.

Očekávaný výsledek:

Zmírnění bolestí, zlepšení kvality života.

Ošetřovatelské intervence:

- Sleduj charakter, intenzitu a lokalizaci bolesti.
- Trpělivě vyslechni pacienta, buď chápavá, nebagatelizuj jeho obtíže.
- Podej analgetickou léčbu dle ordinace lékaře.
- Informuj pacienta o relaxačních metodách zvládnání bolesti.
- Zajisti pacientovi přísun čerstvého vzduchu, tepelný komfort, klidné prostředí a dostatečný prostor k odpočinku.

Hodnocení:

U pacienta došlo ke zmírnění bolestí, 17. den hospitalizace na Melzackově škále bolesti udává číslo 1.

000085- Zhoršená pohyblivost v souvislosti s bolestí projevující se:

Subjektivně: Pacient si stěžuje na bolesti při pohybu.

Objektivně: Pacient značně omezil pohyb, při pohybu se svíjí, grimasuje, syká.

Očekávaný výsledek:

Pacientova pohyblivost se zlepší, pacient bude schopen a ochoten vykonávat denní aktivity.

Ošetřovatelské intervence:

- Posuď intenzitu bolesti.
- Dle ordinací lékaře a potřeb pacienta podávej analgetickou léčbu.
- Prováděj s pacientem nácvik denních činností.
- Podporuj pacienta v jeho samostatnosti.

Hodnocení:

Po několika dnech došlo k ústupu bolesti, pacient byl s dopomocí schopen denních aktivit a péče o sebe.

00002 - Nedostatečná výživa v souvislosti s léčebným režimem projevující se:

Subjektivně: Pacient se cítí slabý.

Objektivně: Pacient nekonsumuje žádnou perorální stravu z důvodu léčebného režimu.

Očekávaný výsledek:

Pacient nebude trpět nedostatkem výživy, bude chápat důvod léčebného režimu a bude spolupracovat v jeho dodržování.

Ošetřovatelské intervence:

- Informuj pacienta o léčebném režimu a alternativách výživy.
- Dle ordinace lékaře podávej parenterální a enterální výživu.
- Sleduj tělesnou hmotnost pacienta.
- Zkontaktuj nutričního terapeuta pro postupný přechod na perorální stravu.

Hodnocení:

Pacient v průběhu hospitalizace neubral výrazně na váze. Chápe důvody léčebného režimu a spolupracuje při jeho dodržování.

00095 - Porušený spánek plynoucí ze změny prostředí projevující se:

Subjektivně: Pacient udává, že nemůže usnout. Nespí prý nikdy déle než tři hodiny.

Objektivně: Přes den pacient pospává, v noci obvykle bdí. Je unavený, bez energie.

Očekávaný výsledek:

Pacient bude během noci spát alespoň 6 hodin.

Ošetřovatelské intervence:

- Připrav pro pacienta klidné prostředí a soukromí při spánku.
- Aktivizuj pacienta, aby bylo zamezeno spánku přes den.
- Dle ordinace lékaře a potřeb lékaře podej hypnotika.

Hodnocení:

Pacientův spánek se zlepšil, pacient v noci přerušovaně až 7 hodin.

00108- Deficit sebepěče při koupání a hygieně související s bolestí projevující se:

Subjektivně: Pacient udává, že se nezvládne sám umýt, má bolesti.

Objektivně: Pacient není schopen samostatně provést svou osobní hygienu.

Očekávaný výsledek:

U pacienta bude dodržena důsledná hygiena, v rámci svých možností se pacient zapojí do dodržování osobní hygieny.

Ošetřovatelské intervence:

- Respektuj pacientovy rituály.
- Doprovázej pacienta do koupelny.
- Dopomáhej pacientovi při osobní hygieně, zajisti příslušné pomůcky.
- Podporuj aktivní činnost pacienta.

Hodnocení:

A pacienta byla dodržována osobní hygiena, cítil se komfortněji a zapojoval se do činností spojených s osobní hygienou.

00109- Deficit sebeděče při oblékání a úpravě zevnějšku související s akutní bolestí projevující se:

Subjektivně: Pacient verbalizuje strach ze zhoršení bolestí při snaze převléci se.

Objektivně: Pacient není schopen se sám převléci.

Očekávaný výsledek:

Pacient se bude ve spolupráci se sestrou aktivně zapojovat v péči o svůj zevnějšek.

Ošetřovatelské intervence:

- Zajisti potřebné kompenzační pomůcky.
- Aktivizuj pacienta, podporuj ho v samostatnosti.
- Dopomáhej pacientovi s úkony, na které nestačí.
- Dopřej pacientovi dostatek času a trpělivost.
- Věnuj se tišení bolesti.

Hodnocení:

Pacient byl s dopomocí sestry schopen převlékání a péče o svůj zevnějšek.

00146- Úzkost v souvislosti se změnou zdravotního stavu projevující se:

Subjektivně: Pacient verbalizuje znepokojení.

Objektivně: Je v neklidu, třese se.

Očekávaný výsledek:

Pacientova úzkost se zmírní, bude převedena na konkrétní obavy.

Ošetrovatelské intervence:

- Buď trpělivá, aktivně naslouchej pacientovi, podpoř ho ve vyjádření pocitů.
- V rámci svých kompetencí pacienta informuj o léčebném postupu.

Hodnocení:

Došlo ke zmírnění úzkosti, pacient udává pocit většího klidu.

00148- Strach v souvislosti s léčebnými výkony a zdravotním stavem projevující se:

Subjektivně: Pacient udává, že se bojí, co se s ním bude dít. Má strach o život, nechce opustit manželku. Bojí se také léčebných výkonů a jejich bolestivosti.

Objektivně: Pacient je neklidný, tváří se znepokojeně.

Očekávaný výsledek:

Pacient se bude snažit svůj strach eliminovat, nad svými obavami stále nepřemýšlet a snažit se jednat konstruktivně.

Ošetrovatelské intervence:

- Podej pacientovi dostatek informací o léčebných a diagnostických výkonech.
- Při výkonech buď pacientovi nablízku, monitoruj a hodnot' jeho reakce, podávej informace o časovém trvání výkonu.
- Požádej o pomoc i další zdravotnické pracovníky v případě, že nebudeš u výkonu přítomna.
- Dej pacientovi prostor vyjádřit své obavy, aktivně naslouchej.
- Umožni pacientovi rozhovor o jeho obavách s rodinou a blízkými.

Hodnocení:

U pacienta byl zmírněn strach a obavy, všechny diagnostické i léčebné zákroky absolvoval bez psychické újmy. Promluvil si také s manželkou o budoucnosti a o přípravě na ni.

15.2 Rizikové ošetrovatelské diagnózy

00004- Riziko infekce v souvislosti se zavedeným CŽK

Očekávaný výsledek:

Nedojde ke vzniku infekce v místě zavedeného CŽK.

Ošetrovatelské intervence:

- Pravidelně kontroluj a asepticky převazuj místo vpichu.
- Edukuj pacienta, jak snížit riziko infekce.

Hodnocení:

Při přijetí pacienta bylo okolí zavedeného CŽK mírně zarudlé, žádné další potíže nenastaly, 19. den byl CŽK extrahován.

00004-Riziko infekce související se zavedeným PMK

Očekávaný výsledek:

Nedojde ke vzniku infekce močového měchýře a močových cest v souvislosti se zavedeným PMK.

Ošetrovatelské intervence:

- Dbej na dostatečnou hygienu genitálií a desinfekci PMK.
- Pravidelně vylévej sběrný sáček.
- Sleduj eventuální známky infekce- změna barvy moči, pálení močové trubice, změna barvy kůže v okolí katétru.

Hodnocení:

Po dobu hospitalizace nedošlo ke vzniku infekce v souvislosti se zavedeným PMK.

00155- Riziko pádu v důsledku bolesti a celkové tělesné slabosti

Očekávaný výsledek:

Snížení rizika pádu.

Ošetřovatelské intervence:

- Zajisti bezpečné prostředí pacienta.
- Doprovázej pacienta při chůzi na toaletu.
- Edukuj pacienta o prevenci pádu- nechodit po mokré podlaze, nosit přezůvky, přidržovat se madel apod.
- Zajisti kompenzační pomůcky, kontroluj jejich správné používání.

Hodnocení:

Během hospitalizace u pacienta nedošlo k pádu.

00015- Riziko zácpy v souvislosti s imobilitou pacienta

Očekávaný výsledek:

Pacient se bude vyprazdňovat pravidelně.

Ošetřovatelské intervence:

- Při defekaci pacientovi poskytni dostatek soukromí.
- Dle potřeby dodávej změkčovačla stolice, případně klyzma.
- Zajisti dostatečnou hygienu během defekace.

Hodnocení:

V průběhu hospitalizace se pacient vyprazdňoval pravidelně, v přiměřeném množství.

00028- Riziko deficitu tělesných tekutin související s velkými ztrátami tekutin

Očekávaný výsledek:

U pacienta nedojde k deficitu tělesných tekutin.

Ošetrovatelské intervence:

- Sleduj kožní turgor, stav sliznic a fyziologické funkce.
- Monitoruj tělesnou váhu pacienta.
- Dle ordinace lékaře podávej infuzní náhrady tekutin.
- Sleduj příjem a výdej tekutin.

Hodnocení:

V průběhu hospitalizace u pacienta nedošlo k výraznému deficitu tělesných tekutin.

00040- Riziko imobilizačního syndromu pramenící z bolesti a vynuceného upoutání na lůžko

Očekávaný výsledek:

U pacienta nedojde k rozvoji příznaků imobilizačního syndromu.

Ošetrovatelské intervence:

- Prováděj bandáže DK. Dle ordinace lékaře aplikuj antikoagulační léčbu.
- Pečlivě udržuj čistotu pacienta.
- Pravidelně kontroluj predilekční místa tvorby dekubitů.
- Podpoř mobilizaci pacienta.
- Zajisti dostatečný přísun tekutin.

Hodnocení:

U pacienta nedošlo k rozvoji příznaků imobilizačního syndromu.

15.3 Edukace

Pro tohoto pacienta jsem vytvořila edukační plán zaměřující se obsluhování enterální pumpy v domácím prostředí. Edukační plán se nachází mezi přílohami mé práce.

DISKUZE

Pro téma ošetrovatelského procesu u nemocného s akutní pankreatitidou jsem se rozhodla využít metodu případové studie, protože mi dovoluje prozkoumat do hloubky danou problematiku. Jelikož je průběh akutního zánětlivého onemocnění slinivky břišní u každého pacienta zcela odlišný, připadá mi forma kvalitativního výzkumu pro toto téma vhodná. Mohla jsem se díky tomu věnovat bio - psycho - sociálním potřebám každého z pacientů a uplatnit holistický přístup v ošetrovatelství. Na základě pozorování, rozhovorů a analýzy dat ve zdravotnické dokumentaci se mi podařilo zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacienta s akutní pankreatitidou. Tuto péči jsem pak mohla osobně vykonávat během období mého výzkumu, v říjnu 2014. U prvního pacienta jsem vytvořila ošetrovatelský plán již od doby jeho přijetí k hospitalizaci, druhý pacient ale strávil prvních šestnáct dní na JIP CHK, načež byl přeložen na interní oddělení 5 A. Proto je můj ošetrovatelský plán sestaven až od chvíle přeložení na interní oddělení, jelikož předtím jsem bohužel neměla tu možnost ošetrovatelskou péči u tohoto pacienta provádět.

Onemocnění akutní pankreatitidou je velice stresující záležitostí, je tedy zapotřebí, aby sestra uspokojila nejen fyzické, ale i psychické potřeby pacienta. Je nutno pacienta uklidnit, dostatečně informovat vyjádřit mu svou účast a zájem, aktivně mu naslouchat a nechat ho vyjádřit své pocity a obavy. Kromě počátečního strachu ze zhoršení zdravotního stavu je pro pacienta psychicky náročná také zásadní změna životosprávy. Základem pro uskutečnění této změny je dobrá informovanost pacienta i jeho rodiny a podpora jeho blízkého okolí při snaze o změnu.

Jelikož vysoké procento akutních pankreatitid vzniká v důsledku alkoholového excesu, či kvůli konzumaci velkého množství nezdravých potravin, často platí představa, že typický pacient trpící akutní pankreatitidou bývá závislý na alkoholu či nespolupracující a nedodržující předepsaná dietní opatření. Dle mých zkušeností to ale nemusí být pravidlem. Jeden z pacientů, jejichž kazuistiky popisuji, byl spíše nespolupracující, druhý byl však velmi disciplinovaný a dodržoval léčebný režim dle pokynů zdravotnického personálu. Otázkou však zůstává, zda si disciplínu udrží i po návratu do domácího ošetřování. V případě, že pacient nemá po propuštění žádné potíže, často podlehne dojmu, že je zdravý a dietní režim již nepotřebuje. To je ale velkým omylem a tato chyba už byla příčinou mnohých recidiv, jak se můžeme dočíst například z rozhovorů uvedených

v bakalářské práci studentky Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích Veroniky Jabůrkové z roku 2012.

Shrnutí kazuistiky číslo 1

Prvním pacientem byl muž, 78 let, s lehkou, edematózní pankreatitidou. Díky včasnému zákroku na ERCP spojeném s EPST se mu velmi záhy ulevilo. Průběh celého onemocnění byl lehký, pacient se pravděpodobně obejde bez větších následků. Pacient je obézní, vzhledem k vředové chorobě gastroduodena by měl dodržovat dietní režim, ale příliš na něj nedbá. Obávám se tedy, že ani tentokrát pacientovi předsevzetí změnit životosprávu příliš dlouho nevydrží, ačkoliv na něho všichni členové týmu apelují.

Ošetrovatelskou péči v průběhu hospitalizace hodnotím jako úspěšnou, převážná většina pacientových potřeb byla uspokojena. Hodnota Barthelova testu všedních činností se v původních 65 bodů zvýšila až na 100. Na Melzackově škále bolesti došlo podle pacienta k ústupu ze stupně 4 na stupeň 2. Riziko vzniku dekubitů nenastalo, stejně jako riziko tromboflebitis. Na stupnici NRS má pacient 2 body, což je indikací ke konzultaci s nutriční terapeutkou. Tyto konzultace samozřejmě proběhly. U pacienta byla zlepšena sebek péče, zmírněna akutní bolest, došlo ke zlepšení pohyblivosti, zvládnutí strachu a úzkosti. Byla také eliminována rizika infekce a pádu. Pacient byl šestnáctý den propuštěn do domácího ošetřování bez větších omezení. Byl mu předán kontakt na agenturu domácí péče, kde si po konzultaci s rodinou zařídil pravidelné docházky zdravotní sestry do bytu.

Shrnutí kazuistiky číslo 2

Druhým pacientem byl muž ve věku 67 let se středně těžkou, hemoragicko nekrotickou pankreatitidou. Tento případ byl těžší, pacient strávil prvních 15 dní na JIP CHK, navíc společně s akutní pankreatitidou došlo k prvozáhytu arteriální hypertenze a rozvoji sekundárního diabetu mellitu. U pacienta byla zahájena volumoterapie a ATB terapie. 4. den byla zavedena nasojejunální sonda Freka, do které byla zahájena enterální nutrice. Problém nastal 10. den, kdy došlo k zauzlení sondy, a proto musela být extrahována. Nakonec byla nahrazena výživou do nasogastrické sondy v kombinaci se sippingem.

Na arteriální hypertenzi byly nasazeny nejprve beta blokátory a antihypertenziva intravenózně, později pacient přešel na perorální antihypertenziva. Sekundární diabetes mellitus byl řešen prvních 10 dní aplikací Actrapidu s. c., další dny již hodnota glykemie v krvi nevystoupala nad mezní hranici.

Pacient je ukázněný, úzkostlivě dodržuje všechna nařízení týkající se jeho léčebného režimu, v tom ho podporuje i manželka, která jej pravidelně navštěvuje. Otázkou zůstává, zda bude pacient dodržovat léčebný režim i po návratu do domácího prostředí. Po dobu hospitalizace se ho zdravotnický personál snažil maximálně edukovat a podporovat ve změně životního stylu. O totéž se snažila i jeho manželka, která přislíbila, že se bude snažit dodržovat zásady zdravé životosprávy spolu se svým manželem, aby mu vše ulehčila.

Ošetrovatelskou péči hodnotím taktéž kladně, pacientovy potřeby byly uspokojovány. Při přijetí pacienta na IK měl Barthelův test všedních činností hodnotu 85, při propuštění 100 bodů. Na Melzackově škále bolesti došlo k poklesu z hodnoty 2 na hodnotu 1. Riziko vzniku dekubitů nehrozí, na stupnici sledování tíže tromboflebitis dle Madonna vychází číslo 1. Na stupnici NRS vychází číslo 2, což je opět indikací ke konzultaci s nutriční terapeutkou. Tato konzultace samozřejmě opakovaně probíhala.

U pacienta byla zmírněna akutní bolest, zlepšena sebed péče a pohyblivost. Byla zajištěna dostatečná výživa, zlepšen spánek, zmírněn strach a úzkost. Nedošlo k pádu, imobilizačnímu syndromu, a až na drobné zčervenání okolí CŽK ani ke vzniku infekce.

Porovnání obou kazuistik

U obou kazuistik se jednalo o případ akutní pankreatitidy biliární etiologie, avšak v prvním případě to byla akutní pankreatitida lehká, edematózní, zatímco ve druhém případě pankreatitida středně těžká, hemoragicko – nekrotická. Proto se lišila délka a průběh hospitalizace, dále i oddělení, na kterém byli oba pacienti uloženi. Pacient s případem lehké edematózní pankreatitidy byl zaléčen na interním oddělení v průběhu patnácti dní, zatímco pacient se středně těžkou pankreatitidou strávil nejprve 16 dní na oddělení JIP CHK, načež byl přeložen na interní oddělení, kde pobyl dalších 14 dní.

V mnoha věcech se u obou kazuistik projevila shoda. Oba pacienti byli muži, oba měli podporu své rodiny, i když pacient číslo jedna byl vdovec a staraly se o něho dcery, oproti tomu druhý pacient měl stále manželku, která se o něho vzorně starala. Oba pacienti upřednostňovali nezdravé pokrmy, ale druhý pacient byl oproti prvnímu přístupnější změně životního stylu. Pacient číslo dvě byl celkově ukázněnější, možná ale hrála svou roli větší závažnost jeho onemocnění. První pacient udával pití jednoho piva denně, druhý pacient pití jednoho piva týdně. Při příjmu oba pacienti absolvovali fyzikální vyšetření, RTG a USG vyšetření. První pacient byl dále na ERCP vyšetření, kde mu byl proveden i léčebný zákrok. Oproti tomu druhý pacient absolvoval CT vyšetření a dále esofagogastroduodenoskopii, při které mu byla zavedena nasojejunální sonda. Oběma pacientům byla první den zavedena NGS k utišení zvracení, avšak pouze druhému pacientovi byla později cestou NGS podávána výživa. Oběma byl také zaveden PMK, avšak u prvního pacienta pouze na dva dny, zatímco druhému byl extrahován teprve osmnáctý den hospitalizace. Ani jeden z pacientů nemusel podstoupit chirurgický zákrok, obě pankreatitidy byly léčeny konzervativně. Zásadní rozdíl byl v podávání výživy. Zatímco v prvním případě byl návrat k enterální výživě zvládnut pouze pomocí sippingu a pankreatické diety, ve druhém případě musela být pro podávání výživy zaveden nejprve nasojejunální sonda, po její extrakci přebrala její funkci sonda nasogastrická v kombinaci se sippingem. To vše bylo samozřejmě doplněno o parenterální výživu. Teprve třináctý den hospitalizace začal být pacient pomalu zatěžován stravou ve formě pankreatické diety. Nakonec byl propuštěn do domácího prostředí s NGS a enterální pumpou, kterou se naučil obsluhovat. Kvůli dlouhodobému podávání parenterální výživy byl druhému pacientovi zaveden CŽK, zatímco u prvního pacienta postačil PŽK.

Pro výzkumné šetření jsem si stanovila tyto cíle:

- Zjistit specifické ošetrovatelské problémy pacientů s akutní pankreatitidou.
- V návaznosti na odbornou praxi zpracovat dvě kazuistiky nemocných s akutním zánětem slinivky břišní.
- Vytvořit univerzální ošetrovatelský plán pro sestry, jak pracovat s nemocnými s akutní pankreatitidou.
- Vytvořit edukační plán poučující pacienta o správné životosprávě.

Domnívám se tedy, že všechny tyto cíle se mi povedlo splnit.

ZÁVĚR

Téma ošetrovatelské péče o pacienta s akutní pankreatitidou jsem se rozhodla zpracovat za pomoci případové studie, kazuistiky. Nejprve jsem v teoretické části stručně popsala anatomii a fyziologii slinivky břišní, dále jsem charakterizovala akutní zánětlivé onemocnění pankreatu, včetně etiologie, rozdělení onemocnění a Atlantské klasifikace používané pro porovnání a dělení pankreatitid podle závažnosti. Dále jsem se věnovala klinickému onemocnění, jeho diagnostice, léčbě a komplikacím. Zabývala jsem se také podrobným popisem ošetrovatelského procesu a edukace pacienta s akutní pankreatitidou. V praktické části jsem následně popsala dva případy akutní pankreatitidy, z nichž jeden byl formou lehké, edematózní pankreatitidy, a druhý formou středně těžké, hemoragicko - nekrotizující pankreatitidy. Popsala jsem anamnézu obou nemocných, fyzikální vyšetření, souhrn lékařských diagnóz. Aplikovala jsem hodnotící škály a dále jsem vystihla průběh hospitalizace. Za pomoci koncepčního modelu funkčních vzorců zdraví Majory Gordonové jsem sestavila plán ošetrovatelské péče. Na závěr jsem přiložila mnou vytvořený univerzální plán ošetrovatelské péče pro nemocné s akutní pankreatitidou a edukační plány zaměřené na změnu životosprávy pacienta a obsluhu enterální pumpy v domácím prostředí.

Ke svému výzkumu jsem si zvolila případovou studii z toho důvodu, že akutní pankreatitida je onemocnění svým způsobem nevyzpytatelné, kde se jednotlivé průběhy velice liší. Proto jsem do hloubky zpracovala dva různé případy tohoto onemocnění. Věnovala jsem se především ošetrovatelskému procesu, jako vhodné téma pro navázání na můj výzkum se mi jeví téma prožívání akutní pankreatitidy jednotlivými pacienty, neboť psychika hraje v každém onemocnění velmi významnou roli. Jelikož také pacienti při hospitalizaci často přislíbí změnu životosprávy, jako zajímavé téma se mi jeví také dodržování léčebného režimu a zdravé životosprávy u pacientů po prodělané akutní pankreatitidě v domácím prostředí formou kvantitativního výzkumu.

Akutní pankreatitida je pro pacienta onemocněním velmi fyzicky i psychicky náročným, a proto není pro sestru jednoduché uspokojit všechny potřeby pacienta a přitom nic nepřehlédnout. Proto jsem se na závěr rozhodla vytvořit univerzální ošetrovatelský plán, který mohou používat sestry v praxi a usnadní jim práci s pacienty s akutní pankreatitidou. Tento plán se nachází v příloze mé práce.

LITERATURA A PRAMENY

1. DÍTĚ, Petr. *Farmakoterapie v gastroenterologii*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011, 262 s. ISBN 978-807-2627-042.
2. Dizertační práce. Masarykova Univerzita Brno, Lékařská fakulta. Vedoucí práce MUDr. Jan Trna, Ph.D.
3. DVOŘÁČKOVÁ, Jana. *Cytologie pankreatu: manuál EUS-FNA on site*. Praha: Maxdorf, c2013, 212 s. Jessenius. ISBN 978-807-3453-206.
4. GORDON, Majory. *Manual of nursing diagnosis: including all diagnostic categories approved by the North American Nursing Diagnosis Association*. 11th ed. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett, 2007, xxvi, 485 p. ISBN 0-7637-4045-4.
5. KLENER, Pavel et al. *Vnitřní lékařství: Čtvrté, přepracované a doplněné vydání*. 4. vyd. Praha: Galén, 2011, 1174 s. GALÉN - KAROLINUM. ISBN 978-80-246-1986-6.
6. KOHOUT, Pavel a Eva KOTRLÍKOVÁ. *Základy klinické výživy*. Vyd. 1. Praha: Krigl, 2005, 113 s. ISBN 80-869-1208-6.
7. KRÍŽOVÁ, Jarmila. *Enterální a parenterální výživa*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014, 141 s. Aeskulap. ISBN 978-802-0433-268.
8. KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovatelství*. Vyd. 1. Překlad Dagmar Pilařová. Praha: Portál, 2010, 246 s. ISBN 978-807-3676-841.
9. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 175 s. Sestra. ISBN 978-802-4727-134.
10. LANGMEIER, Miloš. *Základy lékařské fyziologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 320 s. ISBN 978-802-4725-260.
11. LATA, Jan, Jan BUREŠ a Tomáš VAŇÁSEK. *Gastroenterologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010, 256 s. ISBN 978-807-2626-922.
12. LUKÁŠ, Karel. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 288 s. ISBN 80-247-1283-0.
13. MAČÁK, Jirka a Jana MAČÁKOVÁ. *Patologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 978-80-247-0785-3.
14. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
15. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
16. PETROVICKÝ, Pavel. *Anatomie s topografií a klinickými aplikacemi*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2001, 463 s. ISBN 80-806-3046-1.

17. STIBŮREK, Oldřich. *Diagnostika a terapie akutní biliární pankreatitidy v terciárním centru*. Brno, 2013. Dostupné z: is.muni.cz/th/51340/lf_d/Biliarni_AP_PhD_-_DEFINITIV.doc.
18. SVAČINA, Štěpán, Dana MÜLLEROVÁ a Alena BRETŠNAJDROVÁ. *Dietologie: pro lékaře, farmaceuty, zdravotní sestry a nutriční terapeuty*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2012, 331 s. ISBN 978-807-3873-479.
19. SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén, c2012, 63 s. ISBN 978-807-2628-452.
20. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetřovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 280, [4] s. Sestra. ISBN 978-80-247-2099-9.
21. THOENI, Ruedi F. The Revised Atlanta Classification of Acute Pancreatitis: Its Importance for the Radiologist and Its Effect on Treatment. *Radiology* [online]. 2011, roč. 2012, č. 262 [cit. 2015-01-05]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1148/radiol.11110947>. Dostupné z: <http://pubs.rsna.org/doi/full/10.1148/radiol.11110947>
22. TÓTHOVÁ, Valerie et al. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2009, 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.
23. TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAŘOVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Vyd. 3., Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, 185 s. ISBN 978-807-0135-532.
24. *Výživa ve zdraví i nemoci: Výživa při onemocnění slinivky břišní* [online]. 2013 [cit. 2015-01-12]. Dostupné z: <http://www.lecivyzyva.estranky.cz/clanky/vyziva-pri-onemocneni-slinivky-brisni.html>
25. ZADÁK, Zdeněk a Eduard HAVEL. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 335 s. ISBN 978-80-247-0785-3.

SEZNAM ZKRATEK

ATB - antibiotika

AV – atrioventrikulární

BMI – body mass index

CRP – C – reaktivní protein

CT – computer tomography (počítačová tomografie)

CŽK – centrální žilní katétr

DDDR – dvoudutinová stimulace s adaptabilní stimulační frekvencí

DK – dolní končetiny

DM – diabetes mellitus

EF – ejekční frakce

LKS – levá komora srdeční

ECHO – echokardiografie

EKG – elektrokardiografie

EPST – endoskopická papilosfinkterotomie

ERCP – endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie

FF – fyziologické funkce

FN – fakultní nemocnice

GIT – gastrointestinální trakt

CHIBA – bioptická jehla

CHK – chirurgická klinika

i. v. – intravenózně

ICHS – ischemická choroba srdeční

IK – interní klinika

IM – infarkt myokardu

JIP – jednotka intenzivní péče

LHK – levá horní končetina

MRCP – magnetic resonance cholangiopancreatography
(cholangiopankreatikografie pod magnetickou resonancí)

MRI – magnetic resonance imaging (magnetická rezonance)
NANDA - North American Nursing Diagnosis Association
NGS – nasogastrická sonda
NJS – nasojejunální sonda
NRS – nutritional risk screening
NYHA – New York Heart Association
PCI – percutaneous coronary intervention (perkutánní koronární intervence)
PMK – permanentní močový katétr
PŽK – periferní žilní katétr
RTG – rentgen
RZP – rychlý zdravotnická pomoc
s. c. – subcutaneous (subkutánní)
TEN – tromboembolická nemoc
TK – tlak krve
TKS – trvalý kardiostimulátor
USG – ultrasonografie

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Barthelův test základních všedních činností

Příloha 2 – Melzackova škála bolesti

Příloha 3 – Škála k posouzení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Příloha 4 – Klasifikace tíže tromboflebitis dle Maddona

Příloha 5 – NRS – Nutritional Risk Screening

Příloha 6 – Obrázek- Nasojejunální sonda Freka

Příloha 7 – Ošetřovatelský plán pro pacienty s akutní pankreatitidou

Příloha 8 – Edukační plán číslo 1

Příloha 9 – Edukační plán číslo 2

Příloha 10 – Povolení sběru dat ve FN Plzeň – Lochotín

Příloha 1 – Barthelův test základních všedních činností

Činnost	Provedení činnosti	Počet bodů
Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
	S pomoci	5
	Neprovede	0
Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomoci	5
	Neprovede	0
Koupání	Samostatně nebo s pomoci	5
	Neprovede	0
Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomoci	5
	Neprovede	0
Kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Trvale inkontinentní	0
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomoci	5
	Neprovede	0
Přesun lůžko - židle	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomoci	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
	S pomoci 50 metrů	10
	Na vozíku 50 metrů	5
	Neprovede	0
Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomoci	5
	Neprovede	0

Hodnocení:

0 – 40 bodů – vysoce závislý

45 – 60 – závislost středního stupně

65 – 95 bodů – lehká závislost

100 bodů – nezávislý

Zdroj: www.ose.zshk.cz

Příloha 2 – Melzackova škála bolesti

1	2	3	4	5
Mírná	Nepříjemná	Intenzivní	Krutá	Nesnesitelná

Zdroj: www.ose.zshk.cz

Příloha 3 – Škála k posouzení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Úplná	4	Malá	3	Částečná	2	Žádná	1
Věk	< 10	4	< 30	3	< 60	2	> 60	1
Stav pokožky	Normální	4	Alergie	3	Vlhká	2	Suchá	1
Další onemocnění	Žádné	4	DM, Anemie	3	Kachexie, Ucpávání tepen	2	Obezita, Karcinom	1
Fyzický stav	Dobrý	4	Zhoršený	3	Špatný	2	Velmi špatný	1
Stav vědomí	Dobrý	4	Apatický	3	Zmatený	2	Bezvědomí	1
Aktivita	Chodí	4	Doprovod	3	Sedačka	2	Leží	1
Pohyblivost	Úplná	4	Částečně omezená	3	Velmi omezená	2	Žádná	1
Inkontinence	Není	4	Občas	3	Moč	2	Moč + Stolice	1

Nebezpečí dekubitů vzniká při 25 bodech a méně.

Zdroj: <http://www.szsbm.cz/>

Příloha 4 – Klasifikace tíže tromboflebitis dle Maddona

0 - Není bolest ani reakce v okolí

1 - Pouze bolest bez reakce v okolí

2 - Bolest a reakce v okolí

3 - Bolest, zarudnutí, otok nebo bolestivý pruh v průběhu žíly

4 - Hnis, otok, zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu žíly

Příloha 5 – NRS – Nutritional Risk Screening

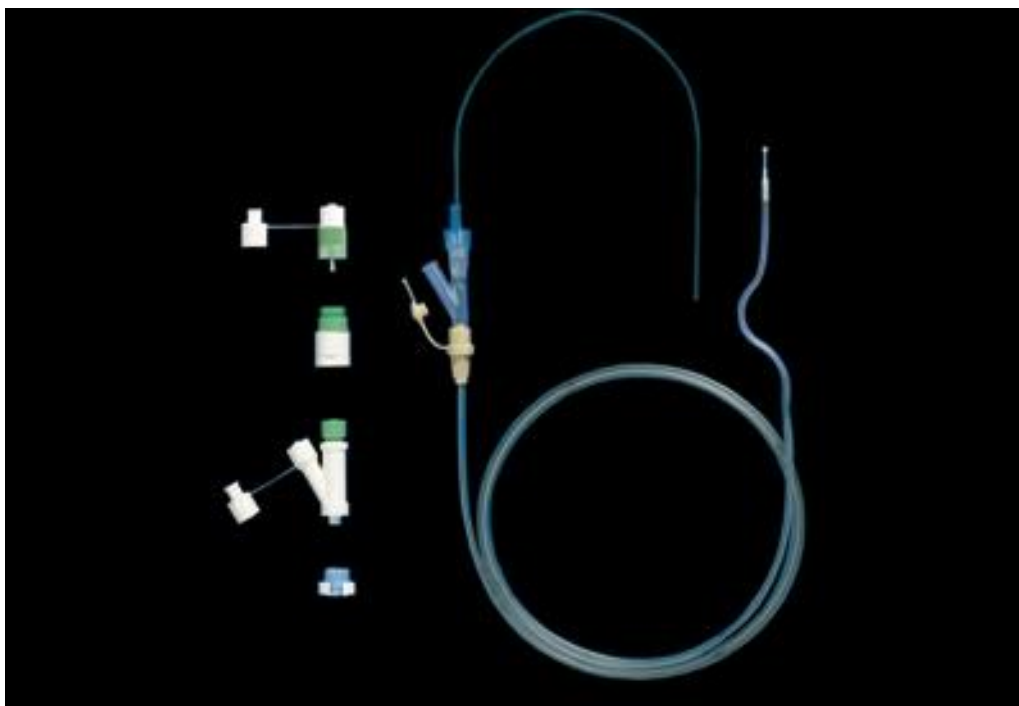
Je BMI pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče?)	ANO	NE

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Zdroj: VYTEJČKOVÁ, Renata. Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 228 s., 24 s. barev. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3419-4.

Příloha 6 – Obrázek – Nasojejunální sonda Freka



Zdroj: <http://www.fresenius-kabi.com/2515.htm>

Datum stanovení	Ošetrovatelská diagnóza	Očekávaný cíl	Ošetrovatelské intervence	Hodnocení	Podpis
	00132- Akutní bolest související se základním onemocněním projevující se: - Subjektivně:	- Zmírnění bolesti. - Zlepšení kvality života. - K/P konstatuje snížení stupně bolesti na Melzackově stupnici.	- Sleduj charakter, intenzitu a lokalizaci bolesti. - Trpělivě vyslechni pacienta, buď chápavá, nebagatelizuj jeho obtíže. - Podej analgetickou léčbu dle ordinace lékaře. - Informuj pacienta o relaxačních metodách zvládnání bolesti. - Zajisti pacientovi přísun čerstvého vzduchu, tepelný komfort, klidné prostředí a dostatečný prostor k odpočinku.		
Datum ukončení	- Objektivně:				
Datum stanovení	00027- Deficit tělesných tekutin související s velkými ztrátami tekutin a zákazem přijímání tekutin per os projevující se: - Subjektivně:	- Zvýšení kožního turgoru - Zmírnění suchosti sliznic.	- Monitoruj příjem a výdej tekutin. - Kontroluj stav kůže a sliznic. - Podávej infuzní terapii dle ordinací lékaře. - Měř fyziologické funkce.		
Datum ukončení	- Objektivně:				
Datum stanovení	00002 - Nedostatečná výživa v souvislosti s léčebným režimem projevující se: - Subjektivně:	- K/P nebude trpět nedostatkem výživy. - K/P bude chápat důvod léčebného režimu a bude spolupracovat v jeho dodržování.	- Informuj pacienta o léčebném režimu a alternativách výživy. - Dle ordinace lékaře podávej parenterální a enterální výživu. - Sleduj tělesnou hmotnost pacienta. - Zkontaktuj nutričního terapeuta pro postupný přechod na perorální stravu.		
Datum ukončení	-Objektivně:				

Datum stanovení	Ošetřovatelská diagnóza	Očekávaný cíl	Ošetřovatelské intervence	Hodnocení	Podpis
	00095 - Porušený spánek plynoucí ze - změny prostředí - akutní bolesti projevující se: - Subjektivně: - Objektivně:	- Pacientův spánek se zlepší. -K/P se bude cítit odpočatě.	-Příprav pro pacienta klidné prostředí a soukromí při spánku. -Aktivizuj pacienta, aby bylo zamezeno spánku přes den. - Dle ordinace lékaře a potřeb lékaře podej hypnotika.		
Datum ukončení					
	00108- Deficit sepeče při koupání a hygieně související s bolestí projevující se: - Subjektivně: - Objektivně:	- Pacient bude provádět osobní hygienu na úrovni svých možností.	-Předcházej pádu, doprovázej pacienta při hygieně. -Dbej na udržení soukromí při úkonech souvisejících s hygienou. -Respektuj pacientovy rituály. -Dopomáhej pacientovi při osobní hygieně, zajisti příslušné pomůcky. -Podporuj aktivní činnost pacienta.		
Datum stanovení					
Datum ukončení					
	00109- Deficit sepeče při oblékání a úpravě zevnějšku související s akutní bolestí projevující se: - Subjektivně: - Objektivně:	- Pacient bude ve spolupráci se sestrou schopen sepeče na úrovni svých možností.	-Kontroluj bezpečnost při úkonech spojených s oblékáním a úpravou zevnějšku. -Zajisti potřebné kompenzační pomůcky. -Dopomáhej pacientovi s úkony, na které nestačí. -Dopřej pacientovi dostatek času a trpělivosti. -Věnuj se tišení bolesti.		
Datum stanovení					
Datum ukončení					

Datum stanovení	Ošetřovatelská diagnóza	Očekávaný cíl	Ošetřovatelské intervence	Hodnocení	Podpis
Datum ukončení	00085- Zhoršená pohyblivost v souvislosti s akutní bolestí projevující se: - Subjektivně: - Objektivně:	- Pacientova pohyblivost se zlepší. - Zvýší se bezpečnost K/P při přesunech.	- Dbej na bezpečnost pacienta. - Uprav prostředí podle pacientových možností. - Doprovázej pacienta při přesunech. - Podporuj aktivitu pacienta. - Podávej analgetika podle ordinace lékaře.		
Datum stanovení					
Datum ukončení					
Datum ukončení	00146- Úzkost související se změnou zdravotního stavu projevující se: - Subjektivně: - Objektivně:	- Pacientova úzkost se zmírní. - Pacient bude schopen přeformulovat svou úzkost v konkrétní obavy.	- Naslouchej pacientovi, buď trpělivá, pomoz mu, aby mohl vyjádřit své pocity. - V rámci svých kompetencí informuj pacienta o léčebném postupu.		
Datum stanovení					
Datum ukončení					
Datum ukončení	00148- Strach v souvislosti s léčebnými výkony a zdravotním stavem projevující se: -Subjektivně: - Objektivně:	- Zmírnění strachu a obav - Pacient se snaží svůj strach potlačit a eliminovat.	- Podej pacientovi dostatek informací o léčebných a diagnostických výkonech. - Při výkonech buď pacientovi nablízku, monitoruj a hodnot' jeho reakce, podávej informace o časovém trvání výkonu. - Požádej o pomoc i další zdravotnické pracovníky v případě, že nebudeš u výkonu přítomna. - Dej pacientovi prostor vyjádřit své obavy, aktivně naslouchej. - Umožni pacientovi rozhovor o jeho obavách s rodinou a blízkými, navrhní možná řešení týkající se ošetřovatelské péče v domácím prostředí.		
Datum stanovení					
Datum ukončení					

Datum stanovení	Ošetřovatelská diagnóza	Očekávaný cíl	Ošetřovatelské intervence	Hodnocení	Podpis
	00007- Hypertermie spojená s akutní pankreatitidou projevující se: - Subjektivně: - Objektivně:	- Tělesná teplota pacienta bude snížena k fyziologické hranici.	-Podávej léky dle ordinace lékaře-antipyretika, antibiotika. -Kontroluj hydrataci pacienta.		
Datum ukončení					
	00002 - Nedostatečná výživa v souvislosti s léčebným režimem projevující se: - Subjektivně: -Objektivně:	- Pacient nebude trpět nedostatkem výživy. - K/P bude chápat důvod léčebného režimu a bude spolupracovat v jeho dodržování.	- Informuj pacienta o léčebném režimu a alternativách výživy. - Dle ordinace lékaře podávej parenterální a enterální výživu. - Sleduj tělesnou hmotnost pacienta. - Zkontaktuj nutričního terapeuta pro postupný přechod na perorální stravu.		
Datum stanovení					
Datum ukončení					
	00044 - Porušená tkáňová integrita v souvislosti s operační ranou projevující se: - Subjektivně: - Objektivně:	- Rána pacienta se bude hojit včasné a bez komplikací. - Pacientova kůže bude prokrvená, hydratovaná a vyživená.	- Denně kontroluj kůži K/P. - Sleduj stav rány a jeho krytí. - Dodržuj zásady aseptického převazování ran. Sleduj výživu a příjem tekutin pacienta.		
Datum stanovení					
Datum ukončení					
	00004- Riziko infekce v souvislosti se zavedeným PŽK	- Nedojde ke vzniku infekce v místě zavedeného PŽK.	-Pravidelně kontroluj a převazuj místo vpichu. -Edukuj pacienta, jak snížit riziko infekce.		
Datum stanovení					
Datum ukončení					

Datum stanovení	Ošetřovatelská diagnóza	Očekávaný cíl	Ošetřovatelské intervence	Hodnocení	Podpis
	00004-Riziko infekce související se zavedeným PMK	Nedojde ke vzniku infekce močového měchýře a močových cest v souvislosti se zavedeným PMK.	-Dbej na dostatečnou hygienu genitálií a desinfekci PMK. -Pravidelně vylévej sběrný sáček. -Sleduj eventuální známky infekce - změna barvy moči, pálení močové trubice, změna barvy kůže v okolí katétru.		
Datum ukončení					
Datum stanovení	00155- Riziko pádu v důsledku bolesti a celkové tělesné slabosti	Po dobu hospitalizace nedojde u pacienta k pádu.	- Zajisti bezpečné prostředí pacienta. - Doprovázej pacienta při chůzi na toaletu. - Edukuj pacienta o prevenci pádu- nechodit po mokré podlaze, nosit přezůvky, přidržovat se madel apod. - Zajisti kompenzační pomůcky, kontroluj jejich správné používání.		
Datum ukončení					
Datum stanovení					
Datum ukončení					
Datum stanovení					
Datum ukončení					

Příloha číslo 8- Edukační plán

Účel	Obeznamení pacienta se zásadami zdravé životosprávy a dietním režimem po prodělané akutní pankreatitidě.			
Cíl	Pacient bude znát zásady zdravé životosprávy a dietní režim po prodělané akutní pankreatitidě a bude je schopen dodržovat.			
Pomůcky			Výukové metody	
Letáčky, kniha (např. Marečková, Mengerová: Nemoci slinivky břišní; dieta a rady lékaře)			Ukázka, rozhovor, výklad	
Druh cíle	Specifické cíle	Hlavní body plánu	Časová dotace	Hodnocení
K A P-M	Pacient vyjmenuje alespoň 10 vhodných a 10 nevhodných potravin.	Za pomoci letáčku a kuchařky představíme pacientovi vhodné a nevhodné potraviny vzhledem k jeho zdravotnímu stavu.	45 minut	Pacient vyjmenoval 15 vhodných a 11 nevhodných potravin.
K A P-M	Pacient bude ochoten dodržovat dietní režim.	Snažíme se pacienta podporovat v dodržování léčebného režimu, popíšeme mu rizika plynoucí z jeho nedodržování.	15 minut	Pacient vykazuje snahu dozvědět se zásady správné životosprávy a staví se kladně k jejímu dodržování.
K A P-M	Pacient bude schopen sestavit si vhodný jídelníček.	Provedeme nácvik sestavení vhodného jídelníčku.	20 minut	Pacient si sestavil jídelníček na týden, v celém jídelníčku se objevila pouze jedna dietní chyba.
K A P-M	Pacient bude umět sestavu cviků odpovídající jeho zdravotnímu stavu. Předvede alespoň 5 těchto cviků.	Provedeme nácvik cvičební sestavy sestavené na míru pacienta.	20 minut	Pacient předvedl 7 cviků ve správném provedení.
K A P-M	Pacient bude vykazovat ochotu ke cvičení.	Podpoříme pacienta ve cvičení a popíšeme mu výhody plynoucí z pravidelného pohybu.	5 minut	Pacient je rozhodnut vykonávat pravidelný pohyb.

Příloha číslo 9- Edukační plán

Účel	Schopnost používání enterální pumpy v domácím prostředí			
Cíl	Pacient se naučí obsluhovat enterální pumpu a proplachovat NGS v domácím prostředí.			
Pomůcky			Výukové metody	
Letáčky, enterální pumpa, stojan, injekční stříkačky, voda, nízkotuková oligomerní enterální výživa			Výklad, rozhovor, praktická ukázka	
Druh cíle	Specifické cíle	Hlavní body plánu	Časová dotace	Hodnocení
K A P-M	Pacient bude znát princip fungování enterální výživy a nejčastější komplikace při jejím podávání.	Za pomoci letáčku popíšeme pacientovi princip fungování enterální výživy. Vysvětlíme, jaké mohou nastat komplikace a jak jim lze předejít.	15 minut	Pacient popsal vlastními slovy princip fungování enterální výživy a komplikace, které mohou nastat při jejím podávání.
K A P-M	Pacient bude umět ošetřovat a proplachovat svou NGS.	Prakticky ukážeme ošetřování NGS a způsob jejího proplachování. Necháme pacienta předvést ošetření a propláchnutí NGS.	40 minut	Pacient správně ošetřil a propláchl svou NGS.
K A P-M	Pacient bude vykazovat ochotu používat a samostatně obsluhovat enterální pumpu.	Vyjmenovat pacientovi výhody používání enterální pumpy v domácím prostředí a nutnost jejího využívání ve stavu po prodělané akutní pankreatitidě.	15 minut	Pacient se staví kladně a ochotně k samostatnému používání enterální pumpy, aktivně se snaží naučit pumpu obsluhovat.
K A P-M	Pacient vyjmenuje zásady obsluhování enterální pumpy v domácím prostředí.	Vysvětlíme zásady obsluhování enterální pumpy a dávkování výživy.	20 minut	Pacient vyjmenoval zásady obsluhování enterální pumpy, popsal i dávkování v průběhu dne i noci.
K A P-M	Pacient bude umět obsluhovat enterální pumpu.	Provedeme nácvik obsluhy enterální pumpy a podávání příslušného množství výživy.	20 minut	Pacient předvedl vypnutí i zapnutí enterální pumpy, nastavení dávkování a další obsluhu.

