

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Specifikace potřeb u pacienta s jaterní cirhózou

Eliška Hrušková

Bakalářská práce

2019

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Eliška Hrušková**
Osobní číslo: **Z16327**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Specifikace potřeb u pacienta s jaterní cirhózou**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

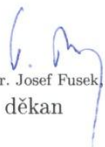
Seznam odborné literatury:

1. HÚLEK, Petr a Petr URBÁNEK a kol. Hepatologie. 3. vyd. Praha: Grada, 2018. 768 s. ISBN 978-80-271-0394-2.
2. KRŠKA, Zdeněk, David HOSKOVEC a Luboš PETRUŽELKA a kol. Chirurgická onkologie. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 904 s. ISBN 978-80-247-4284-7.
3. LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK a kol. Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 928 s. ISBN 978-80-247-5067-5.
4. MAREK, Josef a kol. Farmakoterapie vnitřních nemocí. 4., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. 808 s. ISBN 978-80-247-2639-7.
5. SILBERNAGL, Stefan a Florian LANG. Atlas patofyziologie. 2. české vyd. Praha: Grada, 2012. 416 s. ISBN 978-80-247-3555-9.


Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Hana Ochtinská**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2017**

Termín odevzdání bakalářské práce: **18. července 2019**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 8. dubna 2019

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 8. 7. 2019

Eliška Hrušková

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Haně Ochtinské za odborné vedení a cenné připomínky při zpracování mé bakalářské práce. Děkuji za ochotu a spolupráci zdravotnickému personálu a pacientům z nemocnice, kde probíhal sběr dat pro praktickou část práce. Poděkování patří i mé rodině, která mě po celou dobu studia podporovala.

ANOTACE

Tato bakalářská práce se zabývá specifikací potřeb u pacienta s jaterní cirhózou. Teoretická část se zabývá anatomí jater, charakteristikou jaterní cirhózy, jejími projevy, příčinami, komplikacemi, diagnostikou a léčbou. Popisuje potřeby pacienta s jaterní cirhózou, jejich uspokojování, a diagnostiku potřeb pacienta s jaterní cirhózou podle NANDA domén.

Praktická část popisuje metodiku sběru dat od pacientů s jaterní cirhózou. Zahrnuje kazuistiky zvolených pacientů, součástí kterých je vypracovaný plán ošetrovatelské péče s určenými ošetrovatelskými diagnózami. Mapa péče pro pacienty s jaterní cirhózou je výstupem praktické části této bakalářské práce.

KLÍČOVÁ SLOVA

Jaterní cirhóza, játra, ošetrovatelský proces, specifické potřeby

TITLE

Specification of needs for a patient with liver cirrhosis

ANNOTATION

This bachelor thesis is focused on specification of needs for a patient with liver cirrhosis. The theoretical part contains liver anatomy, characteristics of liver cirrhosis and its manifestations, causes of liver cirrhosis, complications associated with it, diagnosis of liver cirrhosis and treatment. There are also described needs of patient with liver cirrhosis, their satisfaction and the diagnosis of the needs of patient with liver cirrhosis according to NANDA domains.

The practical part describes the methodology of data collection from patients with liver cirrhosis. This part consists out of case studies of selected patients, which also includes a plan of nursing care with specified nursing diagnoses for each patient. The output of this part of thesis is map of care for patients with liver cirrhosis.

KEYWORDS

Liver cirrhosis, liver, nursing process, specific needs

OBSAH

| | |
|--|----|
| Úvod..... | 11 |
| Cíl práce..... | 12 |
| Cíle teoretické části..... | 12 |
| Cíle praktické části..... | 12 |
| I Teoretická část..... | 13 |
| 1 Anatomie jater..... | 13 |
| 1.1 Cirkulace krve játry..... | 13 |
| 1.2 Fyziologie jater..... | 14 |
| 2 Jaterní cirhóza..... | 15 |
| 2.1 Výskyt dispenzarizovaných pacientů s fibrózou a cirhózou jater v ČR..... | 16 |
| 2.2 Příčiny jaterní cirhózy..... | 16 |
| 2.3 Klinický obraz jaterní cirhózy..... | 17 |
| 2.4 Diagnostika jaterní cirhózy..... | 18 |
| 2.5 Léčba jaterní cirhózy..... | 20 |
| 2.6 Komplikace jaterní cirhózy..... | 22 |
| 3 Potřeby pacienta s jaterní cirhózou a jejich uspokojování v průběhu ošetrovatelského procesu..... | 25 |
| 3.1 Definice potřeb a Maslowova hierarchie potřeb..... | 25 |
| 3.2 Ošetrovatelský proces a jeho fáze při uspokojování potřeb..... | 26 |
| 3.3 Diagnostika potřeb pacienta s jaterní cirhózou podle NANDA domén..... | 27 |
| II Praktická část..... | 31 |
| 4 Metodika..... | 31 |
| 4.1 Cíle praktické části bakalářské práce..... | 32 |
| 4.2 Stručný souhrn všech kazuistik pacientů s jaterní cirhózou nasbíraný pro praktickou část 32 | |
| 5 Kazuistika č. 1..... | 34 |

| | | |
|-----|---|----|
| 5.1 | Zhodnocení zdravotního stavu pacienta sestrou | 34 |
| 5.2 | Průběh hospitalizace..... | 37 |
| 5.3 | Posouzení současného stavu potřeb podle NANDA domén | 39 |
| 5.4 | Ošetrovatelské diagnózy a plán ošetrovatelské péče o pacienta | 41 |
| 6 | Kazuistika č. 2..... | 47 |
| 6.1 | Zhodnocení zdravotního stavu pacienta sestrou | 47 |
| 6.2 | Průběh hospitalizace..... | 50 |
| 6.3 | Posouzení současného stavu potřeb podle NANDA domén | 52 |
| 6.4 | Ošetrovatelské diagnózy a plán ošetrovatelské péče o pacienta | 54 |
| 7 | Kazuistika č. 3..... | 59 |
| 7.1 | Zhodnocení zdravotního stavu pacienta sestrou | 59 |
| 7.2 | Průběh hospitalizace..... | 62 |
| 7.3 | Posouzení současného stavu potřeb podle NANDA domén | 65 |
| 7.4 | Ošetrovatelské diagnózy a plán ošetrovatelské péče o pacienta | 67 |
| 8 | Diskuze | 72 |
| 9 | Závěr | 77 |
| 9.1 | Limity práce | 77 |
| 10 | Použitá literatura | 79 |
| 11 | Seznam příloh | 83 |
| 12 | Přílohy..... | 84 |

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

| | |
|-------|--|
| ALP | Alkalická fosfatáza |
| ALT | Alaninaminotransferáza |
| AST | Aspartátaminotransferáza |
| BMI | Body Mass Index |
| Ca | Vápník |
| Cl | Chlor |
| CMP | Cévní mozková příhoda |
| CRP | C-reaktivní protein |
| CT | Počítačová tomografie |
| ČR | Česká republika |
| DK | Dolní končetina |
| EKG | Elektrokardiografie |
| ERCP | Endoskopická retrográdní cholangio-pankreatografie |
| GCS | Glasgow Coma Scale |
| GMT | Gamaglutamyltransferáza |
| HK | Horní končetina |
| CHOPN | Chronická obstrukční plicní nemoc |
| i. v. | Intravenózně |
| ICHS | Ischemická choroba srdeční |
| INR | International Normalized Ratio |
| JIP | Jednotka intenzivní péče |
| K | Draslík |
| MELD | Model for end-stage liver disease |

| | |
|------------------|--|
| MMSE | Mini Mental State Exam |
| MNA | Mini Nutritional Assesment |
| MRI | Magnetická rezonance |
| Na | Sodík |
| NANDA | North American Nursing Diagnosis Association |
| NGS | Nasogastrická sonda |
| NJS | Nasojejunální sonda |
| NYHA | New York Heart Association |
| P | Pulz |
| PAD | Perorální antidiabetika |
| PEG | Perkutánní endoskopická gastrostomie |
| PEJ | Perkutánní endoskopická jejunostomie |
| PMK | Permanentní močový katétr |
| PŽK | Periferní žilní kanyla |
| RTG | Rentgen |
| s. c. | Subkutánně |
| SpO ₂ | Saturace krve kyslíkem |
| TK | Krevní tlak |
| TT | Tělesná teplota |
| UZ | Ultrazvuk |
| ÚZIS ČR | Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR |
| VAS | Vizuální analogová škála bolesti |

Úvod

Téma specifikace potřeb u pacienta s jaterní cirhózou bylo zvoleno z důvodu poukázání na toto onemocnění a závažnost jeho komplikací, které často vedou až ke smrti pacienta. V České republice sice počet úmrtí pacientů na jaterní cirhózu lehce klesá, stále se ovšem úmrtnost na toto onemocnění vyskytuje ve vysoké míře. Příbramská a Husová (2007, s. 486) uvádí, že na jaterní cirhózu zemřelo v České republice 20,3 pacientů na 100 000 obyvatel a do poslední fáze jaterní cirhózy došlo 1 500 až 2 000 cirhotiků. Hůlek, Urbánek a kolektiv (2018, s. 463) uvádí, že v České republice zemřelo 15 pacientů na jaterní cirhózu na 100 000 obyvatel a předpokládá se 30 000 až 40 000 žijících pacientů s jaterní cirhózou. Jaterní cirhóza je chronické onemocnění a základní léčba odstraňuje nebo zmírňuje pouze její příznaky. Jedinou léčbou, která léčí příčinu onemocnění, je transplantace jater. Podmínky pro transplantaci jater, ale splňuje pouze úzká skupina pacientů s jaterní cirhózou.

Tato bakalářská práce je teoreticko-praktická. Zabývá se jaterní cirhózou z teoretického hlediska, ale také z hlediska praktického. Teoretická část bakalářské práce seznamuje čtenáře s anatomii jater, kompletním obrazem jaterní cirhózy a představuje potřeby pacientů s jaterní cirhózou. Praktická část bakalářské práce zjišťuje, jaké potřeby se u pacientů s jaterní cirhózou objevují nejčastěji. Tyto potřeby a jejich uspokojování činí zároveň pacientům s jaterní cirhózou největší problémy. Mělo by být dbáno, na co nejmenší negativní dopad onemocnění na celkový stav pacienta, a to ve všech oblastech jeho potřeb. Správné uspokojování potřeb vede k částečnému zkvalitnění pacientova života, který komplikují příznaky jaterní cirhózy. Tyto příznaky mohou ovlivňovat pacientův život a z části ho vyčleňovat ze společnosti. Velkou roli u pacienta, který onemocní jaterní cirhózou, hrají také komplikace, které se u pacienta rozvinou a rychlost a způsob jejich kompenzace. Rozvoj některých komplikací může být pro pacienta, při jejich řešení, až fatální.

V praktické části jsou specifikovány zásadní potřeby pacientů s jaterní cirhózou, kteří byli hospitalizováni na standardním interním oddělení. V závěru praktické části je vytvořena mapa péče u pacientů s jaterní cirhózou, vhodná při vykonávání ošetrovatelského procesu u pacientů s jaterní cirhózou, která je informuje o specifikách péče před a po paracentéze ascitu, s ohledem na jejich specifické potřeby. Mapa péče u pacientů s jaterní cirhózou je vytvořena v návaznosti na stanovený ošetrovatelský plán a diagnostiku potřeb pacientů podle NANDA domén. Mapa péče by měla sestřám sloužit k usnadnění ošetrovatelské péče a bránit jim v opomíjení některých oblastí potřeb pacientů s jaterní cirhózou.

Cíl práce

Odděleně jsou definovány cíle teoretické a praktické části bakalářské práce.

Cíle teoretické části

Stručně popsat anatomii a fyziologii jater.

Definovat problematiku jaterní cirhózy.

Definovat potřeby pacienta s jaterní cirhózou podle NANDA domén.

Cíle praktické části

Vyhledat pacienty s jaterní cirhózou.

Vypracovat ošetrovatelský proces u pacientů s jaterní cirhózou.

Zjistit specifické potřeby pacientů s jaterní cirhózou.

Zjistit, jaké jsou nejčastější příčiny vzniku jaterní cirhózy, které uvádějí pacienti s jaterní cirhózou v porovnání se záznamy příčin vzniku jaterní cirhózy uvedené v ošetrovatelské dokumentaci.

Vytvořit mapu péče pro pacienty s jaterní cirhózou.

I TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část práce stručně popisuje anatomii a fyziologii jater, podstatu jaterní cirhózy, její komplikace, diagnostiku a léčbu. Dále stručně vysvětluje pojem potřeba a fáze ošetrovatelského procesu. Seznamuje s potřebami pacienta s jaterní cirhózou a jejich uspokojováním v průběhu ošetrovatelského procesu. Popisuje diagnostiku potřeb pacienta s jaterní cirhózou podle NANDA domén.

1 Anatomie jater

Játra jsou měkká žláza vážící okolo 1 500 g. V porovnání s ostatními žlázami, jsou játra větší a mají vyšší hmotnost. Játra jsou uložena pod bránicí, jejich širší část se nachází pod pravou brániční klenbou a užší část přechází do levé poloviny brániční klenby směrem k žaludku. Jaterní plocha směrem do dutiny břišní se nazývá viscerální a horní plocha u bránice se označuje jako brániční. Obě dvě plochy se dole sbíhají v ostrou hranu. Area nuda je část jater, která není pokryta pobřišnicí, srůstá s bránicí a nachází se zezadu a zeshora na ploše přiléhající k bránici. Viscerální plocha je rozdělena rýhami, ve tvaru písmene H, na laloky. Mezi pravým lalokem (lobus dexter) a levým lalokem (lobus sinister) leží lobus caudatus a lobus quadratus, ve kterém je prohlubeň pro žlučník (Fiala, Valenta, Eberlová, 2015, s. 112-113).

Tkáň jater je kryta vazivovou vrstvou. Povrchová vrstva jater je tvořena částí pobřišnice, díky nimž jsou játra fixována. Stavební jednotkou jater je jaterní buňka zvaná hepatocyt. Buňky jsou uspořádány do struktur, mezi kterými procházejí krevní vlásečnice a žlučovody. Stěny žlučovodů tvoří povrchy jaterních buněk. Stěnu jaterní buňky tvoří klky, které vyčnívají do vnějšího prostoru buňky, a zvětšují přenosovou část k výměně látek. Klky jsou přítomny v místě styku s krevními vlásečnicemi i žlučovody. Žlučovody postupně zvětšují svůj průsvit a sbíhají se ve dva jaterní vývody (Vajner, Uhlík, Novotný, Konrádová, 2017, s. 67-68, 71-72).

Žluč z jater odchází pravým a levým jaterním vývodem. Tyto vývody postupně přechází ve společný jaterní vývod, na který se napojuje vývod ze žlučníku. Následuje úsek žlučových cest zvaný žlučovod, který ústí do dvanáctníku (Dylevský, 2009, s. 333-334).

1.1 Cirkulace krve játry

Krev protéká játry ve dvou systémech, které od sebe odlišuje jejich funkce. První systém zajišťuje průtok krve játry. Rýhou mezi pravým a levým lalokem zvanou porta hepatis,

vstupuje do jater vrátnicová žíla, neboli vena portae. Vrátnicová žíla se rozdvouje do laloků a přivádí krev z nepárových orgánů dutiny břišní. Krev je jaterními buňkami očištěna a odváděna krevními vlasečnicemi. Dále krev protéká centrálními žilami do jaterních žil, které vyúsťují do dolní duté žíly. Odpadní látky z krve jsou odváděny z jaterních buněk žlučovody. Játra očistí během jedné minuty přibližně 1500 ml krve. Druhý systém zajišťuje výživu jater, kdy jaterní tepnou přitéká okysličená krev, která se mísí s krví žilní u jaterních buněk (Dylevský, 2009, s. 332-333).

1.2 Fyziologie jater

Játra vykonávají pro lidské tělo mnoho důležitých funkcí. Řadí se mezi ně tvorba žluči, která napomáhá vstřebávání živin. Krev protékající játry je ohřívána a zbavena škodlivých látek. Během prenatálního vývoje plodu, pro něho, vznikají v játrech matky krevní složky (Kopecký a kol., 2010, s. 156-158).

Škodlivý amoniak vyloučený ze střev, který přitéká v krvi do jater portální žílou, je odbourán dvěma způsoby. Většina amoniaku je odbourána při tvorbě močoviny. Ze zbytku amoniaku vznikne glutamin. Glutamin je aminokyselina, která je potřebná k vyrovnání pH a hladiny amoniaku (Hůlek, Urbánek a kol., 2018, s. 32-33).

V játrech probíhá poslední fáze přeměny bílkovin, během které se vytvoří močovina. Shromažďuje se v nich glykogen jako zásobní sacharid, který se vylučuje při zvýšených nárocích organismu na výdej energie. Játra slouží jako úložiště železa a některých vitaminů. Při ztrátách většího množství krve, jsou játra schopna ztráty v krevním oběhu nahradit. V játrech dochází ke tvorbě srážecích faktorů, které nereagují na vitamin K. Nejen pro krevní srážlivost, ale také pro udržení tlaku plazmatických bílkovin, je podstatná tvorba fibrinogenu a albuminu. Z červených krvinek se uvolňuje hemoglobin, který se v játrech přeměňuje na bilirubin. Jaterní tkáň vytváří somatomedin, který řídí vliv růstového hormonu (Mourek, 2012, s. 73-74).

2 Jaterní cirhóza

K jaterní cirhóze dochází při chronickém onemocnění jater. Při působení škodlivých látek; například alkoholu na jaterní buňky, nedochází ihned k jejich odumírání, ale přeměňují se nejprve na tuk. Tato přeměna buněk se může ještě navrátit do původního stavu, díky odstranění působících škodlivých látek. Pokud ale škodlivé látky dále ničí jaterní buňky, už nikdy nedojde k jejich přeměně do původního stavu. Zasažené jaterní buňky odumírají a přeměňují se na vazivo. Jaterní buňky, které ještě pod působením škodlivých látek neodumřely, uzlovatí (Vránová, 2013, s. 58-60).

Jaterní cirhóza lze hodnotit podle velikosti vzniklých uzlů jako mikronodulární, makronodulární a smíšená. Při vzniku uzlů se v počátku mikronodulárního typu vytvoří malé uzlíky, které dosahují maximálně velikosti 3 mm. Na jaterní tkáni lze pozorovat zmnožení vazivové tkáně. U makronodulárního typu jsou uzle několikanásobně zvětšené. U smíšeného typu se objevují uzle různých velikostí (Hůlek, Urbánek a kol., 2018, s. 464).

Vzniklé vazivo a uzle brání průtoku krve přes jaterní buňky, krevní vlásečnice a žlučovody. Nedochází k očištění krve od škodlivých látek, které putují do těla. Nedochází ke tvorbě žluči, albuminu a faktorů důležitých ke srážení krve. Krevní oběh, který za normálního stavu prochází přes játra, si najde nové cesty přímo do dolní duté žíly. Dochází k hromadění krve v žilním zásobení žaludku, jícnu nebo okolí recta a tím ke zvýšení tlaku v těchto částech. Následkem toho dochází ke vzniku jícnových varixů, hemoroidů nebo pavoučkovitých név na břiše (Slezáková a kol., 2012, s. 60).

Míra poškození jaterních funkcí se hodnotí podle Childovy-Pughovy klasifikace (Příloha A tabulka 1). Klasifikaci lze využít pouze u pacientů trpících jaterní cirhózou, nikoliv u nádorového onemocnění jater. Klasifikace se dělí do tří tříd a hodnotí velikost ascitu, stupeň jaterní encefalopatie a laboratorní hodnoty albuminu, bilirubinu a protrombinového času v séru. Druhou variantou Childovy-Pughovy klasifikace je její rozšíření o vyšetření hladiny bilirubinu u biliární cirhózy a cirhózy vyvolané zánětem žlučových cest. Rozšířená klasifikace se využívá při transplantaci jater. Ve Spojených státech se při transplantacích jater hodnotí MELD (Model for end-stage liver disease) skóre, které na základě dosazení laboratorních hodnot do vzorce, vyhodnotí čtyři kategorie míry onemocnění jater (Ehrmann, Hůlek a kol., 2014, s. 56-57).

2.1 Výskyt dispenzarizovaných pacientů s fibrózou a cirhózou jater v ČR

Celkem bylo v České republice v roce 2009 dispenzarizováno 15 179 pacientů s fibrózou a cirhózou jater. V roce 2013 činil počet pacientů 15 330. Od roku 2009 do roku 2012 se počet dispenzarizovaných pacientů snížil o 548 pacientů. V roce 2013 počet pacientů vzrostl o 699 pacientů (Příloha B obr. 1) (ÚZIS ČR, 2013, s. 5; ÚZIS ČR, 2015, s. 77).

Počet dispenzarizovaných pacientů s fibrózou a cirhózou jater v celé České republice za rok 2012 byl 14 631. Nejvíce početně zastoupenou skupinou byla věková kategorie pacientů od 20 do 64 let. Druhou nejvíce početně zastoupenou skupinou byla věková kategorie pacientů 65 let a více. Nejméně početně zastoupenou skupinou byla věková kategorie pacientů od 0 do 19 let (Příloha B obr. 2) (ÚZIS ČR, 2013, s. 77).

Počet dispenzarizovaných pacientů s fibrózou a cirhózou jater v celé České republice za rok 2013 byl 15 330. Nejvíce početně zastoupenou skupinou byla věková kategorie pacientů od 20 do 64 let. Druhou nejvíce početně zastoupenou skupinou byla věková kategorie pacientů 65 let a více s počtem 4 819 pacientů. Nejméně početně zastoupená skupina byla věková kategorie pacientů od 0 do 19 let s počtem 196 pacientů (Příloha B obr. 3) (ÚZIS, 2015, s. 77).

Počet dispenzarizovaných pacientů s fibrózou a cirhózou jater v Pardubickém kraji za rok 2013 činil 367. Nejvíce zastoupenou skupinou byla věková kategorie od 20 do 64 let. V zastoupení 105 dispenzarizovaných pacientů byla skupina pacientů od 65 let a více. Nejméně zastoupena, a to v počtu dvou pacientů, byla věková kategorie od 0 do 19 let (Příloha B obr. 4) (ÚZIS ČR, 2015, s. 77).

2.2 Příčiny jaterní cirhózy

Největší vliv na poškození jaterní tkáně má alkohol, je příčinou rozvoje jaterní cirhózy až v 70 % případů. Jaterní cirhóza je dopadem dlouhodobého poškození jaterní tkáně alkoholem, který se v játrech přeměňuje na škodlivé látky. Ty mají za následek destrukci jaterních buněk. Hladina požitého alkoholu, při které již dochází k poškození jater, přesahuje hranici u žen 20 g alkoholu na den. U mužů je hladina trojnásobně vyšší. Jaterní cirhóza se může rozvinout i jako následek jaterního poškození po požití jedovatých hub, s následnou otravou (Mačák, Mačáková, Dvořáčková, 2012, s. 248).

K biliární cirhóze dochází při poškození žlučových cest a destrukci žlučovodů přímo u hepatocytu. K jaterní cirhóze může dospět zánět žlučových cest, při kterém dochází

ke zhoršení průchodnosti žlučových cest a k hromadění žluči. Z virových hepatitid nejčastěji dospěje do cirhózy jater virová hepatitida typu B a C. Dále se na vzniku jaterní cirhózy podílí autoimunitní hepatitida a metabolická onemocnění jater, mezi které patří Wilsonova choroba, hemochromatóza nebo nealkoholická steatohepatitida. Na stav jaterní tkáně a její destrukci má vliv požívání nadměrných dávek léků, které působí hepatotoxicky (Hůlek, Urbánek a kol., 2018, s. 463-464).

2.3 Klinický obraz jaterní cirhózy

Jaterní cirhóza může probíhat bezpříznakově. Ve většině případů je však doprovázena rozmanitou škálou příznaků. Projev příznaků záleží na fázi jaterní cirhózy. Rozlišují se dvě fáze; kompenzovaná a dekompenzovaná jaterní cirhóza. U kompenzované fáze se mohou objevit nejasné příznaky (Navrátil a kol., 2017, s. 236-237).

Mezi nejasné příznaky patří zvýšená únava, snížená chuť k jídlu až zvracení, hubnutí, zvýšený odchod střevních plynů, průjemy nebo říhání. Dochází ke změnám na rtech, jazyku a nehtech. Objevují se paličkové prsty. U žen dochází k poruchám menstruace až k jejímu vymizení a neplodnosti. U mužů klesá libido a atrofují varlata (Ehrmann, Hůlek a kol. 2014, s. 334).

Dalším příznakem je ikterus, který vzniká nadměrnou tvorbou bilirubinu nebo v případě, kdy jaterní buňky nedokáží bilirubin upravit. Při lehkém zvýšení hladiny bilirubinu v séru se objevuje zežloutnutí sklér. Pokud se hladina bilirubinu v séru stále zvyšuje, následuje žluté zbarvení kůže (Silbernagl, Lang, 2012, s. 182).

Objevují se další projevy jako bolest v pravém podžebří, zvýšená tělesná teplota, nadměrný vznik modřin, pavoučkových név a krvácení z nosu nebo dásní. Celkové zadržování tekutin v těle má za následek tvorbu otoků, které se objevují hlavně na dolních končetinách. Mezi objektivní příznaky patří zvětšení jater a sleziny (Vránová, 2013, s. 59-60).

Při přechodu do dekompenzované fáze se příznaky zhoršují a dochází k život ohrožujícímu krvácení z jícnových varixů. Zvýrazňují se příznaky jaterní encefalopatie, jako jsou třes rukou, zvýšený ospalost a únava. Vzniká ascites, hromaděním volné tekutiny v dutině břišní, doprovázený pocitem tlaku a napětím břišní stěny (Bártová, 2015, s. 113).

Ascites se tvoří následkem zvýšeného portálního tlaku a vyšší propustností albuminu a tekutiny přes jaterní buňky. Až u 85 % pacientů s ascitem je jeho tvorba zapříčiněna jaterní cirhózou. Se zvětšujícím se množstvím volné tekutiny v dutině břišní, se zvyšuje pocit tlaku

v oblasti břicha a objevuje se zvýšená střevní plynatost. Při progredujícím stádiu se projevuje dušnost z důvodu útlaku bránice tekutinou a otoky dolních končetin. Ascites lze léčit pomocí diuretik nebo paracentézou, což je vypunktování volné tekutiny. Jednou z možností zamezit opětovné tvorbě ascitu, je vytvoření spojky mezi systémovým a portálním řečištěm (Lukáš, Žák a kol., 2014, s. 72-75).

Při portální hypertenzi dochází ke zvýšení tlaku v portální žíle nad 10 mm Hg. Vzniká následkem nefyziologického proudění krve cévním řečištěm jater a dělí se podle příčiny jejího vzniku. První je prehepatální typ, při kterém nemůže krev dostatečně proudit portální žílou, vlivem zúžení jejího průsvitu nebo ucpáním. Druhý typ je hepatální, který vzniká při poškození jaterních buněk alkoholem. Třetí typ je posthepatální, vznikající při poruše průtoku krve v jaterních žilách. Krev nemůže protékat cévním řečištěm jater, a proto vytváří kolaterální oběh pomocí portosystémových spojek mezi jícnem nebo konečníkem. V důsledku toho vznikají jícnové varixy nebo hemoroidy (Vodička a kol., 2014, s. 204).

Jaterní encefalopatie zasahuje nervový systém a dochází k jeho poruše. Začíná se projevovat zmateností a sníženou pozorností. Může docházet k potížím se spánkem a výrazným výkyvům nálad. Pacient je dezorientovaný a projevují se u něho změny osobnosti. Objevují se změny v chování, poruchy řeči a poruchy vědomí. Nejzávažnějším stavem jaterní encefalopatie je bezvědomí (Příloha A tabulka 2) (Vránová, 2013, s. 60).

2.4 Diagnostika jaterní cirhózy

K diagnostice onemocnění se postupně používá celá řada metod. K prvotnímu zjištění informací se používá sběr anamnézy, která nesmí být podceňována. Anamnéza tvoří základ diagnostiky, nejen jaterní cirhózy, a odvíjí se od ní další postupy v diagnostice. Anamnéza zahrnuje sběr informací od pacienta, podílí se na ní lékař i sestra. Sběr informací probíhá prostřednictvím rozhovoru. Na úvodu anamnézy se zjišťují identifikační údaje pacienta. Následuje detailní popis problémů, se kterými pacient přichází. Dále se anamnéza rozděluje na osobní, rodinnou, pracovní, farmakologickou, alergologickou, sociální, případně gynekologickou (Nejedlá, 2015, s. 17-19).

Na anamnézu navazuje fyzikální vyšetření. To zahrnuje vyšetření pohledem, které prokáže zvětšení jater pouze u vyhublých pacientů. Při vyšetření pohmatem se zjišťuje velikost jater, která ovšem nerozhoduje o tom, že jsou játra postižena, ale zásadní je jejich konzistence. Ta je u pacienta, který trpí jaterní cirhózou, tuhá a není pružná. Pohmatem lze vyšetřit i povrch jater, umístění okrajů nebo bolestivost. Při pohmatu se využívá nejdříve mírný tlak,

který přechází v hluboký pohmat, aby si pacient na tlak zvykl. Vyšetření poklepem je zásadní pro stanovení horního okraje jater. Poslechové vyšetření jater je méně významné. Udává informace o zvukových fenoménech zejména při zánětu pouzdra jater nebo cévním nádoru (Hůlek, Urbánek a kol., 2018, s. 40-41).

K diagnostice jaterní cirhózy přispívá laboratorní vyšetření séra. Základními vyšetřovanými enzymy, které prokazují poškození jaterních buněk, jsou AST (aspartátaminotransferáza) a ALT (alaninaminotransferáza). AST se nenachází pouze v játrech, na rozdíl od ALT, ale i v srdci, ledvinách nebo mozku, a proto je zvýšená hladina AST více ohrožující. Pro zjištění poškození jaterních buněk vlivem dlouhodobého požívání alkoholu slouží hladina GMT (gamaglutamyltransferáza) (Ehrmann, Hůlek a kol., 2014, s. 45-47).

Hladina albuminu, prealbuminu a srážecích faktorů je ukazatelem funkčnosti jater. Při jaterní cirhóze klesá hladina albuminu v séru, a to především v dekompenzované fázi za přítomnosti ascitu. Prodlužuje se protombinový čas, který udává dobu přeměny srážecích faktorů. Laboratorní vyšetření gamaglobulinů a jejich zvýšená hladina slouží ke zjištění příčiny jaterní cirhózy (Hůlek, Urbánek a kol., 2018, s. 46-47).

V játrech se při zániku erytrocytů tvoří bilirubin. Bilirubin se dělí na konjugovaný a nekonjugovaný. Nekonjugovaný bilirubin prochází přes trávicí trakt a přeměňuje se na urobilinogen. Přítomnost konjugovaného bilirubinu v moči se projeví její tmavou barvou. Zvýšená hladina bilirubinu v séru se vyskytuje u chronického onemocnění jater (Hůlek, Urbánek a kol., 2018, s. 47-48).

Další postupy v diagnostice jaterní cirhózy využívají zobrazovacích metod. Ultrasonografie je první ze zobrazovacích metod, která se využívá a zobrazuje změny na jaterní tkáni. Přítomnost portální hypertenze se prokáže při dopplerovské ultrasonografii, která zobrazuje průtok krve játry (Hůlek, Urbánek a kol., 2018, s. 61).

Vyšetření ultrasonografií za pomoci kontrastní látky umožňuje zobrazení cévního systému a prokrvení jater. Kontrastní látkou jsou bublinky plynu, které zůstávají v cévním řečišti déle přítomny. Ultrasonografické vlny je rozechvějí, proděraví a tím vysílají zachytitelný signál. Tato metoda jasně prokazuje jaterní cirhózu, měřením rychlosti průtoku krve od podání kontrastní látky, po její objevení v jaterním řečišti. Tento čas je při onemocnění jaterní cirhózou kratší než při jiných jaterních chorobách. Je tomu tak díky vzniklým intrahepatálním cévním spojkám (Špičák a kol., 2008, s. 34-35).

Další zobrazovací metodou je počítačová tomografie, která umožňuje zobrazení jater ve všech rovinách. Výhodou je přesnost a detailní zobrazení jaterní tkáně, hlavně vzniklých uzlů. Nevýhodou je působení radiačního záření během vyšetření. Cévní zásobení jater lze zobrazit podáním kontrastní látky, která sebou ovšem nese rizika vzniku alergické reakce. Přesnější zobrazení, než počítačová tomografie, poskytuje magnetická rezonance. Slouží pro diagnostiku hepatocelulárního karcinomu, který vzniká jako komplikace jaterní cirhózy. Maligní buňky se nejlépe zobrazí při podání kontrastní látky (Hůlek, Urbánek a kol., 2018, s. 62, 69).

Jaterní biopsie je invazivní zákrok, při kterém se odebírá vzorek jaterní tkáně pod ultrazvukovou kontrolou. Při podstoupení tohoto zákroku je pacient vystaven řadě komplikací, které ho mohou ohrozit i na životě. Během punkce může prudkým pohybem dojít k poškození jaterní tkáně, která začne masivně krváčet nebo při menším krvácení vzniká hematom. Pro zástavu krvácení se využívá chirurgické řešení. Během zákroku může dojít k punkci žlučových cest. Dále může jako komplikace vzniknout pneumotorax nebo se může rozvinout infekce (Hůlek, Urbánek a kol., 2018, s. 141-142).

Při jaterní biopsii platí, že čím více vzorků a větší velikost odebraného vzorku, tím je diagnostika jaterní cirhózy průkaznější. Pro diagnostiku je výhodnější odběr jaterní tkáně z pravého i levého laloku jater. Stoupá tak možnost zachycení tkáně, ve které probíhají změny (Špičák a kol., 2008, s. 31-32).

K jaterní encefalopatii dochází působením škodlivých látek na centrální nervovou soustavu, hlavně amoniaku. Diagnostika jaterní encefalopatie zahrnuje fyzikální vyšetření, psychomotorické testy, stanovení hladiny amoniaku v krvi, elektroencefalografii nebo magnetickou rezonanci mozku. Mezi léčebná opatření jaterní encefalopatie se řadí snížení příjmu bílkovin, abstinence alkoholu a medikamentózní léčba. Medikamentózní léčba zahrnuje podávání laktulózy a antibiotik (Zadák, Havel a kol., 2017, s. 286).

2.5 Léčba jaterní cirhózy

Způsob léčby jaterní cirhózy záleží na mnoha faktorech. Patří mezi ně příčina vzniku jaterní cirhózy, rozsah zasažení jaterní tkáně nebo objevení se komplikací nemoci. Léčba jaterní cirhózy se dělí na konzervativní a chirurgickou. Konzervativní léčba se zabývá odstraněním příznaků, které se u pacienta objevily v souvislosti s jaterní cirhózou a jejími komplikacemi. Léčba spočívá ve změně režimových opatření, z hlediska výživy, a úplného vyřazení konzumace alkoholu. Užívání kortikoidů při léčbě jaterní cirhózy se provádí pouze tehdy, je-li

příčinnou autoimunitní hepatitida. Chirurgická léčba zahrnuje částečné odstranění jater pro nádor. Do chirurgické léčby spadá i transplantace jater (Navrátil a kol., 2017, s. 234-239).

Medikamentózní léčba zahrnuje doplnění vitaminů a minerálů. Mezi medikamentózní léčbu patří podávání hepatoprotektiv, prokinetik nebo spasmolytik, které potlačují projevy onemocnění. Z užívání by měly být vyřazeny léky, které jsou škodlivé pro jaterní buňky. Patří mezi ně skupiny léků nesteroidních antiflogistik, hypolipidemik, antirevmatik nebo imunosupresiv (Červený, 2013, s. 123-126).

Léčba ascitu zahrnuje změny režimu, mezi které se řadí klid na lůžku, snížení hladiny sodíku na 10 g za den, snížení příjmu tekutin a zákaz požívání škodlivých léků, jako jsou antibiotika nebo nesteroidní antirevmatika. Další složkou léčby ascitu je podávání diuretik. Diuretika zajišťují vylučování tekutin a tím snížení jejich objemu v těle. Účinnost léčby diuretiky je sledována podle příjmu a výdeje tekutin, hladiny sodíku v moči a hmotnosti pacienta (Lukáš, Žák a kol., 2014, s. 75).

Pokud ascites nesnižuje svůj objem, po režimových změnách a diuretické léčbě, je provedeno vypuštění volné tekutiny pomocí punkce. Tento zákrok se nazývá paracentéza. Jednorázově je doporučeno nepřevýšit množství vypuštěné tekutiny nad 5 l. Při převýšení tohoto množství se doplňuje 6 g až 8 g albuminu na litr tekutiny pro udržení jaterních a ledvinných funkcí. Ascites je možné vypustit během jedné paracentézy, současně ale musí být po určitou dobu podávána diuretika jako předcházení znovuobnovení tvorby ascitu (Lukáš, Žák a kol., 2010, s. 29).

Transjugulární intrahepatální portosystémová spojka slouží ke snížení tlaku v portálním řečišti a k zástavě krvácení z jícnových varixů. Jedná se o chirurgický zákrok, který spočívá ve vytvoření spojky mezi portální žílou a dolní dutou žílou. Tento zákrok se provádí u pacientů, kteří jsou vhodní k transplantaci jater, protože transjugulární intrahepatální portosystémová spojka není řešením při rozsáhlém poškození jater. Nevýhodou transjugulární intrahepatální portosystémové spojky je tvorba stenóz v místech zkratu a rozvinutí jaterní encefalopatie (Hůlek, Urbánek a kol., 2018, s. 613).

Při rozsáhlém jaterním poškození je možností léčby transplantace jater. Při výběru této léčby hraje zásadní roli čas v návaznosti na míře poškození jaterní tkáně a psychický stav pacienta. Pacienti s jaterní cirhózou v terminálním stádiu nejsou vhodní kandidáti na transplantaci jater. Transplantace se provádí v případě, že předpokládaná délka života pacienta bude po transplantaci delší než při konzervativní léčbě (Hůlek, Urbánek a kol., 2018, s. 625-629).

Dalším požadavkem před transplantací jater je abstinence alkoholu nejméně půl roku. Pokud pacient nedokáže přestat konzumovat alkohol, není pro transplantaci jater vhodný. Po transplantaci jater je pacient celoživotně odkázaný na užívání imunosupresiv. Doba přežití jednoho roku po transplantaci jater se pohybuje od 85 % do 90 % u dospělého pacienta (Vodička a kol., 2014, s. 295-296).

2.6 Komplikace jaterní cirhózy

Jaterní cirhózu provází mnoho komplikací. Může se jednat o zhoršení doprovodných příznaků jaterní cirhózy, jako je zvýšená tvorba ascitu, jaterní encefalopatie nebo portální hypertenze. V pokročilém stádiu jaterní cirhózy se mohou objevit nové závažné komplikace, které ohrožují pacienta na životě. Patří mezi ně krvácení z jícnových varixů, spontánní bakteriální peritonitida nebo hepatorenální syndrom. Projevuje se i celá řada dalších komplikací (Vránová, 2013, s. 60-61).

Jícnové varixy vznikají v důsledku zvýšení tlaku v portální žíle. Stěna jícnu není dostatečnou oporou pro žíly a ty zvětšují svůj průsvit. Ve varixu dochází k městnání krve a snižuje se pružnost jeho stěny. V tomto případě se zvyšuje riziko proděravění varixu a krvácení. Riziko vzniku krvácení z varixů se hodnotí podle Paquetovy klasifikace a je závislé na velikosti varixů. Italská klasifikace zahrnuje do hodnocení i míru jaterní cirhózy. Krvácení z jícnových varixů se projevuje zvracením krve nebo stolicí s příměsí natrávené krve. Pro přesnou diagnostiku se využívá endoskopické vyšetření, při kterém je možné provést i terapeutický zákrok. Jícnové varixy představují závažnou komplikaci, která při vzniku krvácení, ohrožuje pacienta bezprostředně na životě. Až 20 % pacientů, zasažených krvácením z jícnových varixů, umírá. Dvě třetiny z nich umírají na následky, i přes bezprostřední léčbu, do jednoho dne (Hůlek, Urbánek a kol., 2018, s. 188-190).

Endoskopické vyšetření jícnu se provádí i jako preventivní opatření, pro zjištění velikosti jícnových varixů. Při vzniklém krvácení z jícnových varixů spočívá léčba v doplnění krevních ztrát a snížení tlaku v portálním řečišti podáním vazokonstriktoru a nitrátu. Nitráty tlumí nežádoucí účinky vazokonstriktoru roztažením koronárních cév. Po ústupu masivního krvácení z varixu následuje endoskopické vyšetření, během kterého se provádí sklerotizace nebo ligace jícnových varixů (Marek a kol., 2010, s. 222-224).

Při sklerotizaci jícnového varixu se provádí aplikace speciální látky do varixu, ta vyvolá ve varixu zánětlivý proces a postupně zanikne. Tento zákrok se vykonává v časně fázi krvácení a může se několikrát opakovat. Dalším řešením krvácení z jícnových varixů je

ligace. Spočívá v utěsnění otvoru varixu v místě krvácení a tím dochází k jeho zástavě. Dočasnou zástavu krvácení lze zajistit pomocí zavedení balónkové sondy, která krvácející varix přímo stlačí. Až u poloviny případů vzniká opětovné krvácení po odstranění balónkové sondy (Vodička a kol., 2014, s. 244).

Hepatocelulární karcinom je zapříčiněn, ve většině případů, jaterní cirhózou, která vznikla hlavně zvýšeným požíváním alkoholu. Jedná se o zhoubný nádor, který se rozvíjí přímo v jaterních buňkách. Ultrazvukové vyšetření jater se provádí jako preventivní vyšetření hepatocelulárního karcinomu jedenkrát za půl roku. Při diagnostice hepatocelulárního karcinomu mohou obecné příznaky jaterní cirhózy zastínit doprovodné příznaky karcinomu. Ze zobrazovacích metod se, vedle ultrazvukového vyšetření, provádí vyšetření magnetickou rezonancí nebo výpočetní tomografií (Krška, Hoskovec, Petruželka a kol., 2014, s. 417-418).

Léčba hepatocelulárního karcinomu závisí na jeho rozsahu. Při včasném zjištění karcinomu a jeho malé velikosti, je možné jeho odstranění pomocí chirurgického zákroku. Asi polovina pacientů, kteří podstoupí chirurgické odstranění hepatocelulárního karcinomu se dožívá dalších pěti let. Další možností léčby karcinomu je aplikace vysokoprocentního alkoholu přímo do buněk nebo tepelné ošetření, které způsobí odumření buněk. Pokud karcinom zasáhl jaterní tkáň ve větším rozsahu, je možností léčby transplantace jater. Pokud pacient není pro transplantaci jater vhodný, je aplikována pouze léčba příznaků hepatocelulárního karcinomu (Vodička a kol., 2014, s. 198-200).

Hepatorenální syndrom se vyskytuje především u pacientů s ascitem. Čím déle se u pacienta ascites tvoří, tím stoupá možnost vzniku hepatorenálního syndromu. Při hepatorenálním syndromu dochází k zúžení průsvitu renálních cév a tím k funkčnímu poškození ledvin vlivem portální hypertenze. Při laboratorním vyšetření se prokáže zvýšená hladina kreatininu v séru. Při pozvolném vzestupu hladiny kreatininu v séru, spočívá léčba hepatorenálního syndromu v doplnění sodíku a úpravě hypovolemie. V případě, že se hladina kreatininu rychle zvýší, není léčba hepatorenálního syndromu příliš účinná. Pacient je ohrožen akutním selháním ledvin, což může vést až ke smrti (Zadák, Havel a kol., 2017, s. 287).

Hepatorenální syndrom se rozvine do jednoho roku u 20 % cirhotiků a do pěti let u 40 % cirhotiků s ascitem. Hepatorenální syndrom je doprovázený nauzeou až zvracením, únavou a celkovým oslabením. Při nezačínání léčby hepatorenálního syndromu pacienti přežívají asi 2 týdny. Při podstoupení transplantace jater s hepatorenálním syndromem se asi 60 % cirhotiků dožije dalších tří let od transplantace (Teplan a kol., 2010, s. 265-268).

Spontánní bakteriální peritonitida je další komplikací, především u pacientů s rozvinutým ascitem a přispívá k rozvoji hepatorenálního syndromu. Bakterie při spontánní bakteriální peritonitidě jsou přenášeny ze střev do ascitu, kam se dostanou přes stěnu střev. Náchylnější k infekci jsou pacienti s nízkou hladinou bílkovin v ascitu. Infekce často probíhá bez příznaků nebo se pouze prohloubí nynější příznaky, které doprovází jaterní cirhózu. Spontánní bakteriální infekce se prokáže zvýšenou hladinou leukocytů v ascitu a lze ji léčit antibiotiky. Infekce se ovšem často vrací a po jejím prodělání zemře do jednoho roku až 60 % pacientů (Hůlek, Urbánek a kol., 2018, s. 210-212).

Následkem chronického onemocnění a úbytkem jaterních buněk ztrácí játra svou funkci. Postupně dochází ke vzniku jaterního selhání. Svůj podíl na jaterním selhání má i portální hypertenze a další projevy jaterní cirhózy, jako je ikterus a rozvoj jaterní encefalopatie, která může vyústit až v jaterní kóma (Zadák, Havel a kol., 2017, s. 280).

Při rozvoji jaterního kóma, během jaterní cirhózy, zemře v průběhu jednoho roku okolo poloviny zasažených pacientů. Jaterní kóma je, ve většině případů, doprovázeno mozkovým edémem. U pacientů dochází k poruše vědomí, neklidu, agresivitě nebo nekoordinovaným pohybům až svalovým záškubům. Na životě pacienty ohrožuje zástava dechu nebo oběhové selhání (Hůlek, Urbánek a kol., 2018, s. 218).

3 Potřeby pacienta s jaterní cirhózou a jejich uspokojování v průběhu ošetrovatelského procesu

Potřeby pacientů jsou naplňovány během mezinárodního standardu ošetrovatelské péče, tzv. ošetrovatelského procesu. Sestra má za úkol vyhledat nenaplněné potřeby pacientů a snažit se o jejich uspokojení (Mastiliaková, 2014, s. 23).

3.1 Definice potřeb a Maslowova hierarchie potřeb

„Lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní.“ Při dostatečném a správném uspokojení potřeb člověka dochází k jeho vyrovnanosti a ovlivnění kvality života. Na potřeby má vliv pohlaví, věk, mentální zralost, kultura nebo sociální prostředí člověka. Podle A. Maslowa probíhá uvědomění si potřeby na základě přání dosáhnout jejího uspokojení (Šamánková a kol., 2011, s. 12-13).

Abraham Harold Maslow byl klinický psycholog žijící v Americe. Svou vědeckou činností se zasadil o rozvoj psychologie v oblasti motivace. Definoval pět základních oblastí potřeb, které sestavil do pyramidy podle jejich důležitosti pro existenci člověka (Příloha C obr. 5). Základna pyramidy se skládá z fyziologických potřeb, jejichž uspokojení je klíčové pro postup na druhou úroveň pyramidy. Druhou úroveň tvoří potřeby bezpečí a jistoty. Na třetí úrovni pyramidy se nachází potřeby navázání vztahu lásky a sounáležitosti. Čtvrtou úroveň tvoří potřeby úcty a uznání. Na vrcholu pyramidy se nachází potřeby seberealizace, kdy chce člověk prosadit vlastní myšlenky s jejich porozuměním. Systém uspokojování potřeb funguje od základny směrem k vrcholu pyramidy. Pokud nejsou uspokojeny potřeby v dolní oblasti pyramidy, nemohou být uspokojeny potřeby uložené v horní oblasti. Na tomto základě musíme o člověka v nemoci pečovat (Mastiliaková, 2014, s. 23-24).

Na počátku musí pacient ve spolupráci se sestrou stanovit potřeby, které mu činí problémy a jsou nedostatečně uspokojovány. Naplňování potřeb tvoří základnu při ošetrování pacienta a jeho léčebném procesu. Důležitým aspektem léčebného procesu je dostatečná spolupráce pacienta. Spolupráci předchází naplnění potřeby bezpečí a jistoty. K naplnění těchto potřeb napomáhá dostatečné sdělení informací pacientovi o jeho nemoci a poskytnutí vhodného východiska z ní. Pacient má možnost rozhodovat o tom, jak bude léčba a péče o něho probíhat a na jeho rozhodnutí je třeba brát ohled (Šamánková a kol., 2011, s. 39-40).

Při péči o pacienta může dojít ke vzniku bariér v uspokojení potřeb. Při uspokojování potřeb hraje velkou roli asertivita, empatie a přístup sestry k pacientovi. Mezi bariéry se řadí osobní bariéra pacienta, která se projevuje pochybnostmi vůči druhému člověku. Psychická bariéra se vyznačuje strachem požádat o pomoc. Jazyková bariéra brání pochopení sdělované potřeby. S touto bariérou úzce souvisí i špatné pochopení sdílené potřeby a obava opakovaně se ptát. Fyziologickou bariéru způsobuje tělesné nepohoda, jejímž odbouráním, zmizí i tato bariéra. Pro předcházení vzniku těchto bariér je důležitá dostatečná komunikační úroveň sestry, schopnost naslouchat, projevit zájem, mluvit výstižně a s ohledem na úroveň vzdělání a zdravotní stav pacienta. Pokud si sestra osvojí komunikační dovednosti, napomáhá tak předcházení vzniku bariér a efektivnějšímu uspokojování potřeb pacienta (Šamánková a kol., 2011, s. 13-14).

Sestra by měla umět nejdříve porozumět svým individuálním potřebám, aby mohla uspokojovat potřeby pacientů. Správné rozpoznání potřeb a jejich uspokojení je při ošetřování pacienta pro sestru velice důležité, pro pochopení a přijetí pacienta a jeho chování. Při vhodném přístupu sestry k pacientovi může docházet k rozvoji jeho osobnosti a schopností. To je důležité hlavně v průběhu nemoci, kdy pacient lépe pochopí podstatu svého onemocnění a způsob, jak k němu přistupovat. Obecné vědomosti o potřebách, jejich naplnění a vlivy, které je ovlivňují, napomáhají sestře při průběhu ošetřovatelského procesu (Trachtová a kol., 2013, s. 17).

3.2 Ošetřovatelský proces a jeho fáze při uspokojování potřeb

Ošetřovatelský proces je opakující se systém, během něhož sestry plní stanovené intervence, které vycházejí z potřeb pacienta. Tento proces slouží jako nástroj k účinnému dosažení cílů a naplnění potřeb pacienta. Dále napomáhá podpoře a znovuupevnění pacientova zdraví. Do ošetřovatelského procesu je zapojena i rodina pacienta. Ošetřovatelský proces tvoří pět fází (Plevová a kol., 2018, s. 110).

První fází ošetřovatelského procesu je posouzení současného stavu pacienta. Skládá se ze sběru dat, jejich rozdělení a zaznamenání do dokumentace. Při sběru dat jsou využity metody pro získání objektivních dat, ale shromažďují se i informace o subjektivních problémech pacienta. Data lze získat primárně přímo od pacienta a sekundárně od osob blízkých pacientovi. Cílem této fáze je utřídit informace o nynějším i předvídatelném zdravotním stavu pacienta (Plevová a kol., 2018, s. 110-113).

Druhou fází ošetrovatelského procesu je diagnostika. Ta zahrnuje rozbor získaných dat, který provádí sestra, která nesmí data subjektivně pozměnit, ale objektivně zaznamenat. Rozbor dat zajistí specifikaci nedostatku v určité oblasti potřeb, který by mohl záporně ovlivnit zdravotní stav pacienta. Data lze utřídit do složky tělesné a psychosociální. Ošetrovatelské diagnózy jsou charakterizovány přímo na určitého pacienta. K tomu dopomáhají určující znaky, které jsou zároveň projevy onemocnění. Další složkou ošetrovatelské diagnostiky jsou související faktory, které definují důvod onemocnění (Mastiliaková, 2014, s. 117-118).

Další navazující fází je fáze plánování ošetrovatelských intervencí. Během tohoto procesu je zásadní seřadit potřeby v diagnózách podle přednosti. Dále určit požadovaný cíl péče a v návaznosti na něm stanovit ošetrovatelské intervence (Herdman, Kamitsuru, 2015, s. 24-25).

Čtvrtou fází je realizace ošetrovatelského procesu. Tato fáze spočívá v uskutečnění plánu a provedení stanovených intervencí v předchozí fázi. Soustředí se na splnění stanovených cílů. Realizace ošetrovatelských intervencí závisí na současném zdravotním stavu pacienta, kdy při jeho náhlé změně nemusí být provedeny všechny stanovené intervence (Plevová a kol., 2018, s. 110).

Poslední, pátou fází ošetrovatelského procesu je vyhodnocení. Sestra objektivně zkoumá správnost zvolení ošetrovatelských intervencí, a zda intervence vedly ke stanoveným cílům. Při nesplnění cíle se určí důvod nesplnění a případně se plán ošetrovatelské péče pozmění (Mastiliaková, 2014, s. 43-44).

3.3 Diagnostika potřeb pacienta s jaterní cirhózou podle NANDA domén

NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) se zasadila o ustálení terminologie ošetrovatelských diagnóz pro celosvětové využití. Stanovení ošetrovatelských diagnóz napomáhá taxonomie II. Taxonomie II se skládá z domén, tříd a ošetrovatelských diagnóz, které jsou kódované. Pravidelně dochází k obnově ošetrovatelských diagnóz. Taxonomie II se dělí do 13 domén (Herdman, Kamitsuru, 2015, s. 80, 431). Navazuje na ošetrovatelský model M. Gordonové, která definovala 11 funkčních typů zdraví. Do podobných oblastí jsou rozřazeny i NANDA ošetrovatelské diagnózy, které slouží sestřím během vykonávání ošetrovatelského procesu (Mastiliaková, 2014, s. 63-66).

Ošetrovatelské diagnózy se člení do kategorií podle aktuálnosti na aktuální diagnózy, které ohrožují pacienta nejvíce. Dále na podporu zdraví, která motivuje pacienta k podpoře jeho subjektivního pocitu pohody a znovu obnovit jeho zdraví. Další kategorií je riziko, které může

nastat v návaznosti na působení rizikových faktorů, které mohou pacienta zranit. Poslední kategorií ošetrovatelských diagnóz je syndrom, který spojuje diagnózy s podobným východiskem (Mastiliaková, 2014, s. 114-115).

První doména se zabývá podporou zdraví. Zkoumá, jak pacient s jaterní cirhózou posuzuje svůj zdravotní stav a jak dbá o svoje zdraví. Zachycuje působení škodlivých látek na zdraví, jako je kouření nebo užívání drog. Pacient s jaterní cirhózou by si měl uvědomit podstatu jeho onemocnění, rizika s ním spojená a předcházet jim. Dbát na dodržování lékařského a ošetrovatelského režimu (Mastiliaková, 2014, s. 63, 73-74, 114). Při hospitalizaci je pacient s jaterní cirhózou uložen na standardní interní oddělení. Pokud se u něho objeví komplikace nebo se zhorší jeho zdravotní stav, je hospitalizován na jednotce intenzivní péče interního nebo chirurgického typu. Na počátku sestra zjistí úroveň soběstačnosti pacienta s jaterní cirhózou a dopomáhá v nedostačujících oblastech jeho sebezpečí. Především pacienti s ascitem, otoky a dušností budou potřebovat zvýšenou dopomoc od sestry. Sestra pozoruje projevy jaterní cirhózy, tělesnou stránku pacienta s jaterní cirhózou, ale i jeho psychiku a podporuje jeho osobitost (Slezáková a kol., 2012, s. 61-63).

Druhá doména zahrnuje výživu pacienta. Zabývá se poměrem příjmu potravy a tekutin k energetické potřebě organismu. Tato doména zahrnuje zhodnocení hmotnosti, výšky, stavu chrupu, kůže, defektů na kůži a jejich hojení (Mastiliaková, 2014, s. 74-75). Hlavním cíle správné výživy pacienta s jaterní cirhózou je zamezit vzniku neuspokojivého stavu výživy, zabránit dalšímu poškození funkce jater působením škodlivých látek a zabránit rozvoji komplikací jaterní cirhózy. Je nutná absolutní abstinence alkoholu. Pacientům s jaterní cirhózou je doporučena dieta s vysokým obsahem bílkovin. Příjem bílkovin na den by měl být asi 1,2 g/kg tělesné hmotnosti. Sníží se tak tvorba ascitu, pacienti se subjektivně cítí lépe a jejich doba přežití je delší (Kasper, 2015, s. 228-230). Sestra sleduje a zaznamenává množství přijaté stravy. Dbá na podávání správné diety, estetiku stravování, dává pacientovi dostatek času na konzumaci stravy, v případě potřeby dopomáhá při stravování. Sestra sleduje příjem tekutin, který je při tvorbě ascitu omezen. Vhodné je snížit příjem živočišných tuků, stravu upravovat pomocí dušení nebo vaření, nikoliv smažení a omezit výrazně kořeněná jídla (Slezáková a kol., 2012, s. 64).

Třetí doména zahrnuje vylučování a výměnu. Tato doména hodnotí vylučování stolice a moči. Především frekvenci stolice, její vzhled, přítomnost příměsí nebo užívání projímadel. Ve vylučování moči hodnotí množství, barvu, příměsí, zápach nebo močovou inkontinenci

(Mastiliaková, 2014, s. 63, 75, 114). Sestra zjistí míru soběstačnosti pacienta s jaterní cirhózou ve vyprazdňování. Sleduje vyprazdňování stolice a moč. Podává léky dle ordinace lékaře, které snižují přítomnost bakterií tvořící amoniak. S vyprazdňováním je úzce spjata hygienická péče pacienta. Sestra zhodnotí míru soběstačnosti a úroveň hygienické péče. Dbá na prevenci pádu a prevenci vzniku dekubitů a opruzenin péčí o pokožku, připraví dostatek pomůcek a vhodné prostředí pro hygienu (Slezáková a kol., 2012, s. 64).

Čtvrtá doména se zabývá aktivitou a odpočinkem pacienta. Porovnává výdej energie při fyzické aktivitě, například během cvičení nebo každodenních činností, jako je nakupování, vaření, stravování nebo úklid domácnosti. Tato doména zahrnuje i způsob odpočinku a činnosti, které pacient během něho provádí. Hodnotí délku spánku a jeho přerušovanost, zvyklosti při usínání a užívání léků navozujících spánek. Sestra posoudí míru soběstačnosti pacienta s jaterní cirhózou při pohybu a péči o sebe sama. Míra soběstačnosti v těchto činnostech je závislá na současném zdravotním stavu pacienta s jaterní cirhózou (Mastiliaková, 2014, s. 63, 75-77, 114).

Pátá doména posuzuje vnímání a poznávání. Hodnotí stav nebo poškození smyslového vnímání a jeho kompenzaci pomocí pomůcek nebo náhrad. Hodnotí úroveň vědomí pacienta s jaterní cirhózou, jeho mentální funkce a orientaci v místě, čase a osobě. Dále schopnost slovního vyjadřování, komunikace, učení nebo myšlení. K tomu se využívá čtení písma nebo kladení otázek. Zásadní je zjistit, zda je pacient obeznámen o svém zdravotním stavu a zda jsou podané informace o nemoci dostatečné (Mastiliaková, 2014, s. 77-78, 114).

Šestá doména pojednává o sebepercepci. Shrnuje citové ladění pacienta s jaterní cirhózou a vnímání sebe sama. Jak pacient s jaterní cirhózou vnímá změnu svého vzhledu a jak ho přijímá jeho okolí. Zjišťuje, jaký má na sebe pacient s jaterní cirhózou názor a co si o sobě myslí, jak si myslí, že zvládá vykonávat zadané činnosti. Zabývá se otázkou, jaký má pacient sám k sobě přístup, jak se hodnotí a váží si sám sebe. Sestra hodnotí neverbální vyjadřování pacienta s jaterní cirhózou, jako je držení těla, udržení očního kontaktu nebo rychlost jeho řeči (Mastiliaková, 2014, s. 78-79, 114).

Sedmá doména pojednává o vztazích mezi rolemi. Posuzuje schopnost pacienta s jaterní cirhózou plnit své životní role a vyhovět v oblasti mezilidských vztahů. Zkoumá, jak pacient s jaterní cirhózou vnímá své životní role a jaké sebou nesou pro něho povinnosti. Tato doména se zabývá pacientovým vztahem s jeho rodinou. Zajímá se o jeho zaměstnání a vztah ke společnosti (Mastiliaková, 2014, s. 64, 79-80, 114).

Osmá doména se zabývá sexualitou pacienta s jaterní cirhózou. Zjišťuje spokojenost pacienta s jeho sexualitou a funkcí reprodukčních orgánů. Zajímá se o problémy pacienta s jaterní cirhózou v této oblasti, u žen jsou to problémy s menstruací, menopauza, potraty. Muži trpí problémy s prostatou (Mastiliaková, 2014, s. 64, 80, 114).

Devátá doména se zabývá zvládním/tolerancí zátěže. Tato doména hodnotí změny životních situací v průběhu posledních dvou let a způsob, jak se s nimi pacient s jaterní cirhózou vyrovnal, jak ho ovlivnily nebo co mu pomohlo k vyrovnání se v zátěžové situaci. K tomu napomáhá pacientovi podpora ze strany rodiny nebo jiných blízkých příslušníků (Mastiliaková, 2014, s. 81, 114). Sestra hodnotí psychický stav pacienta s jaterní cirhózou a je mu částečnou psychickou oporou. Motivuje pacienta do aktivní sebekpěče (Slezáková a kol., 2012, s. 65).

Desátá doména shrnuje životní principy a hodnoty. Zabývá se přesvědčením pacienta, jeho vírou nebo náboženským vyznáním. Tím, co pacienta vede k činnosti a rozhodnutí během jeho života. Jak pacient s jaterní cirhózou vnímá kvalitu svého života nebo co očekává (Mastiliaková, 2014, s. 82, 114).

Jedenáctá doména pojednává o bezpečnosti a ochraně pacienta (Mastiliaková, 2014, s. 144). Pacient s jaterní cirhózou může během onemocnění prožívat nepříjemné pocity, nejistotu, strach nebo úzkost. V této oblasti pacient s jaterní cirhózou vyžaduje potřebu na někoho se spolehnout, najít stabilitu, odpoutat se od strachu a důvěřovat druhým lidem. Narušený pocit bezpečí může pacient s jaterní cirhózou pociťovat jako ohrožení jeho přežití z vnější strany (Trachtová, 2013, s. 141, 144).

Dvanáctá doména posuzuje komfort pacienta s jaterní cirhózou. S komfortem je spojeno pociťování bolesti, její tlumení nebo úplné odstranění (Mastiliaková, 2014, s. 77, 114). Bolest je ukazatelem, který varuje před ohrožením organismu. Působí jako obrana před škodlivinami, na které včas upozorní svým propuknutím. Vnímání bolesti je výrazně ovlivněno náladou pacienta. Sestra zjišťuje lokalizaci, intenzitu, kvalitu, druh bolesti a vlivy, které ji způsobují (Trachtová, 2013, s. 125, 131-132).

Třináctá doména zkoumá růst a vývoj pacienta. Posuzuje, zda došlo u pacienta s jaterní cirhózou k disproporčnímu růstu nebo opožděnému vývoji (Herdman, Kamitsuru, 2015, s. 413-414).

II PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část bakalářské práce popisuje metodiku sběru dat od pacientů s jaterní cirhózou. Celkem bylo zpracováno 8 kazuistik. Tři z nich jsou podrobně specifikovány v podobě ošetrovatelského procesu a uvedeny v praktické části bakalářské práce. Zbylé kazuistiky jsou uvedeny v praktické části bakalářské práce pouze stručně.

4 Metodika

Sběr dat byl uskutečněn na standardním interním oddělení se zaměřením na gastroenterologii v nemocnici krajského typu. Sběr dat byl odsouhlasen vedením zdravotnického zařízení a probíhal od listopadu 2018 do května 2019. Do praktické části bakalářské práce byli zařazeni dospělí pacienti s diagnostikovanou jaterní cirhózou. Další podmínkou byla ochota pacientů spolupracovat a sdělit informace o jejich onemocnění. Ke zpracování byla použita data od pacientů, kteří byli seznámeni s anonymitou, účelem sběru požadovaných dat, předpokládanou délkou rozhovoru a podepsali písemný souhlas (Příloha D). Průběh rozhovoru byl nahráván pomocí záznamového zařízení, zapsán do předem připravené anamnézy, následně doslovně přepsán do elektronické podoby a zpracován formou kazuistiky. Délka rozhovoru závisela na rozsahu informací sdělovaných pacientem. Maximální délka rozhovoru byla 45 minut. Rozhovory probíhaly v soukromí na pokoji nebo společenské místnosti. Získaná data byla doplněna o informace ze zdravotnické dokumentace s ústním souhlasem pacienta. Sběr dat probíhal během vykonávání odborné praxe na standardním interním oddělení.

Podkladem pro vypracování otázek ke sběru dat, byla ošetrovatelská anamnéza, využívaná pro studijní účely FZS Univerzity Pardubice (Příloha E). V ošetrovatelské anamnéze je k získání dat využito i pozorování, fyzikální vyšetření pacienta a posuzování jeho stavu pomocí doprovodných hodnotících škál a testů pro určení potenciálních rizik. Strukturu rozhovoru tvoří otázky sestavené do 13 skupin podle jednotlivých NANDA domén. Domény hodnotí možné patologie ve všech tělních systémech a posuzují současný stav potřeb pacienta. K základním otázkám byly přidány specifické otázky dotazující se přímo na konkrétní problémy pacientů s jaterní cirhózou (Příloha F). Před zahájením sběru dat byly otázky k rozhovoru zkontrolovány a následně schváleny vedoucí práce.

Celkem bylo dotazováno 8 pacientů s jaterní cirhózou. Ze získaných anamnéz bylo vypracováno 8 kazuistik. Součástí kazuistik je posouzení současného stavu potřeb pacientů

s jaterní cirhózou. Každá kazuistika byla následně podrobně zpracována prostřednictvím ošetrovatelského procesu, součástí kterého je stanovení ošetrovatelských diagnóz usnadňující péči o pacienty s jaterní cirhózou. V praktické části jsou uvedeny 3 nejvýznamnější kazuistiky. Zmíněny jsou i zásadní informace o ostatních kazuistikách.

4.1 Cíle praktické části bakalářské práce

Vyhledat pacienty s jaterní cirhózou.

Vypracovat ošetrovatelský proces u pacientů s jaterní cirhózou.

Zjistit specifické potřeby pacientů s jaterní cirhózou.

Zjistit, jaké jsou nejčastější příčiny vzniku jaterní cirhózy, které uvádějí pacienti s jaterní cirhózou v porovnání se záznamy příčin vzniku jaterní cirhózy uvedené v ošetrovatelské dokumentaci.

Vytvořit mapu péče pro pacienty s jaterní cirhózou.

4.2 Stručný souhrn všech kazuistik pacientů s jaterní cirhózou nasbíraný pro praktickou část

Kazuistika č. 1, 2 a 3 jsou uvedeny v praktické části bakalářské práce podrobněji s vypracovaným ošetrovatelským plánem a stanovením ošetrovatelských diagnóz.

Kazuistika č. 4 – 27letá žena přeložena na standardní interní oddělení z JIP interního typu, kam byla přijata pro krvácení z jícnových varixů s hematemézou a melénou. Pacientka se léčí od 15 let s autoimunitní hepatitidou 1. typu – aktuálně ve stádiu jaterní cirhózy Child-Pugh B. Pacientka podstoupila neodkladnou urgentní gastroskopii se sklerotizací. Po gastroskopii neudává žádné obtíže ani bolesti. Pacientka občas pociťuje sníženou chuť k jídlu a nauzeu, nezvracela. Stolice je pravidelná, bez příměsi krve. Pacientka udává zvýšenou únavu během dne, i přesto že spí celou noc. Pacientka byla po třech dnech ošetrování na standardním interním oddělení přeložena na interní kliniku, která je ve stejném místě, jako hepatální poradna, kde je pacientka sledována.

Kazuistika č. 5 – 68letá žena přeložena na standardní interní oddělení z JIP interního typu, kde byla hospitalizovaná z důvodu krvácení z jícnových varixů s hematemézou a s těžkou posthemoragickou anémií, která byla korigována hemosubstitucí. Pacientka podstoupila neodkladnou urgentní gastroskopii se sklerotizací. Pacientce bylo provedeno CT vyšetření břicha se zaměřením na játra a portální řečiště, které prokázalo splenogastrické kolaterály,

jícnové varixy a ascites. Pacientka neudává po gastrokopii žádné obtíže ani bolesti. Stolica je pravidelná, bez příměsi krve. Pacientka nepocituje sníženou chuť k jídlu, nauzeu ani zvracení. Pacientka byla po stabilizaci stavu propuštěna do domácího prostředí.

Kazuistika č. 6 – 65letý muž neplánovaně přijatý na standardní interní oddělení z důvodu zhoršení zdravotního stavu při jaterní encefalopatii I. stupně ke kompenzaci stavu pomocí infuzní terapie. U pacienta se projeví známky agresivity, únava, mírná zmatenost, je částečně orientovaný v čase a úplně orientovaný osobou a místem. Pacient je po amputaci levé dolní končetiny pod kolenem z důvodu osteosarkomu před třiceti lety. U pacienta docházelo k postupné progresi ascitu a ikteru. Pacient trpí třesem horních končetin. Pacient trpí urgentní močovou inkontinencí, s vyprazdňováním stolice problémy neudává. Pacientovi je zajištěna následná péče v léčebně dlouhodobě nemocných, kde bude probíhat dál infuzní terapie.

Kazuistika č. 7 – 37letý muž neplánovaně přijatý na standardní interní oddělení z důvodu zvracení a bolesti zad s rozvinutým hepatorenálním syndromem. Pacient byl přijatý k infuzní terapii a korekci koagulopatie. Pacient trpí sekundární epilepsií při abusu alkoholu. Pacientovi byla diagnostikována jaterní cirhóza, dle ultrazvuku byl diagnostikován ascites. U pacienta se objevil ikterus sklér a kůže. Stolica je pravidelná, bez příměsi. Pacient zvracel žaludeční šťávy, pocituje nechutenství a sníženou chuť k jídlu. U pacienta se objevily bilaterální perimaleolární otoky dolních končetin. Pacient trpí oligurií. Pacient udává bolesti v bederní oblasti, stále opakovaně zvrací žaludeční šťávy, je vyčerpaný. Pro zhoršení zdravotního stavu byl pacient přeložen na JIP interního typu.

Kazuistika č. 8 – 91letá žena plánovaně přijatá na standardní interní oddělení z důvodu zhoršení dušnosti s anasarkou při dekompenzaci jater. Pacientka dlouhodobě trpí námahovou dušností, nově se objevila i klidová dušnost. Pacientka trpí otoky dolních končetin a urgentní močovou inkontinencí, problémy se stolicí neudává. Pacientka byla přijata k inhalační léčbě a podávání diuretik. U pacientky se subjektivně snížil pocit klidové dušnosti. Diuretická léčba byla efektivní. Pacientka byla propuštěna do domácího prostředí.

5 Kazuistika č. 1

63letý muž plánovaně přijatý na standardní interní oddělení k punkci ascitu, který nereaguje na navýšení medikamentózní léčby diuretiky. Pacient se necítí moc dobře. Objem břicha se nezmenšuje, pacient pociťuje bolest a pnutí břišní stěny. Dýchá se mu špatně při námaze i v klidu. Problémy s močením a stolicí nemá. Pacient je soběstačný v sebeobsluze.

5.1 Zhodnocení zdravotního stavu pacienta sestrou

Anamnéza

Osobní anamnéza

Pacient je diabetik II. typu na inzulinu a diabetické dietě. V roce 1998 podstoupil hrudní operaci pro perikarditidu. Trpí chronickou renální insuficiencí s retencí dusíkatých látek a CHOPN II. až III. stádia s plicním emfyzémem.

Alergická anamnéza

Pacient udává alergii na Penicilin.

Rodinná anamnéza

Pacient si není vědom žádného onemocnění rodinných příslušníků, které by mělo souvislost s jeho onemocněním.

Pracovní anamnéza

Pacient je ve starobním důchodu. Vyučil se ševcem a dříve pracoval v zemědělském družstvu na polích. Od 45 let byl v invalidním důchodu.

Sociální anamnéza

Pacient je vdovec, žije sám v bytě. Má dvě děti- dceru a syna. Dcera ho často navštěvuje.

Farmakologická anamnéza

Pacient užívá Furorese 125 mg tbl. 1-0-0 (diuretika), Verospiron 25 mg tbl. 1-0-1 (diuretika), Betaloc Zok 25 mg tbl. 1-0-0 (antihypertenziva), Spiriva inh. cps. 1-0-0 (prášek k inhalaci, bronchodilatantia), Symbicort 400 µg /12 µg inh. sol. 1-0-1 (prášek k inhalaci, bronchodilatantia), Humulin R inj. sol. 15j.-15j.-15j. s. c. (humánní inzulin), Humulin N inj. sol. 0-0-0-25j. s. c. (humánní inzulin).

Toxikologická anamnéza

Pacient je nekuřák již 25 let a alkohol nepije již 20 let.

Hlavní diagnóza

Cirhóza jater – etiologie toxonutritivní, Child Pugh B (8 bodů) dle jaterní biopsie těžká periportální a intralobulární fibróza

Vedlejší diagnózy

Refrakterní ascites – progrese i po navýšené diuretické medikace, st.p. opakovaných punkcích

Retence dusíkatých látek – prerenální etiologie při diuretické medikace

St.p. hyperkalemii při progresi renální insuficienci prerenální etiologie s polékovým podílem

Diabetes mellitus II. typu na inzulinoterapii

Aspergilóza plicní, CHOPN II. až III. st., emfyzém plic

Fibrilace síní s rychlejší odpovědí komor, ponechán jako základní rytmus – dilatace levé síně s normální funkcí levé komory v 11/2011

Dnavá artritida

St.p. hrudní operaci pro perikarditidu 1998

Základní vyšetření sestrou

Celková vzhled, úprava: Poloha – aktivní. Postoj – vzpřímený. Chůze – přirozená. Znamky akromegalie – ne. Výška – 167 cm. Váha – 83 kg.

Vědomí, neurologický systém: Orientovaný v čase, prostoru a osobě. Oční kontakt udržuje. Závratě – ne. Pozornost – záměrná, stálá. Paměť – neporušená. Porucha citlivosti a hybnosti končetin – ne. Abnormální pohyby – ne. Poruchy řeči – ne. Zornice – izokorické, fotoreakce přítomna P/L. Skléry - nezbarveny. Poruchy zraku – ne.

Hlava, ORL: Hlava bez patologií. Nos – bez patologií, bez sekrece. Dutina ústní – sliznice vlhké, růžové, bez krvácení a zápachu z úst. Chrup – horní a dolní protéza. Krk – bez patologií. Porucha polykání a hlasu – ne.

Hrudník: Bez patologií.

Dýchání: Spontánní, frekvence 18/min., eupnoe, SpO₂ 98 %. Dušnost – námahová, před punkcí ascitu i klidová dušnost. Kašel – ne.

Srdce, cévy: TK 120/65, P 85/min pravidelný, tvrdý. Edémy – ne. Palpitace – ne. Cyanóza – ne. Bolesti na hrudi – ne.

Břícho: Patologie – ascites, napětí břišní stěny, pavoukovité névy – ne. Krvácení ze zažívacího traktu – ne. Kýly – ne. Peristaltika – bez poruchy střevní pasáže.

Močový systém: Patologie – nykturie (2x za noc).

Končetiny: Edémy končetin – ne. Kloubní deformity a náhrady – ne. Periferní pulzace na HK a DK – hmatná. Varixy – ne.

Kůže a kožní deriváty: TT 36,8°C. Akutní nebo chronická nehojící se rána – ne. Barva kůže – fyziologická, bez ikteru, suchá. Bez invazivních vstupů.

Testy a škály

GCS: 15 bodů, bez poruchy vědomí

MNA: 9 bodů – v riziku podvýživy (patologie – výrazné snížení příjmu potravy u pacienta za uplynulé 3 měsíce – 0 bodů, úbytek váhy za poslední 3 měsíce větší než 3 kg – 0 bodů, mobilita – samostatná chůze bez omezení – 2 body, pacient netrpěl během uplynulých 3 měsíců psychickým stresem – 2 body, pacient nemá žádné psychické problémy – 2 body, BMI 23 a vyšší – 3 body)

BMI: 29,76 – nadváha (patologie – výška – 167 cm, váha – 83 kg)

Riziko pádu dle Conleyové: 5 bodů – střední riziko (patologie - užívání léků – 1 bod, mívá někdy závratě – 3 body, v noci má nucení na močení – 1 bod)

Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové: 28 bodů – bez rizika

Úroveň soběstačnosti dle Gordonové: 0 – nezávislý, soběstačný pacient

Barthelův test každodenních všedních činností: 100 bodů – nezávislý

MMSE: 30 bodů – pásma normálu

Vizuální analogová škála bolesti: 0 – bez bolesti

Vyšetřovací metody při přijetí pacienta

Biochemické vyšetření krve: Glukóza 6,79 mmol/l – patologická hodnota (ref. mez 3,5-5,6 mmol/l); Na 138 mmol/l (ref. mez 136-144 mmol/l); K 3,9 (ref. mez 3,5-5,1 mmol/l); Cl 93 mmol/l – patologická hodnota (ref. mez 97-108 mmol/l); Ca 2,38 (ref. mez 2,00-2,75mmol/l); Urea 8,0 mmol/l (ref. mez 2,6-8,2 mmol/l); Kreatinin 98 μ mol/l (ref. mez 70-115 μ mol/l); Celková bílkovina 24 g/l – patologická hodnota (ref. mez 64-82 g/l); ALT 0,17 μ kat/l (ref. mez 0,10-0,80 μ kat/l); AST 0,24 μ kat/l (ref. mez 0,10-0,85 μ kat/l); GMT 5,13 μ kat/l – patologická hodnota (ref. mez 0,10-0,85 μ kat/l); ALP 6,75 μ kat/l – patologická hodnota (ref. mez 0,10-2,20 μ kat/l); CRP 36 mg/l – patologická hodnota (ref. mez 0,0-10,0 mg/l).

Hematologické vyšetření krve: Leukocyty $5,5 \cdot 10^9/l$ (ref. mez $4,2-10,2 \cdot 10^9/l$); Erytrocyty $3,82 \cdot 10^{12}/l$ – patologická hodnota (ref. mez $4,0-5,3 \cdot 10^{12}/l$); Hemoglobin 100 g/l – patologická hodnota (ref. mez 135 - 175 g/l); Hematokrit 0,32 – patologická hodnota (ref. mez 0,40-0,50); Trombocyty $145 \cdot 10^9/l$ – patologická hodnota (ref. mez $150 - 400 \cdot 10^9/l$).

Koagulační vyšetření krve: INR 1,5 – patologická hodnota (ref. mez 0,8-1,2).

Sledovat hladinu glykémie z kapilární krve 3x denně R-P-V

Sledovat příjem a výdej tekutin za 24 hodin

Sledovat fyziologické funkce 2x denně – TK, P, SpO₂, 3x denně sledovat TT

5.2 Průběh hospitalizace

1. Den hospitalizace (8. 11. 2018)

Pacient byl přijat na standardní interní oddělení na doporučení ošetřujícího lékaře v hepatální poradně. Pacient byl seznámen s oddělením, jeho režimem, vnitřním řádem, právy pacientů a byl uložen na lůžko. Pacientovi byl nasazen identifikační náramek na levou horní končetinu. Pacient byl vstupně vyšetřen lékařem, podepsal informovaný souhlas s hospitalizací a souhlas s provedením výkonu (punkce ascitu). Pacient byl edukován o důvodu přijetí, průběhu výkonu a možném plánovaném propuštění při neobjevení se komplikací výkonu. Následně byla s pacientem sepsána ošetřovatelská anamnéza a vyhodnoceny ošetřovatelské škály a testy. Pacientovi bylo stanoveno BMI 29,76, hodnoceno jako nadváha a ve škále MNA bylo stanoveno 9 bodů, pacient je v riziku podvýživy a je nutné kontaktovat nutričního terapeuta.

Na škále rizika pádu dle Conleyové byl pacient ohodnocen pěti body ve středním riziku pádu. U lůžka byla použita jedna postranice, pacient měl u ruky signalizaci a byl edukován o rizicích pádu. Pacient si zvolil nejbližší osobu pro sdělení informací o jeho zdravotním stavu a heslo pro telefonickou komunikaci nejbližší osoby se zdravotnickým personálem. Pacient odmítá uložení cenností do trezoru a chce si je nechat u sebe a ručit si za ně sám. Pacient je v rámci pohybu a sebeobsluhy soběstačný, chodící, orientovaný a spolupracující. Pacientovi byla odebrána venózní krev na biochemické, hematologické a koagulační vyšetření dle ordinace lékaře. Pacientovi byla naordinována diabetická dieta. Lékař naordinoval sledování příjmu a výdeje tekutin za 24 hodin. Pacientovi byl změřen TK – 120/65, P – 85/min., SpO₂ – 98 %, TT – 36,8°C. Pacient byl přesunut na vyšetřovnu, kde punkce ascitu probíhala. Lékař před punkcí ascitu pacientovi vysvětlil průběh výkonu. Pacient zaujmul polohu v mírném polosedě. Poté byla provedena samotná punkce ascitu (lékař vyhledal vhodné místo vpichu pomocí ultrazvuku, sestra asistovala lékaři, byla provedena dezinfekce místa vpichu, lékař provedl vpich punkční jehlou napojenou na infuzní set, který odváděl punktát do sběrné nádoby). Z punktátu byl odebrán vzorek na biochemické, hematologické a mikrobiologické vyšetření. Během výkonu byl kontrolován zdravotní stav pacienta. Po vypunktování dvou litrů tekutiny lékař odstranil punkční jehlu a sterilně překryl místo vpichu. Pacient byl uložen na lůžko na pokoji. Dvakrát po půl hodině a dvakrát po hodině od punkce ascitu, byly sledovány fyziologické funkce, místo vpichu, projevy bolesti a celkový stav pacienta dle ordinace lékaře. Naměřené hodnoty fyziologických funkcí se po celou dobu měření držely ve fyziologickém rozhraní, místo vpichu neprosakovalo, pacient se cítil dobře a neudával žádnou bolest. Naměřené hodnoty fyziologických funkcí byly předány lékaři. Lékař zhodnotil pacientův stav po punkci ascitu. U pacienta se subjektivně snížil pocit dušnosti a pacient neudával klidovou dušnost. Odpoledne se pacient zdržoval spíše v lůžku, odpočíval. Večer byla pacientovi odebrána kapilární krev na vyšetření hladiny glykémie. Hladina glykémie byla 9,7 mmol/l. Byly změřeny fyziologické funkce TK – 128/75, P 76/min., SpO₂ – 98 %, TT – 36,5°C. Pacientovi byl aplikován inzulin Humulin R inj. sol. 15j. s. c. dle ordinace lékaře. Pacientovi byly podány večerní léky dle ordinace lékaře (Verospiron 25 mg 1 tbl., Symbicort 400 µg /12 µg 1 inh. sol.). Pacientovi byla podána večeře, snědla celou porci. Před druhou večeří byl pacientovi aplikován Humulin N inj. sol. 25j. s. c. dle ordinace lékaře. Pacient bez problémů usnul.

2. Den hospitalizace (9. 11. 2018)

Pacientovi byla odebrána kapilární krev na vyšetření hladiny glykémie. Hodnota glykémie byla 8,9 mmol/l. Hygienu provedl samostatně. Ráno byl pacient na stoličce a nezaznamenal zástavu odchodu střevních plynů. Byly mu podány léky dle ordinace lékaře (Furorese 125 mg 1 tbl., Verospiron 25 mg 1 tbl., Betaloc Zok 25 mg 1 tbl., Spiriva 1 inh. cps., Symbicort 400 µg /12 µg 1 inh. sol.). Podkožně byl pacientovi aplikován inzulín Humulin R inj. sol. 15j. s. c. dle ordinace lékaře. Pacient se následně nasnídal. Snědl ¾ porce. Byl mu změřen TK – 125/70, P – 80/min., TT – 36,7°C, SpO₂ – 99 %. Příjem tekutin u pacienta za 24 hodin činil 1250 ml (per os) a výdej činil 3200 ml (z toho byly 2 litry punktátu). Pacient se cítil dobře. Lékař ho po vyšetření a konzultaci s primářem oddělení před obědem propustil do domácího prostředí. Pacientovi byla předána propouštěcí zpráva a odstraněn identifikační náramek. Pacient byl objednan na 19. 11. 2018 na kontrolu do hepatální poradny, při objevení se potíží se dostaví dříve. Pacient dostal doporučení se do tří dnů dostavit k praktickému lékaři s propouštěcí zprávou. Lékař doporučil pacientovi klidový režim minimálně po dobu 7 dní a užívání stanovené medikace. Pacientovi zajistila odvoz domů dcera.

5.3 Posouzení současného stavu potřeb podle NANDA domén

1. Doména – Podpora zdraví

Pacient hodnotí své zdraví jako ne moc dobré. Pro podporu svého zdraví chodí na procházky se svým psem, pravidelně navštěvuje praktického lékaře a hepatální poradnu a doporučení lékařů se snaží dodržovat. Dodržuje předepsanou diabetickou dietu a pravidelnou aplikaci inzulínu. Pacient je bývalý kuřák, nekouří již 25 let. Alkohol pil od svého mládí a před dvaceti lety ho přestal pít ze dne na den. Pacient popírá, že by mělo pití alkoholu vliv na jeho současný zdravotní stav. Podle pacienta je příčinou jeho onemocnění jater vysoká dávka léku, který užíval po odstranění výpotku na srdci a zápalu plic před dvaceti lety. Od té doby začal mít problémy s játry a začal se tvořit ascites. Pacient již jednou podstoupil punkci ascitu před pěti lety. Druhý ascites se začal tvořit před třemi měsíci, nyní byly vypunktovány dva litry tekutiny. Před punkcí pacient vážil 83 kg. Po punkci ascitu vážil 82 kg.

2. Doména – Výživa

Pacient dodržuje diabetickou dietu. Pravidelně se stravuje 6x denně a aplikuje si inzulín. Má horní i dolní zubní protézu. Pacient užívá normální formu stravy a sní obvykle polovinu

porce. Poslední dobou během tvorby ascitu pociťoval sníženou chuť k jídlu a nevolnost. Za poslední tři měsíce zhubnul 10 kg. Pacient neudává žádné potíže s polykáním. Alergii na potraviny neudává. V rámci stravování je soběstačný. Denně vypije asi 1,5 l tekutin, preferuje bylinné čaje a minerální vody. Pacient netrpí zvýšeným pocitem žízně.

3. Doména – Vylučování a výměna

Pacient chodí pravidelně každé ráno na stolicí. Netrpí zácpou ani průjmem. Nezaznamenal žádné příměsi krve ve stolici, neudává nadýmání ani zvýšený odchod střevních plynů. Pacient je v rámci vyprazdňování zcela soběstačný. Močí spontánně, nezaznamenal příměsi krve v moči. Pacient popisuje nykturii, během noci se budí dvakrát z důvodu nucení na močení.

4. Doména – Aktivita, odpočinek

Pacientovi nebrání nic v tělesné aktivitě, pouze ascites, který ho omezoval a díky němuž se zadýchával i klidu. U pacienta se neobjevily otoky dolních končetin a neobjevil se ani třes horních končetin. Pacient je v oblasti hygieny a oblékání soběstačný. Pacient udává, že je unavený během dne, i přes únavu, ale nemůže během dne usnout. Usíná většinou do půl hodiny po ulehnutí do postele. Během noci se dvakrát vzbudí na toaletu. Léky na spaní neužívá.

5. Doména – Vnímání, poznávání

Pacient neudává žádné potíže se zrakem ani se sluchem. Nepoužívá žádné kompenzační pomůcky. Není nic, co by mu bránilo v komunikaci s okolím. Pacient je orientován osobou, místem i časem, dokáže udržet pozornost delší dobu.

6. Doména – Vnímání sebe sama

Pacient se po punkci ascitu cítí lépe než před ní. Ulevilo se mu v rámci napětí břišní stěny, zlepšily se problémy s dýcháním. Jeho zdrojem síly ke zvládnutí současné situace je jeho silná vůle uzdravit se a psychická podpora od jeho dětí. Pacient vnímá zhoršený obraz vlastního těla z důvodu tvorby ascitu a zvětšování objemu břicha, ale změnu konstituce vlastního těla musel přijmout. Lidé v okolí pacienta neodsuzují z důvodu změny jeho vzhledu. U pacienta nedošlo ke změně barvy jeho kůže.

7. Doména – Vztahy

Pacient je vdovec, žije sám ve vlastním bytě ve městě. Má dvě děti. Syn ho navštěvuje zřídka. Dcera bydlí ve stejné ulici jako pacient, často ho navštěvuje a pomáhá mu s úklidem

domácnosti a vařením. Během hospitalizace ho navštěvuje dcera i syn. Propuštění je plánováno zpátky do bytu, kde se o pacienta postará dcera.

8. Doména – Sexualita

Pacient neudává žádné problémy v oblasti sexuality.

9. Doména – Zvládání zátěže/odolnost vůči stresu

Pacient současnou situaci nevnímá moc dobře, ale je rád, že se mu ulevilo po punkci ascitu. Pacient se cítí trochu ve stresu z jeho nemoci. Ke zmírnění obav mu pomáhá konzultace s jeho ošetřujícím lékařem v hepatální poradně. U pacienta se neobjevily výkyvy nálad.

10. Doména – Životní principy

Pro pacienta je v životě nejdůležitější jeho zdraví a chce se více věnovat jeho dětem, bez kterých si nedovede svůj život představit, a na které je pyšný. Pacient není věřící.

11. Doména – Bezpečnost/ochrana

Pacient se během hospitalizace cítí v bezpečí. V prostředí se orientuje dobře, protože už byl na standardním interním oddělení hospitalizovaný. Neudává strach ani úzkost.

12. Doména – Komfort

Pacient neudává žádnou bolest ani svědění kůže. Netrpí zvýšenou tvorbou modřin ani krváčovými projevy.

13. Doména – Růst a vývoj

V oblasti růstu a vývoje se u pacienta neobjevily žádné patologické odchylky.

5.4 Ošetřovatelské diagnózy a plán ošetřovatelské péče o pacienta

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle taxonomie II NANDA International, 2015. V následujícím textu jsou ošetřovatelské diagnózy seřazeny podle důležitosti aktuálního problému pacienta pro sestru ze strany ošetřovatelské péče o pacienta.

Ošetřovatelská diagnóza: Intolerance aktivity 00092

Doména 4. Aktivita/odpočinek **Třída 4.** Kardiovaskulární/pulmonální reakce

Určující znaky: Námahová dyspnoe, únava, celková slabost

Související faktory: Nerovnováha mezi dodávkou a potřebou kyslíku, klid na lůžku

Cíle: Pacient ujde 50 metrů po rovině bez projevů dušnosti při každém opuštění lůžka.

Ošetrovatelské intervence: Aktivizuj pacienta v pohybu a poskytni mu psychickou podporu. Sleduj u pacienta možné projevy poruchy rovnováhy a projevy dušnosti. Dbej na pacientovu bezpečnost při pohybu. V případě objevení dušnosti dopomož pacientovi na lůžko, zajisti ortopnoickou polohu, čerstvý vzduch a sleduj dech a SpO₂. V případě patologických hodnot fyziologických funkcí ihned informuj lékaře.

Realizace: Bylo dbáno na bezpečnost pacienta úpravou jeho prostředí. Pacient byl při chůzi soběstačný, v závěru chůze se u něho objevila dušnost. Bylo mu dopomoženo na lůžko, byla zajištěna ortopnoická poloha a čerstvý vzduch. Počet dechů byl 24/min., SpO₂ 95 %. Pocit dušnosti u pacienta vymizel do dvou minut v klidu na lůžku.

Vyhodnocení ošetrovatelské péče: Pacient nezvládl ujít vzdálenost 50 metrů bez projevů dušnosti při každém opuštění lůžka. U pacienta se během pohybu neprojevíly poruchy rovnováhy. Po punkci ascitu pacient subjektivně udával vymizení klidové dušnosti.

Ošetrovatelská diagnóza: Narušený vzorec spánku 00198

Doména 4. Aktivita/odpočinek **Třída 1.** Spánek/odpočinek

Určující znaky: Změna normálního vzorce spánku, pocit nedostatečného odpočinku, nechtěné probouzení

Související faktory: Vzorec spánku nepostačuje ke znovunabytí energie

Cíle: Pacient se probudí pouze jednou za noc z důvodu nucení na močení. U pacienta se subjektivně sníží pocit únavy na polovinu do druhého dne.

Ošetrovatelské intervence: Edukuj pacienta o pitném režimu a jeho snížení hodinu před spánkem. Edukuj pacienta o vymočení před ulehnutím na lůžko. Zajisti pacientovi klidné a tiché prostředí během noci. Doporuč pacientovi více odpočívat a snížit fyzickou námahu.

Realizace: Pacient byl edukován o snížení pitného režimu před spánkem a vymočení před ulehnutím na lůžko. Pacient více odpočíval a snížil obvyklou fyzickou námahu na polovinu své běžné fyzické aktivity. Pacientovi bylo zajištěno klidné a tiché prostředí během noci.

Vyhodnocení ošetrovatelské péče: Pacient po ulehnutí na lůžko usnul do půl hodiny a během noci se vzbudil z důvodu nucení na močení pouze jednou. Po opětovném ulehnutí na lůžko znovu bez problémů usnul během pár minut. Pacient subjektivně udával snížení pocitu únavy na polovinu.

Ošetrovatelská diagnóza: Narušený obraz těla 00118

Doména 6. Sebepercepce **Třída 3.** Obraz těla

Určující znaky: Změna stavby těla, chování akceptující vlastní tělo, změněný pohled na vlastní tělo

Související faktory: Změna tělesné funkce, onemocnění, změna vnímání sebe sama

Cíle: Pacient subjektivně udává ztotožnění s ascitem a je schopen o ascitu mluvit po konzultaci s lékařem.

Ošetrovatelské intervence: Poskytni pacientovi dostatečnou psychickou podporu prostřednictvím rozhovoru, naslouchej pacientovi. Zajisti potřebnou konzultaci pacientova stavu s lékařem. Zajisti pacientovi dostatek soukromí a chraň jeho intimitu.

Realizace: Pacientovi byla poskytnuta psychická podpora. Lékař poskytl pacientovi během konzultace dostatečnou podporu a snížil pacientův stres, který pociťuje v souvislosti s jeho nemocí. Pacientovi byl zajištěn dostatek soukromí a chráněna jeho intimita.

Vyhodnocení ošetrovatelské péče: Pacient subjektivně udával ztotožnění s ascitem, byl schopen o něm otevřeně mluvit. Lékař během konzultace pacienta psychicky uklidnil a podpořil ho.

Ošetrovatelská diagnóza: Riziko nestabilní glykémie 00179

Doména 2. Výživa **Třída 4.** Metabolismus

Rizikové faktory: Průměrná denní aktivita je nižší, než je doporučená pro dané pohlaví a věk, zhoršený zdravotní stav, nadměrná ztráta tělesné hmotnosti

Cíle: U pacienta se neprojeví příznaky hypoglykémie nebo hyperglykémie během hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence: Sleduj hladiny glykémie v kapilární krvi pomocí glukometru 3x denně (R-P-V) dle ordinace lékaře. Před jídlem aplikuj inzulin Humulin R inj. sol. 15j.-15j.-15j. s. c. a Humulin N inj. sol. 0-0-0-25j. s. c. dle ordinace lékaře. Podávej pacientovi předepsanou diabetickou dietu dle ordinace lékaře a dbej na její dodržování. Dběj na estetickou úpravu jídla. Přizpůsob okolí pacienta ke vhodnému stolování. Sleduj množství snědené porce u každého jídla. Proved' záznam do dokumentace. Sleduj u pacienta jeho subjektivní pocit chutě k jídlu nebo projevy nechutenství.

Realizace: U pacienta bylo provedeno měření hladiny glykémie z kapilární krve pomocí glukometru 3x denně dle ordinace lékaře. Večer byla hladina glykémie v krvi 9,7 mmol/l. Podkožně byl aplikován inzulin Humulin R inj. sol. 15j. s. c. dle ordinace lékaře. Pacient se následně navečeřel. Byl proveden záznam do dokumentace.

Vyhodnocení ošetrovatelské péče: U pacienta se neprojeví příznaky hypoglykémie nebo hyperglykémie po dobu hospitalizace. Pacient snědl celou porci z večere. U pacienta se subjektivně neprojeví snížená chuť k jídlu ani projevy nechutenství.

Ošetrovatelská diagnóza: Riziko nevyváženého objemu tekutin 00025

Doména 2. Výživa Třída 5. Hydratace

Rizikové faktory: Ascites, léčba

Cíle: U pacienta nedojde ke zvýšení výdeje tekutin nad 3,5 litru za 24 hodin. Po punkci ascitu bude sledováno množství a vzhled vypunktované tekutiny.

Ošetrovatelské intervence: Proved' přípravu pacienta před punkcí ascitu. Před punkcí změř pacientovi fyziologické funkce. Asistuj lékaři při punkci ascitu. Sleduj množství a vzhled vypunktované tekutiny. Sleduj pacientův zdravotní stav, místo vpichu a fyziologické funkce dvakrát po půl hodině a dvakrát po hodině po punkci ascitu dle ordinace lékaře. Sleduj u pacienta projevy bolesti břicha, odchod střevních plynů a vyprazdňování stolice. Sleduj u pacienta projevy dušnosti a poruchy rovnováhy po punkci ascitu. Edukuj pacienta o sledování příjmu a výdeje tekutin. Sleduj pacientův příjem a výdej tekutin za 24 hodin a váhu. Podávej Furorese 125 mg tbl. 1-0-0 a Verospiron 25 mg tbl. 1-0-1 dle ordinace lékaře. Proved' záznam do dokumentace.

Realizace: Pacient byl připraven k punkci ascitu a podepsal souhlas s výkonem. Pacientovi byl změřen TK – 120/65, P – 85/min., SpO₂ – 98 %, TT – 36,8°C, váha – 83 kg. Pacient

zaujmul polohu v mírném polosedě. Poté byla provedena samotná punkce ascitu. Jednorázově byly vypunktovány 2 litry světle žluté tekutiny z ascitu. Vzorek punktátu byl odeslán na vyšetření dle ordinace lékaře. Po punkci byly sledovány fyziologické funkce dle ordinace lékaře, které byly ve fyziologickém rozhraní. Pacient byl po punkci bez obtíží, bez bolesti, místo vpichu bylo sterilně kryto, bez prosaku. Pacient vážil 82 kg a byl zachován odchod střevních plynů. Pacient byl edukován o sledování příjmu a výdeje tekutin. Byly podány diuretika dle ordinace lékaře a proveden záznam do dokumentace.

Vyhodnocení ošetrovatelské péče: U pacienta nedošlo ke zvýšení výdeje tekutin nad 3,5 litru za den. Příjem tekutin u pacienta za 24 hodin činil 1250 ml (per os) a výdej činil 3200 ml (z toho byly 2 litry punktátu). U pacienta se neprojeví poruchy rovnováhy. Po punkci ascitu pacient subjektivně udával vymizení klidové dušnosti.

Ošetrovatelská diagnóza: Riziko infekce 00004

Doména 11. Bezpečnost/ochrana **Třída 1.** Infekce

Rizikové faktory: Chronické onemocnění - diabetes mellitus, stáza tělních tekutin, změna integrity kůže

Cíle: U pacienta se neprojeví místní ani celkové známky infekce během hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence: Sleduj a sterilně kryj místo vpichu po punkci ascitu. Důkladně prováděj hygienickou dezinfekci rukou a dezinfekci kůže před invazivními vstupy. Dostatečně pečuj o pokožku. Edukuj pacienta o péči o kůži, hlavně na dolních končetinách.

Realizace: Místo vpichu bylo sterilně kryto, bez prosaku. Byla provedena dostatečná péče o pokožku. Pacient byl edukován o péči o dolní končetiny a prevenci diabetické nohy.

Vyhodnocení ošetrovatelské péče: U pacienta se neprojeví místní známky infekce během hospitalizace. Při biochemické vyšetření krve bylo zjištěno zvýšení hladiny CRP na 36 mg/l. Další celkové známky infekce se během hospitalizace neprojeví.

Ošetrovatelská diagnóza: Riziko krvácení 00206

Doména 11. Bezpečnost/ochrana **Třída 2.** Tělesné poškození

Rizikové faktory: Zhoršená funkce jater (cirhóza jater)

Cíle: U pacienta nedojde ke krvácení ze zažívacího traktu během hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence: Edukuj pacienta o možném vzniku krvácivých projevů. Sleduj u pacienta vznik krvácení a možné objevení příměsi krve ve stolici. V případě vzniku krvácení ihned informuj lékaře.

Realizace: Pacient byl edukován o možném vzniku krvácení a jeho projevech. Byla sledována barva a příměsi stolice. U pacienta byly sledovány známky krvácivých projevů.

Vyhodnocení ošetrovatelské péče: U pacienta nedošlo ke vzniku krvácení ze zažívacího traktu během hospitalizace. Pacient byl během hospitalizace jednou na stolici, bez příměsi krve. Neobjevily se žádné známky krvácivých projevů.

Ošetrovatelská diagnóza: Riziko pádů 00155

Doména 11. Bezpečnost/ochrana **Třída 2.** Tělesné poškození

Rizikové faktory: Žije sám, zhoršená mobilita, nutkání na močení, střední riziko pádu dle Conleyové (5 bodů)

Cíle: U pacienta nedojde k pádu ani poranění následkem pádu během hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence: Zjistí soběstačnost pacienta dle Barthelova testu každodenních všedních činností. Použij dostupné prostředky pro zabránění pádu. Edukuj pacienta o rizicích pádu. Přizpůsob okolí a odstraň možné překážky. Používej u lůžka postranice, dej pacientovi k ruce signalizaci. Zvyš dohled nad pacientem.

Realizace: U lůžka byla použita jedna postranice, pacient měl v dosahu ruky signalizaci. Při pohybu pacienta byly odstraněny možné překážky.

Vyhodnocení ošetrovatelské péče: U pacienta nedošlo k pádu ani poranění následkem pádu během hospitalizace. Pacient využíval v případě jeho potřeby signalizační zařízení pro zavolání sestry. Byla zjištěna úroveň soběstačnosti pacienta dle Barthelova testu každodenních všedních činností. Pacient získal 100 bodů - nezávislý.

6 Kazuistika č. 2

66letý muž neplánovaně přijatý na standardní interní oddělení po neodkladné urgentní gastrokopii se sklerotizací. V noci třikrát zvracel krev. Žádné bolesti neudává. Ve stolici zaznamenal příměsi natrávené krve před dvěma dny. Pacient se necítí moc dobře. Nyní již třetí den pociťuje nechutenství a nevolnost. Pacient udává váhový úbytek 3 kg za poslední 3 měsíce. S dýcháním problémy neudává. Problémy s močením neudává. Pacient je soběstačný v sebeobsluze.

6.1 Zhodnocení zdravotního stavu pacienta sestrou

Anamnéza

Osobní anamnéza

Pacient se léčí s arteriální hypertenzí asi od svých čtyřiceti let. Před osmi lety se podrobil ústavní protialkoholní léčbě na 6 týdnů v Havlíčkově Brodě. Od té doby přestal pít tvrdý alkohol.

Alergická anamnéza

Pacient neudává žádnou alergii.

Rodinná anamnéza

Otec pacienta zemřel na karcinom tlustého střeva. Pacient si není vědom žádného dalšího onemocnění rodinných příslušníků, které by mělo souvislost s jeho onemocněním.

Pracovní anamnéza

Pacient je ve starobním důchodu. Vyučil se automechanikem a dříve pracoval jako zedník, poté jako topič. Nyní si přivydělává jako výčepník v hospodě. Od 63 let je v důchodu.

Sociální anamnéza

Pacient je podruhé ženatý. Má jednoho syna z prvního manželství a z druhého manželství vyženil dvě děti.

Farmakologická anamnéza

Pacient užívá Kanavit gtt. 10-0-10 (vitamin K), Nolpaza 40 mg tbl. 1-0-0 (antacida), Furon 40 mg tbl. ½-0-0 (diuretika), Lagosa 150 mg tbl. 1-1-1 (hepatoprotektiva), Carvedilol 6,25 mg tbl. 1-0-0 (sympatolytika).

Toxikologická anamnéza

Pacient je nekuřák již 35 let. Alkohol pil od svých dvaceti let, před osmi lety přestal pít tvrdý alkohol po ústavní protialkoholní léčbě v Havlíčkově Brodě, nyní si dá občas pivo – méně než jednou týdně.

Hlavní diagnóza

Cirhóza jater – etylická etiologie

Vedlejší diagnózy

Těžká portální hypertenzní gastropatie, malé jícnové varixy s hematemézou anamnesticky úvodem, opakovaně sklerotizace

Hyperkalemie, polékový podíl

Sekundární mikrocytární anémie, trombocytopenie a koagulopatie

Hepatosplenomegalie

Arteriální hypertenze (asi od čtyřiceti let)

Pupeční kýla, st. p. taxi při inkarceraci 03/2019

Základní vyšetření sestrou

Celková vzhled, úprava: Poloha – aktivní. Postoj – vzpřímený. Chůze – přirozená. Znamky akromegalie – ne. Výška – 179 cm. Váha – 78 kg.

Vědomí, neurologický systém: Orientovaný v čase, prostoru a osobě. Oční kontakt udržuje. Závratě – ne. Pozornost – záměrná, stálá. Paměť – neporušená. Porucha citlivost a hybnosti končetin – ne. Abnormální pohyby – ne. Poruchy řeči – ne. Zornice – izokorické, fotoreakce přítomna P/L. Skléry - nezbarveny. Poruchy zraku – dalekozrakost.

Hlava, ORL: Hlava bez patologií. Nos – bez patologií, bez sekrece. Dutina ústní – sliznice vlhké, růžové, bez krvácení a zápachu z úst. Chrup – vlastní. Krk – bez patologií. Porucha polykání a hlasu – ne.

Hrudník: Bez patologií.

Dýchání: Spontánní, frekvence 20/min., eupnoe, SpO₂ 99 %. Dušnost – ne. Kašel – ne.

Srdce, cévy: TK 125/75, P 90/min pravidelný, tvrdý. Edémy – ne. Palpitace – ne. Cyanóza – ne. Bolesti na hrudi – ne.

Břicho: Patologie – ne. Pavoučkovité névy – ne. Krvácení ze zažívacího traktu – ano, 3x hemateméza, 1x meléna. Kýly – ne. Peristaltika – bez poruchy střevní pasáže.

Močový systém: Patologie – nykturie (2x-3x za noc).

Končetiny: Edémy končetin – ne. Kloubní deformity a náhrady – ne. Periferní pulzace na HK a DK – hmatná. Varixy – ne.

Kůže a kožní deriváty: TT 36,7°C. Akutní nebo chronická nehojící se rána – ne. Barva kůže – ikterická, suchá.

Invazivní vstupy: PŽK 2. den, G20, bez známek zánětu, hodnocení dle stupnice Maddona 0

Testy a škály

GCS: 15 bodů, bez poruchy vědomí

MNA: 12 bodů – normální výživový stav

BMI: 24,34 – normální váha

Riziko pádu dle Conleyové: 5 bodů – střední riziko (patologie – věk 65 let a více – 2 body, užívání léků – 1 bod, zrakový problém – 1 bod, má v noci nucení na močení – 1 bod)

Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové: 27 bodů – bez rizika

Úroveň soběstačnosti dle Gordonové: 0 – nezávislý, soběstačný pacient

Barthelův test každodenních všedních činností: 100 bodů – nezávislý

MMSE: 30 bodů – pásmo normálu

Vizuální analogová škála bolesti: 0 – bez bolesti

Vyšetřovací metody v průběhu hospitalizace pacienta

Vyšetření při příjmu:

EKG, RTG srdce a plic vstupně

Neodkladná urgentní gastrokopie

Sledovat fyziologické funkce 2x denně – TK, P, SpO₂, 3x denně sledovat TT

Vyšetření před propuštěním:

Biochemické vyšetření krve: Glukóza 5,3 mmol/l (ref. mez 3,5-5,6 mmol/l); Na 140 mmol/l (ref. mez 136-144 mmol/l); K 3,6 (ref. mez 3,5-5,1 mmol/l); Cl 100 mmol/l (ref. mez 97-108 mmol/l); Ca 2,35 (ref. mez 2,00-2,75mmol/l); Urea 6,9 mmol/l (ref. mez 2,6-8,2 mmol/l); Kreatinin 102 μ mol/l (ref. mez 70-115 μ mol/l); Celková bílkovina 67 g/l (ref. mez 64-82 g/l).

Hematologické vyšetření krve: Leukocyty $5,1 \cdot 10^9/l$ (ref. mez $4,2-10,2 \cdot 10^9/l$); Erytrocyty $2,70 \cdot 10^{12}/l$ – patologická hodnota (ref. mez $4,0-5,3 \cdot 10^{12}/l$); Hemoglobin 86 g/l – patologická hodnota (ref. mez 135-175 g/l); Hematokrit 0,26 – patologická hodnota (ref. mez 0,40-0,50); Trombocyty $60 \cdot 10^9/l$ – patologická hodnota (ref. mez $150-400 \cdot 10^9/l$).

6.2 Průběh hospitalizace

1. Den hospitalizace (9. 4. 2019)

Pacient byl neplánovaně přijat na standardní interní oddělení po neodkladné urgentní gastrokopii. Pacient byl přivezen na oddělení ve 13 hodin a uložen na lůžko, u kterého byly použity obě postranice. Pacient měl zavedenou periferní žilní kanylu v cubitě levé horní končetiny 1. den G20, hodnocena dle stupnice Maddona O. Pacientovi bylo podáno 500 ml 10% glukózy s 8j. Actrapidu i. v. na 5 hodin od 13:30 dle ordinace lékaře. Pacientovi byly v pravidelných intervalech monitorovány fyziologické funkce a byl sledován jeho celkový zdravotní stav. Fyziologické funkce se po celou dobu sledování držely v rozhraní fyziologických hodnot, neobjevilo se zvracení ani nevolnost, pacient neudával bolesti. Po třech hodinách od výkonu byl pacient bdělý, orientovaný a spolupracoval. Lékař zhodnotil celkový zdravotní stav pacienta. Pacient vstal z lůžka a postupně popíjel čaj po lžičkách. Po stabilizaci stavu byl pacient seznámen s oddělením, jeho režimem, vnitřním řádem a právy pacientů. Pacient měl nasazen identifikační náramek na pravé horní končetině. Pacient byl po výkonu edukován lékařem o průběhu výkonu, výsledku a možném plánovaném propuštění při neobjevení se komplikací. Následně byla s pacientem sepsána ošetrovatelská anamnéza a vyhodnoceny ošetrovatelské škály a testy. Pacientovi bylo stanoveno BMI 24,34, hodnoceno jako normální váha a ve škále MNA bylo stanoveno 12 bodů, jako normální výživový stav pacienta. Na škále rizika pádu dle Conleyové byl pacient ohodnocen pěti body ve středním riziku pádu. U lůžka byla použita jedna postranice, pacient měl u ruky signalizaci a byl edukován o rizicích pádu. Pacient si zvolil nejbližší osobu pro sdělení informací o jeho zdravotním stavu a heslo pro telefonickou komunikaci nejbližší osoby se zdravotnickým personálem. Pacient odmítl uložení cenností do trezoru a za osobní věci a cennosti si ručil

sám. Pacient byl v rámci pohybu a sebeobsluhy soběstačný, chodící, orientovaný a spolupracující. Pacientovi byl zhotoven rentgenový snímek srdce a plic. EKG bylo natočeno před neodkladnou urgentní gastrokopií. Lékař naordinoval sledování fyziologických funkcí - 2x denně – TK, P, SpO₂, 3x denně sledovat TT. Pacientovi byl změřen TK – 125/75, P – 90/min., SpO₂ – 99 %, TT – 36,7°C. Pacient se odpoledne zdržoval převážně v lůžku a odpočíval, chvílemi pospával. Pacient se na večer osprchoval a provedl hygienu. Byla mu podána večerní medikace dle ordinace lékaře (Kanavit 10 gtt., Lagosa 150 mg 1 tbl.). Pacient usnul v jeho obvyklou dobu bez problémů.

2. Den hospitalizace (10. 4. 2019)

Pacientovi byla ráno nalačno odebrána venózní krev na biochemické a hematologické vyšetření dle ordinace lékaře. Hygienu provedl samostatně. Hodnocení periferní žilní kanyly dle stupnice Maddona 0, bez známek zánětu. Byly mu podány ranní léky dle ordinace lékaře (Kanavit 10 gtt., Nolpaza 40 mg 1 tbl., Lagosa 150 mg 1 tbl., Carvedilol 6,25 mg 1 tbl.). Pacientovi byly změřeny fyziologické funkce dle ordinace lékaře, pohybovaly se v rozhraní fyziologických hodnot. Pacient neudával žádné bolesti. Pacientovi byla dle ordinace lékaře podána dieta č. 4. Ze snídaně pacient snědl celou porci. Dopoledne se zdržoval spíše v lůžku, chvílemi pospával. Pacient se naobědval. Snědl celou porci, bez známek nevolnosti, bolesti neudával. V poledne byly pacientovi podány polední léky dle ordinace lékaře (Lagosa 150 mg 1 tbl.) a změřena tělesná teplota – 36,8°C. Pacient se cítil lépe, chodil po oddělení, byl orientovaný, spolupracoval a neudával žádné obtíže. Pacientovi byla odstraněna periferní žilní kanyla. Během dne byl pacient klidný, optimisticky naladěný, komunikoval s ostatními dvěma pacienty na pokoji. Večer byly pacientovi podány léky dle ordinace lékaře (Kanavit 10 gtt., Lagosa 150 mg 1 tbl.). Byla mu podána večeře, ze které snědl ¾ porce. Pacient usnul v pravidelnou dobu bez obtíží.

3. Den hospitalizace (11. 4. 2019)

Pacient provedl hygienu samostatně. Ráno byl na stoličce a již nezaznamenal žádné příměsi krve ve stolici. Pacientovi byla podána snídaně a ranní léky dle ordinace lékaře. Dle výsledků výkonu, biochemického a hematologického vyšetření venózní krve a zdravotního stavu pacienta, byl pacient po konzultaci lékaře s primářem oddělení propuštěn v dopoledních hodinách do domácího prostředí. Pacientovi byl odstraněn identifikační náramek. Lékař pacientovi naordinoval Sorbifer Durules 320 mg/60 mg tbl. (1-0-0). A byl poučen o možných projevech užívání železa na zbarvení stolice. Lékař pacientovi předal propouštěcí zprávu

s poučení a lékařským předpisem. Pacient byl objednan za 14 dní na kontrolu do hepatální poradny, při objevení se potíží se dostaví dříve. Pacient dostal doporučení se do tří dnů dostavit k praktickému lékaři s propouštěcí zprávou. Lékař doporučil pacientovi klidový režim minimálně po dobu 7 dní a užívání stanovené medikace. Pacientovi zajistila odvoz domů manželka.

6.3 Posouzení současného stavu potřeb podle NANDA domén

1. Doména – Podpora zdraví

Pacient hodnotí své zdraví jako dobré. Pro podporu svého zdraví pacient často jezdil na kole, to musel nyní kvůli svému zdravotnímu stavu omezit, nyní dělá trenéra fotbalového družstva. Pravidelně navštěvuje praktického lékaře a hepatální poradnu. Snaží se dodržovat doporučení lékařů a pravidelně užívá předepsanou medikaci. Pacient je bývalý kuřák, nekouří již 35 let. Alkohol pil od svých dvaceti let, před osmi lety přestal pít tvrdý alkohol po ústavní protialkoholní léčbě v Havlíčkově Brodě, nyní si dá občas pivo - méně než jednou týdně. Pacient přiznává, že má pití alkoholu vliv na jeho současný zdravotní stav.

2. Doména – Výživa

Pacient dodržuje dietu č. 4, snaží se vyhýbat kořeněným a pálivým jídlům. Pravidelně se stravuje 5x denně. Má vlastní chrup. Pacient užívá normální formu stravy a sní obvykle ¾ porce. Před pěti dny pocíťoval pacient nevolnost se zvracením čerstvé krve. U pacienta se během toho objevila snížená chuť k jídlu. Za poslední tři měsíce zhubnul 3 kg. Pacient neudává žádné potíže s polykáním. Alergii na potraviny neudává. V rámci stravování je soběstačný. Denně vypije asi 1,5 l tekutin, preferuje minerální vody. Pacient netrpí zvýšeným pocitem žízně.

3. Doména – Vylučování a výměna

Pacient chodí pravidelně každé ráno na stolicí. Netrpí zácpou ani průjmem. Pacient jednou zaznamenal ve stolici příměsí natrávené krve. Pacient neudává nadýmání ani zvýšený odchod střevních plynů. Pacient je v rámci vyprazdňování zcela soběstačný. Močí spontánně, nezaznamenal příměsí krve v moči. Pacient popisuje nykturii, během noci se budí dvakrát až třikrát z důvodu nucení na močení. Po ulehnutí na lůžko opět bez problémů usíná.

4. Doména – Aktivita, odpočinek

Pacient byl nucen snížit svou tělesnou aktivitu z důvodu jeho zdravotního stavu a věku. U pacienta se neobjevily otoky dolních končetin. Pacient trpí mírným třesem horních končetin, který ho ale neomezuje ve vykonávání činností. Pacient je v oblasti hygieny a oblékání soběstačný. Pacient se cítí po probuzení odpočatý. Pouze občas se během noci vzbudí dvakrát až třikrát na toaletu. Léky na spaní neužívá.

5. Doména – Vnímání, poznávání

Pacient neudává žádné potíže se sluchem, trpí dalekozrakostí, kterou koriguje nošení dioptrických brýlí. Nijak pacient nepoužívá žádné kompenzační pomůcky. Není nic, co by mu bránilo v komunikaci s okolím. Pacient je orientován osobou, místem i časem, dokáže udržet pozornost delší dobu.

6. Doména – Vnímání sebe sama

Pacient se po neodkladné urgentní gastrokopii cítí lépe. Vymizelo zvracení krve a pacient po zákroku již nezaznamenal příměsi krve ve stolici. Jeho zdrojem síly ke zvládnutí současné situace je psychická podpora od jeho dětí, vnoučat a pravnoučat. U pacienta se objevil mírný ikterus již před sedmi lety, který přetrvává do dnes. Pacient změnu barvy jeho kůže nevnímá negativně, je s ní smířený a lidé v jeho okolí mu nedávají nic najevo.

7. Doména – Vztahy

Pacient je podruhé ženatý. Má jednoho syna z prvního manželství a z druhého manželství vyženil dvě děti. Bydlí na vesnici ve vlastním domě. Děti z druhého manželství ho často navštěvují. Během hospitalizace pacienta nikdo nenavštívil. Propuštění je plánováno zpátky do domácího prostředí, kde se o pacienta postará manželka.

8. Doména – Sexualita

Pacient neudává žádné problémy v oblasti sexuality.

9. Doména – Zvládání zátěže/odolnost vůči stresu

Pacient nyní současnou situaci vnímá dobře, je rád, že mu gastrokopie pomohla od jeho potíží. Pacienta jeho nemoc občas stresuje, hlavně při zhoršení jejich příznaků. Ke zmírnění obav mu pomáhá konzultace s jeho ošetřujícím lékařem v hepatální poradně nebo praktickým lékařem. U pacienta se neobjevily výkyvy nálad.

10. Doména – Životní principy

Pro pacienta je v životě nejdůležitější jeho zdraví, chce zůstat co nejdéle, alespoň v takovém stavu, jako je nyní. Pacient nechce být na nikom závislý. Chce se věnovat svojí rodině, bez kterých si nedovede svůj život představit, a na které je pyšný. Pacient není věřící.

11. Doména – Bezpečnost/ochrana

Pacient se během hospitalizace cítí v bezpečí. Potíže s orientací v prostředí neudává. Neudává strach ani úzkost.

12. Doména – Komfort

Pacient neudává žádnou bolest ani svědění kůže. Netrpí zvýšenou tvorbou modřin ani krvácivými projevy.

13. Doména – Růst a vývoj

V oblasti růstu a vývoje se u pacienta neobjevily žádné patologické odchylky.

6.4 Ošetřovatelské diagnózy a plán ošetřovatelské péče o pacienta

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle taxonomie II NANDA International, 2015. V následujícím textu jsou ošetřovatelské diagnózy seřazeny podle důležitosti aktuálního problému pacienta pro sestru ze strany ošetřovatelské péče o pacienta.

Ošetřovatelská diagnóza: Narušený obraz těla 00118

Doména 6. Sebepercepce **Třída 3.** Obraz těla

Určující znaky: Změna vzhledu těla, chování akceptující vlastní tělo, změněný pohled na vlastní tělo

Související faktory: Změna vnímání sebe sama, onemocnění

Cíle: Pacient subjektivně udává ztotožnění s ikterem a je schopen o ikteru mluvit po konzultaci s lékařem.

Ošetřovatelské intervence: Poskytni pacientovi dostatečnou psychickou podporu prostřednictvím rozhovoru, naslouchej pacientovi. Zajisti potřebnou konzultaci pacientova stavu s lékařem. Zajisti pacientovi dostatek soukromí a chraň jeho intimitu.

Realizace: Pacientovi byla poskytnuta psychická podpora. Lékař poskytl pacientovi během konzultace dostatečnou podporu a snížil pacientův stres, který pociťuje v souvislosti s jeho nemocí. Pacientovi byl zajištěn dostatek soukromí a chráněna jeho intimita.

Vyhodnocení ošetrovatelské péče: Pacient subjektivně udával ztotožnění s ikterem, byl schopen o něm otevřeně mluvit. Lékař během konzultace pacienta psychicky uklidnil a podpořil ho.

Ošetrovatelská diagnóza: Narušený vzorec spánku 00198

Doména 4. Aktivita/odpočinek **Třída 1.** Spánek/odpočinek

Určující znaky: Změna normálního vzorce spánku, nechtěné probouzení

Související faktory: Vzorec spánku nepostačuje ke znovunabytí energie

Cíle: Pacient se probudí maximálně dvakrát za noc z důvodu nucení na močení.

Ošetrovatelské intervence: Edukuj pacienta o pitném režimu a jeho snížení hodinu před spánkem. Edukuj pacienta o vymočení před ulehnutím na lůžko. Zajisti pacientovi klidné a tiché prostředí během noci.

Realizace: Pacient byl edukován o snížení pitného režimu před spánkem a vymočení před ulehnutím na lůžko. Pacientovi bylo zajištěno klidné a tiché prostředí během noci.

Vyhodnocení ošetrovatelské péče: Pacient po ulehnutí na lůžko usnul do čtvrt hodiny a během noci se vzbudil z důvodu nucení na močení pouze jednou. Po opětovném ulehnutí na lůžko znovu bez problémů usnul do několika minut.

Ošetrovatelská diagnóza: Riziko sníženého objemu tekutin 00028

Doména 2. Výživa **Třída 5.** Hydratace

Rizikové faktory: Aktivní ztráta objemu tekutin – zvracení, překážka zabraňující přísunu tekutin - nauzea

Cíle: U pacienta se neprojeví známky dehydratace během hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence: Sleduj u pacienta příjem tekutin a známky dehydratace (snížený kožní turgor, suché sliznice a kůže, slabost, únava, malátnost). Edukuj pacienta o dodržování

pitného režimu (alespoň 1,5 litru tekutin za 24 hodin). Sleduj u pacienta objevení se snížené chuti k jídlu, nauzey nebo zvracení.

Realizace: Pacient byl edukován o dodržování pitného režimu, alespoň 1,5 litru tekutin za 24 hodin. U pacienta byly sledovány známky dehydratace a příjem tekutin.

Vyhodnocení ošetrovatelské péče: U pacienta se neprojevíly známky dehydratace během hospitalizace. U pacienta se neobjevil snížený kožní turgor, suché sliznice, neudával slabost, malátnost ani únavu. Pacient vypil 2 litry tekutiny za 24 hodin. U pacienta se neobjevila snížená chuť k jídlu, nauzea ani zvracení. Pacient přijímal tekutiny a stravu bez obtíží.

Ošetrovatelská diagnóza: Riziko krvácení 00206

Doména 11. Bezpečnost/ochrana **Třída 2.** Tělesné poškození

Rizikové faktory: Zhoršená funkce jater (cirhóza jater), gastrointestinální poruchy (jícnové varixy)

Cíle: U pacienta nedojde ke krvácení ze zažívacího traktu během hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence: Edukuj pacienta o možném vzniku krvácivých projevů. Sleduj u pacienta vznik krvácení a možné objevení příměsi krve ve stolici (hemateméza, meléna). V případě vzniku krvácení ihned informuj lékaře. Podávej pacientovi třikrát denně hepatoprotektiva (Lagosa 150 mg tbl. 1-1-1) a dvakrát denně Kanavit gtt. 10-0-10 dle ordinace lékaře. Lékař edukuje pacienta o úplné abstinenci alkoholických nápojů pro zabránění dalšímu poškození jater.

Realizace: Pacient byl edukován o možné vzniku krvácení a jeho projevech. Byla sledována barva a příměsi stolice a případný opětovný vznik hematemézy. Pacientovi byla podávána hepatoprotektiva třikrát denně dle ordinace lékaře (Lagosa 150 mg tbl. 1-1-1) a Kanavit gtt. 10-0-10. Lékař edukoval pacienta o úplné abstinenci alkoholických nápojů. Pacient informacím porozuměl.

Vyhodnocení ošetrovatelské péče: U pacienta se po neodkladné urgentní gastrokopii se sklerotizací neobjevily známky krvácivých projevů, hemateméza ani meléna. Pacient byl během hospitalizace jednou na stolici, bez příměsi krve. Hemateméza se již neobjevila, pacient nepocituje nauzeu. U pacienta nedošlo ke vzniku krvácení ze zažívacího traktu během hospitalizace. U pacienta se neobjevily žádné známky krvácivých projevů.

Ošetrovatelská diagnóza: Riziko infekce 00004

Doména 11. Bezpečnost/ochrana **Třída 1.** Infekce

Rizikové faktory: Invazivní vstupy, nedostatečná sekundární ochrana - snížený hemoglobin (86 g/l)

Cíle: U pacienta se neprojeví místní ani celkové známky infekce během hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence: Důkladně prováděj hygienickou dezinfekci rukou a dezinfekci kůže před všemi invazivními vstupy. Hodnot' periferní žilní kanylu dle stupnice Maddona jednou za 12 hodin a sleduj okolí kanyly (známky zánětu) při každé aplikaci léků do kanyly. Před aplikací léků do kanyly, pečlivě odezinfikuj clave 2% Chlorhexidinem a zkontroluj funkčnost kanyly propláchnutím kanyly 5 ml fyziologického roztoku 0,9%. Dostatečně pečuj o suchou pokožku, a tím ji chraň před porušením její integrity.

Realizace: Byla prováděna hygienická dezinfekce rukou a dezinfekce kůže před invazivními vstupy. Periferní žilní kanyla byla hodnocena jednou za 12 hodin dle stupnice Maddona 0, bez známek zánětu. Clave kanyly byl před každou aplikací léků odezinfikován 2% Chlorhexidinem a zkontrolována funkčnost kanyly propláchnutím 5 ml fyziologického roztoku 0,9%. Byla provedena dostatečná péče o pokožku, aby bylo zabráněno poruše její integrity.

Vyhodnocení ošetrovatelské péče: U pacienta se neprojevíly místní ani celkové známky infekce během hospitalizace. U pacienta nedošlo k poruše kožní integrity. Pacient měl periferní žilní kanylu 2. den G20, v cubitě levé horní končetiny, hodnocena dle stupnice Maddona 0, bez známek zánětu.

Ošetrovatelská diagnóza: Riziko pádů 00155

Doména 11. Bezpečnost/ochrana **Třída 2.** Tělesné poškození

Rizikové faktory: Věk nad 65 let, poškození zraku, nutkání na močení, anemie, střední riziko pádu dle Conleyové (5 bodů)

Cíle: U pacienta nedojde k pádu ani poranění následkem pádu během hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence: Zjistí soběstačnost pacienta dle Barthelova testu každodenních všedních činností. Použij dostupné prostředky pro zabránění pádu. Edukuj pacienta o rizicích

pádu. Přizpůsob okolí a odstraň možné překážky. Používej u lůžka postranice, dej pacientovi k ruce signalizaci. Zvyš dohled nad pacientem.

Realizace: U lůžka byla použita jedna postranice, pacient měl v dosahu ruky signalizaci. Při pohybu pacienta byly odstraněny možné překážky.

Vyhodnocení ošetrovatelské péče: U pacienta nedošlo k pádu ani poranění následkem pádu během hospitalizace. Pacient využíval v případě jeho potřeby signalizační zařízení pro zavolání sestry. Byla zjištěna úroveň soběstačnosti pacienta dle Barthelova testu každodenních všedních činností. Pacient získal 100 bodů - nezávislý.

7 Kazuistika č. 3

73letá žena plánovaně přijatá na standardní interní oddělení z důvodu provedení jaterní biopsie, za účelem diagnostiky hepatocelulárního karcinomu. Pacientka podstoupila jaterní biopsii již 11. 3. 2019, kdy byla ze vzorku jaterní tkáně diagnostikována cirhotická přestavba jaterního parenchymu. Pacientce bylo provedeno CT jater, kde byla nalezena ložiska hepatocelulárního karcinomu v cirhotické tkáni jater. Pacientka vysadila před týdnem Anopyrin 100 mg, užívala v poledne 1 tabletu. Pacientka je bez obtíží, bez dušnosti a neudává bolest. Na stolici chodí pravidelně jednou denně, stolice je bez příměsi krve. Pacientka pociťuje sníženou chuť k jídlu a nauzeu, zvracení neudává, jí malé porce. Za poslední měsíc zhubla 3 kg.

7.1 Zhodnocení zdravotního stavu pacienta sestrou

Anamnéza

Osobní anamnéza

Pacientka má diabetes mellitus II. typu na inzulinoterapii a PAD. Pacientka trpí chronickým městnavým srdečním selháním s dušností (NYHA II). Pacientka se léčí s arteriální hypertenzí asi od 45 let.

Alergická anamnéza

Pacientka udává alergii na Fastum gel, Glyvenol a Detralex.

Rodinná anamnéza

Otec pacientky zemřel na akutní infarkt myokardu. Matka zemřela na ischemickou CMP.

Pracovní anamnéza

Pacientka je ve starobním důchodu od 57 let. Vyučila se jako švadlena a toto povolání vykonávala celý život až do důchodu.

Sociální anamnéza

Pacientka je vdova, bydlí s dcerou v bytě ve městě. Má jednu dceru a dvě vnoučata.

Farmakologická anamnéza

Pacientka užívá Concor cor 2,5 mg tbl. 1-0-0 (antihypertenziva), Tezeo 80 mg tbl. 1-0-0 (antihypertenziva), Furon 40 mg tbl. 1-1-0 (diuretika), Lagosa 150 mg tbl. 1-0-0

(hepatoprotektiva), Siofor 1000 mg tbl. 1-0-1 (PAD), Purinol 100 mg tbl. 1-0-0 (antirevmatika), Insuman Rapid inj. sol. 25-20-20j. s. c. (inzulin-analoga), Toujeo inj. sol. 0-0-0-40j. s. c. (inzulin-analoga), Novalgin 500 mg 1 tbl. při VAS 2-7 min. interval 6 hod., max. 4x denně (analgetika, antipyretika), Dipidolor 15 mg s. c. při VAS>7, min. interval 8 hod., max. 3x denně (silná opioidní analgetika).

Toxikologická anamnéza

Pacientka neguje požívání alkoholu a kouření.

Hlavní diagnóza

Ložiska jater, diferenciální diagnostika hepatocelulárního karcinomu v terénu jaterní cirhózy

Vedlejší diagnózy

Normocytární anémie

ICHS s námahovou dušností (koronarografie 2/2017 – nemoc kmene a 3 tepen – řešeno konzervativně)

Chronické městnavé selhání srdce, NYHA II, zachovalá systolická funkce levé komory s ejekční frakcí 63%

Arteriální hypertenze (asi od 45 let)

Diabetes mellitus II. typu na inzulinoterapii a PAD (asi od 50 let)

Cholecystolithiáza, choledocholithiasa s cholangitidou – st. p. ERCP 2016

Základní vyšetření sestrou

Celková vzhled, úprava: Poloha – aktivní. Postoj – vzpřímený. Chůze – přirozená. Znamky akromegalie – ne. Výška – 169 cm. Váha – 108 kg.

Vědomí, neurologický systém: Orientovaná v čase, prostoru a osobě. Oční kontakt udržuje. Závratě – ne. Pozornost – záměrná, stálá. Paměť – neporušená. Porucha citlivost a hybnosti končetin – ne. Abnormální pohyby – ne. Poruchy řeči – ne. Zornice – izokorické, fotoreakce přítomna P/L. Skléry - nezbarveny. Poruchy zraku – ne.

Hlava, ORL: Hlava bez patologií. Nos – bez patologií, bez sekrece. Dutina ústní – sliznice vlhké, růžové, bez krvácení a zápachu z úst. Chrup – horní a dolní protéza. Krk – bez patologií. Porucha polykání a hlasu – ne.

Hrudník: Bez patologií.

Dýchání: Spontánní, frekvence 20/min., eupnoe, SpO₂ 97 %. Dušnost – námahová dušnost, NYHA II. Kašel – ne.

Srdce, cévy: TK 115/60, P 75/min pravidelný, tvrdý. Edémy – ne. Palpitace – ne. Cyanóza – ne. Bolesti na hrudi – ne.

Břicho: Patologie – ne. Pavoučkovité névy – ne. Krvácení ze zažívacího traktu – ne. Kýly – ne. Peristaltika – bez poruchy střevní pasáže.

Močový systém: Patologie – nykturie (1x za noc).

Končetiny: Edémy končetin – ne. Kloubní deformity a náhrady – ne. Periferní pulzace na HK a DK – hmatná. Varixy – ne.

Kůže a kožní deriváty: TT 36,5°C. Akutní nebo chronická nehojící se rána – ne. Barva kůže – fyziologická, bez ikteru, suchá.

Invazivní vstupy: PŽK 1. den, G20, bez známek zánětu, hodnocení dle stupnice Maddona 0

Testy a škály

GCS: 15 bodů, bez poruchy vědomí

MNA: 12 bodů – normální výživový stav

BMI: 37,81 – obezita (patologie – výška – 169 cm, váha – 108 kg)

Riziko pádu dle Conleyové: 5 bodů – střední riziko (patologie – věk nad 65 let a více – 2 body, zrakový problém – 1 bod, užívání léků – 1 bod, v noci má nucení na močení – 1 bod)

Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové: 27 bodů – bez rizika

Úroveň soběstačnosti dle Gordonové: 0 – nezávislá, soběstačná pacientka

Barthelův test každodenních všedních činností: 100 bodů – nezávislá

MMSE: 30 bodů – pásmo normálu

Vizuální analogová škála bolesti: 0 – bez bolesti

Vyšetřovací metody při přijetí pacienta

Biochemické vyšetření krve: Glukóza 11,5 mmol/l – patologická hodnota (ref. mez 3,5-5,6 mmol/l); Na 137 mmol/l (ref. mez 136-144 mmol/l); K 4,4 (ref. mez 3,5-5,1 mmol/l); Cl 100 mmol/l (ref. mez 97-108 mmol/l); Ca 2,27 (ref. mez 2,00-2,75mmol/l); Urea 6,5 mmol/l (ref. mez 2,6-8,2 mmol/l); Kreatinin 106 μ mol/l (ref. mez 70-115 μ mol/l); Celková bílkovina 70 g/l (ref. mez 64-82 g/l); ALT 0,88 μ kat/l – patologická hodnota (ref. mez 0,10-0,60 μ kat/l); AST 0,97 μ kat/l – patologická hodnota (ref. mez 0,10-0,60 μ kat/l); GMT 6,63 μ kat/l – patologická hodnota (ref. mez 0,10-0,70 μ kat/l); ALP 2,96 μ kat/l – patologická hodnota (ref. mez 0,10-2,20 μ kat/l); CRP 13,4 mg/l – patologická hodnota (ref. mez 0,0-10,0 mg/l).

Hematologické vyšetření krve: Leukocyty $5,4 \cdot 10^9/l$ (ref. mez $4,2-10,2 \cdot 10^9/l$); Erytrocyty $3,8 \cdot 10^{12}/l$ – patologická hodnota (ref. mez $3,9-5,4 \cdot 10^{12}/l$); Hemoglobin 101 g/l – patologická hodnota (ref. mez 120-160 g/l); Hematokrit 0,33 – patologická hodnota (ref. mez 0,37-0,46); Trombocyty $188 \cdot 10^9/l$ (ref. mez $130-420 \cdot 10^9/l$).

Koagulační vyšetření krve: INR 1,4 – patologická hodnota (ref. mez 0,8-1,2).

Sledovat hladinu glykémie z kapilární krve 4x denně R-P-V-21:00

Sledovat fyziologické funkce 2x denně – TK, P, SpO₂, 3x denně sledovat TT

7.2 Průběh hospitalizace

1. Den hospitalizace (9. 4. 2019)

Pacientka byla přijata na standardní interní oddělení po 13. hodině z důvodu provedení jaterní biopsie, za účelem diagnostiky hepatocelulárního karcinomu. Pacientka byla seznámena s oddělením, jeho režimem, vnitřním řádem, právy pacientů a byla uložena na lůžko. Pacientce byl nasazen identifikační náramek na levou horní končetinu. Pacientka byla vstupně vyšetřena lékařem, podepsala informovaný souhlas s hospitalizací a souhlas s provedením výkonu (jaterní biopsie). Pacientka byla edukována o důvodu přijetí, průběhu výkonu a možném plánovaném propuštění při neobjevení se komplikací výkonu. Následně byla s pacientkou sepsána ošetrovatelská anamnéza a vyhodnoceny ošetrovatelské škály a testy. Pacientce bylo stanoveno BMI 37,81, hodnoceno jako obezita a ve škále MNA bylo stanoveno 12 bodů, pacientka je v normální stavu výživy. Na škále rizika pádu dle Conleyové byla pacientka ohodnocena pěti body ve středním riziku pádu. U lůžka byla použita jedna postranice, pacientka měla u ruky signalizaci a byla edukována o rizicích pádu. Pacientka si

zvolila nejbližší osobu pro sdělení informací o jejím zdravotním stavu a heslo pro telefonickou komunikaci nejbližší osoby se zdravotnickým personálem. Pacientka odmítá uložení cenností do trezoru a chce si je nechat u sebe a ručit si za ně sama. Pacientka je v rámci pohybu a sebeobsluhy soběstačná, chodící, orientovaná a spolupracující. Pacientce byla naordinována diabetická dieta. Pacientka byla lékařem poučena o lačnění od půlnoci. Lékař naordinoval sledování fyziologických funkcí 2x denně – TK, P, SpO₂, 3x denně sledovat TT a hladinu glykémie z kapilární krve 4x denně R-P-V-21. Pacientce byl změřen TK – 115/60, P – 75/min., SpO₂ – 97 %, TT – 36,5°C. Pacientce byla za večer odebrána kapilární krev na zjištění hladiny glykémie. Hladina glykémie byla 7,4 mmol/l. Byl aplikován inzulin Insuman Rapid inj. sol. 10j. s. c. dle ordinace lékaře. Pacientka se následně navečeřela, snědla polovinu porce. Udává sníženou chuť k jídlu, nezvracela. Pacientce byl podán večerní lék dle ordinace lékaře (Siofor 1000 mg 1 tbl.). Ve 21:00 byla pacientce odebrána kapilární krev na zjištění hladiny glykémie. Hladina glykémie v krvi byla 6,9 mmol/l. Bylo ji aplikováno 26j. Toujeo inj. sol. s. c. dle ordinace lékaře. Pacientka snědla druhou večeři. Pacientka bez problémů usnula.

2. Den hospitalizace (10. 4. 2019)

Pacientce byla odebrána kapilární krev na vyšetření hladiny glykémie. Hodnota glykémie byla 7,6 mmol/l. Ráno byla pacientka na stolici, bez příměsi krve, hygienu provedla samostatně. Pacientka byla od půlnoci lačná. Pacientce byla zavedena periferní žilní kanyla G20 na dorsu pravé horní končetiny. Pacientce bylo podáno 500 ml 10% glukózy s 10j. Humulinu R i. v. na 5 hodin od 8:00 dle ordinace lékaře. Pacientce byly změřeny fyziologické funkce TK – 125/65, P 68/min, SpO₂ – 98 %, TT – 36,7°C. Byly ji podány léky dle ordinace lékaře (Concor cor 2,5 mg 1 tbl., Tezeo 80 mg 1 tbl.), ostatní léky z její chronické medikace nebyly podány dle ordinace lékaře. Pacientka odjela v 10:00 na endoskopické oddělení k provedení výkonu. V 10:45 byla pacientka převezena zpět na standardní interní oddělení, kde byla uložena na lůžko s použitím obou postranic. Pacientka měla, v případě potřeby, v dosahu ruky signalizaci. Pacientka dodržovala klid na lůžku, pospávala, byla probudná na oslovení, orientovaná. Místo vpichu bylo sterilně kryto, bez prosaku. Pacientce byla odebrána kapilární krev na vyšetření hladiny glykémie. Hladina glykémie v krvi byla 11,7 mmol/l. Pacientce kapala infúze. U pacientky byly v pravidelných časových intervalech kontrolovány fyziologické funkce, stav vědomí, projevy bolesti, krytí místa vpichu a celkový zdravotní stav. Naměřené hodnoty fyziologických funkcí se po celou dobu měření pohybovaly ve fyziologickém rozhraní, místo vpichu neprosakovalo. Ve 12:45 pacientka udávala ostrou

bolest v místě vpichu, VAS 1. Pacientka zaujímal úlevovou polohu na levém boku. Byl informován lékař. Místo vpichu bylo ledováno. Pacientce nebyla podána analgetika. Ve 13:00 bylo podáno 500 ml Hartmannova roztoku i. v. na 5 hodin dle ordinace lékaře. Sledování pacientky po výkonu v pravidelných intervalech bylo ukončeno ve 13:45. Naměřené hodnoty fyziologických funkcí byly předány lékaři. Pacientce byl podán čaj po lžičkách. Pacientka vstala z lůžka, močila. Lékař vyšetřil pacientku a informoval ji o průběhu výkonu. Ve 14:00 pacientka neudávala žádnou bolest, VAS 0, cítila se dobře. Pacientka odpoledne dodržovala klid na lůžku a odpočívala. Večer ji byla odebrána kapilární krev na vyšetření hladiny glykémie. Hladina glykémie byla 12,8 mmol/l. Byly změřeny fyziologické funkce TK – 120/70, P 75/min., SpO₂ – 97 %, TT – 36,8°C. Byl ji aplikován inzulin Insuman Rapid inj. sol. 10j. s. c. dle ordinace lékaře. Pacientce byla podána večeře, snědla celou porci, neudávala nauzeu, nezvracela. V 18:00 dokapala infuze. Periferní žilní kanyla byla bez známek zánětu, hodnocena dle stupnice Maddona 0. Ve 21:00 byla pacientce odebrána kapilární krev na zjištění hladiny glykémie. Hladina glykémie v krvi byla 9,2 mmol/l. Bylo ji aplikováno 28j. Toujeo inj. sol. s. c. dle ordinace lékaře. Pacientka snědla druhou večeři. Pacientka neudávala žádné potíže, místo vpichu bylo bez prosaku. Pacientka bez problémů usnula.

3. Den hospitalizace (11. 4. 2019)

Pacientce byla odebrána kapilární krev na vyšetření hladiny glykémie. Hodnota glykémie byla 8,1 mmol/l. Hygienu provedla samostatně. Byl aplikován inzulin Insuman Rapid inj. sol. 10j. s. c. dle ordinace lékaře. Pacientka se nasnídala, snědla ¾ porce. Pacientce byly podány ranní léky dle ordinace lékaře Concor cor 2,5 mg 1 tbl., Tezeo 80 mg 1 tbl, Furon 40 mg 1 tbl., Lagosa 150 mg 1 tbl., Siofor 1000 mg 1 tbl., Purinol 100 mg 1 tbl.. Pacientka neudávala žádné potíže. Byla ji odstraněna periferní žilní kanyla. Lékař pacientku vyšetřil a zhodnotil její zdravotní stav. Po konzultaci s primářem oddělení propustil pacientku do domácího prostředí. Pacientce byl odstraněn identifikační náramek. Lékař pacientce předal propouštěcí zprávu s poučením o fyzickém šetření, klidovém režimu minimálně 10 dní, dodržování diabetické diety a pitného režimu. Pacientka byla objednána za 14 dní na kontrolu na endoskopické oddělení, kde ji budou sděleny výsledky histologického vyšetření jaterní tkáně. Při obtížích byla doporučena kontrola ihned. Pacientka dostala doporučení se do tří dnů dostavit k praktickému lékaři s propouštěcí zprávou. Pacientce byl zajištěn odvoz domů sanitou.

7.3 Posouzení současného stavu potřeb podle NANDA domén

1. Doména – Podpora zdraví

Pacientka hodnotí své zdraví jako ne moc dobré. Pro podporu svého zdraví se pacientka stále snaží provádět malou fyzickou aktivitu, občas chodí na menší procházky. Pravidelně navštěvuje praktického lékaře a doporučení lékařů se snaží dodržovat. Dodržuje předepsanou diabetickou dietu a pravidelnou aplikaci inzulínu a užívání léků. Pacientka je nekuřačka, alkohol nepije. Podle pacientky má podíl na jejím onemocnění nezdravější strava, dříve konzumovala hodně tučných jídel a omáček. Poslední dobou se snaží konzumovat více zeleniny a ovoce.

2. Doména – Výživa

Pacientka dodržuje diabetickou dietu. Pravidelně se stravuje 6x denně a aplikuje si inzulín. Má horní i dolní zubní protézu. Pacientka užívá normální formu stravy a sní obvykle polovinu porce. Poslední dobou pociťovala sníženou chuť k jídlu a nauzeu, zvracení neudává. Za poslední měsíc zhubnula 3 kg. Pacientka neudává žádné potíže s polykáním. Pacientka udává alergii na tvaroh. V rámci stravování je soběstačná. Denně vypije asi 2 litry tekutin, preferuje neslazené bylinné čaje, kávu a minerální vody. Pacientka netrpí zvýšeným pocitem žízně.

3. Doména – Vylučování a výměna

Pacientka chodí pravidelně každé ráno na stolicí. Netrpí zácpou ani průjmem. Nezaznamenala žádné příměsi krve ve stolici, neudává nadýmání ani zvýšený odchod střevních plynů. Pacientka je v rámci vyprazdňování zcela soběstačná. Močí spontánně, nezaznamenala příměsi krve v moči. Pacientka popisuje nykturii, během noci se budí jednou z důvodu nucení na močení.

4. Doména – Aktivita, odpočinek

Pacientce brání v tělesné aktivitě námahová dušnost, kterou pociťuje při delší chůzi. U pacientky se neobjevily otoky dolních končetin a neobjevil se ani třes horních končetin. Pacientka je v oblasti hygieny a oblékání soběstačná. Pacientka neudává zvýšenou únavu, během dne se cítí odpočatá. Pacientka neudává problémy s usínáním, usíná většinou do čtvrt hodiny po ulehnutí do postele. Během noci se jednou vzbudí na toaletu. Léky na spaní neužívá.

5. Doména – Vnímání, poznávání

Pacientka neudává žádné potíže se sluchem. Udává dalekozrakost, která je korigována dioptrickými brýlemi. Není nic, co by pacientce bránilo v komunikaci s okolím. Pacientka je orientován osobou, místem i časem, dokáže udržet pozornost delší dobu.

6. Doména – Vnímání sebe sama

Pacientka udává, že se cítí dobře. Jejím zdrojem síly ke zvládnutí současné situace je psychická podpora od její dcery a vnoučat. Dcera dopomáhá pacientce s přípravou zdravého jídla. Podporuje pacientku ve zvýšení fyzické aktivity. Pacientka udává, že je celkem spokojena se svým vzhledem, ale přiznává, že by mohla pár kilogramů zhubnout. U pacientky nedošlo ke změně barvy její kůže.

7. Doména – Vztahy

Pacientka je ve starobním důchodu od 57 let. Vyučila se jako švadlena a toto povolání vykonávala celý život. Pacientka je vdova, bydlí s dcerou v bytě ve městě. Má jednu dceru a dvě vnoučata. Dcera se o ni v případě potřeby stará a pomáhá ji. Během hospitalizace ji každý den navštěvuje. Propuštění je plánováno zpátky do bytu.

8. Doména – Sexualita

Pacientka neudává žádné problémy v oblasti sexuality. Pacientka prodělala jeden porod, bez potíží. Menopauzu má od 48 let. Pacientka neudává žádné klimakterické obtíže.

9. Doména – Zvládání zátěže/odolnost vůči stresu

Pacientka současnou situaci nevnímá moc dobře, je mírně nervózní z toho, jaké budou výsledky biopsie jater. Pacientka se cítí trochu ve stresu z její nemoci. Ke zmírnění obav jí pomáhá konzultace s ošetřujícím lékařem. U pacientky se neobjevily výkyvy nálad.

10. Doména – Životní principy

Pro pacientku je v životě nejdůležitější její zdraví. Dále je pro ni důležité to, že má kde bydlet a finance. Pacientka je pyšná na svého vnuka, kterého podporuje ve vzdělání a ve sportu. Svůj život si nedokáže představit bez její dcery a vnoučat. Pacientka není věřící.

11. Doména – Bezpečnost/ochrana

Pacientka se během hospitalizace cítí v bezpečí. Pacientka neudává problémy s orientací v prostředí. Neudává strach ani úzkost.

12. Doména – Komfort

Pacientka neudává žádnou bolest ani svědění kůže. Netrpí zvýšenou tvorbou modřin. Pacientka udává krvácení z nosu jednou do měsíce.

13. Doména – Růst a vývoj

V oblasti růstu a vývoje se u pacientky neobjevily žádné patologické odchylky.

7.4 Ošetřovatelské diagnózy a plán ošetřovatelské péče o pacienta

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle taxonomie II NANDA International, 2015. V následujícím textu jsou ošetřovatelské diagnózy seřazeny podle důležitosti aktuálního problému pacienta pro sestru ze strany ošetřovatelské péče o pacienta.

Ošetřovatelská diagnóza: Akutní bolest 00132

Doména 12. Komfort **Třída 1.** Tělesný komfort

Určující znaky: Vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti (VAS), vyhledávání antalgické polohy

Související faktory: Fyzikální původci zranění (endoskopický výkon)

Cíl: U pacientky dojde k úplnému vymizení bolesti (VAS 0) v místě vpichu po jaterní biopsii do hodiny po zaujmutí úlevové polohy.

Ošetřovatelské intervence: Zjistí lokalizaci bolesti, její intenzitu, charakter a délku trvání. Edukuj pacientku o užití vizuální analogové škály bolesti pro zjištění intenzity bolesti. Sleduj u pacientky neverbální projevy bolesti. Zajisti pacientce úlevovou polohu a ledování v místě bolesti. Při VAS 2-7 podávej pacientce Novalgin 500 mg 1 tbl. po 4 hodinách dle ordinace lékaře. Při VAS vyšší než 7 podávej pacientce Dipidolor 15 mg s. c. dle ordinace lékaře. Ihned informuj lékaře. Sleduj fyziologické funkce dle ordinace lékaře. Proved' záznam do dokumentace.

Realizace: Ve 12:45 pacientka udávala ostrou bolest v místě vpichu po jaterní biopsii, VAS 1. Pacientka zaujímala úlevovou polohu na levém boku. Byl informován lékař. Místo vpichu bylo ledováno. Pacientce nebyla podána analgetika. Ve 14:00 pacientka neudávala žádnou bolest, VAS 0, cítila se dobře. Pacientka odpoledne dodržovala klid na lůžku a odpočívala.

Byly změřeny fyziologické funkce TK – 120/70, P 75/min., SpO₂ – 97 %, TT – 36,8°C.
Byl proveden záznam do dokumentace.

Vyhodnocení ošetrovatelské péče: U pacientky došlo k úplnému vymizení bolesti v místě vpichu po jaterní biopsii do hodiny po zaujmutí úlevové polohy na levém boku. Pacientka se zdržovala spíše v lůžku, odpočívala. Cítila se dobře.

Ošetrovatelská diagnóza: Intolerance aktivity 00092

Doména 4. Aktivita/odpočinek **Třída 4.** Kardiovaskulární/pulmonální reakce

Určující znaky: Námahová dyspnoe, celková slabost, diskomfort při námaze

Související faktory: Nerovnováha mezi dodávkou a potřebou kyslíku, klid na lůžku

Cíle: Pacientka ujde 50 metrů po rovině bez projevů dušnosti při každém opuštění lůžka.

Ošetrovatelské intervence: Aktivizuj pacientku v pohybu a poskytni ji psychickou podporu. Sleduj u pacientky možné projevy dušnosti při fyzické aktivitě. Dbej na pacientky bezpečnost při pohybu. V případě objevení dušnosti dopomož pacientce na lůžko, zajisti Ortopnoickou polohu, čerstvý vzduch a sleduj dech a SpO₂. V případě patologických hodnot fyziologických funkcí ihned informuj lékaře.

Realizace: Bylo dbáno na bezpečnost pacientky úpravou jejího prostředí. Pacientka byla při chůzi soběstačná. U pacientky se při ujití vzdálenosti 50 metrů neprojevyly známky dušnosti.

Vyhodnocení ošetrovatelské péče: Pacientka zvládla ujit vzdálenost 50 metrů bez projevů dušnosti při každém opuštění lůžka. Pacientka se zvládla sama vrátit bez problémů na lůžko.

Ošetrovatelská diagnóza: Narušený vzorec spánku 00198

Doména 4. Aktivita/odpočinek **Třída 1.** Spánek/odpočinek

Určující znaky: Nechtěné probouzení, změna normálního vzorce spánku

Související faktory: Nedostatek soukromí při spánku

Cíle: Pacientka se neprobudí během noci z důvodu nucení na močení.

Ošetrovatelské intervence: Edukuj pacientku o pitném režimu a jeho snížení hodinu před spánkem. Edukuj pacientku o vymočení před ulehnutím na lůžko. Zajisti pacientce klidné a tiché prostředí během noci.

Realizace: Pacientka byla edukována o snížení pitného režimu před spánkem a vymočení před ulehnutím na lůžko. Pacientce bylo zajištěno klidné a tiché prostředí během noci.

Vyhodnocení ošetrovatelské péče: Pacientka po ulehnutí na lůžko usnula do čtvrt hodiny a během noci se nevzbudila z důvodu nucení na močení ani jednou.

Ošetrovatelská diagnóza: Riziko nestabilní glykémie 00179

Doména 2. Výživa Třída 4. Metabolismus

Rizikové faktory: Průměrná denní aktivita je nižší, než je doporučena pro dané pohlaví a věk, zhoršený zdravotní stav

Cíle: U pacientky se neprojeví příznaky hypoglykémie nebo hyperglykémie během hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence: Sleduj hladiny glykémie v kapilární krvi pomocí glukometru 4x denně (R-P-V-21:00) dle ordinace lékaře. Před jídlem aplikuj inzulin Insuman Rapid inj. sol. s. c. a Toujeo inj. sol. s. c. dle ordinace lékaře. Podávej pacientce předepsanou diabetickou dietu dle ordinace lékaře a dbej na její dodržování. Dbej na estetickou úpravu jídla. Přizpůsob okolí pacientky ke vhodnému stolování. Sleduj množství snědené porce u každého jídla. Proveď záznam do dokumentace. Sleduj u pacientky její subjektivní pocit chutě k jídlu nebo projevy nechutenství.

Realizace: U pacientky bylo provedeno měření hladiny glykémie z kapilární krve pomocí glukometru 4x denně dle ordinace lékaře. Večer ji byla odebrána kapilární krev na vyšetření hladiny glykémie. Hladina glykémie byla 12,8 mmol/l. Podkožně byl aplikován inzulin Insuman Rapid inj. sol. 10j. s. c. dle ordinace lékaře. Pacientce byla následně podána večeře. Bylo dbáno na estetickou úpravu jídla a okolí pacientky bylo upraveno ke vhodnému stolování. Pacientka snědla celou porci. Byl proveden záznam do dokumentace.

Vyhodnocení ošetrovatelské péče: U pacientky se neprojeví příznaky hypoglykémie nebo hyperglykémie po dobu hospitalizace. Pacientka snědla celou porci z večeře. U pacientky se subjektivně neprojevila snížená chuť k jídlu ani projevy nechutenství.

Ošetřovatelská diagnóza: Riziko infekce 00004

Doména 11. Bezpečnost/ochrana **Třída 1.** Infekce

Rizikové faktory: Chronické onemocnění - diabetes mellitus, změna integrity kůže, invazivní vstupy, nedostatečná sekundární ochrana - snížený hemoglobin (101 g/l)

Cíle: U pacientky se neprojeví místní ani celkové známky infekce během hospitalizace.

Ošetřovatelské intervence: Sleduj a sterilně kryj místo vpichu po jaterní biopsii. Důkladně prováděj hygienickou dezinfekci rukou a dezinfekci kůže před všemi invazivními vstupy. Hodnot' periferní žilní kanylu dle stupnice Maddona jednou za 12 hodin a sleduj okolí kanyly (známky zánětu) při každé aplikaci léků do kanyly. Před aplikací léků do kanyly pečlivě odezinfikuj clave 2% Chlorhexidinem a zkontroluj funkčnost kanyly propláchnutím kanyly 5 ml fyziologického roztoku 0,9%. Dostatečně pečuj o suchou pokožku, a tím ji chraň před porušením její integrity. Edukuj pacientku o péči o kůži, hlavně na dolních končetinách.

Realizace: Místo vpichu bylo sterilně kryto, bez prosaku. Byla prováděna hygienická dezinfekce rukou a dezinfekce kůže před invazivními vstupy. Periferní žilní kanyla byla hodnocena jednou za 12 hodin dle stupnice Maddona 0, bez známek zánětu. Clave kanyly byl před každou aplikací léků odezinfikován 2% Chlorhexidinem a zkontrolována funkčnost kanyly propláchnutím 5 ml fyziologického roztoku 0,9%. Byla provedena dostatečná péče o pokožku, aby bylo zabráněno poruše její integrity. Pacientka byla edukována o péči o dolní končetiny a prevenci diabetické nohy.

Vyhodnocení ošetřovatelské péče: U pacientky se neprojeví místní známky infekce během hospitalizace. Při biochemické vyšetření krve bylo zjištěno zvýšení hladiny CRP na 13,4 mg/l. Další celkové známky infekce se během hospitalizace neprojeví.

Ošetřovatelská diagnóza: Riziko krvácení 00206

Doména 11. Bezpečnost/ochrana **Třída 2.** Tělesné poškození

Rizikové faktory: Zhoršená funkce jater (cirhóza jater)

Cíle: U pacientky nedojde ke krvácení ze zažívacího traktu během hospitalizace.

Ošetřovatelské intervence: Edukuj pacientku o možném vzniku krvácivých projevů. Sleduj u pacientky vznik krvácení a možné objevení příměsí krve ve stolici. V případě vzniku

krvácení ihned informuj lékaře. Podávej pacientce jednou denně hepatoprotektiva dle ordinace lékaře (Lagosa 150 mg tbl. 1-0-0).

Realizace: Pacientka byla edukována o možném vzniku krvácení a jeho projevech. Byla sledována barva a příměsi stolice. Pacientce byla podávána hepatoprotektiva jednou denně dle ordinace lékaře (Lagosa 150 mg tbl. 1-0-0). Byl sledován vznik krvácivých projevů.

Vyhodnocení ošetrovatelské péče: U pacientky nedošlo ke vzniku krvácení ze zažívacího traktu během hospitalizace. Neobjevily se žádné známky krvácivých projevů. Pacientka byla během hospitalizace jednou na stolicí, bez příměsi krve.

Ošetrovatelská diagnóza: Riziko pádů 00155

Doména 11. Bezpečnost/ochrana **Třída 2.** Tělesné poškození

Rizikové faktory: Věk nad 65 let, poškození zraku, nutkání na močení, anemie, střední riziko pádu dle Conleyové (5 bodů)

Cíle: U pacientky nedojde k pádu ani poranění následkem pádu během hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence: Zjistí soběstačnost pacientky dle Barthelova testu každodenních všedních činností. Použij dostupné prostředky pro zabránění pádu. Edukuj pacientku o rizicích pádu. Přizpůsob okolí a odstraň možné překážky. Používej u lůžka postranice, dej pacientce k ruce signalizaci. Zvyš dohled nad pacientkou.

Realizace: U lůžka byla použita jedna postranice, pacientka měla v dosahu ruky signalizaci. Při pohybu pacientky byly odstraněny možné překážky.

Vyhodnocení ošetrovatelské péče: U pacientky nedošlo k pádu ani poranění následkem pádu během hospitalizace. Pacientka byla edukována o rizicích pádu. Pacientka využívala v případě její potřeby signalizační zařízení pro zavolání sestry. Byla zjištěna úroveň soběstačnosti pacientky dle Barthelova testu každodenních všedních činností. Pacientka získala 100 bodů - nezávislá.

8 Diskuze

V Pardubickém kraji bylo v roce 2013 celkem 367 dispenzarizovaných pacientů s fibrózou a cirhózou jater. Nejpočetněji zastoupenou skupinou byli pacienti ve věkové kategorii od 20 do 64 let. Druhou nejpočetněji zastoupenou věkovou kategorií byla kategorie 65 let a více, s méně jak polovičním počtem pacientů, na rozdíl od věkové kategorie od 20 do 64 let. (ÚZIS ČR, 2015, s. 77). Ve vzorku pacientů s jaterní cirhózou, nasbíraném pro praktickou část bakalářské práce, spadali celkem 3 pacienti z kazuistik č. 1, 4 a 7 do věkové kategorie 20 až 64 let. Zbýlých 5 pacientů z kazuistik č. 2, 3, 5, 6 a 8 spadalo do věkové kategorie 65 let a více. Všichni tito pacienti byli dispenzarizováni v Pardubickém kraji. Lze tedy říci, že i na úkor malého vzorku pacientů se nejpočetněji zastoupená věková kategorie pacientů s jaterní cirhózou posouvá na věkovou hranici 65 let a více.

Pro porovnání výsledků mé bakalářské práce byla použita bakalářská práce s názvem Ošetrovatelská péče o pacienta s jaterní cirhózou. Bakalářskou práci obhájila Březinová v červnu 2018 na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Březinová ve své bakalářské práci zkoumá rozvoj jaterní cirhózy, která vznikla na podkladě nadměrné konzumace alkoholu a přidruženém virovém onemocnění jater a popisuje v jednotlivých dnech hospitalizace péči o pacientku s jaterní cirhózou. Jedná se o případovou studii a soubor respondentů zahrnoval jednu pacientku (Březinová, 2018). Další porovnanou bakalářskou prací je bakalářská práce s názvem Ošetrovatelská péče o pacienta s alkoholickou cirhózou jater, kterou obhájila Čermáková v září 2016 na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Čermáková se věnuje péči o 49letého pacienta s jaterní cirhózou, u kterého je příčinou jaterní cirhózy nadměrná konzumace alkoholu. Čermáková v praktické části své bakalářské práce popisuje jednotlivé dny pacientovy hospitalizace, ošetrovatelské problémy a stručně hovoří o dlouhodobé péči po propuštění pacienta. Jedná se o případovou studii a soubor respondentů zahrnoval jednoho pacienta (Čermáková, 2016).

Jaterní cirhóza je, podle Mačáka, Mačákové a Dvořákové (2012, s. 248), až v 70 % případů zapříčiněna nadměrnou konzumací alkoholu. Podle ÚZIS ČR (2003, s. 21) jsou většími spotřebiteli alkoholu muži. Z těchto faktů vyplývá, že jaterní cirhóza postihuje více muže než ženy. S tímto výrokem se ovšem neshoduje vzorek pacientů v praktické části této bakalářské práce. Na konci sběru dat bylo zastoupení pohlaví vyrovnané, ženy v počtu čtyř a muži byli zastoupeni také v počtu čtyř pacientů.

Vránová (2013, s. 59) tvrdí, že nejčastější příčinou jaterní cirhózy jsou virové záněty jater a nadměrná konzumace alkoholu. Toto tvrzení bylo z části potvrzeno. Pět pacientů v kazuistikách č. 1, 2, 5, 6 a 7 udávali nadměrnou konzumaci alkoholu předtím, než jim byla diagnostikována jaterní cirhóza. Po diagnostikování jaterní cirhózy jim abstinence alkoholu nečinila velký problém. Udávají, že pro ně má větší cenu jejich zdraví, než požitky při konzumaci alkoholu. Tito pacienti se snaží aktivně léčit a bojovat s jaterní cirhózou. Dodržují doporučení k léčbě nemoci a tlumení jejich příznaků, které jim doporučují lékaři a sestry, ať už v hepatálních poradnách nebo na standardním interním oddělení. Dva pacienti v kazuistikách č. 2 a 7 dále konzumují alkohol i přes závažné projevy jaterní cirhózy a doporučení lékařů abstinovat. Závislost na alkoholu je u nich tak silná, že nedokáží přestat alkohol konzumovat. Pacient se v kazuistice č. 2 podrobil ústavní protialkoholní léčbě po dobu šesti týdnů. Poté přestal konzumovat tvrdý alkohol, udává ovšem, že pivo nedokáže přestat konzumovat. Pacient v kazuistice č. 7 je závislý na alkoholu a při abstinenci se u něho projeví abstinční příznaky. Alkohol konzumuje i nadále.

Druhým cílem praktické části bylo vypracovat ošetrovatelský proces u pacientů s jaterní cirhózou. V praktické části jsou podrobně uvedeny a zpracovány tři kazuistiky pacientů s jaterní cirhózou. U kazuistik jsou v rámci ošetrovatelského procesu vypracovány plány ošetrovatelské péče se stanovením ošetrovatelských diagnóz. Ze všech kazuistiky byly vybrány právě tyto tři více specifikované, z důvodu různorodé příčiny jaterní cirhózy. Dalším důvodem byla rozdílnost komplikací jaterní cirhózy, které se u těchto pacientů projeví. U zbylých pěti kazuistik jsou uvedeny v praktické části bakalářské práce pouze zásadní a důležité informace.

Třetím cílem praktické části bylo zjistit specifické potřeby pacientů s jaterní cirhózou. Potřeby pacientů jsou ovlivněny a vzájemně propojeny s příznaky jaterní cirhózy, které se u pacientů projeví a činí jim problémy. Projev, který může pacientům bránit v začlenění do kolektivu a v komunikaci s jejich okolím, je změna jejich vzhledu následkem objevených příznaků jaterní cirhózy. Těmito příznaky je myšleno objevení se ikteru a progresu ascitu, který může dosahovat velkých rozměrů a pacientům se tak zvětšuje objem břicha, který je zjevný při prvním pohledu na pacienta. U pacienta v kazuistice č. 1 se projevil ascites ve větším rozsahu. Se změnou vzhledu se pacient ztotožnil a dokázal o ascitu hovořit po konzultaci s lékařem. Pacient neudával negativní projevy okolí na změnu jeho vzhledu. Problematikou ascitu se zabývá Lukáš, Žák a kolektiv (2014, s. 72-76), kteří udávají, že 85 % ascitu vzniká v návaznosti na jaterní cirhózu a pacient může zaznamenat zvětšování objemu

břicha až při oblékání oděvu, který mu je čím dál více těsnější. Dále tvrdí, že subjektivně může pacient s ascitem pociťovat nepříjemný tlak v břiše a pocit plnosti (Lukáš, Žák a kol. 2014, s. 73). U pacienta v kazuistice č. 1 se tyto příznaky projevovaly před paracentézou ascitu, po paracentéze ascitu tyto příznaky odezněly.

Dalším projevem jaterní cirhózy na vzhledu pacienta je ikterus, který se může objevit na sklérách i kůži. Ikterus se projevil u pacientů v kazuistice č. 2, 6 a 7. Pacient v kazuistice č. 2 trpí ikterem už 7 let, mírné žluté zbarvení kůže u něho stále přetrvává a pacient udává, že se se změnou barvy jeho kůže ztotožnil, nevnímá změnu nijak negativně a nepozoruje, že by ho lidé v jeho okolí kvůli změně barvy jeho kůže odsuzovali. Pacient v kazuistice č. 6 se s ikterem dokázal ztotožnit a nečiní mu zvláštní potíže. Pacient nezaznamenal negativní reakce jeho okolí na změnu barvy jeho kůže. Pacient v kazuistice č. 7 se i přes usilovnou snahu a konzultace s lékařem, nedokázal smířit s ikterem sklér a kůže. Pacient po objevení ikteru zaznamenal změnu chování lidí v jeho okolí k němu samotnému. Pacient se kvůli změně barvy jeho kůže zdržuje v sociální izolaci a přerušil kontakty s lidmi. Nadále udržoval kontakty pouze s jeho nejbližší rodinou. Ikterem se blíže zabývá Cetkovská, Pizinger a Štork (2010, s. 50-51), kteří udávají, že při ikteru může docházet i ke žlutému zbarvení sliznic. Toto zbarvení sliznic se neobjevilo ani u jednoho pacienta, ze vzorku vybraných pacientů s jaterní cirhózou, který trpěl ikterem. Dále popisují, že při biliární cirhóze se objevují na kůži bělavé nebo naopak nahnědlé pigmentové skvrny (Cetkovská, Pizinger, Štork, 2010, s. 52). Ani u jednoho pacienta, ze vzorku pacientů s jaterní cirhózou, se popisované pigmentové skvrny neobjevily.

Únava byla častým příznakem, na který si pacienti stěžovali. Zvýšenou únavou trpěli pacienti v kazuistikách č. 4, 6, 7 a 8. Pacientka v kazuistice č. 4 udávala tak velkou únavu, která ji bránila ve vykonávání běžných denních aktivit. I přesto, že spala celou noc, musela pospávat i přes den. Denně udávala, že spala 10 hodin. Únava ji bránila ve vykonávání povolání a péči o její rodinu a dítě. V kazuistice č. 6 byla u pacienta únava projevem jaterní encefalopatie I. stupně. U pacienta v kazuistice č. 7 byla únava následkem nauzey a zvracení, které pacienta vysilovalo, byl tak nucen více odpočívat a dodržoval klid na lůžku. Bártová (2015, s. 113) řadí únavu mezi neurologické příznaky dekompenzované formy jaterní cirhózy. Dále do nich začleňuje třes rukou, ospalost až bezvědomí, které může vyústit až v jaterní kóma. Třesem horních končetin trpěli pacienti v kazuistikách č. 2, 6, 7 a 8.

Čtvrtým cílem praktické části bakalářské práce bylo zjistit, jaké jsou nejčastější příčiny vzniku jaterní cirhózy, které uvádějí pacienti s jaterní cirhózou přímo v jejich případech a porovnat je s příčinami vzniku jaterní cirhózy uvedené v ošetrovatelské dokumentaci pacientů. Pacienti v kazuistikách č. 2, 5, 6 a 7 uvádějí požívání alkoholu, které u nich zapříčinilo vznik jaterní cirhózy. Tato příčina se ve všech uvedených kazuistikách shoduje s příčinou vzniku, která je uvedena v ošetrovatelské dokumentaci. Pacienti v kazuistikách č. 1 a 8 uvádí, že u nich vznik jaterní cirhózy zapříčinilo dlouhodobé užívání léků. Toto tvrzení je v ošetrovatelské dokumentaci shodné pouze v kazuistice č. 8. V kazuistice č. 1 je v ošetrovatelské dokumentaci uvedena toxonutritivní příčina vzniku jaterní cirhózy. Pacientka v kazuistice č. 4 uvádí jako příčinu jaterní cirhózy autoimunitní hepatitidu 1. typu, tato příčina je shodná s příčinou uvedenou v ošetrovatelské dokumentaci. Podle pacientky v kazuistice č. 3 je příčinou jejího onemocnění nezdravý životní styl a častá konzumace tučných jídel. V dokumentaci není uvedena přesná příčina vzniku jaterní cirhózy.

Hůlek, Urbánek a kolektiv (2018, s. 68-69) tvrdí, že nejzávažnějšími komplikacemi jaterní cirhózy jsou hepatocelulární karcinom a portální hypertenze spojená s krvácením z jícnových varixů. Pacientka v kazuistice č. 3 byla přijata za účelem diagnostiky hepatocelulárního karcinomu. Krvácení z jícnových varixů s portální hypertenzí se vyskytlo jako nejčtenější komplikace jaterní cirhózy v nasbíraných kazuistikách, se kterou pacienti s jaterní cirhózou přichází k hospitalizaci na standardní interní oddělení. Touto komplikací trpěli celkem tři pacienti z celkového počtu dotazovaných pacientů. V případě všech osmi dotazovaných pacientů bylo diagnostikováno riziko krvácení. U pacientů z kazuistik č. 2, 4 a 5 je riziko krvácení výrazně zvýšené z důvodu recidivujícího krvácení z jícnových varixů, které se u nich již objevilo. U pacientů s portální hypertenzí a krvácením z jícnových varixů bylo navíc diagnostikováno riziko sníženého objemu tekutin z důvodu zvracení. U těchto pacientů byla odstraněna příčina krvácení, a mimo jiné, bylo dbáno na dodržování příjmu tekutin, odstranění zažívacích potíží a sledovány známky dehydratace. V ostatních kazuistikách se komplikace jaterní cirhózy lišily.

Hepatorenální syndrom se, mimo jiné, projevuje únavou, nechutenstvím, ikterem, koagulopatií, retencí tekutin, oligurií a zvýšenou hladinou urey a kreatininu v séru, jak uvádí Ehrmann, Hůlek a kolektiv (2014, s. 212). Tyto příznaky jsou totožné s příznaky, kterými trpí pacient v kazuistice č. 7, kterému byl diagnostikován hepatorenální syndrom. U pacienta se vystupňovalo nechutenství až do fáze zvracení. Pacient udával ještě navíc bolest zad v oblasti bederní krajiny.

Jedinou příčinnou léčbou jaterní cirhózy je transplantace jater. Vodička a kolektiv (2014, s. 295-296) se věnují tématu transplantace jater. Uvádí podmínky, které musí pacienti s jaterní cirhózou splnit pro podstoupení transplantace jater. Transplantace jater je nejvýznamnější možnou volbou léčby jaterní cirhózy. V České republice probíhá transplantace jater ve dvou transplantačních centrech v Praze a v Brně. Celkem v nich bylo v roce 2018 provedeno 216 transplantací jater (Koordináční středisko transplantací, 2018). Ze vzorku pacientů s jaterní cirhózou, dotazovaných pro praktickou část této bakalářské práce, nebyla ani u jednoho pacienta indikována nebo provedena transplantace jater.

9 Závěr

Tato bakalářská práce specifikuje potřeby pacientů s jaterní cirhózou. Potřeby byly specifikovány na základě příznaků a stanovených ošetrovatelských diagnóz podle NANDA domén, u vzorku pacientů, kteří byli dotazováni k potřebám praktické části bakalářské práce.

V praktické části je uvedeno 8 kazuistik pacientů s jaterní cirhózou. Tři z nich jsou v práci rozpracovány podrobně. Byl u nich vypracován plán ošetrovatelské péče se stanovením ošetrovatelských diagnóz podle NANDA domén, které přispěly ke zjištění specifických potřeb pacientů s jaterní cirhózou.

Práce poukazuje na ovlivnění života pacientů jaterní cirhózou, jejími projevy a komplikacemi. Pacientům činila problémy únava, která negativně ovlivňovala jejich život a každodenní vykonávání aktivit. Dále se pacienti museli vyrovnat s abstinencí alkoholu a změnou jejich vzhledu, který nastal, ať už tvorbou ascitu nebo projevením ikteru. Dále byli pacienti ohroženi sníženým objemem tekutin nebo vznikem krvácení. Tyto stavy bylo nutné okamžitě řešit příslušnou lékařskou intervencí. Při neřešení vzniklých komplikací, které sebou jaterní cirhóza nese, může dojít až k úmrtí jedince. Ošetrovatelské diagnózy se u pacientů s jaterní cirhózou vzájemně prolínaly. Z toho lze usuzovat, že některé z diagnóz, lze diagnostikovat u většiny pacientů s jaterní cirhózou. Stanovení ošetrovatelských diagnóz napomohlo vzniku mapy péče pro pacienty s jaterní cirhózou. Mapa péče je specifikována pro pacienty s jaterní cirhózou, u kterých se rozvinul ascites a jsou indikováni k jeho paracentéze (Příloha G). Mapa péče bude vodítkem a pomůckou sestřám při ošetrování a plánování ošetrovatelského procesu při péči o pacienty s jaterní cirhózou. Bude tak eliminovat opomíjení některých oblastí potřeb pacientů s jaterní cirhózou při jejich ošetrování. Mapa péče obsahuje nejdůležitější oblasti ošetrovatelské péče.

Dalším předmětem zkoumání a rozšíření povědomí o tomto onemocnění, by mohl pomoci vznik edukačního letáku. Jelikož největší zastoupení, na vznik jaterní cirhózy, má nadměrné požívání alkoholu, mohou u sebe lidé vznik jaterní cirhózy z velké části ovlivnit sami. Snížení vzniku tohoto onemocnění a snížení konzumace alkoholu, by mohlo pomoci šíření informací o škodlivém vlivu alkoholu na lidský organismus. Prostředkem šíření by mohl být například edukační leták, umístěný v ordinacích praktických lékařů a dalších specialistů.

9.1 Limity práce

Při vypracování praktické části bakalářské práce se vyskytlo několik limitů, které jsou zde více přiblíženy. První limit práce spočívá v nedosažení celkového počtu vyhledaných pacientů

s jaterní cirhózou hospitalizovaných na standardním interním oddělení, kde sběr dat probíhal. Cílem praktické části bakalářské práce bylo vyhledat minimálně deset pacientů s jaterní cirhózou. I přes velký časový rozsah, kdy byli pacienti vyhledávání, se nepodařilo získat požadované množství pacientů s jaterní cirhózou. Sběr dat ve zdravotnickém zařízení pro praktickou část trval od listopadu roku 2018 do května roku 2019. Celkem byl proveden sběr dat od osmi pacientů s jaterní cirhózou. Pro získání dat od požadovaných deseti pacientů s jaterní cirhózou, by bylo vhodné ještě více prodloužit časový rozsah sběru dat.

Dalším limitem práce je vypracování ošetrovatelských diagnóz podle starého vydání Ošetrovatelských diagnóz Definice a klasifikace 2015 – 2017 (Herdman, Kamitsuru, 2015). V době zpracování získaných dat nebyla vydaná česká verze Ošetrovatelských diagnóz Definice a klasifikace 2018 – 2020. Z tohoto důvodu muselo být při zpracování dat čerpáno z Ošetrovatelských diagnóz Definice a klasifikace 2015 – 2017. Pro aktualizaci a získání novějších výsledků práce, by bylo vhodné vypracovat ošetrovatelské diagnózy podle nového vydání české verze Ošetrovatelských diagnóz Definice a klasifikace 2018 – 2020. Práce by tak nabyla aktuálnosti.

10 Použitá literatura

BÁRTOVÁ, Jarmila. *Přehled patologie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, 2015. 232 s. ISBN 978-80-246-2745-8.

BŘEZINOVÁ, Michaela. *Ošetrovatelská péče o pacienta s jaterní cirhózou*. Praha, 2018. 95 s. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Jana Holubová.

CETKOVSKÁ, Petra, Karel PIZINGER a Jiří ŠTORK. *Kožní změny u interních onemocnění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 240 s. ISBN 978-80-247-1004-4.

ČERMÁKOVÁ, Pavla. *Ošetrovatelská péče o pacienta s alkoholickou cirhózou jater*. Praha, 2016. 67 s. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Marie Zvoníčková.

ČERVENÝ, Petr. Polékové poškození jater. *Praktické lékařství*. 2013, 9(3), 123-126. ISSN 1803-5329.

DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 544 s. ISBN 978-80-247-3240-4.

EHRMANN, Jiří a Petr HŮLEK a kol. *Hepatologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2014. 658 s. ISBN 978-80-247-8021-4.

FIALA, Pavel, Jiří VALENTA a Lada EBERLOVÁ. *Stručná anatomie člověka*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, 2015. 244 s. ISBN 978-80-246-2693-2.

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2015-2017*. 1. české vyd. Praha: Grada. 2015. 464 s. ISBN 978-80-247-5412-3.

HŮLEK, Petr a Petr URBÁNEK a kol. *Hepatologie*. 3. vyd. Praha: Grada, 2018. 768 s. ISBN 978-80-271-0394-2.

KASPER, Heinrich. *Výživa v medicíně a dietetika*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2015. 592 s. ISBN 978-80-247-4533-6.

KOPECKÝ, Miroslav a kol. *Somatologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 314 s. ISBN 978-80-244-2271-8.

Koordinační středisko transplantací. *Statistiky* [online]. Koordinační středisko transplantací: 2018. [Cit. 2019-05-14]. Dostupné z: <https://www.kst.cz/wp-content/uploads/2019/02/Transplantacni-aktivita-v-CR-2018-1.pdf>

KRŠKA, Zdeněk, David HOSKOVEC a Luboš PETRUŽELKA a kol. *Chirurgická onkologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 904 s. ISBN 978-80-247-4284-7.

LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 928 s. ISBN 978-80-247-5067-5.

LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK a kol. *Chorobné znaky a příznaky*. 76 vybraných znaků, příznaků a některých důležitých laboratorních ukazatelů v 62 kapitolách s prologem a epilogem. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 520 s. ISBN 978-80-247-2764-6.

MAČÁK, Jirka, Jana MAČÁKOVÁ a Jana Dvořáčková. *Patologie*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. 352, [24] s. ISBN 978-80-247-3530-6.

MAREK, Josef a kol. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 4., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. 808 s. ISBN 978-80-247-2639-7.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 192 s. Sestra. ISBN 978-80-247-5376-8.

MOUREK, Jindřich. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. 224 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3918-2.

NAVRÁTIL, Leoš a kol. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2017. 560 s. ISBN 978-80-271-0210-5.

NEJEDLÁ, Marie. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. 240 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4402-5.

PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetrovatelství I*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2018. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.

PŘÍBRAMSKÁ, Veronika a Libuše HUSOVÁ. Jaterní cirhóza. *Interní medicína pro praxi*. 2007, **9**(11), 486-489. ISSN 1803-5256.

SCHUMPELICK, Volker. *Chirurgie – stručný atlas operací a výkonů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 208 s. ISBN 978-80-247-4531-2.

SILBERNAGL, Stefan a Florian LANG. *Atlas patofyziologie*. 2. české vyd. Praha: Grada, 2012. 416 s. ISBN 978-80-247-3555-9.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy I - Interna*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. 224, [4] s. Sestra. ISBN 978-80-247-3601-3.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 136 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠPIČÁK, Julius a kol. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 424, [20] s. ISBN 978-80-247-1783-8.

TEPLAN, Vladimír a kol. *Akutní poškození a selhání ledvin v klinické medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 416, [12] s. ISBN 978-80-247-1121-8.

TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. nezměn. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

ÚZIS ČR, 2013. Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. [Cit. 2019-03-28]. ISSN: 1211-2585. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/cinnost-zdravotnickych-zarizeni-ve-vybranych-oborech>.

ÚZIS ČR, 2013. Činnost oboru gastroenterologie v ČR v roce 2012. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. [Cit. 2019-03-28]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-oboru-gastroenterologie-cr-roce-2012>.

ÚZIS ČR, 2015. Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech zdravotní péče. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. [Cit. 2019-03-28]. ISSN: 1211-2585. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/cinnost-zdravotnickych-zarizeni-ve-vybranych-oborech>.

ÚZIS ČR, 2003. Ženy a muži v číslech zdravotnické statistiky. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. [Cit. 2019-05-14]. ISBN: 80-7280-262-3. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/katalog/mimoradne-publikace/zeny-muzi-cislech-zdravotnicke-statistiky>.

VAJNER, Luděk, Jiří UHLÍK, Tomáš NOVOTNÝ a Václava KONRÁDOVÁ. *Lékařská histologie II.: mikroskopická anatomie*. 2., upr. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, 2017. 174 s. ISBN 978-80-246-3827-0.

VODIČKA, Josef a kol. *Speciální chirurgie*. 2. dopl. vyd. Praha: Karolinum, 2014. 318 s. ISBN 978-80-246-2512-6.

VRÁNOVÁ, Dagmar. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. 1. vyd. Olomouc: ANAG, 2013. 183 s. ISBN 978-80-7263-788-1.

ZADÁK, Zdeněk a Eduard HAVEL a kol. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2017. 448 s. ISBN 978-80-271-0922-7.

11 Seznam příloh

| | |
|--|-----|
| Příloha A – Childova-Pughova klasifikace a klinická stádia jaterní encefalopatie | 84 |
| Příloha B – Výskyt dispenzarizovaných pacientů s fibrózou a cirhózou jater v ČR..... | 85 |
| Příloha C – Maslowova hierarchie potřeb | 87 |
| Příloha D – Informovaný souhlas se sběrem dat pro potřeby praktické části bakalářské práce | 88 |
| Příloha E – Ošetrovatelská anamnéza Fakulty zdravotnických studií | 89 |
| Příloha F – Specifická ošetrovatelská anamnéza pro pacienta s jaterní cirhózou vytvořená pro sběr dat pro potřeby praktické části bakalářské práce | 98 |
| Příloha G – Mapa péče pro nelékařský zdravotnický personál u pacientů s jaterní cirhózou | 102 |

12 Přílohy

Příloha A – Childova-Pughova klasifikace a klinická stádia jaterní encefalopatie

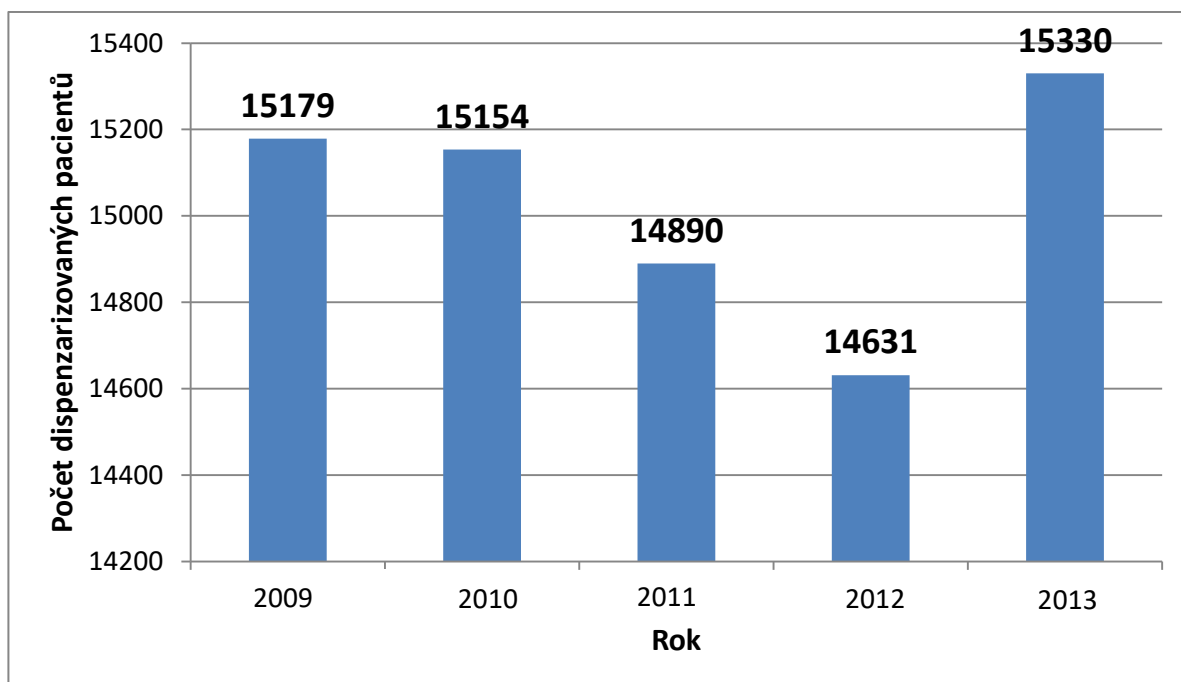
Tabulka 1 Childova-Pughova klasifikace (Ehrmann, Hůlek a kol., 2014, s. 56)

| Klinické a biochemické hodnoty | Funkční třída | | |
|--|---------------|----------------|---------------|
| | A | B | C |
| stupeň jaterní encefalopatie | nepřítomna | 1 a 2 | 3 a 4 |
| ascites | nepřítomen | mírný | střední/velký |
| albumin (g/l) | > 35 | 28–35 | < 28 |
| bilirubin (μmol/l) | < 34 | 34–51 | > 51 |
| protrombinový čas (sekund prodloužení) nebo INR | < 4 < 1,7 | 4–6 1,7–2,3 | > 6 > 2,3 |

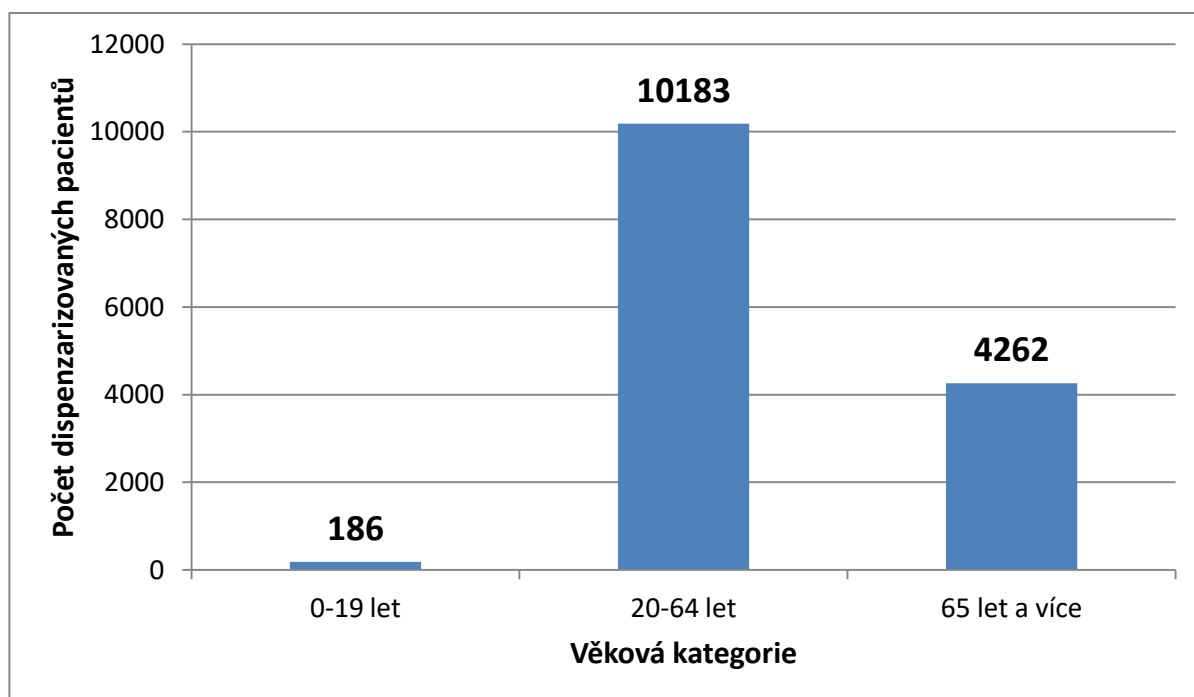
Tabulka 2 Klinická stádia jaterní encefalopatie (Zadák, Havel a kol., 2017, s. 286)

| Stupeň | Klinické projevy |
|--------|---|
| I | mírná zmatenost, euforie či deprese, snížená pozornost, zpomalené myšlení, zvýšená dráždivost, porucha spánkového režimu |
| II | spavost, letargie, výrazná porucha schopnosti řešit mentální úlohy, zjevné změny osobnosti, neadekvátní chování, přechodná dezorientace |
| III | somnolence, neschopnost řešit mentální úlohy, dezorientace místem i časem, značná zmatenost, amnézie, nesrozumitelná řeč |
| IV | kóma |

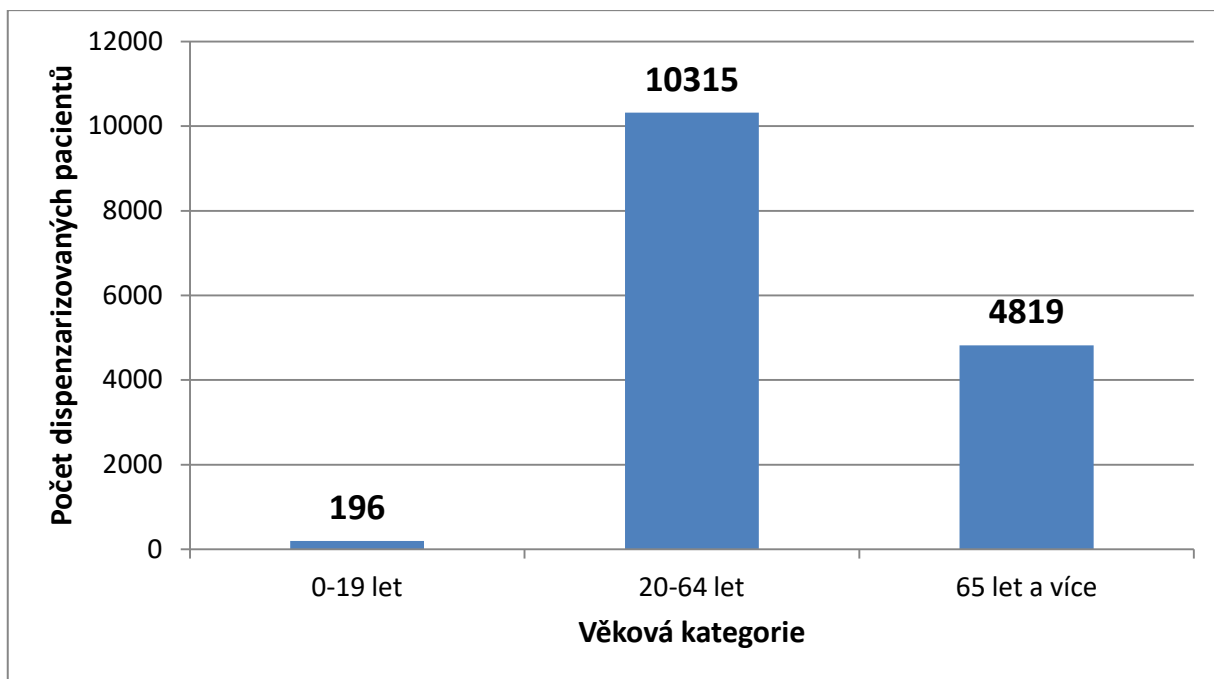
Příloha B – Výskyt dispenzarizovaných pacientů s fibrózou a cirhózou jater v ČR



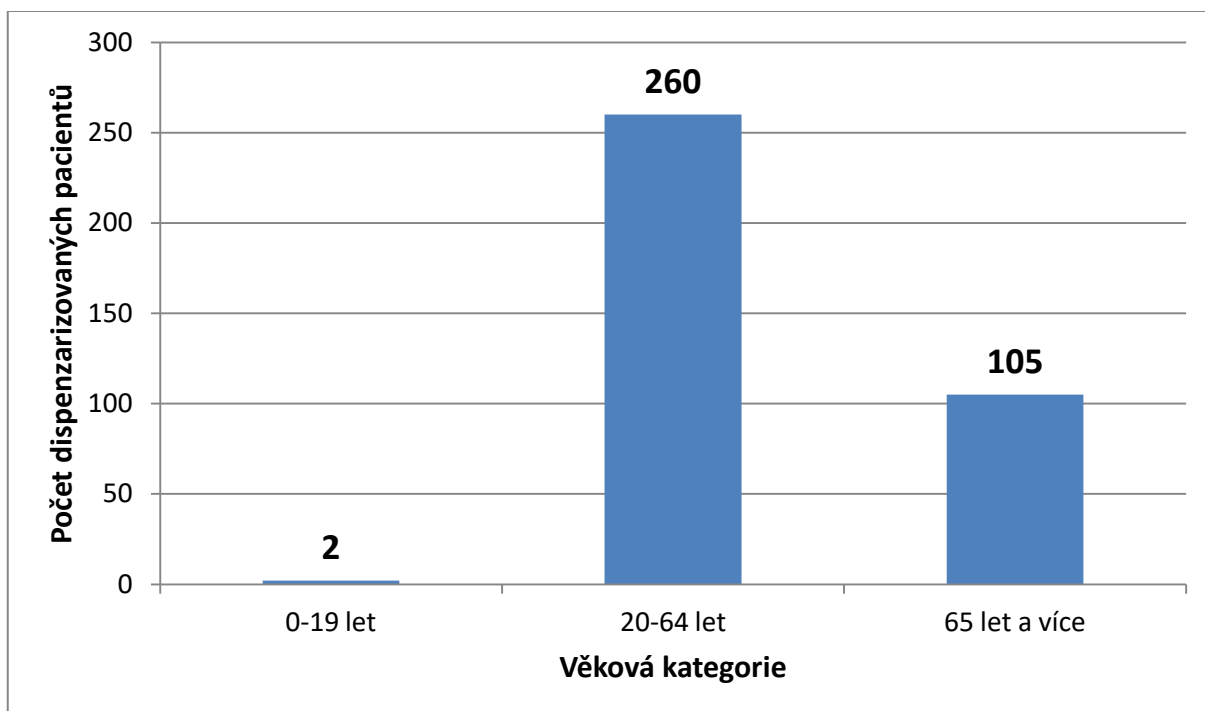
Obr. 1 Graf počtu dispenzarizovaných pacientů s fibrózou a cirhózou jater v ČR za roku 2009 až 2013 (ÚZIS ČR, 2013, s. 5; ÚZIS ČR, 2015, s. 77)



Obr. 2 Graf počtu dispenzarizovaných pacientů s fibrózou a cirhózou jater v ČR za rok 2012 (ÚZIS ČR, 2013, s. 77)

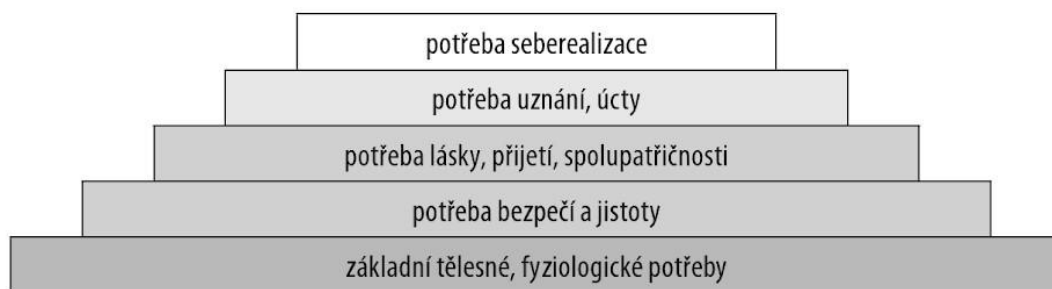


Obr. 3 Graf počtu dispenzarizovaných pacientů s fibrózou a cirhózou jater v ČR za rok 2013 (ÚZIS ČR, 2015, s. 77)



Obr. 4 Graf počtu dispenzarizovaných pacientů s fibrózou a cirhózou jater v Pardubickém kraji za rok 2013 (ÚZIS ČR, 2015, s. 77)

Příloha C – Maslowova hierarchie potřeb



Obr. 5 Maslowova hierarchie potřeb (Šamánková a kol., 2011, s. 26)

Příloha D – Informovaný souhlas se sběrem dat pro potřeby praktické části bakalářské práce

Zdroj: vlastní tvorba

Vážená paní/pane

Oslovení:

Odkud jste:

Kontakty na Vás:

VĚC: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMU

Vážená paní/pane

Jsem studentkou třetího ročníku bakalářského studia (prezenční forma – obor Všeobecná sestra), na Katedře ošetrovatelství Fakulty Zdravotnických Studií Univerzity Pardubice a obracím se na Vás se žádostí o možnost realizace výzkumu, který je součástí mé bakalářské práce na téma „*Specifikace potřeb u pacienta s jaterní cirhózou*“; (školicítkou mé práce je Mgr. Hana Ochtinská). Výzkum je zaměřen na potřeby pacientů s jaterní cirhózou.

Výzkum bude proveden kvalitativní metodou polostrukturovaného rozhovoru.

Interview by proběhla jako polostrukturovaný rozhovor v předpokládané délce cca 30-45 minut na jeden rozhovor v klidné, nerušené místnosti. Struktura rozhovoru bude obsahovat předem definované otázky, které v průběhu rozhovoru, vyplyne-li taková potřeba případně doplním či dovysvětlím. Uvedené otázky přikládám s tímto souhlasem, aby jste se s nimi mohl/a seznámit před zahájením rozhovoru. Rozhovory by byly s Vaším souhlasem nahrávány na záznamové zařízení (MP3 přehrávač či diktafon) a následně přepsány do elektronické podoby.

Vaše identita zůstane skryta, budete evidováni pouze pod písmenem. Uvedená data budou uchovávána v anonymitě, zpracovávána jako celkový pohled na uvedenou problematiku.

Cílem práce je:

- Zjistit specifické potřeby pacientů s jaterní cirhózou.

Pokud byste se vyjádřila kladně, prosím Vás o podpis. Žádost s podpisem bude součástí složky studenta, které bude uchováno ve zdejšímu archivu FZS.

Děkuji Vám za Vaše vyjádření k žádosti, pevně věřím, že kladně.

S úctou Hrušková Eliška

V Pardubicích dne

Podpis

Příloha E – Ošetřovatelská anamnéza Fakulty zdravotnických studií

Zdroj: Fakulta zdravotnických studií, 2017

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Průmyslová 395, tel. 466 670 550

| | | |
|-------------------------------|--|------------|
| Jméno a příjmení studenta/ky: | | |
| Ročník, obor: | Datum zpracování: Doba péče o pacienta (od-do): | Hodnocení: |

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

Jméno a příjmení (iniciály): Věk: Pohlaví:

Povolání, vzdělání: Oddělení, pokoj:

Datum přijetí: Operační výkon:

Plánované přijetí: ano ne Pooperační den:

Hlavní diagnóza:

Vedlejší diagnózy:

Důvod přijetí: (vyjádření dle klienta)

Celkový vzhled, úprava:

Konstituce: astenická normostenická hyperstenická Výška: Hmotnost: BMI:

MNA:

Poloha: aktivní pasivní úlevová (jaká)

Postoj: vzpřímený hemiparetický hemiplegický strnulý parkinsonský jiný

Chůze: přirozená antalgická kolébavá paretická spastická ataktická parkinsonská bizarní jiná

Riziko pádu: bez rizika nízké riziko střední riziko vysoké riziko

ADL: počet bodů (+ zhodnocení míry závislosti)

Chybějící části těla: ne ano

Známky akromegalie: ne ano

Edém celého těla: ne ano

Vědomí + Neurologický systém:

Patologie: ne ano

GCS: (E...../V...../M.....)

Orientace: v čase plně orientovaný/a částečně dezorientovaný/á Oční kontakt: udržuje neudržuje

v prostoru plně orientovaný/a částečně dezorientovaný/á

v osobě plně orientovaný/a částečně dezorientovaný/á

Chápe myšlenky a otázky (podstatu, abstraktní výrazy, konkrétní pojmy) ano ne

Poruchy kvantitativní: somnolence sopor koma synkopa

Poruchy kvalitativní: delirium amence obnubilace

Závratě: ne ano

Pozornost: záměrná nezáměrná stálá nestálá je roztržitý/á jiné:

Změny v kognitivních funkcích: MMSE:

Paměť: neporušená zapomíná částečně zapomíná špatně si vybavuje staropaměť

Poruchy citlivosti: ne anestezie hypestezie parestezie hyperestezie alodynie

Poruchy hybnosti: ne paréza P/L hemiparéza quadraparéza paraparéza plegie P/L hemiplegie P/L quadraplegie paraplegie

Abnormální pohyby: tremor choreatické atetoidní akineze tiky jiné

křeče tonické klonické tonicko-klonické

Poruchy řeči: ne afázie motorická afázie senzorická bradylálie polylálie dyslálie dysartrie mutismus

Poruchy zraku, postavení, pohyb očních bulbů: v normě exoftalmus P/L enoftalmus P/L strabismus konvergentní P/L strabismus divergentní P/L nystagmus hemianopsie P/L amauroza P/L diplopie P/L hypermetropie myopie

Poruchy očních víček: ne ptóza P/L lagofthalmus P/L

Poruchy zorní: izokorie anizokorie mióza P/L mydriáza P/L fotoreakce přítomna P/L fotoreakce chybí P/L

Kompenzační pomůcky:

Jiné:

Hlava, ORL:

Patologie: ne ano

Velikost lebky: normocefalická mikrocefalická makrocefalická

Výraz tváře: febrilis hippokratic myxedematosa tyreotoxica adenoidea cushingoida parkinsonica

Uši

Patologie: ne ano

Boltec: fyziologický zvětšený zmenšený patologické změny:

Zevní zvukovod: fyziologický zarudlý krvácení výtok serózní výtok seropurulentní výtok purulentní jiný:

Poruchy sluchu: ne nedoslýchavost P/L hluchota P/L tinnitus P/L kompenzační pomůcka:

Jiné:

Nos

Patologie: ne ano

Deformity: ne ano

Sekrece: bez sekrece hlenová hnisavá vodnatá epistaxe jiná

Poruchy čichu: ne ano – jaké

Jiné:

Dutina ústní

Patologie: ne ano.....
Rty: růžové bledé cyanotické rozpraskané jiné.....
Tvar: souměrný rozštěp.....
Ústní koutky: fyziologické ragády anguli infectiosi ptóza P/L
Inervace jazyka: ve střední čáře k jedné stravě P/L nevypláží
Povrch jazyka: vlhký bělavě povleklý hnědě povleklý rudý s prasklinami suchý jiný.....
Problémy s otevíráním úst: ne ano.....
Sliznice dutiny ústní: růžová vlhká soor leukoplakie afty grafitové skvrny jiné.....
Dásně: fyziologické zduřené krvácivé nekrózy recese dásně jiné.....
Postavení čelisti: fyziologické prognacie progenie
Chrup: vlastní sanován kariézni protéza horní protéza spodní parodontóza
Zápach z úst: bez zápachu foeter hepaticus uremický zápach zápach po acetonu hnilobný jiný.....
Jiné:.....

Krk

Patologie: ne ano.....
Lymfatické uzliny: fyziologické zvětšené (bližší specifikace).....
Konzistence: měkké tuhé tvrdé
Fixace k okolí: volně pohyblivé pevně fixované
Náplň krčních žil: fyziologická snížená jednostranně P/L snížená oboustranně zvýšená jednostranně P/L zvýšená oboustranně
Štítná žláza: hmatná nehmátná bolestivost povrch hladký povrch hrboletý tvar symetrický asymetrický
Porucha polykání: ne ano
Poruchy hlasu: ne ano dysfonie afonie jiné.....
Jiné:.....

Hrudník:

Patologie: ne ano.....
Tvar: fyziologický atletický astenický hyperstenický patologický soudkovitý ptačí trychtýřovitý skoliotické kyfoskoliotický gibbus krátký s odstávajícími lopatkami jiný.....
Prsa
Patologie: gynekomastie ablace částečná P/L ablace celková P/L
Kůže: fyziologická změna barvy..... změna kůže.....
Prsní bradavky: fyziologické vpáčené jiné.....
Sekrece: bez sekrece sekrece (jaká).....
Bolestivost prsní žlázy: ne ano.....
Jiné:.....

Dýchání

Dýchání: spontánní NIPV UPV:.....
Dech: frekvence..... kvalita..... hloubka..... SpO₂.....
Poslechové změny:.....
Dušnost: ne ano inspirační expirační
Vedlejší dechové fenomény: nepřítomny suché chropy vlhké chropy krepitace pleurální šelest jiné.....
Kašel: nepřítomný suchý vlhký dráždivý záchvatovitý hemoptýza jiný.....
Sputum: ne charakter:..... množství.....
Srdce, cévy
TK..... Periferní pulz: frekvence..... kvalita..... pravidelnost..... kapilární návrat.....
Apikální pulz: frekvence:..... kvalita..... pravidelnost.....
Ortostatická hypotenze: ne ano
Edémy: ne ano lokalizace + rozsah.....
Palpitace: ne ano (bližší specifikace).....
Cyanóza: ne periferní..... centrální.....
Bolest na hrudi: ne ano.....
NYHA: 1 2 3 4
Jiné:.....

Břicho:

Patologie: ne ano.....
Kýla: ne ano.....
Peristaltika: bez poruchy střevní pasáže obleněná zrychlená obstrukční vymizelá jiná.....
Patologie: ne ano.....
Ascites: ne ano (bližší specifikace).....
Kolaterální oběh: ne ano.....
Krvácení ze zažívacího traktu: ne ano enteroragie meléna jiné.....
Stomie:.....
Jiné:.....

Jiné:.....

Močová trubice, zevní pohlavní ústrojí u ženy

Výtok z uretry: ne hnisavý krvavý mléčný jiný.....

Výtok z pochvy: ne hnisavý krvavý mléčný jiný.....

Patologie:.....

Jiné:.....

Končetiny

Patologie (deformity, svalová síla, klouby, omezení pohybu...):.....

Edémy končetin: ne asymetrické HK/DK L/P symetrické HK/DK L/P (blíže specifikace).....

měkké tuhé nebolestivé bolestivé

Kloubní deformity: ne ano.....

Periferní pulzace na HK: hmatná nehmatná..... Periferní pulzace na DK: hmatná nehmatná.....

Varixy: ne ano.....

Kloubní náhrady: ne ano.....

Kompenzační pomůcky:.....

Jiné:.....

Kůže a kožní deriváty

Patologie: ne ano.....

Tělesná teplota:.....

Riziko vzniku dekubitů:.....

Akutní rána: ne ano.....

Chronická/nehojící se rána: ne ano.....

Barva kůže:.....

Barva sliznic:.....

Vlhkost kůže:.....

Vlhkost sliznic:.....

Změny: exantém petechie ekchymózy, sruzy hematomy pajizévky jizvy exkoriace vesiculy

Kožní deriváty: změny a defekty.....

Pocení změny:.....

Jiné:.....

Invazivní vstupy:

Periferní venózní vstup: ne ano datum zavedení:..... Hodnocení přítomnosti infekce dle Maddona.....

Hodnocení okolí místa vpichu.....

Centrální vstup: ne ano datum zavedení:..... Hodnocení přítomnosti infekce.....

Hodnocení okolí místa vpichu.....

Arteriální vstup: ne ano datum zavedení:..... Hodnocení přítomnosti infekce.....

Hodnocení okolí místa vpichu.....

Port: venózní..... arteriální..... datum zavedení:..... Heparinová zátka: ne ano

datum proplachu:.....

Hodnocení přítomnosti infekce..... Hodnocení okolí místa vpichu.....

PICC: ne ano..... Hodnocení přítomnosti infekce.....

Hodnocení okolí místa vpichu.....

AV shunt: ne ano..... Hodnocení přítomnosti infekce.....

Hodnocení okolí místa vpichu.....

Drény, drenáže: ne

ano.....

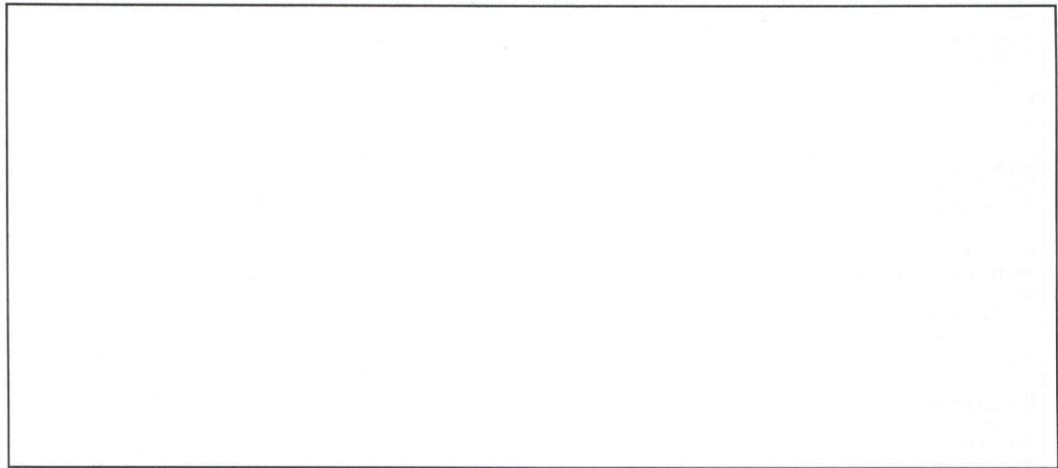
Močový katétr: ne ano číslo + typ katétru..... datum zavedení..... datum výměny.....

NGS/NJS/PEG/PEJ: ne ano datum zavedení..... důvod zavedení.....

ETK: ne ano datum zavedení:..... TSK: ne ano datum zavedení:.....

Jiné:.....

Jiné důležité informace o pacientovi:



Vysvětlivky:

MNA: Mini Nutritional assessment

ADL: Activity daily living

GCS: Glasgow coma scale

NIPV: neinvazivní plicní ventilace

UPV: umělá plicní ventilace

NYHA: New York Heart Association

Chronická/nehojící se rána: nevykazuje tendence k hojení déle jak 6-9 týdnů

PICC: periferně zavedený centrální žilní katétr (Peripherally Inserted Central Catheter)

AV shunt: arteriovenózní zkrat

NGS: nazogastrická sonda

NJS: nazojejunální sonda

PEG: perkutánní endoskopická gastrostomie

PEJ: perkutánní endoskopická jejunostomie

ETK: endotracheální kanyla

TSK: tracheostomická kanyla

| | |
|--|--|
| Vztahy a sociální zázemí | Bydlí (kde/s kým): Propuštění plánováno do: <input type="checkbox"/> domácího prostředí <input type="checkbox"/> zařízení následně péče <input type="checkbox"/> soc. zařízení datum: Faktory bránící návratu: Péče po propuštění: <input type="checkbox"/> nezajištěna <input type="checkbox"/> zajištěna (kým) Finanční zabezpečení: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Vzájemná spolupráce s rodinou nebo doprovázející osobou: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> Reakce rodiny na onemocnění: <input type="checkbox"/> zájem <input type="checkbox"/> nezájem <input type="checkbox"/> ochota pomoci Lidé, kteří jsou mi nejbližší: Kontakty s lidmi během hospitalizace: <input type="checkbox"/> časté <input type="checkbox"/> zřídka <input type="checkbox"/> vůbec <input type="checkbox"/> jsem samotář <input type="checkbox"/> jiné: Chování k lidem (pozorování studentem): |
| Sexualita | Ženy Menstruace: menarche <input type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná poslední menstruace: bolestivá <input type="checkbox"/> nebolestivá <input type="checkbox"/> silná <input type="checkbox"/> slabá <input type="checkbox"/> krvácení mezi cykly Antikoncepce: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano (jaká) Těhotenství: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano týden Počet porodů Počet potratů (jaký) Klimakterické obtíže: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano menopauza (od kdy) : Hormonální léčba: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Operace: Choroby: Muži Operace: Choroby: |
| Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu | Jak vnímáte současnou situaci? Má stres souvislost s nemocí? Jaká je strategie zvládání? Jak Vám můžeme aktuálně pomoci? |
| Životní princip (spiritualita) | Co je pro Vás v životě důležité. Máte problém s dosažením toho? Bez čeho si to nedovedete představit? Na co jste pyšný/á? Čeho jste dosáhl/a a co byste chtěl/a ještě dosáhnout? Jak Vám můžeme aktuálně pomoci? |
| Bezpečnost - ochrana | Orientujete se v prostředí během hospitalizace: Máte pocit bezpečí? Jak Vám můžeme aktuálně pomoci? |
| Komfort | Bolest: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Potřeby spojené s bolestí Další faktory ovlivňující komfort Jak Vám můžeme aktuálně pomoci? |
| Růst a vývoj | Růst: <input type="checkbox"/> v normě <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Vývoj: <input type="checkbox"/> v normě <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Co je pro Vás v současném období nejdůležitějším vývojovým úkolem? |

Poznámka: x modrý (fyziologie, norma)

x červený (patologie, abnormalita)

Vyšetřovací metody:

Terapie (léčebný přípravek, dávkování, indikační skupina):

| Perorální | Parenterální | Enterální |
|-----------|--------------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Poznámky:

Příloha F – Specifická ošetřovatelská anamnéza pro pacienta s jaterní cirhózou vytvořená pro sběr dat pro potřeby praktické části bakalářské práce

Zdroj: vlastní tvorba

Specifická ošetřovatelská anamnéza pro pacienta s jaterní cirhózou

1. Podpora zdraví

- a) Jsou nějaké nemoci nebo úrazy, které mají vliv na Váš současný zdravotní stav?
- b) Jaké jsou příčiny Vašeho současného onemocnění?
- c) Jaké jste v minulosti vykonával/a povolání?
- d) Jak hodnotíte své zdraví? (velmi dobré/dobré/ne moc dobré/špatné)
- e) Jaké aktivity provádíte k podpoře Vašeho zdraví?
- f) Jaké aktivity, které provádíte, narušují Vaše zdraví?
- g) Kouříte nebo jste v minulosti kouřil/a? Pokud ano, jak dlouho? Kolik cigaret denně?
- h) Dodržujete nyní a dodržoval/a jste v minulosti doporučení lékařů a sester?
- i) Co bude pro Vás důležité po dobu pobytu v nemocnici?

2. Výživa

- a) Jakou formu stravy přijímáte? (normální/kašovitá/tekutá)
- b) Změnila se Vaše chuť k jídlu?
- c) Kolikrát denně se stravujete?
- d) Jíte celé porce?
- e) Brání Vám něco v příjmu potravy? (potíže s polykáním/ trávicí potíže)
- f) Máte vlastní chrup?
- g) Máte zubní protézu? (horní/dolní)
- h) Dělá Vám stav Vašeho chrupu při jídle potíže?
- i) Máte alergii na potraviny? Pokud ano, na jaké potraviny, jak se alergie projevuje?
- j) Dodržujete zvláštní dietu? Pokud ano, jakou?
- k) Dodržoval/a jste nějakou dietu, než jste přišel do nemocnice? Pokud ano, jakou?
- l) Dělá Vám problém dodržování diety? Pokud ano, jaký?
- m) Změnila se Vaše váha v poslední době? (zhubl/přibral) Pokud ano, o kolik kilogramů, za kolik měsíců?
- n) Zvládnete se najíst sám/sama nebo potřebujete dopomoci při stravování?
- o) Kolik vypijete tekutin za den?
- p) Změnil se příjem tekutin, od té doby, co jste onemocněl/a?
- q) Jaký druh tekutin preferujete? (čaj/voda/minerální voda/pivo/alkoholické nápoje/káva/ovocné šťávy)
- r) Trpíte zvýšeným pocitem žízně?
- s) Pijete alkohol? Pokud ano, jaký druh, jaké množství a jak často?
- t) Léčil/a jste se někdy se závislostí na alkoholu?
- u) Jste schopný/á abstinovat?

- v) Abstinoval/a jste v minulosti? Jak dlouho? Začal/ jste znovu pít alkohol?
- w) Myslíte si, že pití alkoholu má vliv na Vaše onemocnění?

3. Vylučování a výměna

- a) Chodíte pravidelně na stolicí? Jak často?
- b) Trpíte průjmem nebo zácpou?
- c) Kdy se obvykle vyprazdňujete?
- d) Užíváte projímadlo nebo jiné léky ovlivňující stolicí?
- e) Máte problém s vyprazdňováním stolice? Pokud ano, jaký?
- f) Trpíte inkontinencí stolice?
- g) Zaznamenal/a jste příměsi krve ve stolici? (příměs čerstvé krve/ černou stolicí)
- h) Trpíte nadýmáním nebo zvýšeným odchodem střevních plynů?
- i) Potřebujete dopomoci při vyprazdňování?
- j) Jaké pomůcky potřebujete k vyprázdnění? (WC/toaletní křeslo/podložní mísa)
- k) Močíte spontánně? Kolik vymočíte za 24 hodin?
- l) Trpíte močovou inkontinencí? (úplná/částečná/stresová/urgentní/reflexní)
- m) Máte nějaké problémy s močením? Pokud ano, jaké? Co Vám pomáhá s jejich překonáním?
- n) Budíte se v noci na močení? Pokud ano, kolikrát?
- o) Potřebujete nějaké pomůcky k močení? (toaletní křeslo/podložní mísa/pleny/močový katétr)
- p) Zaznamenal/a jste příměsi krve v moči?

4. Aktivita, odpočinek

- a) Brání Vám něco v tělesné aktivitě? Pokud ano, co?
- b) Trpíte otoky dolních končetin?
- c) Potřebujete dopomoci v sebeděči v oblasti hygieny, vyprazdňování, stravování nebo oblékání?
- d) Trpíte třesem horních končetin? Pokud ano, brání Vám v něčem?
- e) Máte problémy se sebeobslouhou z důvodu třesu horních končetin?
- f) Cítíte se dostatečně odpočatý/á během dne?
- g) Spíte přes den? Pokud ano, kdy, jak dlouho?
- h) Spíte celou noc?
- i) Máte problémy s usínáním? Za jak dlouho usínáte po ulehnutí?
- j) Budíte se v noci? Pokud ano, jak často, z jakého důvodu?
- k) Budíte se brzy ráno a už neusnete?
- l) Cítíte se po probuzení odpočatý/á?
- m) Máte nějaké zvyky pro usínání? Jaké?
- n) Užíváte nějaké léky na spaní? Pokud ano, jaké, kolik, jak dlouho, jak často?

5. Vnímání, poznávání

- a) Brání Vám něco v poznávání Vašeho prostředí?
- b) Používáte kompenzační pomůcky? (dioptrické brýle/kontaktní čočky/ naslouchátko)

- c) Brání Vám něco v komunikaci s okolím?
- d) Potřebujete pomoci při komunikaci s okolím?
- e) Máte problém s udržení pozornosti delší dobu?
- f) Kde se teď nacházíte? Jaký je den v týdnu? Jaký je měsíc? Jaký je rok?

6. Vnímání sebe sama

- a) Jak se cítíte?
- b) Jaké jsou Vaše zdroje a síly ke zvládnutí situace?
- c) Jak vnímáte svoje tělo? Jste spokojen/a se svým vzhledem?
- d) Máte problém se sebepřijetím kvůli změně vzhledu Vašeho těla?
- e) Jak vnímáte změnu konstituce Vašeho těla v rámci tvorby ascitu?
- f) Omezuje Vás ascites? Pokud ano, v čem?
- g) Jak vnímáte změnu barvy Vaší kůže?

7. Vztahy

- a) Bydlíte sám nebo s někým?
- b) Kde bydlíte? (město/vesnice)
- c) Kam je plánováno Vaše propuštění? (domácí prostředí/zařízení následné péče/ sociální zařízení)
- d) Máte zajištěnou péči po propuštění? Pokud ano, kým?
- e) Je něco co brání Vašemu návratu?
- f) Kdo je Vám z rodiny nejbližší? Je ochotný Vám pomoci? Spolupracuje vzájemně se zdravotníky?
- g) Jak časté jsou kontakty s lidmi během hospitalizace? (časté/zřídka/vůbec)
- h) Jaké jsou reakce Vašeho okolí na změnu Vašeho vzhledu?

8. Sexualita

Ženy

- a) Máte menstruaci? Pokud ano, pravidelnou?
- b) Užíváte antikoncepci?
- c) Kolik jste prodělala porodů?
- d) Kolik jste prodělala potratů?
- e) Máte menopauzu? Pokud ano, od kolikati let?
- f) Trpíte klimakterickými obtížemi? Pokud ano, jakými?
- g) Prodělala jste nějaké gynekologické operace?

Muži

- a) Prodělal jste nějaké operace?

9. Zvládnutí zátěže/ odolnost vůči stresu

- a) Jak vnímáte současnou situaci?

- b) Má stres souvislost s Vaší nemocí?
- c) Co Vám pomáhá zvládat stres?
- d) Objevují se u Vás výkyvy nálad? Pokud ano, jak často?

10. Životní principy

- a) Co je pro Vás v životě důležité? Máte problém s dosažením toho?
- b) Bez čeho si nedovedete představit svůj život?
- c) Na co jste pyšný/á?
- d) Čeho jste dosáhl/a a co byste chtěl/a ještě dosáhnout?
- e) V co věříte? Máme nějakou víru? Využíváte během hospitalizace duchovní služby?

11. Bezpečnost/ ochrana

- a) Máte pocit bezpečí?
- b) Trpíte strachem nebo úzkostí?
- c) Orientujete se v prostředí během hospitalizace?

12. Komfort

- a) Pociťujete bolest? Pokud ano, uveďte lokalizaci, charakter a intenzitu bolesti.
- d) Máte nějaké potřeby spojené s bolestí?
- h) Trpíte svěděním kůže?
- e) Trpíte tvorbou modřin nebo častým krvácením z nosu?
- f) Co ovlivňuje Váš komfort?

13. Růst a vývoj

- a) Proběhl Váš růst a vývoj v normě?

Příloha G – Mapa péče pro nelékařský zdravotnický personál u pacientů s jaterní cirhózou

Zdroj: vlastní tvorba

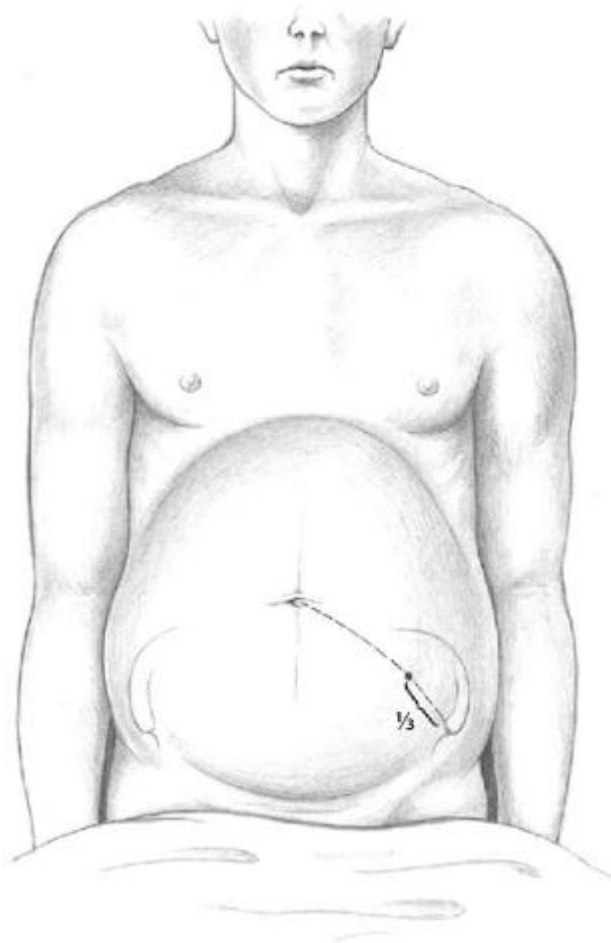
| INFORMAČNÍ MAPA PÉČE | | |
|---|--|--|
| U pacienta s jaterní cirhózou přijatého k plánované paracentéze ascitu | | |
| Oblasti | Před výkonem | Po výkonu |
| Konzultace s ošetřujícím personálem | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sepsání ošetřovatelské dokumentace <input type="checkbox"/> Konzultace s lékařem, vysvětlení výkonu <input type="checkbox"/> Podpis informovaného souhlasu <input type="checkbox"/> Všechny nově objevené obtíže hlase ošetřujícím personálu | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Všechny objevené obtíže hlase ošetřujícím personálu <input type="checkbox"/> Konzultace s lékařem |
| Vyšetřovací metody a sledování | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vyšetření lékařem <input type="checkbox"/> Fyzikální vyšetření sestrou <input type="checkbox"/> Příjmové odběry biologického materiálu dle ordinace lékaře <input type="checkbox"/> Sepsání ošetřovatelské anamnézy <input type="checkbox"/> EKG, RTG srdce a plic <input type="checkbox"/> UZ břicha (CT břicha) <input type="checkbox"/> Sledování fyziologických funkcí (TT, TK, P, SpO₂, D), bolesti dle VAS a hmotnosti pacienta <input type="checkbox"/> Sledování obvodu a napětí břicha, obvod otoků DK | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vyšetření lékařem <input type="checkbox"/> Fyzikální vyšetření sestrou <input type="checkbox"/> Odběry biologického materiálu dle ordinace lékaře <input type="checkbox"/> Kontrolní UZ břicha <input type="checkbox"/> Sledování fyziologických funkcí v pravidelných intervalech (TT, TK, P, SpO₂, D), bolesti dle VAS a hmotnosti pacienta, kontrola místa vpichu a celkového stavu pacienta <input type="checkbox"/> Sledování obvodu a napětí břicha, obvod otoků DK <input type="checkbox"/> Sledování příjmu a výdeje tekutin za 24 hodin |

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| | <input type="checkbox"/> Sledování příjmu a výdeje tekutin za 24 hodin <input type="checkbox"/> Sledování dušnosti a poruch rovnováhy | <input type="checkbox"/> Sledování objemu a vzhledu vypunktované tekutiny <input type="checkbox"/> Sledování dušnosti a poruch rovnováhy |
| Pohybový režim | <input type="checkbox"/> Není nutné žádné omezení pohybového režimu <input type="checkbox"/> Po celou dobu hospitalizace hlase odchod z oddělení ošetřujícím personálu | <input type="checkbox"/> Klidový režim na lůžku 2 hodiny po výkonu <input type="checkbox"/> Poté dle zdravotního stavu pacienta pohybový režim bez omezení <input type="checkbox"/> První vstávání za asistence ošetřujícího personálu |
| Výživa | <input type="checkbox"/> Není nutné žádné dietní omezení <input type="checkbox"/> Dieta dle přidružených onemocnění | <input type="checkbox"/> Není nutné žádné dietní omezení <input type="checkbox"/> Dieta dle přidružených onemocnění |
| Medikace | <input type="checkbox"/> Hlase přípravky nebo léky, při jejichž užití se u Vás již dříve objevila alergická reakce <input type="checkbox"/> Před výkonem není nutné vysadit chronickou medikaci <input type="checkbox"/> Přinesené vlastní léky odevzdejte ošetřujícímu personálu | <input type="checkbox"/> Medikace dle ordinace lékaře a přidružených onemocnění <input type="checkbox"/> Po ukončení hospitalizace vrácení vlastních léků pacientovi |
| Invazivní vstupy | <input type="checkbox"/> Není nutná aplikace invazivních vstupů | <input type="checkbox"/> Sledování místa vpichu a prosakování sterilního krytí |
| Vyprazdňování a vylučování | <input type="checkbox"/> Sledování odchodu plynů a stolice <input type="checkbox"/> Sledování meteorismu a flatulence <input type="checkbox"/> Sledování příměsí ve stolici <input type="checkbox"/> Sledování příměsí v moči | <input type="checkbox"/> Sledování odchodu plynů a stolice <input type="checkbox"/> Sledování meteorismu a flatulence <input type="checkbox"/> Sledování příměsí ve stolici <input type="checkbox"/> Sledování příměsí v moči |

Průběh výkonu

- Pacient zaujme vhodnou polohu (polosed).
- Vyšetření ultrazvukem s označením místa vpichu (vlevo).
- Dezinfekce místa vpichu dezinfekčním roztokem.
- Podkožní aplikace lokálního anestetika pro znecitlivění místa vpichu.
- Provedení vpichu punkční jehlou napojenou na infúzní set, který odvádí tekutinu do sběrné nádoby. Případný odběr vzorku vypunktované tekutiny na vyšetření dle ordinace lékaře.
- Punkční jehla je během punkce fixována ke stěně břišní náplastí.
- Po vypunktování požadovaného množství tekutiny se odstraní punkční jehla a místo vpichu se zakryje sterilním krytím.

Místo vpichu



Obr. 6 Místo punkce při punkci ascitu (Schumpelick, 2013, s. 44)