



**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

---

---



Ústav pro ošetřovatelství

**Lenka Matoušková**

**Ošetřovatelská péče u pacientky  
s jaterní cirhózou**

*Nursing care about a patient  
with cirrhosis of the liver*

*Bakalářská práce*

2.červen 2008, Praha

Autor práce: **Lenka Matoušková**

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Konzultant práce: **MUDr. Marie Nejedlá**

Pracoviště konzultanta: **SZŠ Ruská, 3.LF**

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Nováková**

Pracoviště vedoucího práce: **Fakultní nemocnice Motol**

Datum a rok obhajoby: **2.6.2008**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne .....

.....

Lenka Matoušková

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala za odborné vedení závěrečné bakalářské práce MUDr. Marii Nejedlé a Mgr. Janě Novákové. Za jejich cenné připomínky a věnovaný čas při vypracovávání této práce.

## Obsah práce:

Úvod .....	7
<b>1. Klinická část .....</b>	<b>8</b>
1.1. Historie .....	8
1.2. Definice .....	8
1.3. Fyziologický – patologický obraz .....	8
1.4. Klasifikace .....	10
1.4.1. <i>Morfologická klasifikace</i> .....	10
1.4.2. <i>Histologická klasifikace</i> .....	11
1.5. Etiologie .....	11
1.6. Výskyt .....	12
1.7. Klinický obraz .....	13
1.8. Diagnostika .....	14
1.8.1. <i>Klinické vyšetření</i> .....	14
1.8.2. <i>Laboratorní vyšetření</i> .....	14
1.8.3. <i>Další vyšetření</i> .....	14
1.9. Terapie .....	15
1.10. Prevence .....	16
1.11. Prognóza .....	16
<b>2. Základní údaje o pacientce .....</b>	<b>17</b>
2.1. Lékařská anamnéza a diagnóza .....	17
2.1.1 <i>Lékařská anamnéza</i> .....	17
2.1.2 <i>Lékařská diagnóza</i> .....	18
2.2. Průběh hospitalizace .....	18
2.3. Přehled diagnosticky významných úkonů .....	19
2.4. Terapie .....	21
2.5. Prognóza .....	23
<b>3. Ošetřovatelská část .....</b>	<b>24</b>
3.1. Problematika ošetřovatelského procesu .....	24
3.2. Model fungujícího zdraví Marjory Gordnové .....	24
3.3. Ošetřovatelská anamnéza nemocného .....	25

3.3.1.	<i>Vnímání zdraví – snaha o udržení zdraví</i>	25
3.3.2.	<i>Výživa a metabolismus</i>	26
3.3.3.	<i>Vylučování</i>	26
3.3.4.	<i>Aktivita a cvičení</i>	27
3.3.5.	<i>Spánek a odpočinek</i>	27
3.3.6.	<i>Vnímání a poznávání</i>	28
3.3.7.	<i>Sebepojetí a vnímání sebe sama</i>	28
3.3.8.	<i>Role a mezilidské vztahy</i>	28
3.3.9.	<i>Sexualita</i>	28
3.3.10.	<i>Stres a zvládání situací</i>	29
3.3.11.	<i>Životní hodnoty a víra</i>	29
3.4.	<b>Ošetrovatelské diagnózy</b>	29
3.4.1.	<i>Bolest a v důsledku základního onemocnění</i>	30
3.4.2.	<i>Porucha sebepéče v důsledku bolesti a základního onemocnění</i>	31
3.4.3.	<i>Dušnost v důsledku zvýšeného objemu tělesných tekutin</i>	32
3.4.4.	<i>Porucha spánku v důsledku bolesti, nedostatku denní aktivity a změny prostředí</i>	33
3.4.5.	<i>Porucha sebekoncepcce v oblasti osobní identity v důsledku progredujícího základního onemocnění</i>	34
3.4.6.	<i>Změny ve vyprazdňování stolice v důsledku snížené denní aktivity a základního onemocnění</i>	35
3.4.7.	<i>Potencionální problém v porušení integrity kůže v důsledku svědění a otoků</i>	36
	<b>Závěr</b>	37
	<b>Seznam zkratk</b>	38
	<b>Použitá literatura</b>	39
	<b>Seznam příloh</b>	40

## Úvod

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala 82 letou pacientku R. S. přijatou na oddělení interní kliniky pro dekompenzaci kryptogenní jaterní cirhózy. Pacientka byla odeslána do nemocnice praktickým lékařem, kde už byla hospitalizována v průběhu 16. – 29. listopadu v roce 2007. Nyní 5. 2. 2008 znovu přijata pro zhoršení stavu. U pacientky došlo k zvětšení tenzního ascitu a otoků dolních končetin až ke kolenům.

Při své praxi se často setkávám s pacienty, s chronicky nemocnými, kteří se cítí bezmocní a někdy až beznadějní v návratu do domácího prostředí. Už docent Vladimír Pacovský zdůrazňuje, že rodina musí chtít, umět a moci se o svého stárnoucího člena postarat. Klíčové slovo je ono „chtít“(6).

V první části své práce se zabývám všeobecnou charakteristikou onemocnění jaterní cirhózy, kde v příslušných kapitolách se věnuji: historii, definici onemocnění, fyziologicky-patologickému obrazu, klasifikaci, etiologii, klinickému obrazu, základním metodám v diagnostice, ale i léčebným postupům a prognóze samotného onemocnění.

Druhá část je zaměřena více na samotnou pacientku, kde popisují o důležitých informacích spojených s její hospitalizací. Zmiňuji i lékařskou anamnézu a diagnózy pro dokreslení její zdravotního stavu, prodělaná vyšetření a její terapii.

V poslední třetí části se více věnuji samotné ošetrovatelské péči. Pro její komplexní zpracování jsem si vybrala model fungujícího zdraví od Marjory Gordnové a dále jsem postupovala podle ošetrovatelského procesu. Po rozhovoru s pacientkou jsem si prostudovala její dokumentaci a na základě aktuálního zdravotního stavu jsem stanovila ošetrovatelské diagnózy, vypracovala jsem ošetrovatelský plán a zhodnotila efekt poskytované péče po 6 dnech hospitalizace. Při své práci jsem spolupracovala se sestrami i s vnukem, který ji každý den navštěvoval a stará se o ni i doma.

# **1. Klinická část**

## **1.1 Charakteristika onemocnění**

### **1.1.1 Historie**

Cirhotické změny znali již Řekové a Římané. Název jaterní cirhóza je spojen s Lænnecem, který jej odvodil od řeckého slova kirrós, které dobře vyjadřuje vzhled jater – tvrdá, sevrklá, žlutavé barvy. Dnes se nedoporučuje název Lænnekova cirhóza, stejně jako další dříve užívané názvy, jako například cirhóza Hanotova, Marchandova, portální, atrofická či postnekrotická (2, 1).

Vesalius v roce 1543 upozornil na nepříznivé ovlivnění jaterních chorob alkoholem, v 18. století pak M. Bailie již zakazoval alkoholické nápoje nemocným s jaterním onemocněním. Ascites byl popsán roku 1590, jaterní dekompenzace při cirhóze v roce 1685 a portální hypertenze v roce 1761. Detailní histologický popis pochází od Carswella z roku 1838, Laennec mu dal jméno a upozornil na bujení vaziva. Rokitansky v roce 1842 předpokládal, že cirhóza je odpovědí tkáně na cirkulační změny a zánět a americký virolog Blumberg objevil původce infekčního (virového) zánětu jater v roce 1965 tzv. „australský antigen“ HbsAg (1, 9).

### **1.1.2 Definice**

Cirhóza jater je nezvratné zjizvení jater, které se objevuje v posledních stadiích různých nemocí jater (3).

### **1.1.3 Fyziologický – patologický obraz**

Cirhóza jater je dlouhotrvající difuzní (rozptýlený) proces, který zahajují různé toxiny či onemocnění, jež způsobí nekrózy jaterních buněk. (Příloha č. 1) První změnou při poškození jaterní buňky např. alkoholem je však jen steatóza, ztukovatění jater, což je stav reverzibilní, vratný, který při abstinenci rychle mizí. Až při dlouhodobém poškození hepatocytů dochází k nevratným změnám v podobě cirhózy neboli vazivové přestavby jater. Během reparativních procesů neboli pokusů o hojení nekrotizovaných jaterních buněk vznikají v játrech fibrotické (vazivové) a nodulární (uzlové) změny, které zničí složitou architekturu jaterních lalůček i s jejich



žlučovým a cévním řečištěm. Tím narůstá překážka pro průtok krve játry a vzniklý stav se označuje jako portální hypertenze. Portální oběh odvádí žilní krev z nepárových orgánů dutiny břišní (tj. trávicího traktu a sleziny aj.) přes vena portae do jater ke zpracování a detoxikaci. Pokud portální krev nemůže protékat přes játra kvůli zničenému řečišti, vyhledává jiné cesty, a to přes žilní spojky do horní nebo dolní duté žíly. (Příloha č. 2)

Překrvené žíly žaludku, jícnu, podkoží a renální pleteně nevydrží dlouhodobě zvýšený tlak krve, jejich cévní stěna se vyklene a po letech cirhózy tak vznikají jícnové varixy, hemoroidy nebo kolaterální oběh podkožních žil břicha – caput medusae či z rozšířených žilek pavoučkové névy. V důsledku nekrotizace se vytvoří píštěle mezi portálním řečištěm a povodím dolní duté žíly, tedy jakýsi přirozený obchvat jater, ovšem s negativními důsledky pro celý organismus. Nefunkční jaterní buňky totiž netvoří srážlivé faktory ani albumin, nedetoxikují jedy včetně amoniaku, netvoří žluč aj., a proto je výsledkem zhoršených jaterních funkcí krvácivost, dyspepsie, únava, hubnutí, anemie, hypovitaminózy až jaterní encefalopatie (otrava amoniakem při selhání jater).

Cirhózu jater nelze vyléčit, ale zle ji zpomalit nebo alespoň trvale zastavit. Pokud alkoholik abstínuje, má šanci i dekompenzovanou cirhózu stabilizovat. V případě zpomalení změn předchází cirhóza do klidového, i když labilního stadia, s možností opětovným propuknutím, ale i vyhasnutím choroby. Komplikací cirhózy bývá krvácení z jícnových varixů (častá příčina smrti), přidružené onemocnění ledvin (hepatorenální syndrom), hepatokarcinom a selhání jater (9).

Proces postihující celá játra a účastní se při něm tři pochody:

- **Hepatocelulární nekrózy** jsou omezeny na centrální část lalůčku, není porušena struktura lalůčku a proces se hojí ad integrum. Rozsáhlejší nekrózy ruší stabilitu lalůčků, nekrotické části kolabují, sinusoidy se hroubí a deformují. Tím dochází k atypické přestavbě lalůčku. Nebezpečné jsou hlavně nekrózy na okrajích lalůčků (piece-meal nekrózy) či přemostující (bridging) nekrózy. Typ periportální je typický pro virová poškození, centrolobulární spíše pro alkohol.

V blízkosti nekrotéz nacházíme buněčnou zánětlivou infiltraci, která zasahuje mezi buněčné trámce, narušuje limitující membrány.

- **Fibrotizace** je aktivní tvorba vaziva, proces, při kterém se nejen nahrazují nekrotické buňky vazivem, ale výrazně stoupá i novotvorba vaziva.

- **Uzlovitá přestavba** zbylých hepatocytů, kdy hepatocyty, které nepropadly nekróze, regenerují a vytvářejí ostrůvky uzlovité přestavby jaterního parenchymu, obklopené vazivem. Může být různá velikost uzlů, která záleží na rozsahu původních nekrotéz, ale i na rychlosti novotvoření vaziva (na fibrotizaci). Komplikovaný cévní aparát jater se při uzlové přestavbě a fibrotizaci chaoticky mění tak, že tvoří „vnitřní píštěle“ mezi portálním systémem a venózním odtokem. Cévy jsou deformovány a stlačovány novotvořeným vazivem, čímž trpí krevní zásobení uzlových regenerátů a roste překážka pro průtok krve játry. Rozvíjí se portální hypertenze (4).

#### 1.1.4 Klasifikace

**1.1.4.1 Morfologická klasifikace** jaterní cirhózy vychází z převládajícího vzhledu jater.

- **Mikronodulární cirhóza** je charakterizována uniformním zrnitým vzhledem uzlů, které jsou vesměs menší než 3 mm v průměru. Je nejčastěji projevem chronického alkoholismu, metabolických změn.

- **Makronodulární cirhóza** je charakterizována uzlovitými regeneráty různé velikosti, ale obvykle většími než u formy mikronodulární, často o průměru i několik cm. Může jít o postnekrotickou formu, ale i o pozdní stadium mikronodulární formy.

- **Smišený typ** zahrnuje případy, kdy jsou přítomny změny mikronodulární a makronodulární. Bývá vysvětlován náhle zvýšenou aktivitou procesu (např. u alkoholika). Barevné změny jater nás mohou upozornit na určitou etiologii procesu – např. zelená zbarvení jater při cholestáze, tmavá játra u hemochromatózy apod. (1, 4).

#### 1.1.4.2 Histologická klasifikace

Snaží přispět k přesnějšímu rozlišení jednotlivých forem cirhózy i přispět k určení etiologie cirhózy, např. stanovování markerů virových hepatitid, změn na žlučovodech u forem biliárních apod. Je patrná i snaha o určení biologického věku cirhózy, jejího stadia (staging) a rychlost progresu (grading). O inaktivní cirhóze mluvíme tehdy, když nejsou přítomny nekrózy, větší než zánětlivá infiltrace a demarkace uzlů a sept je ostrá. Znamky histologické aktivity jsou důležitým kritériem při zvažování útočné léčby např. interferonem (4).

#### 1.1.5 Etiologie onemocnění

Příčin jaterní cirhózy může být celá řada. Mohou se různě kombinovat, modifikovat zevními vlivy i individuální reakcí nemocného, vlivy sociálního prostředí, způsobu života, úrovně hygieny i narůstajícími škodlivinami civilizačními. Ve střední Evropě dominují dvě příčiny: viry a alkohol.

- **Virové hepatitidy** - jde hlavně o chronickou infekci HBV a HCV. U nás jsou příčinou asi u 1/3 cirhóz. Postižení jsou více muži a ti, kteří získali infekci v mladším věku. Cirhotické změny vznikají buď bezprostředně po akutní fulminantní formě hepatitidy jako postnekrotická (posthepatická cirhóza), nebo častěji pomaleji přes stadium chronické hepatitidy, kdy časový interval mezi akutním začátkem a cirhotickou přestavbou může být i desítky let.

- **Alkohol** - Jaterní cirhóza se u alkoholiků vyskytuje asi 7 krát častěji než u nepijáků. Odhaduje se, že na celém světě je alkohol příčinou asi 50 % všech cirhóz, u nás asi 1/3. Rozhodující je doba abúzu a množství požívaného alkoholu, ne jeho druhu. Ženy jsou na něj zvýšeně citlivé, takže nebezpečné jsou dávky mnohem nižší než u mužů a také průběh cirhózy je mnohem rychlejší, takže alkoholičky umírají o řadu let dříve než muži alkoholici.

- **Metabolické poruchy** - jde vesměs o onemocnění, která mají svůj zvláštní klinický obraz. Patří mezi ně např. jaterní porfyrie, Wilsonova choroba, hemochromatóza aj.

- **Biliární cirhóza** - je důsledkem chronické cholestázy. Z intrahepatálních příčin jde především o primární biliární cirhózu. U extrahepatálních forem vzniká sekundární biliární cirhóza, která je dnes díky možnostem terapie vzácnější. Vzniká spíše u benigních příčin cholestázy, neboť k jejímu rozvoji je třeba delší časový průběh.

- **Kardiální cirhóza** - je dnes také méně častá, díky lepší terapii kardiální nedostatečnosti. Může se s ní setkat u nemocných s chronickým srdečním selháním městnáním hlavně u konstriktivní perikarditidy a insuficience trikuspidální chlopně.

- **Poruchy výživy** může se spoluúčastnit malnutrice. Ale v oblastech s jejím častým výskytem jsou častá i virová či parazitární onemocnění jater, kontaminace potravy toxiny apod. Obviňuje se nepříznivý vliv chronických nespecifických zánětů střevních. Operační řešení obezity střevními bypassy bylo prakticky opuštěno, právě pro závažné poruchy jaterní.

- **Poškození léky** nebezpečné může být i pro vleklé léčení vysokými dávkami vitamínu A, který vyvolává fibrotizaci jater nebo paracetamolu v dávce nad 3g/24 hod. Maximální netoxická dávka je v 1 tbl. - 500 mg po 4 hod.

- Vždy se můžeme setkat i s cirhózou, jejíž **etiologii se nám nepodaří objasnit**. Pak ji nazýváme idiopatickou, kryptogenní. Vyčlenění všech nemocných, u nichž je možno stanovit nějaký vyvolávající moment, zbývá obvykle ve všech studiích řada nemocných, kde žádný etiologickou příčinu nenajdeme. Je pravděpodobné, že často jde o kombinaci faktorů, že tedy jde o multifaktoriální proces. Do kterého patří zevní prostředí, individuální reaktivita, genetické dispozice a sociální vlivy (způsob života, úroveň hygieny a spolupráce nemocného) (4, 9).

### 1.1.6 Výskyt

Nemocných s jaterní cirhózou přibývá na celém světě, i když v poslední době se zaznamenal lehký pokles. Můžeme to vidět i na srovnání, kdy v roce 1985 umírá na tuto chorobu ročně 2 500 lidí a v roce 1994 se do konečného stádia

dostane asi 1 500 až 2 000 nemocných. Podle statistik je jaterní cirhóza na čtvrtém místě v příčinách úmrtí – za chorobami kardiovaskulárními, nádory a úrazy. Výskyt je 2 – 3 krát vyšší ve městech než na venkově. Častější je v sociálně slabších skupinách a u dospělých v produktivním věku.

Jde tedy o závažný celospolečenský problém, poněvadž je příčinou dlouhodobé pracovní neschopnosti a částečné či plné invalidity a to vyžaduje značné finanční náklady, které jsou ekonomickou zátěží pro společnost. Tím více pak vystupuje do popředí význam preventivních opatření a časté správné diagnostiky u této choroby (1, 2, 5).

### 1.1.7 Klinický obraz

- **asymptomatická** cirhóza u 20 % případů
- **kompensovaná** (subklinická) cirhóza připomíná chronickou hepatitidu:

Mezi ně patří - dyspeptický syndrom (diskomfort při trávení, bolest v pravém podžebří, nesnášenlivost některých jídel, meteorismus, říhání, nauzea, průjem, zácpa), hypomenorea až amenorea, ikterus, krvácivé projevy (epistaxe, hematomy, petechie, ekchymózy), únava, nevykonnost, malátnost, hepatosplenomegalie, pavoučkové névy (nejsou však specifické pro cirhózu, tvoří se i v těhotenství nebo u zcela zdravých lidí).

- **dekompenzovaná** (pokročilá) cirhóza:

Mezi ně patří příznaky kompenzované a ascites (200 ml se prokáže na ultrazvuku, fyzikálně až 2 – 3 l, složení jde o transudát, světle žlutá, čirá tekutina), břišní stěna často chabá, diastáza (vzestup břišních svalů) nebo pupeční kýla, portální hypertenze (jícnové varixy, caput medusae, pavoučkové nervy, hemoroidy), jaterní encefalopatie (změny osobnosti, apatie, dezorientace, flapping tremor), subfebrilie, ale i hypoxie, impotence, atrofie varlat, atralgie, bolesti v kříži, rty a jazyk červené, vyhlazené, paličkové prsty, u mužů mizí ochlupení na hrudi, nižší krevní tlak, vyhublost, hematomy (9).

## 1.1.8 Diagnostika

### 1.1.8.1 Klinické vyšetření

Játra jsou na pohmat častěji zvětšená, méně často zmenšená, tuhá s hrbolatým okrajem. Na kůži můžeme pozorovat pavoučkové névy, perimaleolární edémy a hematomy (9).

### 1.1.8.2 Laboratorní vyšetření

Některé specifické laboratorní testy pomáhají odhalit příčinu jaterní cirhózy. Zjišťujeme hodnoty transaminázy ALT a AST, které jsou zvýšené a bilirubin v séru také, u cholestázy užíváme dvou testů ALP a GGT. Ke zjištění syntetické funkce jater stanovíme protrombinový čas (INR) a hladinu sérového albuminu, ta je snižená. Dalšími ukazateli jaterní nedostatečnosti a selhání je snižená hladina cholesterolu a cholinesterázy a zvýšený amoniak v krvi. Hypergamaglobulinemie je typickým laboratorním nálezem jaterní cirhózy, a proto ELFO bílkovin séra nesmí v paletě laboratorních vyšetření nikdy chybět. Samozřejmě je vyšetření krevního obrazu, kde pátráme po trombocytopenii, anémii, ale také velikosti červených krvinek (makrocytóza). V pozdějších stádiích je běžné snížení  $\text{Na}^+$  a  $\text{K}^+$  v séru. Stejně tak je nezbytné vyšetření moči se zaměřením na přítomnost urobilinogenu a bilirubinu (2).

Byla vypracována různá kritéria, která nám mají pomoci odhadnout funkční zdatnost jater a tím i prognózu onemocnění. K nejrozšířenějším patří klasifikace jaterní cirhózy podle Childa, která je založena na prostém hodnocení běžných jednoduchých klinických a laboratorních ukazatelů (Příloha č. 3) (4).

### 1.1.8.3 Další vyšetření

Jaterní biopsie jde o difúzní proces. Pokud jde o onemocnění v kompenzovaném období, je třeba diagnostiku ověřit morfoloicky. Dnešními jehlami nemusí být spolehlivá, neboť zejména u makronodulárních forem cirhóz nezískáme dostatečně reprezentativní vzorek tkáně. Lepší výsledky jsou u forem

mikronodulárních. Mnohem větší cenu má laparoskopie, při níž zkušený lékař odečte nejen změny jaterní, ale i známky portální hypertenze apod. (1).

Ultrasonografie je vstupní vyšetření, ale může selhat zejména v počátečních stádiích, později je vysoce cenná, zejména při průkazu rostoucí portální hypertenze, splenomegalie, ascitu (již kolem 200 ml) či karcinomu v cirhóze (4).

Počítačová tomografie pomůže určit velikost, tvar i deformitu jater, ale ani tato metoda není zcela spolehlivá, navíc je ekonomicky náročná a nemocného zatěžuje zářením. Může pomoci určit nejen ascites, ale i jeho lokalizaci.

Radionuklidové vyšetření nás mohou informovat o velikosti, tvaru, homogenitě jaterní tkáně. Toto vyšetření je ale často přeceňované (1).

### 1.1.9 Terapie

- **Režimová opatření** - v období kompenzace je hlavním opatřením životospráva, vyloučení nadměrné fyzické a psychické zátěže a zákaz alkoholu v jakékoli formě. Pacientům vysvětlíme zásady jaterní diety: redukce tuků, zvláště přepalovaných, omezení ostrých a dráždivých koření dostatek bílkovin - alespoň 1,5 g na kg váhy a dostatečný přívod vitamínů v podobě čerstvého ovoce a zeleniny (Příloha č. 4) (5).

- **Farmakologická** - je vhodné se pokusit o ladění anabolika podáváním větvených aminokyselin. Léčebný efekt různých polyvitaminózních preparátů a četných hepatoprotektiv (Flavobion, Lipovitan, Essentiale, Hepabene) nebyl dostatečně a jednoznačně prokázán, i když vesměs existuje dobré teoretické zdůvodnění jejich aplikace. Kortikosteroidy a imunosupresiva se mohou uplatnit u jaterních cirhóz, které vykazují dlouhodobě známky aktivity procesu. U hepatitid se podávají lamivudin a interferon (virostatika) (9).

- **Transplantace jater** – Zavedení transplantace jater znamenalo zásadní zlom v léčbě pokročilé jaterní cirhózy, při správné indikaci je 5 leté přežití u 85 %. U všech pacientů s jaterní cirhózou by měla být posouzena možnost

transplantace jater a ta by měla být ve spolupráci s transplantačním centrem včas indikována. Velká část cirhotiků je však stále z důvodů kontraindikací transplantační léčby odkázána na konzervativní postupy. Při operacích pacientů s cirhózou je třeba počítat se zvýšenou krvácivostí (6).

#### **1.1.10 Prevence**

Prevence jaterní cirhózy záleží na uplatnění všech zásahů proti faktorům, které mohou vést k jejímu vzniku. Nejdůležitější je boj proti alkoholu a aktivní imunizace proti virovým hepatitidám. Přísná epidemiologická opatření se musejí stát samozřejmostí. Neméně důležitou otázkou je dnes prevence přechodu kompenzované jaterní cirhózy do stadia dekompenzace. Lze toho dosáhnout včasnou diagnózou choroby a odborně vedenou komplexní léčbou. U většiny nemocných jsme nyní schopni, v důsledku patřičného vybavení a dostupnosti všech vyšetřovacích metod, diagnostikovat jaterní cirhózu ve fázi kompenzace. Význam tohoto rozdílu vysvětluje z prognózy choroby i z hlediska pracovní schopnosti (1, 5).

#### **1.1.11 Prognóza**

Dobře spolupracující nemocný může bez větších problémů přežívat i dlouhá desetiletí. Pokud se zahájí kauzální léčba a je zahájena včas, je dnes prognóza obvykle příznivá. U jaterní cirhózy závisí na její etiologii. Např. pětileté přežití je uváděno u 90 % nemocných s jaterní cirhózou alkoholického původu, kteří abstinují, nemají ikterus a neměli projevy krvácení. Pokud se objeví ikterus nebo krvácení, pětileté přežití se snižuje o 7 – 19 % nemocných. Po objevení ascitu se prognóza rázem mění a to zejména v případech vyžadujících terapii většími dávkami diuretik. V literatuře se uvádí, že po jeho vzniku přežívá 1 rok jen 30 % nemocných, přičemž celá polovina umírá do půl roku a průměrné přežití je jen 10 měsíců. Zlepšila se i prognóza nemocných s chronickou hepatitidou B a C po léčbě virostatiky. Určení prognózy jaterní cirhózy však mimořádně vzrostlo s rozšířením chirurgicky prováděných portokaválních spojek a zejména s transplantací jater (1, 2).



## 2. Základní údaje o pacientce

### 2.1 Lékařská anamnéza a diagnóza

#### 2.1.1 Lékařská anamnéza

**Pacientka R. S., věk 82 let**

Datum příjmu: 5. 2. 2008

Hlavní důvod přijetí: Pacientka byla přijata na interním oddělení k léčbě z důvodu zhoršení zdravotního stavu kryptogenní jaterní cirhózy.

Rodinná anamnéza: 2 dcery, jinak bezvýznamná

Osobní anamnéza: Diagnostikována cirhóza jater asi v 50 letech etiologie kryptogenní, arteriální hypertenze, DM II. na inzulínu, retinopatie, nedoslýchavost, VCHGD drobný vřed v prepylorické oblasti dg. 8/2006, nefrolitiasa bilaterální, ischemická choroba srdeční, levostranná insuficience, systolická dysfunkce levé komory (EF 20 – 30%),  
st. p. CHCE v roce 1993, st. p. ablaci prsu pro CA v roce 1998

Alergická anamnéza: Žádnou neudává.

Gynekologická anamnéza: Poslední vyšetření v prosinci 2006, klimakterium přibližně ve 45 letech.

Sociální anamnéza: Je důchodkyně, v bytě žije s vnukem a dcery jí pravidelně navštěvují. Finanční podmínky jsou dobré.

Nynější onemocnění: Pacientka odeslána praktickým lékařem k hospitalizaci, v nemocnici je pro dekompenzaci kryptogenní jaterní cirhózy s příznaky narůstajícího objemu břicha, otoků dolních končetin, bolestí břicha a zad při pohybu, s nechutí k jídlu a s problémy při vyprazdňování (málo močí, sklony k zácpě).

Současný stav – vstupní vyšetření lékaře při příjmu na interním oddělení:

Pacientka je orientována, spolupracuje, v klidu bez dušnosti, přejde s pomocí k lehátku, bez ikteru a cyanózy. Turgor kůže přiměřený, astenický trup. Hlava na poklep nebolestivá. Skléry bílé bez ikteru, spojivky bledé, zornice izokorické. Jazyk vlhký, plazí se středem. Hrdlo klidné, tonsily nezvětšeny. Tep karotid souměrný, karotidy bez šelestů. Šíje volná. Hrudník souměrný. St. p. ablaci

mammy 1. dx. Poklep plic jasný, dolní hranice souměrné. Dýchání sklípkové bez vedlejších fenoménů. Srdce poklepově nezvětšené, úder hrotu nezvedavý. Akce srdeční je pravidelná, palpce nebolestivá. Játra a slezina nemůžou být vyšetřena. Tappotment bilaterálně negativní. Poklep břicha diferencovaný bubínkový. Peristaltika auskultačně přítomna. Inguinální uzliny nehmatné, uretrální body nebolestivé. Na dolních končetinách je zjevný otok až pod kolena, je symetrický, gonartrosa bilaterální, stehna volná, periferní pulsace nehmatná, akra teplá. Páteř poklepově nebolestivá. Per rektum nevyšetřeno. Neurologický nález orientačně bez lateralizace, orientovaná bez flapping tremoru (13).

## **2.1.2 Lékařská diagnóza**

### **2.1.2.1 Hlavní diagnóza**

- Jaterní cirhóza kryptogenní dekompenzovaná

### **2.1.2.2 Vedlejší diagnózy**

- Diabetes mellitus 2. typu
- Ischemická choroba srdeční chronická
- VCHGD
- St.p. ablaci mammy 1. dx.

## **2.3 Průběh hospitalizací**

Pacientka R.S. byla opětovně přijata 5. 2. 2008 pro zhoršení stavu jaterní cirhózy na interní kliniku. Během několika denní hospitalizace byl její stav stabilizovaný, pravidelně jsme ji měřili fyziologické funkce a sledovali známky komplikací. Byla provedena kontrolní vyšetření krve a moči a udělány se dvě břišní punkce. Upravila se léčba – zvýšením diuretik. Proto byl sledován příjem a výdej tekutin a hmotnostní úbytek. Stav se začal zlepšovat. Pokud dojde k úplné stabilizaci a nemocná nebude mít další obtíže, bude moc být propuštěna do domácího léčení s dispenzarizací na hematologickém oddělení.

## 2.4 Přehled diagnosticky významných úkonů

- **Fyziologické funkce** – normální nález

**TK** – 140/ 80, **P** – 78, **D** – 12, **TT** – 36,4 °C

**Hmotnost** – při přijetí 69 kg

**Výška** – 158 cm

- **Laboratorní vyšetření**

Krevní obraz	5.2.2008	6.2.2008	Správné hodnoty
WBC	$4,4 \times 10^9/L$	$2,6 \times 10^9/L$ !	$3,6 - 9,6 \times 10^9/L$
RBC	$3,36 \times 10^{12}/L$ !	$2,88 \times 10^{12}/L$ !	ž $4,2 - 5,4 \times 10^{12}/L$
HGB	10,3 g/dl !	9 g/dl !	ž 12 - 16 g/dl
HCT	31,2% !	27% !	ž 36 – 46%
MCV	92,7 fl	93,8 fl	82 - 97 fl
MCH	30,60 pg	31,2 pg	27 - 33 pg
MCHC	33,00 g/dl	33,3 g/dl	32 -36 g/dl
PLT	$52 \times 10^9/L$ !	$43 \times 10^9/L$ !	$140 - 440 \times 10^9/L$
MPV	9 fl	8,9 fl	7,8 - 11,0 fl

Biochemie	5.2.2008	6.2.2008	Správné výsledky
Natrium	142 mmol/l	146 mmol/l	135 -146 mmol/l
Kalium	4,47 mmol/l	4,40 mmol/l	3,80 - 5,40 mmol/l
Chloridy	109 mmol/l	109 mmol/l	97 - 109 mmol/l
Urea	18,41 mmol/l !	17,60 mmol/l !	2,83 - 8,35 mmol/l
Kreatinin	157 $\mu$ mol/l !	140 $\mu$ mol/l !	53 - 110 $\mu$ mol/l
Kys. močová	/	822 $\mu$ mol/l !	149 - 369 $\mu$ mol/l
Celk. bilirubin	9,1 $\mu$ mol/l	10,3 $\mu$ mol/l	1,0 - 22,0 $\mu$ mol/l
ALT	0,43 $\mu$ kat/l	0,22 $\mu$ kat/l	0,10 - 0,75 $\mu$ kat/l
AST	0,43 $\mu$ kat/l	0,31 $\mu$ kat/l	0,10 - 0,75 $\mu$ kat/l
Alkal. fosfatáza	/	1,25 $\mu$ kat/l	0,10 - 2,29 $\mu$ kat/l
Cholesterol	/	2,50 mmol/l !	3,60 - 5,20 mmol/l
Albumin	32,0 g/l !	/	32 - 45 g/l
Celk. bílkovina	/	53,7 g/l	65,0 - 85,0 g/l
Glukosa	5,43 mmol/l	7,62 mmol/l !	3,60 - 6,10 mmol/l
C - reakt. protein	14,1 mg/l !	/	ž do 4,0 mg/l
GMT	/	0,52 $\mu$ kat	ž do 0,6 $\mu$ kat/l
Triacylglycerly	/	1,27 mmol/l	do 1,8 mmol/l
AFP	/	1,6 KU/l !	0,0 - 0,7 KU/l
TSH	/	0,683 mIU/l	0,465 - 4,680 mIU/l
Folát	/	24,0 nmol/l	6,3 - 35,4 nmol/l

<b>Hemokoagulace</b>	<b>5.2.2008</b>	<b>Správné výsl.</b>
Quickův test	17,1 s !	11 - 15 s
Quick kontrola	12,80 s	/
INR	1,44 !	0,8 - 1,2
APTT/R	1,11	0,8 - 1,2
APTT test	36,20 s	28,00 - 38,00 s
APTT kontrola	32,50 s	/

<b>Biochem. - Moč</b>	<b>6.2.2008</b>	<b>Správné výsl.</b>
pH	5,5	5,0 - 6,5
bílkovina	1 !	0 arb.j.
glukosa	0	0 arb.j.
ketolátky	0	0 arb.j.
bilirubin	0	0 arb.j.
urobilinogen	0	0 arb.j.
krev	2 !	0 arb.j.
spe. Hmotnost	1016 !	1020 - 1030 kg/m <sup>3</sup>
erythrocyty	10	0 - 12 elem./μl
leukocyty	182 !	0 - 20 elem./μl
dlaž. epitel	5	0 - 20 elem./μl
přech. epitel	1	0 - 15 elem./μl
hlen	přítomný	/
hyalinní	1 !	0 elem./μl

<b>ELFO bílkovin krve</b>	<b>6.2.2008</b>	<b>Správné výsledky</b>
Albumin v S - Elfo	0,57	0,52 - 0,65
Alfa 1 - globulin v S - Elfo	0,04	0,02 - 0,04
Alfa 2 - globulin v S - Elfo	0,11	0,09 - 0,14
Beta - globulin v S Elfo	0,10	0,09 - 0,14
Gama - globulin v S - Elfo	0,18	0,10 - 0,15
Albumin / globulin	1,30	1,08 - 1,86
C reaktivní protein	10,4	0,0 - 12,0 mg/l
Cholinestáza	29,3 !	65,0 - 200,0 μkat/l

<b>Biochemie - ascitu</b>	<b>6.2.2008</b>	<b>Správ. výsledky</b>
U - pH	8,0 !	5,0 - 6,5
U - spec.hmotnost	1022	1020 - 1030
MM - erythrocyty	27 !	0 - 12 elem./μl
MM - leukocyty	27 !	0 - 20 elem./μl
S - LDH	1,37 !	2,25 - 3,75 μkat/l
bílkovina	31,6 g/l	/

## 2.5 Terapie

- **Farmakoterapie :**

**1. Atram 6,25 tbl. 1 – 0 – 1**

Indikační skupina - Sympatolytikum, Vazodilatans, Antihypertenzivum

Účinná látka - Carvedilolum

Nežádoucí účinky – na centrální nervový systém - projevující se závratěmi, snížení krevního tlaku, mohou se objevit různě lokalizované otoky, pocit nevolnosti, zvracení a průjmy, dochází ke snížení počtu krevních destiček, může dojít k přírůstku na váze.

**2. Milurit 100 mg tbl. 1 – 0 – 0**

Indikační skupina – Antiuratum

Účinná látka - Allopurinolum

Nežádoucí účinky – nejčastější jsou kožní reakce (např. zarudnutí, kopřivka, olupování kůže), mohou se vyskytnout průjmy, přechodné bolesti břicha, horečnatý stav a zduření uzlin, ojediněle se mohou objevit poruchy krve tvorby, zánět jater a ledvin, závratě a bolesti hlavy.

**3. Furon 40 mg tbl. 1<sub>1/2</sub> – 0 – 0 (od 6.2. 1 – 1 – 0)**

Indikační skupina – Diuretikum, Antihypertenzivum

Účinná látka - Furosemidum

Nežádoucí účinky – mohou se vyskytnout zažívací obtíže (nevolnost, zvracení či průjem), může dojít k oběhovým poruchám - to se projeví tlakem v hlavě, závratěmi, poruchami zraku, může dojít i ke zvýšení hladiny kyseliny močové v séru až ke dnavému záchvatu, mohou se vyskytnout i alergické vyrážky, dále poruchy krve tvorby, zejména snížením počtu krevních destiček.

**4. Verospiron 100 mg tbl. 1 – 0 – 0 (od 6.2. 1 – 1 – 1)**

Indikační skupina - Diuretikum šetřící draslík, Antihypertenzivum

Účinná látka - Spironolakton

Nežádoucí účinky – obvykle se dobře snáší, mohou se však vyskytnout zažívací obtíže (nechutenství, nevolnost, zvracení, bolesti v břiše, průjemy), bolesti hlavy, otupělost, spavost, zmatenost, horečka, kožní vyrážky a kopřivka.

**5. Helicid 20 mg tbl...1 – 0 – 1**

Indikační skupina - Antiulcerotikum

Účinná látka - Omeprazolium

Nežádoucí účinky – mezi nejčastější nežádoucí účinky patří bolest hlavy, bolest břicha, průjem, zácpa, plynatost a pocit na zvracení či zvracení.

**6. Simepar cps. 1 – 1 – 1**

Indikační skupina – Hepatikum

Účinná látka - Silymarinum

Nežádoucí účinky – přípravek je obvykle dobře snášen, zřídka byl pozorován mírný laxativní účinek, dyspeptické obtíže, kožní alergické projevy.

**7. Acidum folicum drg. 1 – 0 – 1**

Indikační skupina – Antianemikum

Účinná látka - Acidum folikum

**8. Citalec 20 mg tbl. 1 – 0 – 0**

Indikační skupina – Antidepressivum

Účinná látka - Citaloprami hydrobromidum (odpovídá: Citalopramum)

Nežádoucí účinky – jsou mírné a vyskytují se pouze přechodně, může se vyskytnout nevolnost, nepříliš často dochází k ospalosti, k suchosti v ústech, ke zvýšené potivosti a třesu.

Se změnou ve farmakologické léčbě se sledoval u pacientky příjem a výdej a hmotnost. Pacientka vážila 5.2. při příjmu 69 kg. Pacientka měla sníženou potřebu v přijímání tekutin (vypila necelý 1 litr) a za den vymočila okolo 950 - 1300 ml. Její váha se snížila na 62 kg k 11.2. Mezitím byli provedeny dvě punkce

a to 6.2. vyteklo 3 litry nažloutlé čiré tekutiny a 8.2. vyteklo okolo 2 litrů čiré tekutiny.

- **Dietoterapie:**

Vzhledem k onemocnění diabetes mellitus má pacientka dietu č. 9/S.

Pacientka je na inzulínu s.c. Actrapid – 18 m.j. ráno (6 hod.), v poledne (12hod.) a v podvečer (18hod.) a Insulatard – 12 m.j. večer (22hod.). Inzulín se upravoval podle glykémie. Jinak se snažila do stravy, zařadit dostatek bílkovin a vitamínů.

## **1.5 Prognóza**

V případě paní R.S. je prognóza nepříliš příznivá. Bohužel v jejím případě se i přes léčbu objevila dekompenzace jaterní cirhózy s příznaky tenzního ascitu a edémy dolních končetin ke kolenům. Hospitalizovaná z tohoto důvodu je již po druhé a to v časovém intervalu necelých 4 měsíců. Bohužel pacientka nechodila na pravidelné prohlídky na hematologickou kliniku. Při poskytování ošetrovatelské péče pacientka spolupracovala a snažila se o zlepšení zdravotního stavu, ale při rozhovoru naznačila obavy a úzkost z návratu do domácího ošetření a z dalšího zhoršování jejího onemocnění. „Jestli ta léčba má ještě nějaký smysl, když už jsem takhle stará a už nemůžu nic dělat a ani rodině pomáhat.“

Prognóza jejího dalšího průběhu onemocnění bude záležet na důsledném dodržování stanovené léčby, dodržování vhodné životosprávy a prevenci všech faktorů, jež přispívají ke vzniku a zhoršení tohoto onemocnění.

### **3. Ošetrovatelská část**

#### **3.1 Problematika ošetrovatelského procesu**

Ošetrovatelskou problematiku nemocné jsem zpracovala metodou ošetrovatelského procesu.

Ošetrovatelský proces lze charakterizovat jako způsob profesionálního uvažování sestry o nemocném a jeho individuální problematice, který ovlivňuje způsob její práce s nemocným.

Na základě zhodnocení pacienta si sestra ve spolupráci s ním stanovuje nejzávažnější poruchy potřeb, problémy ošetrovatelské péče, ošetrovatelskou diagnózu a plánuje jejich uspokojování prostřednictvím aktivní iniciativní ošetrovatelské péče. Efekt poskytované péče společně s nemocným zhodnotí a koriguje další postup v jeho ošetrování.

Ošetrovatelský proces představuje systematický, logický přístup k celkové péči o nemocného. Je to způsob řešení praktických situací, které vycházejí z interakce mezi nemocným a sestrou, ale rovněž zpravidla zahrnují interakci s dalšími osobami, např. se členy rodiny, přáteli nebo jinými zdravotnickými pracovníky.

Správně aplikovaný ošetrovatelský proces zlepšuje nejenom péči sestry o nemocné, snižuje nebezpečí komplikací aktivně a vstřícně poskytovanou individualizovanou péčí, ale má také výrazně ovlivnit odpovědnost nemocného za vlastní zdravotní stav a jeho ochotu být aktivně zapojen v celém procesu návratu zdraví, soběstačnosti a schopnosti žít nezávisle na ostatních (8).

#### **3.2 Model fungujícího zdraví Marjory Gordonové**

Vybrala jsem si tento model pro jeho nejkompexnější pojetí člověka v ošetrovatelství z hlediska holistické filozofie. Podle tohoto modelu může sestra kvalifikovaně zhodnotit zdravotní stav jak zdravého, tak i nemocného člověka. Zdravotní stav pacienta může být funkční nebo dysfunkční a při použití tohoto modelu sestra získá komplexní informace k sestavení ošetrovatelské anamnézy, pak stanoví aktuální i potenciální ošetrovatelské diagnózy a může pak efektivně naplánovat i realizovat svoji péči.



Funkční typy zdraví klientů jsou obecně odvozeny z interakce člověka a prostředí. Zdravotní stav člověka je vyjádřen bio – psycho – sociálním sladěním a jsou ovlivněny biologickými, vývojovými, kulturními, sociálními a duchovními faktory.

Pro dysfunkční typ zdraví je charakteristické, že sestra stanoví ošetrovatelské diagnózy podle priorit a vytvoří optimální plán ošetrovatelské péče u konkrétních chorobných stavů. Takto může postupovat i u relativně zdravých jedinců, kdy v případě neposkytnutí přiměřené ošetrovatelské péče dojde k závažnému narušení zdraví a vzniku choroby.

Základní strukturu tohoto modelu tvoří celkem dvanáct oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu člověka (10).

### **3.3 Ošetrovatelská anamnéza nemocné**

Pacientka byla přijata do nemocnice na základě indikace praktickým lékařem. Vzhledem k progresi onemocnění se u ní snížila soběstačnost, kde vyžaduje odbornou pomoc. Starala jsem se o nemocnou 4 dny a pak jsem ji ještě po víkendu jednou navštívila. Po celou dobu jsem pečovala jen o ni. Pomáhala jsem ji při koupeli i osobní hygieně, v péči o kůži, při stravování a oblékání, někdy jsem ji doprovázela i na toaletu.

Podle ordinace lékařky jsem prováděla krevní odběry ke kontrole celkového zdravotního stavu nemocné a podávala léky, u kterých jsem sledovala jejich účinky. Alergii neudává.

Pacientka je o svém zdravotním stavu informována a ví, že prognóza není moc příznivá. I přes to se snaží udržet dobrou náladu a spolupracovat se zdravotnickým personálem. Pravidelně ji navštěvuje v nemocnici vnuk.

#### **3.3.1 Vnímání zdraví – snaha udržení zdraví**

Nynější hospitalizace je již její druhá pro zhoršení stavu na základě jaterní cirhózy. Dokud se její zdravotní stav nezačal zhoršovat, snažila se, aby byla co nejvíc prospěšná svojí rodině, hlavně vnukovi s kterým bydlí. Ráda vařila a uklízela. Teď jí to její zdravotní stav nedovoluje a to jí velice mrzí. Hlavně taky

to, že ona sama potřebuje s řadou věcí pomoci a tím, je ještě musí svojí rodinu obtěžovat.

O svém onemocnění je plně informována a ví, že už se nemusí z nemocnice vrátit domů. Je s tím do určité míry smířená. Cítí, že se její život blíží ke konci i pro její věk a další onemocnění.

Snaží se dodržovat všechno, co ji doporučil lékař, ale na kontroly do hepatologické ambulance se nedostavila. Léky se snaží užívat pravidelně a dodržuje i předepsanou dietu.

Moje přítomnost jí nevadila. Byla ráda, že si měla s kým promluvit a svěřit se s věcmi, které rodině nemůže říct. Ze začátku byla zdrženlivá, pokud si měla říct o moji pomoc. Po zjištění tohoto problému, jsme si o tom společně promluvili a další spolupráce se tím velice usnadnila.

### **3.3.2 Výživa a metabolismus**

Doma se snažila vařit teplá jídla s tím, že dodržovala jaterní i diabetickou dietu. (Příloha č.4) Snažila se jíst dostatek masa, i když ho moc nemusí. Mají raději vegetariánskou stravu popř. jen kuřecí nebo rybí maso. Kvůli onemocnění si jídelníček částečně upravila. Jí raději častěji, ale malé porce, tak 6-7 za den. Přísun tekutin si snaží hlídat, ale víc jak 1,5 litru nevypije. Raději má ovocné čaje nebo minerálky. Alkohol a ani kávu si nedává.

Nyní jí podstatně méně, než doma. Příliš jí nechutná, není to zdejší stravou, ale spíše zhoršením jejího stavu, jak sama udává. Sní tak 1/3 toho, co jí přinesou. Pokud má mezi jídly hlad nebo na něco chuť dá si ovoce, které jí nosí vnuk. Dietu má č. 9/S. Jinak pije stejně, jako doma.

Má zubní protézu, která nemocnou v jídle neomezuje. Tělesná hmotnost byla 69 kg při přijetí do nemocnice, považuje ji za nepřiměřenou.

Kůži má spíš suchou, maže se jednou denně Indulonou. Podle Nortonové dosahuje skóre 21 bodů, takže je u ní zvýšené riziko vzniku dekubitů.(Příloha č.8)

### **3.3.3 Vylučování**

Doma se vyprazdňuje pravidelně (na stolicí jedenkrát denně a močí asi pětkrát za den), jen občas se objeví nějaké problémy a spíše ve formě zácpy.

Záleží, co sní a kolik má pohybu. Pokud se tak stane, pomáhají jí jogurty nebo švestkový kompot. Raději chodí na toaletu ráno, po snídani. S vyprazdňováním moče nemá žádné problémy.

V nemocnici je záchod pro pacientku dost daleko (asi 50m) od pokoje. Někdy se bojí, že to neujde a raději si zazvoní na sestru, aby ji doprovodila. Dost jí ta cesta namáhá, hlavně po zvětšení ascitu (viz výše). Už od přijetí má s vyprazdňováním stolice problémy. Objevila se u ní zácpa, někdy se podaří, že se částečně vyprázdní, ale není to úplně ono. Močí bez problémů. Potí se přiměřeně.

Pacientka má provádět sběr moče do připravené nádoby, ale po několika dnech jsem zjistila, že bez pomoci není schopna tuto činnost provádět.

### **3.3.4 Aktivita – cvičení**

Ještě před rokem zvládala denní činnosti úplně sama. Ale po tom, co se její zdravotní stav začal zhoršovat, musela si nejdříve práci rozdělit a dělat ji po kouskách. Později už některé činnosti přestala zvládat a musela požádat o pomoc svoje blízké. Nejdříve přestala chodit nakoupit, pak jí začalo dělat problémy zvládnout koupání a nakonec jí unavoval i běžný uklízení nebo vaření. U oblékání jí nejvíce dělají problémy nasazování ponožek. Jinak se snaží co nejvíce zvládat všechno sama. Bohužel jí omezuje bolest, dušnost a zvětšený břišní objem. (Příloha č. 8).

Podle Bartelova testu základních všedních činností dosahuje skóre 70 bodů, to znamená lehkou závislost a podle zjištění rizika pádu má skóre 4 bodů a to značí o zvýšeném riziku pádů.(Příloha č.7 a č.10)

### **3.3.5 Spánek – odpočinek**

Nemocná udává, že je zvyklá spát okolo 10 hodin. V noci se často budí pro bolesti a taky, že není zvyklá na nemocniční prostředí. Pak se jí chce spát i přes den, někdy si zdřímne na několik minut jindy na 2 hodiny. Po obědě chodí pravidelně na 1 hodinu spát. Chodí spát okolo 22 hodiny a zbudí se sama ráno mezi 7-8 hodinou. Někdy jí čas utíká pomalu, občas poslouchá rádio, ale nechce rušit ostatní, ale melodie jí uklidňuje. S ostatními pacientkami si moc nerozumí.

### **3.3.6 Vnímání a poznávání**

Při komunikaci dochází někdy k nedorozumění, protože pacientka trpí nedoslýchavostí a používá naslouchátko. Přesto musím mluvit hlasitěji a dobře artikulovat. Další potíže má se zrakem, kde kvůli retinopatii skoro nevidí na levé oko. Má předepsané brýle, které moc nenosí, protože jí už tolik nepomáhají. V rozhodování je spíše opatrnější, nerada si říká o pomoc druhým. Orientuje se a odpovídá přiměřeně své zdravotnímu stavu a věku.

### **3.3.7 Sebepojetí a vnímání sebe sama**

Sama sebe hodnotí, jako klidnou a vyrovnanou osobu. Snaží si udržovat dobrou náladu a ve všem hledat to pozitivní. Ráda pomáhala druhý, což teď už nemůže, ale přesto jim chce být aspoň na blízku. Jinak se ráda seznamuje s novými lidmi, jen tady v nemocnici jí to moc nejde. Znovu je zde problém s nedoslýchavostí (viz. výše). Tolik jí to nevadí, má ráda klid, když se necítí dobře.

### **3.3.8 Role – mezilidské vztahy**

Bydlí v panelákovém bytě s vnukem, má svůj samostatný pokoj. Jednou týdně jí navštěvují obě dcery, které dohlížíjí, jestli nemocné něco nechybí. Jsou domluvené na určitý den, kdy dělají celkovou koupel, kterou už pacientka sama nezvládá a vnuk obstarat nemůže. Ráda chodí mezi lidi, protože ji to velice vyčerpávalo, rodina zakoupila vozík, kterým jí berou do parku nebo nakupovat. O víkendu si volá se svoji kamarádkou, dříve se navštěvovali, teď udržují kontakt přes telefonní hovory. Vnuk ji pravidelně navštěvuje i v nemocnici.

Po společném seznámení a překonání prvotních nedorozumění, jsme se velice spřátelili. Dokonce mi svěřila i několik věcí, co ji trápili, ale rodinu tím nechtěla zatěžovat.

### **3.3.9 Sexualita**

Vzhledem k věku nemocné a přítomnosti dalších pacientek na pokoji, kde rozhovor probíhal, jsem se na toto téma neptala. Má dvě dcery, manžel už nežije.

### **3.3.10 Stres, tolerance, zvládnání**

Snaží se všechno zvládnout sama. Neužívá alkohol, ani cigarety (dříve ale kouřila) a léky jen pokud jsou předepsané od lékaře. Raději se obrací na odborníky než na rodinu, když má nějaký problém, který neumí zvládnout. V poslední době se nic závažného v jejím životě nezměnilo. Se svojí prognózou je smířená.

### **3.3.11 Životní hodnoty a víra**

Je spokojená se svým dosavadním životem. Jediné, co by ještě chtěla zažít je svatba svého vnuka, ale zatím nenašel správnou přítelkyni. To jí trošku mrzí. Nechce, aby byl pak sám, až ona tu nebude. Jinak ji překvapilo, jak se rodina o ni s láskou stará i přes svoje problémy. Není věřící.

## **3.4 Ošetrovatelské diagnózy**

Stanovila jsme ošetrovatelské diagnózy a jejich pořadí jsem sestavila podle závažnosti, jak je pacientka udávala. Vytvořila jsem ošetrovatelský plán a po jeho projednání s nemocnou a vnukem jsme ho spolu začali realizovat.

1. Bolest v důsledku základního onemocnění
2. Porucha sebeděče v důsledku bolesti a základního onemocnění
3. Dušnost v důsledku zvýšeného objemu tělesných tekutin
4. Porucha spánku v důsledku bolesti, nedostatku denní aktivity a změny prostředí
5. Porucha sebekoncepce v oblasti osobní identity v důsledku progredujícího základního onemocnění
6. Změny ve vyprazdňování stolice v důsledku snížené denní aktivity a základního onemocnění
7. Potencionální problém v porušení integrity kůže v důsledku svědění a otoků a snížené imobility

### **3.4.1. Bolest v důsledku základního onemocnění**

#### **Cíl**

Krátkodobý cíl: Nemocná bude znát úlevové polohy a situace, při kterých dochází k zhoršení bolesti do 3 dnů.

Dlouhodobý cíl: U nemocné bude dosaženo zmírnění bolesti na přijatelnou míru nebo bude úplně bez bolesti do 1 měsíce.

#### **Ošetrovatelský plán**

1. zjistit lokalizaci, charakter, trvání a stupeň bolesti
2. založit záznam sledování bolesti
3. akceptovat vnímání bolesti nemocnou
4. edukovat pacientku o úlevových polohách
5. věnovat pozornost psychickému stavu nemocné
6. aplikovat léky dle ordinace lékaře
7. sledovat účinky léků
8. informovat lékaře při zhoršení nebo zlepšení bolesti

#### **Realizace a hodnocení**

Bolest je u pacientky chronická, která doprovází dané onemocnění, které je u ní diagnostikované. Společně jsme se snažili zjistit při jakých činnostech a v kterých oblastech má nejčastěji bolesti. Pravidelně jsem si zapisovala nové poznatky a společně jsme zakreslovali místo a intenzitu bolesti. (Příloha č. 9) Po pěti dnech jsme mohli zhodnotit, jaké činnosti by měla pacientka omezit nebo je nahradit jinými úkony, při kterých se bolesti neobjevují. Lokalizace je nejčastěji na pravé straně pod pravým podžebřím a vystřeluje pod pravou lopatku a v oblasti zad v bederní krajině při zvětšeném ascitu. Stupeň bolesti je částečně závislý na rychlosti pohybu, proto pacientka dělá všechno raději pomalu a opatrně.

Hledali jsme vhodnou polohu, kde by pacientka neměla bolesti, které by jí vyrušovali za spaní a byli pro ni nepříjemné. Nakonec jsme zvolili polohu na levém boku, kde nemocná neměla skoro žádnou vystřelující bolest nebo jen s malou intenzitou. Byla ráda, že se jí tolik věnuji v téhle oblasti, protože ji to velice obtěžovalo a sama nevěděla, jak má situaci řešit. Zjistila jsem, že pacientka

nemá předepsané žádné léky na bolest. Svěřila se, že doma při obtížích užívá Ibalgin. Pacientka lék užívá hlavně ráno, aby zvládla ranní hygienu bez bolesti a večer, proto aby ji bolesti nebudili. Zjištěnou skutečnost jsem konzultovala s lékařkou, která měla pacientce předepsat určité analgetikum. Nemocná udává, že nyní 11.2. po nově předepsaném léku nemá bolesti asi 3 – 4 hodiny i při aktivitě, pouze pocítuje na pravé straně zvýšenou citlivost. *(Bohužel, jsem neměla možnost se tento den podívat do její dokumentace, proto zmíněné analgetikum nevím a není uváděno ani ve farmakoterapii.)* Krátkodobý cíl i dlouhodobí cíl byl úspěšně splněn.

### **3.4.2 Porucha sebezpečí v důsledku bolesti a základního onemocnění**

#### **Cíl**

Krátkodobý cíl: Nemocná bude schopna si požádat o pomoc při činnostech, které nemůže zvládnout sama a bude zvládat aktivity, kde ji omezovala bolest do 5 dnů.

Dlouhodobí cíl: Nemocná bude schopná využívat všechny dostupné pomůcky pro lepší zvládnutí hygieny, oblékání a při chůzi.

#### **Ošetřovatelský plán**

1. zjistit stupeň soběstačnosti nemocné
2. domluvit se s pacientkou na způsobu signalizace při dopomoci
3. provádět dopomoc při hygieně, oblékání a při chůzi
4. zajistit všechny dostupné pomůcky k lůžku, upravím okolí lůžka
5. nacvičit s pacientkou používání kompenzačních pomůcek
6. motivovat pacientku a poskytnout jí dostatek času
7. dohlédnout na bezpečnost nemocné
8. přizpůsobit se schopnostem nemocné
9. aktivně zapojit příbuzné v rodině (nejvíc vnuka)

#### **Realizace a hodnocení**

Ze začátku pacientka nechtěla a nevěděla jak si správně říct o pomoc v oblasti, kde už sama činnost nezvládala. Po tom, co jsem si této skutečnosti všimla, jsme si o problému společně promluvili. Vysvětlila jsem jí, že jsem tu od

toho, abych jí pomáhala, že to není obtěžování, ale moje povinnost a součást mé práce. Velice se jí ulevilo po našem rozhovoru. Zhodnotila jsem míru soběstačnosti podle Barthelova testu a riziko pádu (Příloha č.7 a č.10). Domluvili jsme se na způsobu, jak mi bude pomoc signalizovat a postupně jsem zjišťovala její zvyky v oblasti provádění hygieny. Postupně jsme začali využívat kompenzační pomůcky. Nemocná díky tomu začala některé činnosti zvládat sama. Dokonce uvažuje, že by si některé z pomůcek pořídila i domů. Splnili jsme krátkodobý i dlouhodobí cíl.

### **3.4.3 Dušnost v důsledku zvýšeného objemu tělesných tekutin**

#### **Cíl**

Krátkodobý cíl: Nemocná bude znát úlevové mechanismy při dušnosti do 3 dnů.

Dlouhodobý cíl: Nemocná bude dodržovat léčbu, dietní režim a využívat vhodný pohybový režim pro snížení tělních tekutin.

#### **Ošetrovatelský plán**

1. edukovat pacientku o vhodné úlevové poloze a dechových cvičení
2. sledovat příznaky zhoršování dušnosti
3. zajistit a kontrolovat vhodnou polohu při dušnosti
4. informovat lékaře při zhoršení stavu
5. podat kyslík
6. sledovat dodržování léčby a diety
7. sledovat hmotnost, příjem a výdej u nemocné
8. zajistit dopomoc v činnostech, které pacientka sama nezvládá pro zhoršení dušnosti

#### **Realizace a hodnocení**

Pacientka v rozhovoru uvedla, že kouřila 10 cigaret denně až do svých 60 let. Pak přestala kvůli zhoršujícímu se zdraví. Pokud je v klidu nemá s dýcháním problémy. Dušnost se objevuje při bolestech nebo při fyzické námaze. Hlavně pokud je zvětšený tenzní ascites. Snaží se veškerou práci rozdělit do menších celků, které lépe zvládá. Nejvíce namáhavé je pro ni dojít si na toaletu.



Proto si raději volá sestru na doprovod, není si jistá, že to zvládne. Uvádí, že někdy je to lepší a jindy si musí při cestě odpočinout. Kvůli zvětšenému objemu ascitu se dělali i dvě punkce a upravovala se medikace v diuretické léčbě. Častěji jsem pacientku kontrolovala, hlavně její váhu a příjem s výdejem a účinky léků. I když nemocná se snažila spolupracovat, nakonec jsem ji toaletu musela raději doprovázet a tím, i kontrolovat sběr moči. Ráda si nechala vysvětlit, jak zaujmout ortoptickou polohu při dušnosti a jak správně provádět dechová cvičení. Bylo vidět, že ji to pomáhá pozitivně na psychický stav i když příčina dušnosti nejde odstranit. Hmotnost pacientky při přijetí 5.2. byla 69 kg a k datu 11.2. se snížila na 62 kg. Dále jsem sledovala dodržování diety.

#### **3.4.4 Porucha spánku v důsledku bolesti, nedostatku denní aktivity a změny prostředí**

##### **Cíl**

Krátkodobý cíl: Nemocná bude dodržovat plán denních aktivit do 3 dnů.

Dlouhodobý cíl: Nemocná bude spát bez probuzení do 1 měsíce.

##### **Ošetřovatelský plán**

1. zajistit před spaním vhodné a klidné prostředí
2. informovat pacientku o denním režimu
3. kontrolovat dodržování denních aktivit
4. sledovat změny ve stavu nemocné
5. informovat lékaře při přetrvávání potíží
6. podat hypnotika dle ordinace lékaře
7. sledovat účinky podaných hypnotik

##### **Realizace a hodnocení**

S pacientkou jsme si naplánovali harmonogram celého dne, kdy jsme vzali v úvahu její zdravotní stav. Vycházeli jsme z toho, co ráda dělá a co by chtěla dělat. Zavedli jsme pravidelně dechová cvičení a jednoduché cviky, které může cvičit sama na posteli a odpoledne jednu krátkou procházku po chodbě. Někdy jsme se zastavili v jídelně a pacientka se podívala na film, co právě běžel

v televizi. Když jsem měla více času, povídali jsme si nebo poslouchala rádio. Často jí pomáhal nebo doprovázel vnuk. S tím, že se bude snažit přes den spát minimálně. Jinak jsme si promluvili, jak je doma zvyklá usínat. Proto jsme zavedli větrání před spaním a úpravu lůžka. Krátkodobý cíl se nám dařil splnit, i když jsme ho trochu měli podle aktuálního stavu pacientky. Dlouhodobí se nestačil splnit, pro krátký čas na zhodnocení.

### **3.4.5 Porucha sebekoncepce v oblasti osobní identity v důsledku zhoršování zdravotního stavu**

#### **Cíl**

Dlouhodobý cíl: Nemocná bude schopná požádat o pomoc i svoji rodinu a stanovit si ještě konkrétní cíle v životě.

#### **Ošetřovatelský plán**

1. sledovat změny psychického stavu
2. aktivizovat pacientku umět si říct o pomoc svoji rodinu
3. doporučit nemocné, aby si stanovovala denní cíle
4. informovat lékaře při zhoršení stavu
5. edukovat dále pacientku o jejím onemocnění
6. vysvětlit pacientce všechny změny

#### **Realizace a hodnocení**

Ze začátku byla pacientka k mému přístupu zdrženlivá a spíše mi odpovídala na otázky, které jsem jí pokládala. Postupně se mnou začala spolupracovat. Když zjistila, že ji ráda pomůžu se vším, o co mě požádá. Hodně jsme si povídali a věnovala jsem jí veškerý volný čas. Později jsem získala její důvěru a dokonce mi svěřila i věci, co jí trápili a rodině je nechtěla svěřit.

Snaží se hledat ve všem to pozitivní a svojí diagnózou se už smířila. Nechce svoji rodinu obtěžovat. Dokonce se zmínila, že by ráda už umřela. Postupně jsme spolu dělali jednoduché cíle na každý den. Chválila jsem ji za každý úspěch, kterého jsme spolu dosáhli. Po několika rozhovorech se svěřila, že chce vidět svatbu svého vnuka. Bohužel, ještě nemá přítelkyni. Dokonce

o víkendu mluvila s rodinou a požádala je o pomoc. Svěřila se, že se chce ještě vrátit domů a jestli by nemohli obstarat některé z kompenzačních pomůcek. To mě velice potěšilo.

### **3.4.6 Změny ve vyprazdňování stolice v důsledku snížené denní aktivity a základního onemocnění**

#### **Cíl**

Krátkodobý cíl: Nemocná bude dodržovat pravidelný stravovací režim a společně nacvičíme defekační reflex do 3 dnů.

Dlouhodobý cíl: Nemocná se bude pravidelně vyprazdňovat a nebude trpět zácpou.

#### **Ošetrovatelský plán**

1. zaznamenat frekvenci a charakter stolice
2. zajistit soukromí při defekaci
3. aktivizovat pacientku
4. poučit pacientku o vhodném výběru stravy, důležitost pitného režimu
5. zajistit popř. konzultaci s dietní sestrou
6. sledovat zhoršování stavu a včas informuji lékaře
7. podat léky dle ordinace lékaře
8. sledovat účinky podaných léků

#### **Realizace a hodnocení**

Při změně prostředí mívá problémy s vyprazdňování stolice. Jinak chodí na stolicí pravidelně jednou denně, po snídani. Domluvili jsme se, že vždy po snídani ji doprovodím na záchod. Trochu jsme upravili dietní režim. Požádali jsme vnuka, aby donesl švestkový kompot a jogurty. Jinak sleduji dodržování pravidelného stravování a diety. Při zvýšení denní aktivity a ranního doprovodu na toaletu nakonec upravil vyprazdňování. Nebyli za potřebí ani léky.

### **3.4.7 Potencionální problém v porušení integrity kůže v důsledku svědění a otoků a snížené imobility**

#### **Cíl**

Krátkodobý cíl: Nemocná bude poučena o tom, jak se správně starat o svoji pokožku do 3 dnů.

Dlouhodobý cíl: Nemocná bude mít kůži bez známek poruchy její integrity po celou dobu její hospitalizace.

#### **Ošetřovatelský plán**

1. sledovat objektivní a subjektivní známky zánětu
2. při každé manipulaci postupovat opatrně
3. kontrolovat stav pokožky
4. pravidelně po koupání kůži promazat
5. zajistit všechny dostupné pomůcky pro prevenci dekubitů
6. zajistit vhodný pohybový režim
7. informovat lékaře o svědění a změnu otoků
8. podat léky tlumící svědění dle ordinace lékaře
9. sledovat účinky podaných léků

#### **Realizace a hodnocení**

Promluvili jsme si s pacientkou o tom, jak se o pokožku starala do teď a jak je vhodné, aby se starala teď. Kůže je suchá a svědí hlavně v oblasti dolních končetin, kde se nacházejí otoky. Nepoužívá, žádnou speciální kosmetiku, jen obyčejné mýdlo od Dove a Indulonu. Sledovala jsem stav kůže a podávala chladné obklady. Ty pacientka velice vítala, měla pocit, že jí to uklidňuje a pak odezněl i pocit svědění. Informovala jsem lékařku, ale ona tomu nevěnovala tak velkou pozornost. Žádné léky na svědění nepředepsala. Po upravení diuretické léčby se otoky zmírnili a kůže přestala svědit. Pacientka už léky nevyžadovala. Raději jsem jí poučila o možnosti zranění při pádu, abychom tomu předešli, domluvili jsme se, že ji budu doprovázet na toaletu nebo mě zastoupí vnuk.

## **Závěr**

Po společném seznámení s pacientkou R.S., byla naše spolupráce velice dobrá. Vzájemná komunikace i přes značné obtíže nám pomáhala najít společné řešení v mnoha situacích. Po rozhovoru a prostudování její dokumentace jsem stanovila ošetrovatelské diagnózy a společně jsme si stanovili ošetrovatelské cíle, kterých jsme se snažili dosáhnout. To se nám do značné míry podařilo a dokonce jsme zvládli i splnit některé dlouhodobé cíle. Nakonec i přes nepříznivou prognózu si nemocná stanovila nové životní sny, které by ještě chtěla zažít.

Nemocná zůstává dále na interním oddělení. Plánuje se její propuštění do domácího ošetření po stabilizování jejího stavu.

Ošetrování pacientky s takhle vážnou diagnózou je velice náročné pro ošetrovatelský personál i ve spolupráci s rodinou a jsem ráda, že moje přítomnost zlepšila nejen péči samotnou, ale i vztahy v rodině nemocné.

## Seznam použitých zkratk

<b>ALT</b>	alaninaminotransferáza, enzym
<b>AST</b>	aspartátaminotransferáza, enzym
<b>ALP</b>	alkalická fosfatáza
<b>CA</b>	carcinoma → karcinom
<b>CHCE</b>	cholecystektomie (chirurgické odstranění žlučníku)
<b>cps.</b>	capsula → kapsle, léková forma
<b>DM</b>	diabetes mellitus
<b>drg.</b>	dražé, léková forma
<b>dx.</b>	dexter (lat. pravý – na pravé straně, vpravo)
<b>EF</b>	ejekční frakce
<b>ELFO</b>	elektroforéza
<b>GGT</b>	gamaglutamyltransferáza
<b>HBV</b>	hepatitis B virus
<b>HCV</b>	hepatitis C virus
<b>ICHS</b>	ischemická choroba srdeční
<b>INR</b>	international normalization ratio
<b>St.p.</b>	status post
<b>tbl.</b>	tableta, léková forma
<b>VCHGD</b>	vředová choroba gastroduodena

## Seznam použité literatury - CITACE

1. Brodanová, M., Kordač, V.: Klinická hematologie, Grada, Praha, 1993, s.275 – 301, ISBN 80-7169-069-4
2. Ehrmann, J.: Ikterus, Grada, Praha, 2003, s.154 – 161, ISBN 80-247-0506-0
3. Fales, E., et.al.: Zdraví rodiny, Forzuna, Praha, 2002, s. 624, 647-648  
ISBN 80-7321-001-0
4. Klener, P.: Gastroenterologie Hepatologie, Galén, Praha, 2002, s.193 – 201  
ISBN 80-7262-139-4
5. Korbač, V.: Vnitřní lékařství III., Karolinum, Praha, 1985, s.133 - 139, číslo publikace 1001-4784
6. Lukáš, K.: Gastroenterologie a hematologie pro zdravotní sestry, Grada, Praha, 2005, s.136 – 140, ISBN 80-247-1283-0
7. Pacovský, V.: O moderním ošetrovatelství, Avicem, Praha, 1975
8. Staňková, M.: Základy teorie ošetrovatelství, Karolinum, Praha, 1996
9. Šafránková, A., Nejedlá M.: Interní ošetrovatelství I., Grada, Praha, 2006, s.244 – 251, ISBN 80-247-1148-6
10. Trachtová, E.: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, NCO NZO, Brno, 2005, s. 167 -175, ISBN 80-7013-324-4
11. Vokurka, M., Hugo, J.: Velký lékařský slovník, Maxdorf, Praha, 2006  
ISBN 80-7345-105-0
12. Wagner, P.: Laboratorní referenční hodnoty, Triton, Praha, 1995  
ISBN 80-85875-13-6
13. Zdravotní dokumentace nemocného

## Další použitá literatura

14. Červinková, E.: Ošetrovatelské diagnózy, IDVPZ, Brno, 2001, ISBN 80-7013-332-5
15. Doenges, M., Moorhouse, M.: Kapesní průvodce zdravotní sestry, Grada, Praha, 1996, ISBN 80-7169-294-8
16. Chlumský, J.: Hepatologie, Avicem, Praha, 1979, s.137 – 157,
17. Chopra, S.: Játra, Pragma, Praha, 2001, s.164 – 192, ISBN 80-7205-221-7
18. Netter, F., et.al.: Anatomický atlas člověka, Grada, Praha, 2003,  
ISBN 80-247-0517-6
19. Staňková, M.: České ošetrovatelství 4 - Jak provádět ošetrovatelský proces, IDVPZ, Brno, 1999, ISBN 80-7013-283-3

## Webová stránka

20. Dietní kuchařka [cit. 2008-4-10]. Dostupné z: <http://www.jidlo-piti-ziti.cz/jaterni.html>

## **Seznam příloh**

**Příloha č. 1:** Anatomický obrázek jater

**Příloha č. 2:** Anatomický obrázek cévního zásobení jater

**Příloha č. 3:** Childova – Pughova skórovací kritéria pro jaterní cirhózu

**Příloha č. 4:** Jaterní dieta

**Příloha č. 5:** Formulář pro ošetřovatelský záznam

**Příloha č. 6:** Formulář pro přehled ošetřovatelského plánu

**Příloha č. 7:** Formulář pro Barthelův test základních všedních činností

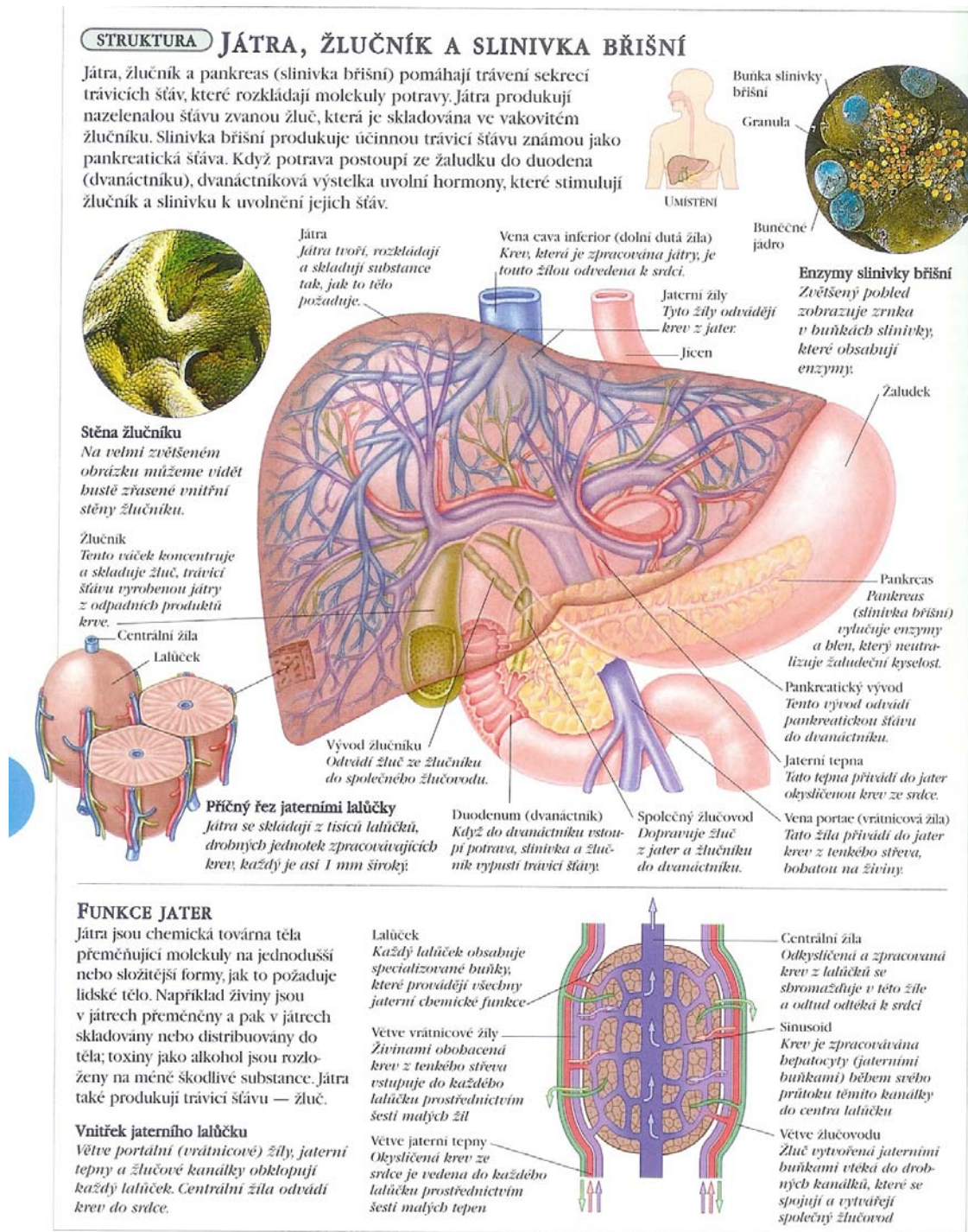
**Příloha č. 8:** Formulář pro určení rizika vzniku dekubitů podle Nortonové

**Příloha č. 9:** Formulář pro záznam měření bolesti

**Příloha č. 10:** Formulář pro určení rizika pádu

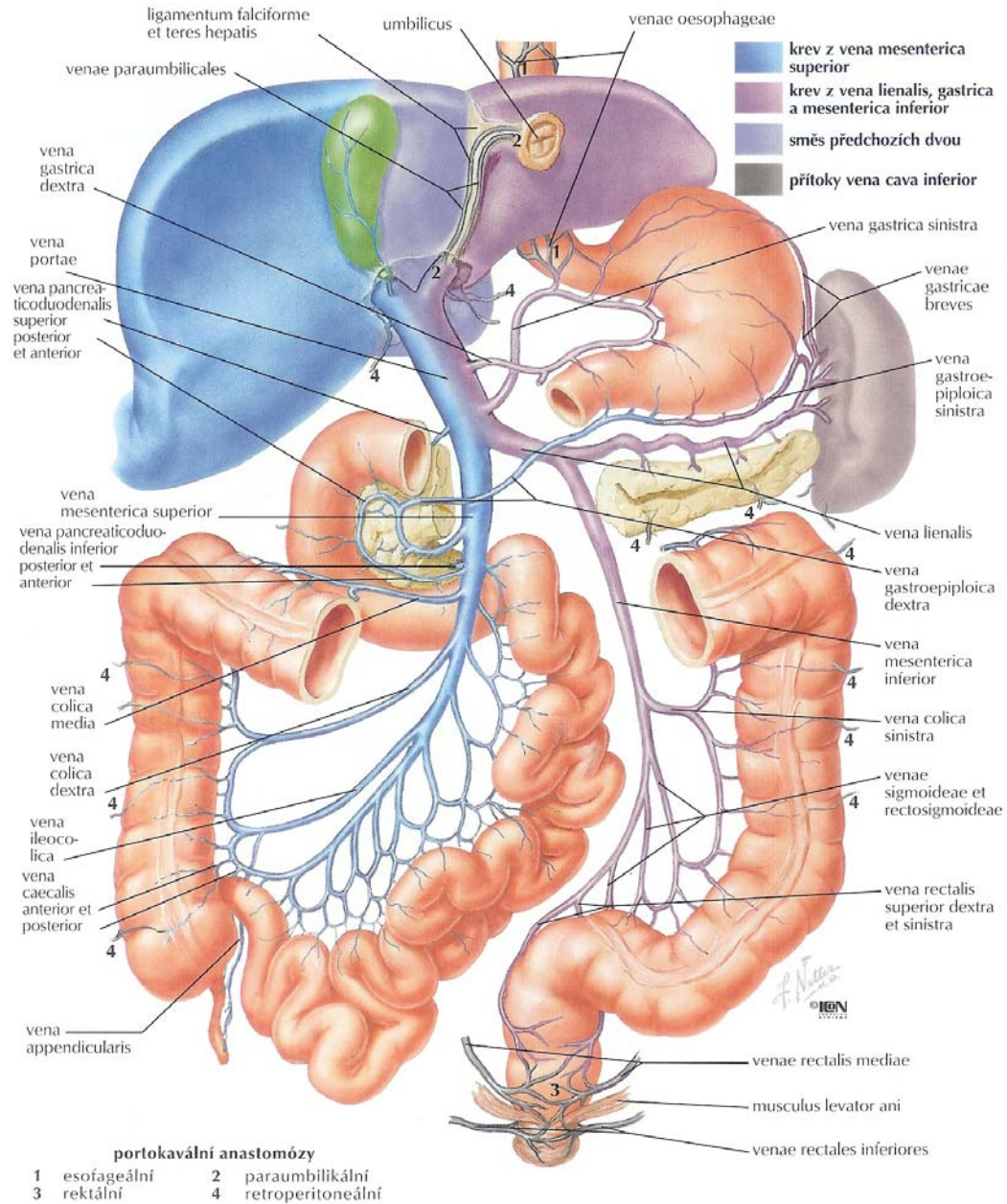


## Příloha č. 1



## Příloha č. 2

### Přítoky vena portae: portokavální anastomózy



**Příloha č. 3**

Klinické a biochemické nálezy	Získané body		
	1	2	3
encefalopatie	není	1. - 2. st.	3. - 4. st.
ascites	není	malý	velký
Bilirubin mg/100 ml μmol/l	1 - 2 < 34	2 - 3 34 - 51	> 3 > 51
proprimární biliární cirhózu mg/100 ml μmol/l	1 - 4 < 68	4 - 10 68 - 170	> 10 > 170
albumin g/l	> 35	28 - 35	< 28
protrombinový čas INR	< 1,6	1,6 - 2,0	> 2,0
<b>Childovo - Pughovo skóre vyjádřené v bodech</b>			
<b>A = 5 - 6 bodů, B = 7 - 9 bodů, C = 10 - 15 bodů</b>			

## **Jaterní dieta** (bílkovinná s omezením tuku)

Tato dieta se podává nemocným s chronickými chorobami jater, po infekční žloutence nebo v rekonvalescenci po chorobách žlučníku a slinivky břišní, snášejí-li mléčné bílkoviny, nemají-li větší obtíže a potřebují-li přibýt na váze. Je to dieta, sestavená zhruba podle stejných zásad jako žlučnicková dieta s omezením tuku, pokud se týče výběru potravy méně přísná a navíc jsou do ní zařazeny v hojně míře bílkoviny mléčné, mléko a netučné mléčné výrobky, především tvaroh. Má v ní být dostatečné množství libového masa, vajec však nejvýše 1 kus denně, proto vaječná jídla jako samostatná nepodáváme. Tučky jsou omezeny; stejně jako ve žlučnickové dietě mastíme asi poloviční dávkou než při jiných dietách a opět jen čerstvým, nepřepáleným máslem.

Jinak má být jídlo lehce stravitelné a nenadýmavé, i když výběr potravin bude méně přísný. Celkově má být dieta kaloricky velmi vydatná, čehož docílíme někdy též vhodným předkrmem nebo moučnickem. Je proto i její cena proti běžným dietám poněkud zvýšená.

### Hlavní zásady technologické přípravy jídla:

**Polévky** připravujeme z obilovin, pečiva, vnitřností (kromě brzlíku a mozečku, které jsou bohaté na cholesterol), kostí, masa, brambor, mléka. Zelí, kapustu, cibuli, po kterých mívají nemocní velmi často nadýmání, nepodáváme. Jinak používáme všech druhů zeleniny. Nikdy však nedusíme s tukem, ani nesmažíme, jen vaříme. Polévky zahušťujeme moukou na sucho opraženou a až do hotových přidáváme čerstvé, nepřepalované máslo. Obsah tuku v polévkách již nezvyšujeme přidáním žloutků a smetany, i kdyby to prospělo chutnosti polévky. Do polévek se doporučuje občas přidávat sušené droždí, které je bohaté vitamíny skupiny B, jejichž potřeba je u této diety zvýšena. Sušené droždí je i chuťovým přínosem, neboť dodává polévkám výraznější chuti, připomínající masové vývary.

**Maso** má být pro tuto dietu libové, jinak možno použít všech druhů, dbáme-li správných zásad technologické přípravy. Hlavním pravidlem je, abychom se vyvarovali přepalování tuků. Proto maso buď vaříme, nebo je pečeme i dusíme bez tuku a opékáme na suché pánvi. Šťávu zahušťujeme moukou na sucho opraženou a čerstvé máslo přidáváme těsně před podáváním. Maso s tukovou vrstvou, jako je tučné vepřové, skopové, husa, kachna, tučná slepice, uzené maso, tučné ryby jako losos, úhoř, tuňák - nepodáváme. Ostatní druhy masa používáme v nejrozmanitější úpravě. Aby se dosáhlo jejich větší chutnosti i pestrosti při přípravě, doporučují se různé obměny se zeleninou. Z vnitřností používáme játra, slezinu, ledvinky a jazyk. Méně vhodné jsou brzlík a mozeček pro vyšší obsah cholesterolu.

Kořeníme kmínem, majoránkou, vývarem z hub. Dovoleno je i křen. Ostrého koření však nepoužíváme.

Chceme-li maso vystřídat **jídlem bezmasým**, nahradíme bílkoviny tvarohem a netučným sýrem. Při přípravě bezmasých hlavních jídel pamatujeme na omezování vajec a tuku (nákypy, pudinky připravujeme bez třeného základu). Výběr zeleniny a ovoce k přípravě samostatných jídel je téměř neomezený, vyhýbáme se jen velkým dávkám nadýmavých druhů.

**Knedlíky** kypříme sodovkou, kypřícím práškem nebo sněhem z bílků, nedoporučujeme je kypřit droždím. Kromě houskových knedlíků připravujeme také knedlíky bramborové, které doplňujeme krupicí, krájenou houskou a strouhankou. Můžeme do nich přidat i tvaroh, čímž zvýšíme podstatně jejich bílkovinnou hodnotu.

**Brambory** můžeme podat vařené nebo jako kaši. Pečeme-li je, tedy bez tuku, ať již ve slupce nebo loupané. Brambory opékané na tuku jsou i pro tuto dietu nevhodné. Chutnou přílohou jsou těž jáhly, které dusíme obdobně jako rýži nebo kroupy.

**Omáčky** připravíme z mouky na sucho opražené, ředíme je mlékem, vývarem ze zeleniny nebo masa, případně jogurtem. Zlepšování smetanou nedoporučujeme pro zvyšování tuků. Mastíme je zásadně máslem, které přidáváme až do hotových pokrmů.

**Výběr zeleniny** je téměř neomezený. Kromě zelí, kapusty a okurek podáváme ostatní druhy zeleniny v nejrůznějších úpravách. Zeleninové pokrmy mastíme máslem nebo olejem, které přidáváme až do hotových pokrmů, takže se při dušení nepřepalují. Přednost dáváme jídlům zeleninovým přírodním, tj. bez mouky nebo s jejím minimálním přídavkem. Smažení a pečení zeleniny na oleji není dovoleno. Saláty připravujeme ze všech druhů vařené zeleniny. Syrové saláty připravujeme z jemně strouhané mrkve, brukve, dále z hlávkového salátu a čínského zelí. Kyselíme je citrónovou šťávou nebo kyselinou citrónovou, ne octem.

**Ovoce** má být často zařazováno, aby se uhradil nedostatek biologicky cenných látek, vzniklý během nemocí. V první řadě zařazujeme ovoce syrové, nebo přírodní ovocné šťávy a teprve na druhém místě ovoce kompotované. Kromě tvrdých hrušek a bobulovitého ovoce s množstvím zrníček a organických kyselin je výběr neomezený.

#### **Pokrmy nevhodné pro jaterní dietu**

Sádlo, slanina, lůj, umělé tuky, přepuštěné máslo.

Tučná masa, vepřové, husa, kachna, skopové, uzené, losos a ostatní pikantní ryby, saláty, úhoř. Zvěřina.

Větší množství zelí a kapusty, okurky, cibule, česnek.

Pepř, paprika, hořčice, kapary, hřebíček, nové koření, ocet.

Luštěniny, kynutá těsta a čerstvé pečivo, všechna jídla smažená, čokoláda, kakao ve větším množství, alkohol všeho druhu.

## Příloha č. 5

<b>Ošetřovatelský záznam</b>	
Jméno a příjmení: <b>R.S.</b>	
Věk: <b>82 let</b>	Povolání: <b>vedoucí obchodu</b>
Vyznání: <b>ateistka</b>	Národnost: <b>česká</b>
Adresa: /	Telefon: /
Osoba, kterou lze kontaktovat: <b>vnuka nebo dcery</b>	
Oslovení: <b>paní S.</b>	
Datum přijetí: <b>5.2.2008</b>	
Hlavní důvod přijetí: <b>Zhoršení zdravotního stavu z důvodu jaterní cirhózy</b>	
Lékařská diagnóza: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Jaterní cirhóza kryptogenní dekompenzovaná</b></li> <li>2. <b>DM 2.typu na insulinu</b></li> <li>3. <b>ICHS chronická</b></li> <li>4. <b>VCHGD</b></li> </ol>	
Jak je nemocný informován o své diagnóze? <b>Velmi dobře</b>	
Osobní anamnéza: <b>Diagnostikována cirhóza jater asi v 50 letech etiologie kryptogenní, arteriální hypertenze, DM II. na inzulinu, retinopatie, nedoslýchavost, VCHGD drobný vřed v prepylorické oblasti dg. 8/2006, nefrolitiasa bilaterální, ischemická choroba srdeční, levostranná insuficience, systolická dysfunkce levé komory (EF 20 – 30%), st. p. CHCE v roce 1993, st. p. ablaci prsu pro CA v roce 1998.</b>	
Rodinná anamnéza: <b>2 dcery, jinak bezvýznamná</b>	
Vyšetření: <b>TK 140/ 80, P 78, D 12, TT 36,4 °C, laboratorní vyšetření</b>	
Terapie: Atram 6,25 tbl. 1 – 0 – 1 Milurit 100 mg tbl. 1 – 0 – 0 Furon 40 mg tbl. 1 <sup>1/2</sup> – 0 – 0 (od 6.2. 1 – 1 – 0) Verospiron 100 mg tbl. 1 – 0 – 0 (od 6.2. 1 – 1 – 1) Helicid 20 mg tbl...1 – 0 – 1 Simepar cps. 1 – 1 – 1 Acidum folicum drg. 1 – 0 – 1 Citalec 20 mg tbl. 1 – 0 – 0	
Alergie: <b>neudává</b>	
Nemocná má u sebe tyto léky: <b>nemá žádné</b>	
Je poučena, že je nemá brát <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne jak je má brát <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Psychickým stav (vědomí, orientace, neklid, nálada) <b>Pacientka je při vědomí, plně orientována, spolupracuje, snaží se odpovídat na moje otázky, nálada je dobrá.</b>	
Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci) <b>Bydlí v bytě s vnukem, má svůj pokoj. Dcery jí každý týden navštěvují. S kamarádkou si volají o víkendy, dříve se i navštěvovali. Ráda je ve společnosti dalších lidí, jen pokud se necítí dobře, chce být sama.</b>	

<b>I. Jak pacientka vnímá svoji nemoc a hospitalizaci, co očekává:</b>	
1. Proč jste přišla do nemocnice (k lékaři)?	<i>Navštívila jsem lékaře, protože jsem se necítila dobře. Zase se mi zvětšilo břicho, boleli mně záda, nemám chuť k jídlu a problémy s vyprazdňováním aj. problémy spojené s mým onemocněním.</i>
2. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak?	<i>Ze začátku jsem si musela zvyknout na trošku jiný jídelníček, později mě začala cirhóza jater hodně omezovat, kvůli zvětšenému břichu. Už všechno nezvládnou, tak jako dřív.</i>
3. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane?	<i>Nevím, jestli se ještě vrátím domů, už je můj stav dost vážný a mám už taky vysoký věk. Domu bych chtěla, jen kdybych mohla sebe obsloužit sama.</i>
4. Jak dlouho tu podle vás budete?	<i>Minule jsem tu byla asi 14 dní, tak uvidíme.</i>
5. Kdo je pro vás nejdůležitější (nejbližší) člověk?	<i>Je to můj vnuk, stará se o mě. Bohužel ještě nikoho nemá, žádnou přítelkyni.</i>
6. Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu?	<i>Musí dojíždět, až sem za mnou. To není jednoduché, chodí do práce a nemají moc času. Ale nemusí se o mě starat, jako doma. Tady mi pomáhají sestřičky.</i>
7. Může vás někdo z rodiny navštěvovat?	<i>Vnuk za mnou jezdí každý den a dcery, podle toho jak mají čas, ale každá aspoň jednou za týdne se staví. Jsou na mě moc hodní!</i>
8. Co ráda děláte ve volném čase?	<i>Ráda jsem prospěšná, tak vařím nebo uklízím. Ted' už tolik nemůžu, unavuje mě to. Nebo poslouchám rádio.</i>

## II. Specifické základní potřeby:

### 1. Pohodlí, odpočinek, spánek

#### a) Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného?  
x ano  ne  
pokud ano, upřesněte *Někdy mám nepříjemnou vystřelující bolest, spíše na pravé stravě.*
- Měla jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už předtím?  
x ano  ne  
pokud ano, upřesněte *Doma jsem měla taky takové bolesti, jak teď.*  
Jak dlouho? *To už si nepamatuji. Někdy je to lepší a jindy horší.*
- Na čem je vaše bolest závislá? *Na pohybech.*
- Co jste dělala pro úlevu bolestí (obtíží)? *Vzala si prášek.*
- Došlo po naší léčbě k úlevě? *Bolesti ustoupily.*
- Pokud budete mít u nás potíže, abychom mohli udělat pro jejich zmírnění?  
*Chtěla bych umět zvládnout bolest i jinak, než si brát stále prášek.*

Hodnocení sestry: *Pacientka pociťuje bolesti při pohybu a námaze. Proto dělá všechno pomaleji. Bolest ji vystřeluje z pravého podžebří pod pravou lopatku a při zvětšeném břišním objemu jí bolí záda. K úlevě chce využívat úlevovou polohu a až pak prášek na bolest.*

#### b) Odpočinek / spánek

- Máte nějaké potíže se spánkem nebo odpočinkem od té doby, co jste přijela do nemocnice?  
x ano  ne  
pokud ano, upřesněte *Často se v noci budím a pak nemůžu usnout.*
- Měl jste potíže i doma? *Taky mě někdy zbudila bolest, ale tady se budím i několikrát za noc, to doma ne.*
- Usínáte obvykle těžko?  
 ano x ne *Usínám dobře, do několika minut.*
- Budíte se příliš brzy? *To ne, až okolo 7 hodiny a někdy až v 8 hodin.*
- Co podle vás způsobuje vaše potíže? *Asi to bude tím, že jsem v nemocnici.*
- Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát? *Jsem zvyklá si před spaním vyvětrat a musí být klid a zhasnuto.*
- Berete doma léky na spaní?  ano x ne *Co nenaspím v noci, doženu přes den.*
- Zdřímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho? *Po obědě si jdu lehnout na 1 hodinku, a pokud jsem v noci málo spala, tak si přes den ještě někdy zdřímnu. Někdy na několik minut, jindy i na dvě hodinky.*

Hodnocení sestry: *Pacientka se budí v noci kvůli bolesti a v nemocnici, z důvodu jiného prostředí. Je zvyklá na vyvětranou místnost, klid a tmu. Pokud málo naspí v noci, usne i před den.*



2. Osobní péče
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Můžete si všechno udělat sama? <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</li> <li>- Potřebujete pomoc při mytí? <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</li> <li>- Potřebujete pomoc při čištění zubů? <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</li> <li>- Máte obvykle kůži <input checked="" type="checkbox"/> suchou <input type="checkbox"/> mastnou <input type="checkbox"/> normální</li> <li>- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete pleť? <b>Indulonou</b></li> <li>- Potředujete pomoc při koupání? <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</li> <li>- Kdy se obvykle koupete? <b>Raději dopoledne.</b></li> </ul>
Hodnocení sestry: <b>Pacientka je závislá v oblasti osobní hygieny. Při koupeli je závislá zcela. Nepoužívá žádnou speciální kosmetiku, kůži má spíše suchou. Maže se jednou denně po koupeli.</b>
3. Bezpečí
a) lokomotorické funkce
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Máte problémy s chůzí? <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne pokud ano, upřesněte <b>Při námaze se zadýchám nebo se objeví bolesti.</b></li> <li>- Měl jste potíže s chůzí už předtím? <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne pokud ano, upřesněte <b>To samé, jako tady v nemocnici. čím větší mám objem břicha, o to je to horší. Pak mě bolí i záda.</b></li> <li>- Řekl vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil? <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne pokud ano, upřesněte</li> <li>- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění? <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nevím pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete? <b>Myslím, že to bude pořád stejné. Budu všechno dělat pomalu, a pokud se zadýchám, tak si na chvíli odpočinu. Práci si rozdělím do menších kousků.</b></li> </ul>
b) zrak
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Máte nějaké potíže se zrakem? <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne pokud ano, upřesněte <b>Trpím retinopatií. Na levé oko skoro nevidí.</b></li> <li>- Nosíte brýle? <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne pokud ano, máte s nimi nějaké problémy <b>Moc brýle nepoužívám, přijde mi to zbytečné.</b></li> </ul>
c) sluch
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Slyšíte dobře? <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</li> </ul>

<p>pokud ne, nosíte naslouchátko <i>Ano, nosím. Jinak bych vás vůbec neslyšela.</i>  jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl? <i>Musím se na dotyčného s kým si povídám dívat a někdy ho požádám, aby to zopakoval, pokud jsem neslyšela dobře.</i></p>
<p>Hodnocení sestry: <i>Nemocná se špatně pohybuje, kvůli bolesti a dušnosti. Na levé oko skoro nevidí, ale to ji nijak neomezuje. Komunikace je zhoršená nedoslýchavostí. Musím dobře vyslovovat, aby nedocházelo k nedorozumění.</i></p>
<p>4. Strava / dutina ústní</p>
<p>a) Jak vypadá váš chrup?  <input checked="" type="checkbox"/> dobrý    <input type="checkbox"/> vadný  - Máte zubní protézu?  <input checked="" type="checkbox"/> horní    <input checked="" type="checkbox"/> dolní    <input type="checkbox"/> žádnou  - Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže?  <input type="checkbox"/> ano    <input checked="" type="checkbox"/> ne  pokud ano, upřesněte  - Máte rozbolavělá ústa?  <input type="checkbox"/> ano    <input checked="" type="checkbox"/> ne  pokud ano, upřesněte</p>
<p>b) Myslíte, že máte tělesnou váhu  přiměřenou    <input checked="" type="checkbox"/> vyšší (o kolik?) <b>9 kg</b>    nižší (o kolik?)</p>
<p>c) Změnila se vaše váha v poslední době?  <input checked="" type="checkbox"/> ano    <input type="checkbox"/> ne  pokud ano, o kolik kg jste zhubnul    <input checked="" type="checkbox"/> přibral <b>5 kg</b></p>
<p>d) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu?  <input checked="" type="checkbox"/> ano    <input type="checkbox"/> ne  - Co obvykle jíte? <i>Zeleninu, ovoce a ráda mám polévky.</i>  - Je něco, co nejíte?  <input checked="" type="checkbox"/> ano    <input type="checkbox"/> ne  pokud ano, co a proč? <i>Nemám ráda játra, hovězí a vepřové maso. Nechutná mi to. Mám raději vegetariánskou stravu.</i>  - Máte zvláštní dietu?  <input checked="" type="checkbox"/> ano    <input type="checkbox"/> ne  pokud ano, jakou? <i>Diabetickou dietu, šetřící.</i>  - Měla jste nějakou dietu, než jste byla hospitalizována?  <input checked="" type="checkbox"/> ano    <input type="checkbox"/> ne  pokud ano, upřesněte <i>Diabetickou a jaterní dietu.</i>  - Měla jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišla do nemocnice?  <input checked="" type="checkbox"/> ano    <input type="checkbox"/> ne  pokud ano, upřesněte <i>Už několik dní nemám moc chuť na jídlo.</i>  - Co by mohlo váš problém vyřešit? <i>Asi nic.</i></p>

<p>- Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu?  <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne  pokud ano, očekáváte, že ji budete schopna dodržovat? <b>Určitě, bude dieta stejná. Takže v tom nevidím, žádný problém.</b></p>
<p>Hodnocení sestry: <b>Pacientka má protězu, ale ta jí nijak nevadí. Nemá problémy s dodržováním diet, ale poslední dobou jí málo. Nemá chuť k jídlu.</b></p>
<p>5. Tekutiny</p>
<p>- Změnila jste příjem tekutin, od té doby, co jste onemocněla?  <input type="checkbox"/> zvýšit <input type="checkbox"/> snížil <input checked="" type="checkbox"/> nezměnil  - Co rád pijete?  <input checked="" type="checkbox"/> vodu <input type="checkbox"/> mléko <input type="checkbox"/> ovocné šťávy <input type="checkbox"/> kávu <input type="checkbox"/> čaj <input checked="" type="checkbox"/> nealkoholické nápoje  - Co nepijete rád? <b>Nepiju vůbec alkohol, ani kávu.</b>  - Kolik tekutin vypijete? <b>Víc jak 1,5 litru ne.</b>  - Máte k dispozici dostatek tekutin? <b>Ano.</b></p>
<p>Hodnocení sestry: <b>Pacientka pije stejně, jako doma. Pítí jí nosí vnuk, nejčastěji vodu nebo limonády.</b></p>
<p>6. Vyprazdňování</p>
<p>a) střeva</p>
<p>- Máte obvykle <input checked="" type="checkbox"/> normální stolicí <input type="checkbox"/> zácpu <input type="checkbox"/> průjem  - Jak často chodíte obvykle na stolicí? <b>1 x denně</b>  - Kdy se obvykle vyprazdňujete? <b>ráno</b>  - Berete si projímadlo?  <input type="checkbox"/> pravidelně <input type="checkbox"/> často <input type="checkbox"/> příležitostně <input checked="" type="checkbox"/> nikdy  - Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnila?  <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne  pokud ano, co to je? <b>Jogurty a švestkový kompot.</b>  - Máte nyní problémy se stolicí?  <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne  pokud ano, jak by se daly řešit? <b>Dostatek pohybu, zeleniny ve stravě a soukromí.</b></p>
<p>b) močení</p>
<p>- Měla jste potíže s močením před příchodem do nemocnice?  <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne  pokud ano, upřesněte  Jak jste je zvládala?  - Co by vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici? <b>Žádné problémy nemám.</b>  - Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice?  <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p>

pokud ano, myslíte, že to zvládnete?
Hodnocení sestry: <i>Pacientka má problémy s vyprazdňováním na stolici. Pomáhají jí jogurty a švestkový kompot. Jinak si na toaletu dojde sama, někdy si volá sestru, ale spíše pro jistotu.</i>
<b>7. Dýchání</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Měla jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním?  <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne  pokud ano, upřesněte</li> <li>- Měla jste potíže před příchodem do nemocnice?  <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne  pokud ano, upřesněte <b>Čím mám větší břišní objem, tím se mi zhoršuje dušnost při námaze.</b>  Jak jste je zvládala? <b>Více jsem odpočívala.</b></li> <li>- Máte nyní potíže s dýcháním?  <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne  pokud ano, co by vám pomohlo? <b>Klid a zvýšená poloha.</b></li> <li>- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů?  <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> nevím  pokud ano, zvládnete to?</li> <li>- Kouříte?  <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne  pokud ano, kolik? <b>Kořila jsem do 60 let, 10 cigaret denně.</b></li> </ul>
Hodnocení sestry: <i>Nemocná trpí dušností při námaze a z důvodu zhoršení základního onemocnění.</i>
<b>8. Kůže</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pozorujete změny na kůži?  <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <b>Mám otoky na dolních končetinách.</b></li> <li>- Svědí vás kůže?  <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <b>Dost mě svědí kůže na dolních končetinách.</b></li> </ul>
Hodnocení sestry: <i>Pacientku svědí kůže hlavně na dolních končetinách. Není ikterická. Snaží se moc neškrábat, aby si nezpůsobila zranění.</i>
<b>9. Aktivita / cvičení / záliby</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chodíte do zaměstnání? Pokud ano, co děláte?</li> <li>- Máte potíže pohybovat se v domácnosti?  <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</li> <li>- Máte doporučené nějaké cvičení?  <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne  pokud ano, upřesněte</li> <li>- Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici?  <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <b>Nikdo mi nikdy nic nezakazoval, tak si myslím, že můžu</b></li> </ul>

<p><b>dělat všechno. Já jsem ale ráda, že dojdu na záchod a zpět.</b></p> <p>- Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici?  <b>Poslouchání radia někdy se podívám na televizi.</b></p> <p>- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění? <b>Nic.</b></p>
<p>Hodnocení sestry: <b>Pacientka chodí často na záchod, kvůli diuretické léčbě. Je ráda, pokud má sebou doprovod. Cítí se jistější.</b></p>
<p>10. Sexualita</p>
<p>Hodnocení sestry: <b>Vzhledem k věku nemocné a přítomnosti dalších pacientek na pokoji, kde rozhovor probíhal, jsem se na toto téma neptala. Má dvě dcery, manžel už nežije.</b></p>
<p>11. Různé</p>
<p>- Máte dostatek informací o vašem léčebném režimu?  <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>- Máte dostatek informací o nemocničním režimu?  <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetrovatelské péči?  <b>Myslím, že jsem vám řekla všechno, co bylo důležité.</b></p>

<b>III. Jak sestra nemocného souhrnně vidí:</b>	
snadno odpovídá	smutný
<input checked="" type="checkbox"/> odpovídá váhavě	rychle chápe
neptá se	<input checked="" type="checkbox"/> pomalu chápe
mlčenlivý	nechápaný
hovorný	aktivní
<input checked="" type="checkbox"/> spolupracuje	<input checked="" type="checkbox"/> přizpůsobivý
úzkostlivý	nepřizpůsobivý
vyděšený	<input checked="" type="checkbox"/> psychicky stabilní
<input checked="" type="checkbox"/> nejistý	psychicky labilní
nedůvěřivý	<input checked="" type="checkbox"/> dobře se ovládá
rozzlobený	špatně se ovládá

Příloha č. 6

Datum	Ošetrovatelské diagnózy	Cíle: a) krátkodobé b) dlouhodobé	Plán péče	Efekt péče	Datum Podpis
5.2.	Bolest v důsledku základního onemocnění	a) Nemocná bude znát úlevové polohy a situace, při kterých dochází k zhoršení bolesti do 5 dnů. b) U nemocné bude dosaženo zmírnění bolesti na přijatelnou míru nebo bude úplně bez bolesti do 1 měsíce.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. zjistit lokalizaci, charakter, trvání a stupeň bolesti</li> <li>2. založit záznam sledování bolesti</li> <li>3. akceptovat vnímání bolesti nemocnou</li> <li>4. edukovat pacientku o úlevových polohách</li> <li>5. věnovat pozornost psychickému stavu nemocné</li> <li>6. aplikovat léky dle ordinace lékaře</li> <li>7. sledovat účinky léků</li> <li>8. informovat lékaře při zhoršení nebo zlepšení bolesti</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• každý den hodnotíme intenzitu bolesti a mluvíme spolu o tom</li> <li>• nejčastější lokalita je v oblasti zad na pravé straně v bederní krajině a vystřeluje pod pravou lopatku</li> <li>• úlevová poloha pomáhá při odpočinku a spaní</li> <li>• bolest se zmírnila po podání analgetik na 3-4 hodiny</li> <li>• zhoršení bolesti je při námaze</li> </ul>	11.2
5.2.	Porucha sebeděče v důsledku bolesti a základního onemocnění	a) Nemocná bude schopna si požádat o pomoc při činnostech, které nemůže zvládnout sama a bude zvládat aktivity, kde ji omezovala bolest do 5 dnů. b) Nemocná bude schopná využívat všechny dostupné pomůcky pro lepší zvládnutí hygieny, oblékání a při chůzi.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. zjistit stupeň soběstačnosti nemocné</li> <li>2. domluvit se s pacientkou na způsobu signalizace při dopomoci</li> <li>3. provádět dopomoc při hygieně, oblékání a při chůzi</li> <li>4. zajistit všechny dostupné pomůcky k lůžku, upravím okolí lůžka</li> <li>5. nacvičit s pacientkou používání kompenzačních pomůcek</li> <li>6. motivovat pacientku a poskytnout jí dostatek času</li> <li>7. dohlédnout na bezpečnost nemocné</li> <li>8. přizpůsobit se schopnostem nemocné</li> <li>9. aktivně zapojit příbuzné v rodině (nejvíc vnuka)</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stupeň závislosti je podle Barthelova testu jen lehká</li> <li>• po domluvě s pacientkou dokázala sama žádat o pomoc, když ji potřebovala</li> <li>• začala zvládat používání kompenzačních pomůcek</li> <li>• spolupracovala se mnou i s rodinou</li> </ul>	11.2.

<b>Datum</b>	<b>Ošetrovatelské diagnózy</b>	<b>Cíle: a) krátkodobé b) dlouhodobé</b>	<b>Plán péče</b>	<b>Efekt péče</b>	<b>Datum Podpis</b>
5.2.	Dušnost v důsledku zvýšeného objemu tělesných tekutin	a) Nemocná bude znát úlevové mechanismy při dušnosti do 5 dnů. b) Nemocná bude dodržovat léčbu, dietní režim a využívat vhodný pohybový režim pro snížení tělních tekutin.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. edukovat pacientku o vhodné úlevové poloze a dechových cvičení</li> <li>2. sledovat příznaky zhoršování dušnosti</li> <li>3. zajistit a kontrolovat vhodnou polohu při dušnosti</li> <li>4. informovat lékaře při zhoršení stavu</li> <li>5. podat kyslík</li> <li>6. sledovat dodržování léčby a diety</li> <li>7. sledovat hmotnost, příjem a výdej u nemocné</li> <li>8. zajistit dopomoc v činnostech, které pacientka sama nezvládá pro zhoršení dušnosti</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nacvičili jsme úlevovou polohu a dechová cvičení</li> <li>• hmotnost se snížila o 7 kg</li> <li>• příjem tekutin je stále stejný</li> <li>• doprovázela jsem pacientku na záchod a pomáhala se sběrem moči</li> <li>• práci jsme dělali pomaleji a po menších částech</li> <li>• dietu a léčbu dodržuje</li> </ul>	11.2
5.2.	Porucha spánku v důsledku bolesti, nedostatku denní aktivity a změny prostředí	a) Nemocná bude dodržovat plán denních aktivit do 5 dní. b) Nemocná bude spát bez probuzení do 1 měsíce.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. zajistit před spaním vhodné a klidné prostředí</li> <li>2. informovat pacientku o denním režimu</li> <li>3. kontrolovat dodržování denních aktivit</li> <li>4. sledovat změny ve stavu nemocné</li> <li>5. informovat lékaře při přetrvávání potíží</li> <li>6. podat hypnotika dle ordinace lékaře</li> <li>7. sledovat účinky podaných hypnotik</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• před spaním větráme a upravujeme lůžko</li> <li>• snaží se dodržovat denní režim tak, aby přes den co nejméně spala a měla více aktivit</li> <li>• dodržuje dechová cvičení i krátkou procházku</li> </ul>	11.2.

Datum	Ošetrovatelské diagnózy	Cíle: a) krátkodobé b) dlouhodobé	Plán péče	Efekt péče	Datum Podpis
5.2.	Porucha sebekoncepce v oblasti osobní identity v důsledku zhoršování zdravotního stavu	b) Nemocná bude schopná požádat o pomoc i svoji rodinu a stanovit si ještě konkrétní cíle v životě.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. sledovat změny psychického stavu</li> <li>2. aktivizovat pacientku umět si říct o pomoc svoji rodinu</li> <li>3. doporučit nemocné, aby si stanovovala denní cíle</li> <li>4. informovat lékaře při zhoršení stavu</li> <li>5. edukovat dále pacientku o jejím onemocnění</li> <li>6. vysvětlit pacientce všechny změny</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• spolupracuje a komunikuje podle toho, jak se zrovna cítí</li> <li>• zapojili jsme do péče rodinu</li> <li>• promluvili jsme si o nedosažených životních cílech</li> <li>• začala si plánovat malý cíl na každý den</li> <li>• vysvětlili jsme si další postup v léčbě i s paní doktorkou</li> </ul>	11.2
5.2.	Změny ve vyprazdňování stolice v důsledku snížené denní aktivity a základního onemocnění	<p>a) Nemocná bude dodržovat pravidelný stravovací režim a společně nacvičíme defekační reflex.</p> <p>b) Nemocná se bude pravidelně vyprazdňovat a nebude trpět zácpou.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. zaznamenat frekvenci a charakter stolice</li> <li>2. zajistit soukromí při defekaci</li> <li>3. aktivizovat pacientku</li> <li>4. poučit pacientku o vhodném výběru stravy, důležitost pitného režimu</li> <li>5. zajistit popř. konzultaci s dietní sestrou</li> <li>6. sledovat zhoršování stavu a včas informuji lékaře</li> <li>7. podat léky dle ordinace lékaře</li> <li>8. sledovat účinky podaných léků</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• domluvili jsme se na společném doprovodu na záchod- buď se mnou, nebo s někým z rodiny</li> <li>• nacvičili jsme defekační reflex</li> <li>• naplánovali jsme si denní režim a ten dodržuje</li> <li>• stravuje se pravidelně</li> </ul>	11.2.



<b>Datum</b>	<b>Ošetrovatelské diagnózy</b>	<b>Cíle: a) krátkodobé b) dlouhodobé</b>	<b>Plán péče</b>	<b>Efekt péče</b>	<b>Datum Podpis</b>
5.2.	Potencionální problém v porušení integrity kůže v důsledku svědění a otoků a snížené imobility	a) Nemocná bude poučena o tom, jak se správně starat o svoji pokožku. b) Nemocná bude mít kůži bez známek poruchy její integrity po celou dobu její hospitalizace.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. sledovat objektivní a subjektivní známky zánětu</li> <li>2. při každé manipulaci postupovat opatrně</li> <li>3. kontrolovat stav pokožky</li> <li>4. pravidelně po koupání kůži promazat</li> <li>5. zajistit všechny dostupné pomůcky pro prevenci dekubitů</li> <li>6. zajistit vhodný pohybový režim</li> <li>7. informovat lékaře o svědění a změnu otoků</li> <li>8. podat léky tlumící svědění dle ordinace lékaře</li> <li>9. sledovat účinky podaných léků</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• používá krém po každém koupání</li> <li>• sleduje známky defektu na kůži</li> <li>• při činnostech nespěchá</li> <li>• využívá dostupných pomůcek</li> <li>• dodržuje denní režim</li> </ul>	11.2

**Příloha č. 7**

<b>Barthelův test základních všedních činností ADL</b> ( activities of daily living )		
<b>Činnost</b>	<b>Provedení činnosti</b>	<b>Body</b>
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	<b>10</b> 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 <b>5</b> 0
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 <b>0</b>
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 <b>5</b> 0
5. kontinence moči	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	<b>10</b> 5 0
6. kontinence stolice	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	<b>10</b> 5 0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	<b>10</b> 5 0
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	<b>10</b> 5 0
9. chůze po rovině	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 <b>5</b> 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 <b>0</b>
<b>Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech</b>		
0-40 bodů: vysoce závislý 45-60 bodů: závislost středního stupně 65-95 bodů: lehce závislý 100 bodů: nezávislý		<b>Celkem :</b>  <b>65</b>

Příloha č. 8

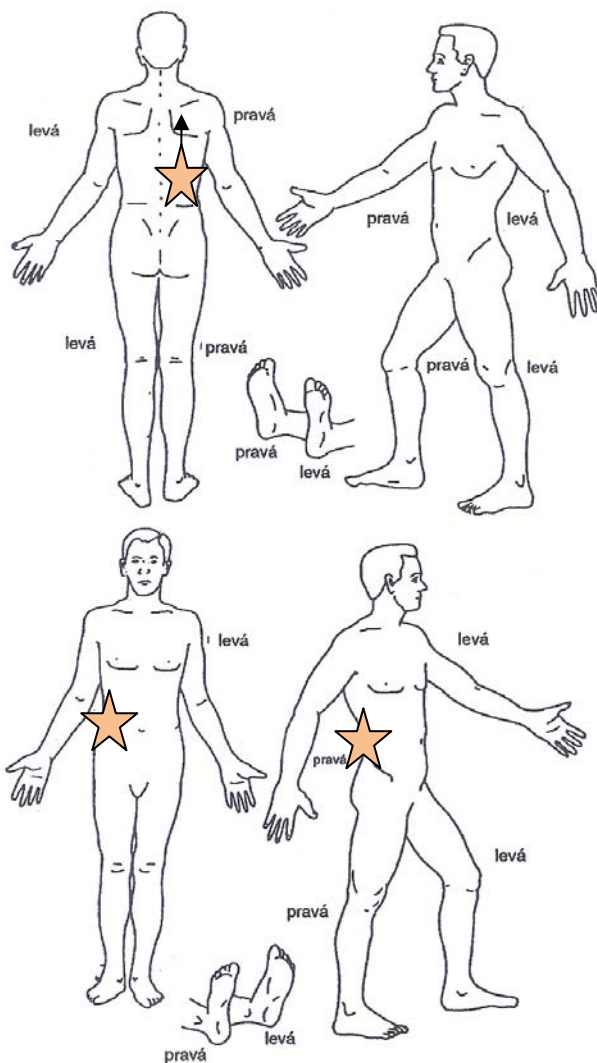
**Vyhodnocení rizika vzniku dekubitů – tabulka dle Nortonové  
(modifikovaná)**

	<b>1 bod</b>	<b>2 body</b>	<b>3 body</b>	<b>4 body</b>	<b>body</b>
<b>Schopnost spolupráce (motivace)</b>	Žádná	Velmi omezená	Omezená	Plná	<b>3</b>
<b>Věk (let)</b>	nad 60	pod 60	pod 30	pod 10	<b>1</b>
<b>Stav pokožky</b>	Rány, alergické rozedření kůže	Vlhká	Suchá, šupinatá	Normální	<b>1</b>
<b>Přidružené onemocnění</b>	Trombóza, onemocnění tepen, nádory	Roztroušená skleróza, obezita	Poškozená imunita, horečky, cukrovka	Žádné	<b>1</b>
<b>Fyzický stav</b>	Velmi špatný	Špatný	Zhoršený	Dobrý	<b>2</b>
<b>Psychický stav</b>	Bezvědomí	Zmatený	Apatický	Bdělý	<b>4</b>
<b>Aktivita</b>	Ležící	Upoután na vozík	Chodící s doprovodem	Chodící	<b>3</b>
<b>Pohyblivost</b>	Žádná	Velmi omezená	Mírně omezená	Neomezená	<b>2</b>
<b>Inkontinence</b>	Moč a stolice	Obvykle moč	Občas	Není	<b>4</b>
	<b>Riziko dekubitů dle Nortonové</b>				<b>Celkem bodů 21</b>

<b>Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové:</b>	
	<b>žádné (více než 26 bodů)</b>
	<b>nízké (25-24 bodů)</b>
	<b>střední (23-19 bodů)</b>
	<b>vysoké (18-14 bodů)</b>
	<b>velmi vysoké (13-9 bodů)</b>
<b>Počet získaných bodů:</b>	<b>21</b>

## Příloha č. 9

Mapa bolesti (podle M. S. Margolese, 1983)



Hodnocení bolesti	
Žádná bolest	0
Nepatrná bolest	1
Mírná bolest	2
Střední bolest	3
Strašná bolest	4
Zcela Nesnesitelná bolest	5

5.2.	6.2.	7.2.	8.2.	9.2.	10.2.	11.2.
3	2	3-4	2	2-3	1	2

**Příloha č. 10**

<b>Zhodnocení rizika pádu u pacienta/klienta</b> (součást ošetřovatelské anamnézy) Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006		
<b>Rizikové faktory pro vznik pádu</b>		
<b><u>Anamnéza</u></b>		
DDD (dezorientace, demence, deprese)		<b>3 body</b>
věk 65 let a více		<b>2 body</b>
pád v anamnéze		1 bod
pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladau na lůžkové odd.		1 bod
zrakový / sluchový problém		<b>1 bod</b>
užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepresiva, antihypertensiva, laxantia)		<b>1 bod</b>
<b><u>Vyšetření</u></b>		
Soběstačnost		
- úplná		0 bodů
- částečná		<b>2 body</b>
- nesoběstačnost		3 body
Schopnost spolupráce		
- spolupracující		<b>0 bodů</b>
- částečně spolupracující		1 bod
- nespolečující		2 body
<b><u>Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetřovatelského personálu)</u></b>		
Míváte někdy závratě ?		3 body
Máte v noci nucení na močení ?		1 bod
Budíte se v noci a nemůžete usnout ?		<b>1 bod</b>
<b>Celkem:</b>		<b>10</b>
0 – 4 body* Bez rizika	<b>5 – 13 bodů*</b> <b>Střední riziko</b>	14 – 19 bodů* Vysoké riziko
* zaškrtněte možnosti		