

SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

ANA-MARIJA ISKRA
PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE KOD PACIJENATA S AKUTNIM
PANKREATITISOM

Završni rad

Rijeka, 2018.

SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

ANA-MARIJA ISKRA
PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE KOD PACIJENATA S AKUTNIM
PANKREATITISOM

Završni rad

Rijeka, 2018.

Završni rad ocijenjen je dana _____ u /na _____

_____, pred povjerenstvom u sastavu:

1. _____
2. _____
3. _____

Rad sadrži 30 strana, 1 sliku, 2 tablice i 17 literaturnih navoda.

ZAHVALE

Zahvaljujem se svojoj mentorici, Saši Uljančić, prof. reh. na prenesenom znanju, pruženoj pomoći i savjetima kroz školovanje i pri izradi završnog rada.

Hvala mojim dragim kolegicama i kolegama koji su mi pomogli i pružali podršku tijekom studiranja i tijekom izrade ovog rada.

Posebno želim zahvaliti svojoj obitelji i suprugu na strpljivosti, potpori i razumijevanju tijekom mojeg školovanja.

SADRŽAJ

1.	UVOD	1
2.	AKUTNI PANKREATITIS	2
2.1	ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA GUŠTERAČE	2
2.2	KLINIČKA SLIKA I KOMPLIKACIJE AKUTNOG PANKREATITISA	4
2.3	DIJAGNOZA AKUTNOG PANKREATITISA	6
2.4	LIJEČENJE AKUTNOG PANKREATITISA	7
2.5	PREHRANA KOD OBOLJELIH OD AKUTNOG PANKREATITISA	9
3.	PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE	13
3.1	UTVRĐIVANJE POTREBA ZA ZDRAVSTVENOM NJEGOM	13
3.2	PLANIRANJE ZDRAVSTVENE NJEGE	14
3.3	PROVOĐENJE ZDRAVSTVENE NJEGE	15
3.4	EVALUACIJA	15
4.	OBRASCI ZDRAVSTVENOG FUNKCIONIRANJA	16
4.1	PERCEPCIJA I ODRŽAVANJE VLASTITOG ZDRAVSTVENOG STANJA	16
4.2	NUTRITIVNO METABOLIČKI OBRAZAC	16
4.3	ELIMINACIJA	16
4.4	AKTIVNOSTI	17
4.5	SPAVANJE	17
4.6	KOGNITIVNO PERCEPTIVNE FUNKCIJE	17
4.7	SAMOPERCEPCIJA	17
4.8	ULOGE I ODNOSI	18
4.9	SEKSUALNA AKTIVNOST I REPRODUKCIJA	18
4.10	SUČELJAVANJE I TOLERANCIJA NA STRES	18
4.11	VRIJEDNOSTI I STAVOVI	18
5.	SESTRINJSKE DIAGNOZE KOD PACIJENTA OBOLJELOG OD AKUTNOG PANKREATITISA	19
5.1	TJESKOBA U/S BOLI	19
5.2	VR ZA DEHIDRACIJU	20
5.3	SMANJENA MOGUĆNOST BRIGE ZA SEBE- OSOBNA HOGIJENA	21
5.4	SMANJENA MOGUĆNOST BRIGE O SEBI - ODIJEVANJE	22
5.5	SMANJENA MOGUĆNOST BRIGE O SEBI – ELIMINACIJA	23
5.6	NEUPUĆENOST	24

5.7	VISOK RIZIK ZA OPSTIPACIJU _____	25
5.8	SMANJENO PODNOŠENJE NAPORA _____	26
5.9	VISOK RIZIK ZA DEKUBITUS _____	27
6.	ZAKLJUČAK _____	28
7.	LITERATURA _____	29
8.	ŽIVOTOPIS _____	30

SAŽETAK

Akutni pankreatitis je nagla upala gušterače koja se može javiti u blagom ili teškom obliku. Ova nagla upala se u gotovo 80% prijema u bolnicu pripisuje postojanju žučnih kamenaca ili konzumaciji alkohola. Žučni kamenci kao uzrok budu 1,5 puta češći kod žena, dok se alkohol kao uzrok u muškaraca pojavljuje šest puta više nego kod žena. Žučni kamenci najčešće začepi otvor pankreatičnog voda ili se na neko vrijeme zaustave u Oddijevu sfinkteru uzrokujući time upalu dok svakodnevna konzumacija alkohola također može dovesti do začepjenja malih vodova. Jaki bolovi se javljaju najčešće naglo nakon konzumacije prekomjerne količine obroka ili alkohola u gornjem srednjem dijelu abdomena. Osim što je bol nagla, pacijenti je opisuju kao probadajuću bol koja se širi u leđa. Može se javiti mučnina kao i nagon na povraćanje, u većini slučajeva popratnu uz temperaturu. Bolesnik se javlja u hitni trakt radi jakih bolova koji se ne smanjuju te se podvrgava daljnjoj dijagnostici. Laboratorijskim pretragama ne može se potvrditi dijagnoza akutnog pankreatitisa ali povišenom razinom enzima gušterače tu dijagnozu možemo potkrijepiti. Daljnjim radiološkim pretragama (rendgen abdomena, kompjutorizirana tomografija) dokazuje se mogućnost postojanja žučnih kamenaca kao i promjene u veličini i strukturi gušterače. Sa utvrđenom dijagnozom akutnog pankreatitisa, osoba se zaprima na odjel gdje se prekida daljnji unos hrane i pića kako bi se smanjila daljnja proizvodnja enzima u gušterači. Svu potrebnu tekućinu i ostale hranjive tvari nadoknađuju se intravenskim putem. U cijelom procesu liječenja ključna je i medicinska sestra koja najprije može uočiti eventualne promjene koje se mogu javiti kod pacijenta, kao što su primjerice smanjeno mokrenje, otežano disanje te stagniranje ili pogoršavanje intenziteta boli unatoč primijenjenoj analgetskoj terapiji.

ključne riječi: akutni pankreatitis, žučni kamenci, alkohol, bolovi, prehrana, medicinska sestra

ABSTRACT

Acute pancreatitis is a sudden pancreatic inflammation occurring in mild or severe form. This sudden inflammation in almost 80% of admission to the hospital is attributed to the existence of gallstones or drinking alcohol. The gallstones as a cause of Acute pancreatitis are 1.5 times more common in women, while alcohol as a cause is present men appears six times more than in women. Gallstones usually close the pancreatic opening or stop for a while in Oddies sphincter causing it to inflate ,while daily alcohol consumption also leads to clogging of small lines. Strong pain usually are occurring suddnely after eating excessive meals or presence of alcohol in the upper mid-section of the abdomen. Apart pain is acute, patients are describeing as a stabbing kind of pain that is spreading in their back. There can be nausea and vomiting, in most cases accompanied by temperature. The patient is coming to an emergency with severe pain that does not diminish and undergoes further diagnosis. Laboratory examinations can not confirm the diagnosis of acute pancreatitis but elevated pancreatic enzyme levels can be supported by this diagnosis. Further radiological examinations (X-ray abdomena, computerized tomography) are proveing the possibility of gallstones as well as changes in the size and structure of the pancreas. With established diagnosis of acute pancreatitis, a person is hospitalized in intensice care where further food and drink intake is discontinued in order to reduce further enzyme production in the pancreas. All the necessary fluid and other nutrients are compensated by the intravenous. Throughout the process of treatment, role of nurse is also crucial to notice possible changes that may occur in the patient, such as decreased urination, difficulty breathing and stagnation or aggravation of pain intensity despite analgesic therapy.

Key words: acute pancreatitis, gallstones, alcohol, pain, nutrition, nurse

1. UVOD

Akutni pankreatitis je upalni proces gušterače gdje se uslijed privremenog zatvaranja pankreatičnog voda, zaustavlja slobodni tok pankreatičnog soka. Uslijed tog zastoja, nakupljaju se enzimi u znatno većem broju u odnosu na inhibitore, tvoreći tako tešku upalu gušterače. Kod oboljelog se javljaju jaki probadajući bolovi u epigastriju sa tendencijom širenja pod lijevi rebreni luk i u leđa. Uz bolove, nerijetko se javlja i osjećaj mučnine te nagon i/ili povraćanje želučanog sadržaja, kao i temperatura.

Akutni pankreatitis je danas, sa svojom pojavom u 5,4 do 73,4 oboljelih na 100 000 stanovnika, rastući problem u svijetu. Incidencija je različita u pojedinim dijelovima svijeta, ovisno o etiološkim čimbenicima. Tako je, primjerice u Finskoj, gdje se alkohol intenzivno konzumira, naročito vikendom, incidencija vrlo visoka, što bi u brojkama iznosilo da se na 100 000 stanovnika, akutni pankreatitis javlja u 47 do 102 osobe.

Spol je još jedan važan čimbenik vezan uz pojavu akutnog pankreatitisa. Tako se prema podacima u Hrvatskoj, dobivene od Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, u desetogodišnjem razdoblju incidencije akutnog pankreatitisa u Primorsko-goranskoj županiji ne pokazuje tendencija porasta. Ono naime pokazuje da se na 105 stanovnika zabilježilo 30 osoba sa akutnom upalom gušterače. Što se tiče usporedbi spola i dobi oboljelih u Hrvatskoj, muškarci u većem broju obolijevaju od akutnog pankreatitisa, dok je kod oboljelih žena dob značajno viša nego u muškaraca. Najučestalija je bilijarna etiologija (60,7%) i to sa najvećom incidencijom pojave kod žena (62%). Nakon bilijarne etiologije, slijedi etilična sa svojih 17,% i to u 92% oboljelih muškaraca. U starijoj dobi oboljelih muškaraca zabilježena je veća pojava bilijarne etiologije nastanka akutnog pankreatitisa.

Danas je povećan broj incidencije oboljelih od akutnog pankreatitisa dijelom zahvaljujući i boljoj dijagnostici. Isto tako, zahvaljujući boljom dijagnostikom, broj mortaliteta je u zadnje dvije godine pao između 2 i 11,4%.

U nastavku rada opisana je anatomija gušterače, mehanizam nastanka akutne upale gušterače, njena klinička slika i liječenje. Kroz proces zdravstvene njege upoznat ćemo se sa ključnom ulogom medicinske sestre kroz najučestalije sestrinske dijagnoze i pripadajućim intervencijama.

2. AKUTNI PANKREATITIS

U najvećem broju slučajeva, glavni uzročnici akutne upale gušterače su, dakako, žučni kamenci, odnosno, akutni pankreatitis bilijarne etiologije, i prekomjerna konzumacija alkohola, odnosno, akutni pankreatitis etilične etiologije. Akutni pankreatitis bilijarne etiologije u odnosu na etiličnu etiologiju prednjači u 60% oboljelih.

Kod bilijarne etiologije, žučni kamen/ci iz žučnog mjehura začepe pankreatični vod ili „zaglave“ u Odijevom sfinkteru, blokirajući tako prolaz pankreatičnom soku. U blokiranom prolazu se povećava duktalni tlak koji dovodi do nakupljanja aktiviranih enzima koji nadvladaju inhibitore te tako dolazi do autodigestije. Kod etilične etiologije sam etanol potiče nakupljanje enzima u acinusima te njihovu prijevremenu aktivaciju, a povećava i propusnost gušteračnih odvodnih kanala te isto tako dolazi do autodigestije. Sve to dovodi do upale, edema i moguće nekroze gušterače.

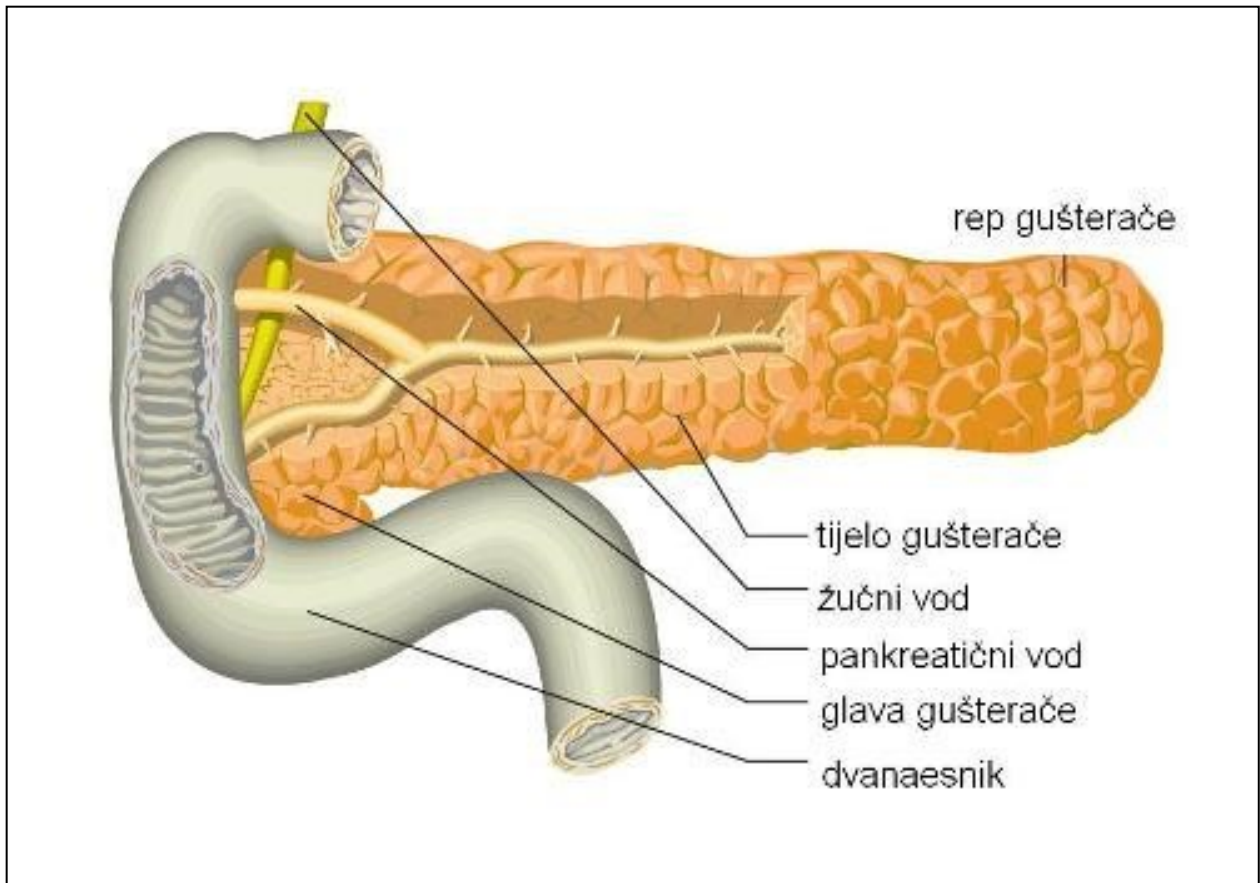
Osim žučnih kamenaca i alkohola, uzroci, iako rijetki, mogu biti lijekovi poput kortikosteroida, imunosupresiva i diuretika. Među ostalim rjeđim uzročnicima mogu biti i povišene masnoće u krvi, toksini, maligne bolesti, virusne infekcije te zahvati kao što je primjerice endoskopska retrogradna koledopankreatografija (ERCP).

2.1 ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA GUŠTERAČE

Gušterača (lat. pancreas), svojom je veličinom od 15 do 25 centimetara postavljena poprijeko u području stražnje trbušne stijenke i iza želuca, u razini prvog slabinskog kralješka. Njeno tijelo, odnosno desni kraj je odebljao u gušteračnu glavu, *caput pancreatis*, te je uložen u potkovasti zaton što ga oblikuje dvanaesnik. Svojim duguljastim oblikom, gušteračnim tijelom, *corpus pancreatis*, seže do lijevog kraja koji je stanjen u rep, *cauda pancreatis*, koji se smjestio do slezene. Izvana je obavijena vezivnom čahuricom.

Kroz cijelu gušteraču prolazi gušteračni vod, *ductus pancreaticus*, koji završava u dvanaesniku zajedno sa žučovodom. Sfinkter koji okružuje završni dio žučnog i pankreasnog kanala, naziva se Odijev sfinkter, a nalazi se na samom ulazu u dvanaesnik. Gušteračnim vodom omogućeno

je slobodno izlivanje gušteračnog soka u dvanaesnik. Postoji i mali pridruženi vod, *ductus pancreaticus accessorius*, koji se zasebno otvara u dvanaesniku.



Slika 1. Anatomija gušterače

Izvor:

<https://i2.wp.com/www.onkologija.hr/wp-content/uploads/2016/05/15.jpg?fit=500%2C352>

Pristupljeno: 4.7.2018

Gušterača je žlijezda s dvojakim izlučivanjem, stoga razlikujemo njeno izvanjsko (egzokrino) i nutarnje (endokrino) izlučivanje. Shodno tome, gušteraču tvore i dvije vrste tkiva.

Žljezdani dio s egzokrinim izlučivanjem oblikuju stanice nakupljene u bobičaste tvorbe, *acini*. Ovaj žljezdani dio proizvodi probavne enzime koji se gušteračnim vodom izlučuju ravno u dvanaesnik. Gušteračni probavni enzimi sudjeluju i u razlaganju glavnih sastojaka hrane, stoga tripsin razlaže bjelančevine, amilaze ugljikohidrate dok su lipaze zadužene za razlaganje masti.

Gušteračni enzimi ne mogu obavljati svoju aktivnost u prekiseloj sredini, a iz želuca u dvanaesnik dolazi vrlo kiseli himus.

Stoga je ovdje važno napomenuti ulogu hidrogenkarbonatnih iona koje također proizvodi ovaj žljezdani dio. Hidrogenkarbonatni ioni neutraliziraju taj kiseli sadržaj i tako omogućuju enzimima da se aktiviraju.

Probavni enzimi su privremeno pohranjeni u acinusima i u vodovima gušterače sve dok se ne izluči veća količina tekućine koja ih ispere u dvanaesnik.

Uz izlučivanje tripsina, izlučuje se i tripsinski inhibitor koji sprječava aktivaciju tripsina u gušterači. Budući da tripsin aktivira ostale enzime, oni se aktiviraju tek dolaskom u dvanaesnik. Važno je da se enzimi aktiviraju izvan gušterače jer bi u suprotnom došlo do autodestrukcije. Žljezdani dio s endokrinim izlučivanjem tvore nakupine alfa (izlučuju hormon glukagon) i beta stanica (izlučuju inzulin) koje oblikuju Langerhansove gušteračne otočiće.

2.2 KLINIČKA SLIKA I KOMPLIKACIJE AKUTNOG PANKREATITISA

Oboljeli dolazi u hitni trakt ili kod liječnika opće medicine pod slikom akutnog abdomena. Ne postoje specifični klinički znaci koji bi odmah po dolasku oboljelog upućivali na akutni pankreatitis. Klinička slika bolesnika s akutnim pankreatitisom može varirati od sasvim neupadne, do vrlo teške s dubokim poremećajem stanja svijesti i vitalnih znakova.

Bol se kod akutnog pankreatitisa bilijarne etiologije javlja obično 6 do 10 sati nakon obilno masnog obroka, dok se kod pankreatitisa etilične etiologije ne isključuje mogućnost pojave delirija. Simptom zbog kojeg se oboljeli javljaju je nagla, probadajuća bol u epigastriju s tendencijom širenja ispod lijevog rebrenog luka sve do leđa.

Kod nekolicine se uz bolove, javlja i povišena temperatura, osjećaj zimice i tresavice, kao i mučnina i/ili povraćanje želučanog sadržaja. Oboljeli ne osjeća olakšanje u smislu smanjenja boli, čak ni ti nakon povraćanja. Što se tiče eliminacije, može biti prisutna i opstipacija, kao i oligurija ili anurija (uslijed akutnog zatajenja bubrega).

Prvo se pristupa fizikalnom pregledu, gdje liječnik kod, primjerice, bilijarne etiologije može uočiti ikterus. Na palpaciju je stjenka abdomena vrlo osjetljiva. Plavičaste pjegice krvarenja na koži oko pupka vidljive su kod nekroze gušterače.

U statusu, oboljeli je blijed, oznojen uz mogući subfebrilitet ili febrilitet. Temperatura može ići do 39 stupnjeva, a može trajati nekoliko dana. Važno je utvrditi vrijeme pojave povišene temperature jer bi pojava temperature u kasnijem stadiju mogla ukazivati na infekciju nekroze. Klinička slika ovisi o samom obliku akutnog pankreatitisa, odnosno, da li je riječ o blagom ili teškom obliku.

Bolovi se kod blagog oblika bolesti smiruju nakon 3 do 4 dana, dok se kod teškog oblika razvijaju lokalne i sustavne komplikacije.

Kod blažeg oblika pankreatitisa, upalni proces je ograničen na samu gušteraču te se smatra da je mortalitet manji od 5%. Kod težeg oblika upale gušterače postoji značajna upala, uz nekrozu i krvarenje kao i sistemski upalni odgovor, mortalitet iznosi 10 do 50%. Nakon 5 do 7 dana, nekrotično tkivo može se inficirati crijevnim bakterijama.

Aktivirani enzimi prodiru u peritonealnu šupljinu uzrokujući leziju i stvaranje izoliranoga nekrotičnoga komada tkiva. Istjecanje tekućine i enzimi, ukoliko dospiju unutar sistemskog krvotoka, dovode do sistemskog upalnog odgovora. Pritom se može izazvati sindrom akutnog respiratornog distresa i zatajivanje bubrenja.

Unutar ili oko gušterače može se stvoriti nakupina tekućine bogata enzimima i tkivnim otpadom koja se kod polovice oboljelih može spontano povući. Kod ostalih se razvija inflamacija ili se stvaraju pseudociste.

Pseudociste imaju fibroznu kapsulu sa ili bez epitelnog sloja koje mogu krvariti, rupturirati ili se mogu inficirati.

Posljedica smrtnog ishoda u prvih nekoliko dana je poremećaj kardiovaskularne funkcije, uz razvoja šoka ili zatajenja bubrega.

Također, smrtni ishod može biti i posljedica respiratorne insuficijencije.

Ruptura pseudociste i infekcija također mogu biti posljedica smrtnog ishoda u prvom tjednu.

2.3 DIJAGNOZA AKUTNOG PANKREATITISA

Kada se bolesnik žali na bolove u trbuhu, posebice ako konzumira alkohol ili ima dokazanu kolelitijazu, dijagnoza akutnog pankreatitisa postavlja se na temelju kliničke slike, laboratorijskih parametara te slikovnih radioloških tehnika. Samo ranom i pravilnom dijagnostikom, može se postaviti rana dijagnoza i sama težina bolesti. Prije navedenog, potrebno je isključiti simptome drugih bolesti kao što su perforacija želučanog ili duodenalnog ulkusa ili akutnu crijevnu opstrukciju.

Dolaskom u hitni prijem ili kod liječnika opće medicine, radi se laboratorijska dijagnostika koja uključuje kompletnu krvnu sliku, biokemiju te uzimanje uzorka urina. Najveća važnost pridaje se povećanoj koncentraciji amilaza u serumu i/ili urinu, ali i povećanim lipazama u serumu. Serumske amilaze i lipaze budu povećane prvog dana upale, dok se unutar 3 do 7 dana njihove vrijednosti smanjuju unutar referentnih vrijednosti.

Često se u laboratorijskim nalazima može uočiti i hipokalijemija koja je rezultat povraćanja, a u oko trećine bolesnika postoji hiperglikemija. U prilog akutne upale, prikazuje se i povećana vrijednost C-reaktivnog proteina (CRP).

Kod akutnog pankreatitisa bilijarne etiologije nalazimo povišene jetrene enzime, odnosno povećan alanin aminotransferazu (ALT), aspartat aminotransferazu (AST), alkalnu fosfatazu ili bilirubin. Kod nekrotizirajućeg pankreatitisa nalazimo acidozu, kao i povećane koncentracije ureje i kreatinina.

Pored laboratorijskih pretraga, obavljaju se i druge rutinske pretrage koje se primjenjuju kod obrade akutnog abdomena, a obuhvaćaju EKG, RTG srca i pluća te nativni RTG abdomena u ležećem i stojećem položaju.

Rendgenom abdomena mogu se otkriti kalcifikati unutar gušteračnog voda što govori u prilog akutne upale gušterače, dok se rendgenom pluća mogu otkriti pleuralni izljevi, koji su kod upale gušterače obično ljevostrani radi položaja gušterače.

Prvi ili drugi dan po prijemu, potrebno je napraviti ultrazvuk abdomena za utvrđivanje uzroka akutne upale gušterače.

Ovom neinvazivnom metodom mogu se vidjeti žučni kamenci ili moguća dilatacija ductusa koledokusa koji ukazuje na opstrukciju, a može se vizualizirati i edem gušterače. U 20% oboljelih meteorizam otežava prikaz same gušterače.

Kompjuterizirana tomografija (CT) se preporučuje kod sumnje na teški oblik upale gušterače ili u slučaju hipotenzije, kao i kod progresije leukocitoze uz porast vrućice. CT se indicira tek nakon adekvatne hidracije oboljelog jer se primjenom intravenskog kontrasta u zonama slabije perfuzije može uzrokovati nekroza. Ovom pretragom se utvrđuje nekroza ili postojanje pseudociste.

Endoskopski ultrazvuk (EUS) je invazivna pretraga kod koje se ultrazvučnom sondom ulazi kroz usta u probavni sustav te se tako omogućuje bolji prikaz gušterače i žučnih vodova. Korisna je metoda kod prikaza malih žučnih kamenaca i njihovog položaja onda kada se one teško otkrivaju drugim metodama.

Endoskopska retrogradna kolangiopankreatografija (ERCP) je dijagnostičko-terapijska metoda radiološke obrade žučnih putova i gušteračnog kanalnog sustava kod manjeg broja pacijenata. Kod akutnog pankreatitisa bilijarne etiologije, metodom papilotomije se prilikom ove pretrage žučni kamenci mogu izvaditi, odnosno odstraniti.

2.4 LIJEČENJE AKUTNOG PANKREATITISA

U liječenju akutnog pankreatitisa terapijski se pristup prilagođava obliku i težini same upale. U više od 85% slučajeva riječ je o blagom obliku bolesti i nekomplikiranom kliničkom tijeku bolesti gdje se terapija kroz nekoliko dana sastoji od suportivnih mjera, stroge dijeta, mirovanja te obilne parenteralne hidracije.

Kod značajnog povraćanja ili ileusa, uvodi se nazogastrična sonda. U prvih dva do tri dana ključna je potporna terapija nadoknadom tekućine i elektrolita te prekid oralne prehrane. Adekvatnom nadoknadom tekućine smanjujemo rizik od nekroze gušterače.

Kad bolovi u abdomenu prestanu, uvodi se postepeno hrana, od tekuće prema čvrstoj konzistenciji, siromašna proteinima i masti.

Sama bolest ne utječe na nutritivni status oboljelog, osim u bolesnika koji su pothranjeni ili kada je razdoblje gladovanja dulje od 5 do 7 dana. Kako bi se smanjila mogućnost hipotenzije i nastanka cirkulatornog šoka, započinje se obilnom intravenskom primjenom različitih kristaloidnih i koloidnih otopina.

Kako bi se smanjili bolovi, uz obilnu hidraciju, primjenjuju se analgetici i spazmolitici. U slučaju jakih bolova koji na primjenu analgetika ne popuštaju, uvodi se torakalna epiduralna analgezija. Prema laboratorijskim nalazima, nadoknađuju se ostali elektroliti. Liječenje se sastoji i od primjene antibiotske terapije kako bi se spriječila infekcija ili nekroza gušterače. Teži oblici upale zahtijevaju liječenje u jedinicama intenzivne skrbi uz stalno praćenje i nadzor iskusnog multidisciplinarnog tima.

Kod akutnog zatajenja bubrega indicirana je hemodijaliza, dok se u slučaju akutne respiratorne insuficijencije u bolesnika primjenjuje mehanička ventilacija. Ukoliko konzervativne metode liječenja ne pomažu, pristupa se kirurškom liječenju. Inficirane zone nekroze gušterače zahtijevaju kiruršku nekrektomiju, dok se inflamirane tekuće nakupine locirane izvan gušterače mogu perkutano drenirati.

Pseudociste koje su inflamirane, ukoliko krvare ili se brzo povećavaju, zahtijevaju drenažu. Kirurško liječenje primjenjuje se u slučajevima inficirane pankreasne nekroze, perzistirajućem akutnom abdomenu, apscesu gušterače. Internacionalno udruženje pankreatologa donijelo je 2002.god 11 smjernica o mogućim opcijama kirurške terapije.

Iz navedenih smjernica proizlazi da se kod nekroze pankreasa ne preporuča zahvat unutar 14 dana od početka bolesti osim u slučajevima izrazitog pogoršanja kliničkog stanja usprkos poduzetih mjera intenzivnog liječenja, kada se radi o inficiranoj nekrozi pankreasa ili o višeorganskom zatajivanju koje se javlja kod opsežnih sterilnih nekroza.

2.5 PREHRANA KOD OBOLJELIH OD AKUTNOG PANKREATITISA

Zbog iznimne važnosti koju gušterača ima u procesu probave kao što je proizvodnja enzima koje izlučuje u lumen crijeva i koji probavljaju hranu i hormone koje izlučuje u krv, smatra se da je pravilna prehrana kod akutnog pankreatitisa od velike važnosti.

Oboljeli od akutne upale gušterače imaju povećane nutritivne potrebe zbog povećane potrošnje energije i razgradnje bjelancevina, dok s druge strane zbog bolova, mučnina i/ili povraćanja pate od energetske, proteinske ili nutritivne deficita. Takvi bolesnici su vrlo često izloženi malnutriciji.

Kod uznapredovale slike akutnog pankreatitisa, može doći i do malapsorpcije masti koji se klinički očituje stoatorejom i smanjenom apsorpcijom vitamina topljivih u masti, poglavito vitamina D. Neadekvatnim unosom vitamina D može doći do značajnog problema u ovoj skupini bolesnika, a to je osteoporoza.

Ukoliko dođe do teškog oblika upale gušterače, nužno je uzimanje peroralne suplemente enzima koji bi kod bolesnika s urednim apetitom, uzetu hranu u konačnici i probavili.

Osim što adekvatna nutritivna njega oboljelog može smanjiti komplikacije i sami troškovi liječenja se mogu smanjiti. Terapijski pristup prilagođava se dijagnozi i težini akutne upale.

U više od 85% slučajeva riječ je o blagom obliku akutne upale koja završava potpunim oporavkom nakon nekoliko dana.

Kod blagog i srednje teškog oblika ključna je potporna terapija nadoknadom tekućine jer se u suprotnom, osjećaj boli može pojačati, kao i nadoknada elektrolita te prekid oralne prehrane tijekom dva do četiri dana.

Smjernice Europskog društva za parenteralnu i enteralnu prehranu kod blagog i srednje teškog pankreatitisa, provode se u tri koraka: prvih dva do pet dana primjenjuju se samo analgetici uz nadoknadu tekućine i elektrolita, početak lagane pankreatične prehrane bogate ugljikohidratima i umjerenom količinom bjelancevina i masnoća prema savjetu liječnika te doživotna pankreatična dijeta.

S prehranom na usta počinje se kada oboljeli više ne osjeća bolove u abdomenu te je sama palpacija na njega bezbolna. Kreće se od tekuće (čaj, voda, juha), polukrute (krumpir uz mrkvu)

prema čvrstoj hrani jer su istraživanja pokazala kako takav način ishrane oboljeli dobro podnose i samim time pridonose bržem oporavku.

Za oboljele od teške upale gušterače te sve one koji imaju smanjeni apetit i nemogućnost ingestije hrane, prikladna je enteralna prehrana putem nazogastrične ili nazojejunalne sonde, stome te uzimanje enteralnih pripravaka na usta kao nadopuna prehrani.

U posljednjih deset godina, brojne studije su pokazale da enteralni pripravci znatno smanjuju rizik razvoja sepse i metaboličkih komplikacija te skraćuju vrijeme boravka u bolnici i samim time troškove liječenja. Ovdje se, uz važnost pravilne prehrane i kvalitete života, javlja i ističe važnost liječnika i medicinskih sestara.

Liječnik treba oboljelog upoznati sa etiologijom akutne upale gušterače kako bi sam oboljeli uvidio razlog same upale te shodno tome, promijeniti životne navike.

Ukoliko oboljeli puši treba ga upoznati sa činjenicom da pušenje doprinosi osteoporozi, kao i nedovoljna fizička aktivnost i nepravilna prehrana.

Problemu probave dakako doprinosi i učestala konzumacija alkohola, stoga je oboljelog važno upoznati sa štetnim utjecajem alkohola na mehanizam probave.

Uz navedene savjete i upute koje će mu dati liječnik i medicinske sestre, dobro je pacijentu dati i pisani primjer hrane koju može konzumirati u većim i manjim količinama. Samo edukacijom i promjenom načina života, smanjuje se recidiv akutne upale gušterače.

Tablica 1. Tablica sa popisom hrane koja se preporučuje kod pankreatične dijete

NAMIRNICE	HRANA KOJA SE PREPORUČUJE
JUHE	nemasne juhe od pasiranog povrća i mesa, riblja nemasna juha, juha od riže
MESA	nemasno mlado meso (teletina, junetina, kunić, puretina, bijelo meso piletine) pirjano u vlastitom soku ili kuhano
RIBE	kuhana bijela riba (oslić, škarpina)
JAJA	kuhani bjelanjak
MLIJEKO I MLIJEČNI PROIZVODI	mlijeko s 1% m.m, posni svježi sir, kiselo mlijeko, jogurt, acidofil, jogurt s probiotikom
KRUH I ŽITARICE	bijeli kruh, tost, dvopek, riža, kukuruzna i pšenična krupica, tjestenina
POVRĆE I SALATE	kuhani krumpir, kuhano i pasirano povrće (špinat, blitva, mrkva, tikvice) pripremljeno na lešo ili kao varivo
MASNOĆE	bez masnoća ili male količine biljnih ulja, maslinovo ulje
SLASTICE	puding, krupica i riža na mlijeku, petit keksi, med
VOĆE	kompoti, marmelada, kašice od voća
PICA	prirodni voćni sokovi, blagi biljni čajevi, negazirana voda
ZAČINI	limunov sok, sol

Izvor: http://www.hdnd.hr/wp-content/uploads/2015/05/Prehrana_kod_pankreatitisa.pdf

Tablica 2. Tablica sa popisom hrane koju treba umjerenu konzumirati i koju treba izbjegavati

HRANA KOJU TREBA UMJERENO KONZUMIRATI	HRANA KOJA TREBA IZBJEGAVATI
	masne juhe, juhe od kupusa i cvjetače, juhe od suhog mesa, industrijske gotove juhe
pureća i pileća prsa u ovitku	pržena i pohana mesa, dimljena mesa, salame i trajne kobasice, paštete, mesne konzerve, svinjetina, guske, patke
	masne ribe (skuša, tuna, srdela, šaran, som), riblje konzerve, lignje, dagnje, rakovi
	omlet, pečena jaja, žumanjak u svim oblicima
	punomasno mlijeko, zreli, masni sirevi, dimljeni sir, slatko i kiselo vrhnje, sladoled
	kruh s integralnim žitaricama, svježi vrući kruh i pecivo, masni pekarski proizvodi
mlada zelena salata s limunovim sokom, cikla, zrela rajčica s oguljenom kožicom, brokula, mlade mahune	grah, bob, leća, grašak, paprika, kupus, kelj, kiseli kupus, krastavci, cvjetača, gljive, konzervirano povrće, prženi i pečeni krumpir
margarin s niskim udjelom masti i masnih kiselina	svinjska i guščja mast, majoneza, maslac
	kolači s puno nadjeva, masni kolači i keksi, palačinke, čokolada, čokoladna torta
	svo voće u svježem obliku, masni orašasti plodovi (orah, lješnjak)
	crni jaki čajevi, crna kava, alkoholna pića, gazirani slatki sokovi
razblaženi jabučni ocat, koncentrat rajčice, lovor	crveni luk, češnjak, senf, alkoholni ocat, hren, začinska paprika, papar

Izvor: http://www.hdnd.hr/wp-content/uploads/2015/05/Prehrana_kod_pankreatitisa.pdf

3. PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE

Proces zdravstvene njege obilježava pristup u nalaženju i rješavanju problema pacijenta iz područja zdravstvene njege. Problem je svako stanje koje odstupa od normalnog, te je potrebna intervencija medicinske sestre bez obzira na moguće poteškoće.

Proces zdravstvene njege je sustavna, logična i racionalna osnova za utvrđivanje i rješavanje bolesnikovih problema, a odvija se kroz četiri osnovne faze:

1. Utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom
2. Planiranje zdravstvene njege
3. Provođenje zdravstvene njege
4. Evaluacija zdravstvene njege

3.1 UTVRĐIVANJE POTREBA ZA ZDRAVSTVENOM NJEGOM

Prikupljenim podacima medicinska sestra procjenjuje bolesnikovo tjelesno i psihičko stanje. Izvori tih podataka dijele se na primarne (najčešće je to bolesnik), sekundarne (obitelj i prijatelji) i tercijarne (medicinska dokumentacija).

Medicinska sestra prikuplja podatke koristeći se raznim tehnikama poput intervjua, promatranja pacijenta, mjerenjem i analizom dokumentacije.

Ovisno o cilju razlikujemo:

- informativni intervju
- terapijski intervju

Informativni intervju se bazira na prikupljanju podataka, dok kod terapijskog intervjuja cilj je postići promjene u znanju ili ponašanju intervjuirane osobe.

Promatrač promatranjem i korištenjem osjetilnih metoda dolazi do podataka o pacijentovom stanju. Prilikom fizikalnog pregleda primjenjuje se inspekcija (vizualno promatranje), auskultacija (slušno), palpacija (taktilno) i perkusija (slušno).

Podatci se prikupljaju pomoću obrazaca zdravstvenog funkcioniranja prema M. Gordon i skalama procjene. Zatim slijedi analiza svih prikupljenih podataka. Oni se revidiraju, interpretiraju i validiraju, te se definira problem u zdravstvenoj njezi i nastaje sestrinska dijagnoza.

Problem u sestrinskoj dijagnozi može biti aktualan ili potencijalan.

Aktualne sestrinske dijagnoze oblikuju se po PES modelu (problem, etiologija, simptomi) dok potencijalne po PE modelu (problem, etiologija).

3.2 PLANIRANJE ZDRAVSTVENE NJEGE

Analizom prikupljenih podataka medicinska sestra može doći do zaključka da bolesnik nema problem ili je prisutan jedan ili više njih iz područja zdravstvene njege.

„... planiranje obuhvaća utvrđivanje prioriteta, definiranje ciljeva i odabir intervencija, a završava izradom plana zdravstvene njege“¹.

Utvrđivanje prioriteta mora biti realno i usklađeno sa mogućnostima. Ciljevi mogu biti kratkoročni, srednjoročni i dugoročni. Vrlo je važno da su razumljivo formulirani kako bi bili jasni pacijentu i drugim članovima tima, moraju se odnositi na pacijenta, biti specifični kako bi omogućili evaluaciju i sadržavati vrijeme i razinu do koje se očekuje postignuće.

¹ Fućkar G., (1995), Proces zdravstvene njege, str. 133, Tisak „A.G. Matoš“ Zagreb

Intervencije su pomoć ka ostvarenju cilja, aktivnosti koje ublažavaju ili rješavaju problem, a planira ih medicinska sestra. Iste intervencije mogu se bazirati na motiviranju, edukaciji, stvaranju povoljne socijalne okoline i fizičkoj pomoći.

3.3 PROVOĐENJE ZDRAVSTVENE NJEGE

Definirani plan validira medicinska sestra koja ga je sastavila, dok je svakako preporuka zatražiti mišljenje članova tima zdravstvene njege ili drugih stručnjaka kao npr. psihologa, liječnika ili fizioterapeuta. Planovima zdravstvene njege omogućuje se bolja organizacija, izbjegavanje dupliciranja posla i jasna je definicija podjele posla.

Osoba koja provodi zdravstvenu njegu mora na vrijeme prijaviti zamijećene promjene kod pacijenta zbog pravovremene izmijene plana.

3.4 EVALUACIJA

U posljednjoj fazi procesa zdravstvene njege utvrđuje se jesu li ciljevi postignuti i do koje mjere, a to se postiže usporedbom pacijentovog trenutnog stanja. U situaciji kada cilj nije postignut potrebno je definirati uzroke evaluacijom plana, što zahtjeva ponovno provođenje procjene pacijentovog stanja, planiranje i ponovno provođenje plana. Potrebno je razlučiti jesu li postavljeni ciljevi nerealni ili su intervencije neprimjerene.

4. OBRASCI ZDRAVSTVENOG FUNKCIONIRANJA

4.1 PERCEPCIJA I ODRŽAVANJE VLASTITOG ZDRAVSTVENOG STANJA

Ovim obrascem dobivamo uvid u opće stanje pacijenta, način života, te razne informacije o percepciji bolesti ali i o odnosu kojim ta bolest utječe na pacijentov privatan i poslovan život.

Veliki postotak pacijenata oboljelih od akutnog pankreatitisa nije brinulo o svojoj prehrani te nije bilo u većoj razini svjesno o štetnosti konzumiranja alkohola.

Pojava prvih simptoma izrazite boli i mučnine vrlo često izazove strah kod pacijenata te brzo zatraže liječničku pomoć. Pacijenta je potrebno educirati o važnosti održavanja vlastitog zdravlja putem značajne redukcije ili potpune apstinencije od alkohola.

4.2 NUTRITIVNO METABOLIČKI OBRAZAC

U prvim danima hospitalizacije pacijenti ne smiju konzumirati oralno hranu i piće. Najčešće za to vrijeme nije prisutan osjećaj gladi, dok žedi jest. U ovom obrascu važno je bolesnika educirati o postupnom uvođenju tekućine u organizam, a tek po izostanku boli nakon tekućine slijedi postupno uvođenje odgovarajuće prehrane.

4.3 ELIMINACIJA

Opstipacija je vrlo čest problem koji se javlja kao posljedica prestanka ili smanjenog unosa hrane u organizam, nelagode zbog promjene okoline i smanjene pokretljivosti. Potrebno je razgovarati sa pacijentom i utvrditi njegove potrebe i navike za održavanje redovite stolice i mokrenja.

4.4 AKTIVNOSTI

Osobe oboljele od akutnog pankreatitisa najčešće ne mogu obavljati željene aktivnosti jer ih bol i mučnina sputavaju u tome. Mirovanje je kod ovakvih stanja strogo preporučljivo. Poželjna aktivnost bila bi promjena položaja u krevetu i vježbe disanja.

4.5 SPAVANJE

Nesanica je vrlo česta pojava zbog prisutnosti boli, mučnine, zabrinutosti, stresa ali i same promjene okoline jer pacijent je smješten u bolnici, redovito u sobama sa više pacijenata što svakako ima utjecaja na pacijentovo mentalno stanje. Nesanica sa svojim simptomima umora i pospanosti može prolongirati pacijentov oporavak.

4.6 KOGNITIVNO PERCEPTIVNE FUNKCIJE

Slušna i vidna pomagala, često su kod starijih pacijenata neizostavna potreba. Zadaća medicinske sestre je obavijesti obitelj ili bližnje pacijenta o potrebi naočala, slušnih aparata ili sl. jer time se s pacijentom može ostvariti bolja komunikacija koja posljedično veoma često pomaže u prijenosu važnih informacija pacijentu o njegovom stanju ali i edukaciji kako isto stanje poboljšati.

4.7 SAMOPERCEPCIJA

Prihvatiti stanje bolesti, potrebe mogućeg operativnog zahvata, ali u svakom slučaju drastične životne promjene veoma je za sve pacijente teško. Uslijed tjeskobe i zabrinutosti, kvalitetan razgovor medicinske sestre s prisutnim razumijevanjem za pacijenta izuzetno je važan jer osim prijenosa važnih informacija pruža odgovore na pacijentova pitanja. Time pacijent postaje svjesniji svog novog stanja i lakše ga prihvaća te je mogućnost prilagodbe na novonastalu situaciju veća.

4.8 ULOGE I ODNOSI

Zadaća medicinske sestre, kao i cjelokupnog medicinskog tima zdravstvene njege je objektivno ispitati obiteljsku situaciju zbog podrške pacijentu za vrijeme boravka u bolnici ali pogotovo nakon otpusta iz bolnice kada bi ista obitelj ili skrbnici trebali preuzeti brigu oko pacijenta.

4.9 SEKSUALNA AKTIVNOST I REPRODUKCIJA

Premda je često tabu tema, same seksualne aktivnosti pacijenta s pojavom bolesti značajno se promjene. To može negativno utjecati na samog pacijenta ali često negativno utječe i na njegove odnose s partnerom/icom. Važno je zadobiti povjerenje pacijenta i pravim savjetom pomoći mu u takvim situacijama i prisutnom stresu.

4.10 SUČELJAVANJE I TOLERANCIJA NA STRES

Već ranije naglašeno, potaknut bolešću, stres je izrazito često prisutan kod pacijenata. Svaki pacijent na svoj način reagira na stres i zadaća medicinske sestre je prepoznati reakcije i pomoći pacijentu u nošenju s problemima i samim stresom.

4.11 VRIJEDNOSTI I STAVOVI

Često pacijenti imaju osim fizičkih i duhovne potrebe. Sama religija i s njom povezano vjerovanje često može pomoći pacijentu prihvatiti novonastalu situaciju te smanjiti stres. Zadaća medicinske sestre je potrebu za religijske ili ostale potrebe prepoznati, te u sklopu mogućnosti iste i pacijentu ostvariti.

5. SESTRINJSKI PROBLEMI KOD PACIJENTA OBOLJELOG OD AKUTNOG PANKREATITISA

5.1 TJESKOBA U/S BOLI

Bol je vrlo stresno iskustvo. Može biti korisna i upozoriti na poremećaj funkcioniranja nekog organskog sustava, ali isto potencira kod bolesnika strah, potpuno ga zaokuplja i remeti zadovoljavanje ljudskih potreba. U ovoj dijagnozi bol je etiološki činitelj.

Sestrinska dijagnoza: Tjeskoba u/s boli što se očituje s 12 na skali za tjeskobu

Mogući ciljevi:

- Bolesnik neće biti tjeskoban više od 4 boda na skali za tjeskobu

Moguće intervencije:

- procjena boli na skali za procjenu
- uspostaviti i voditi dokumentaciju boli
- obilaziti pacijenta i svakih sat vremena provoditi procjenu boli na skali procjene
- pratiti bolesnikovo ponašanje
- osigurati bolesniku odgovarajući položaj u krevetu, Fowlerov položaj ili bočni sa skvrčenim nogama sukladno sa bolesnikovim željama
- pružiti emocionalnu potporu bolesniku
- osigurati tihu okolinu u svrhu povećanja bolesnikove tolerancije na bol
- osigurati bolesniku odmor
- primijeniti ordiniranu analgetsku terapiju
- pratiti i evidentirati uspješnost analgetske terapije
- izvijestiti liječnika o uspješnosti analgetske terapije

5.2 VR ZA DEHIDRACIJU

Dehidracija može nastati zbog povećanog gubitka tekućine ili njenog smanjenog unosa. Može uzrokovati proljev i učestalo povraćanje. Pokazatelji prisutnosti dehidracije su žeđ, smanjeno izlučivanje mokraće, suhoća sluznice.

Sestrinska dijagnoza: VR za dehidraciju u/s prestankom unosa tekućine peroralno, povišenom tjelesnom temperaturom i povraćanjem.

Cilj: tijekom hospitalizacije pacijent neće dehidrirati

Moguće intervencije:

- Potrebno je mjeriti diurezu pomoću menzure
- Promatrati boju i izgled urina
- Mjeriti količinu povraćenog sadržaja
- Mjeriti količinu sadržaja izlučenog putem nazogastrične sonde
- Naglasiti pacijentu da obavijesti medicinsku sestru ako bude imao stolicu
- Pratiti i dokumentirati unos i izlučivanje tekućine
- Mjeriti i evidentirati vitalne funkcije svakih sat vremena (tlak, puls, disanje, tjelesne temperature)
- Svako jutro u isto vrijeme izvagati pacijenta i evidentirati tjelesnu težinu
- Promatrati pacijenta i zapaziti moguće promjene na tijelu koje upućuju na dehidraciju (suh i obložen jezik, suhe sluznice, smanjen turgor kože, smetenost i pospanost)
- Regulirati mikroklimatske uvjete u sobi (temperaturu od 18 -20 C⁰ tijekom dana i od 12-15 C⁰ tijekom noći) kako ne bi došlo do dodatnog gubitka tekućine znojenjem
- Podučiti pacijenta o simptomima dehidracije koje sam može zamijetiti te ga na taj način motivirati i uključiti u liječenje
- Primijeniti ordinirani unos tekućine parenteralno

5.3 SMANJENA MOGUĆNOST BRIGE ZA SEBE- OSOBNA HIGIJENA

Smanjena mogućnost održavanja higijene je stanje u kojem pojedinac nije u mogućnosti obavljati uobičajene aktivnosti koje je do sada obavljao bez teškoća.

Sestrinska dijagnoza: SMBS osobna higijena u/s općom slabošću što se očituje nemogućnošću obavljanja osobe higijene u toaletu

Mogući ciljevi:

- pacijent će uz pomoć medicinske sestre svakodnevno obavljati osobnu higijenu
- pacijent će tražiti pomoć kada mu je potrebna
- pacijent će povećavati stupanj samostalnosti pri održavanju osobne higijene

Moguće intervencije:

- Medicinska sestra će svakodnevno u dogovoreno vrijeme s pacijentom obavljati osobnu higijenu
- Osigurati privatnost pacijenta
- Osigurati toplu prostoriju
- Osigurati potreban pribor za obavljanje osobne higijene
- Osigurati optimalnu temperaturu vode
- Pružati emocionalnu potporu pacijentu
- Sukladno pacijentovim mogućnostima poticati pacijenta na što veću samostalnost
- Sukladno pacijentovim željama uključiti obitelj u pomoć u obavljanju osobne higijene
- Medicinska sestra će biti u neposrednoj blizini pacijenta kako bi mu bila na raspolaganju za obavljanje onih aktivnosti koje on nije u stanju učiniti samostalno
- Osigurati pacijentu dovoljno vremena za obavljanje osobne higijene
- Poticati pacijenta na svakodnevno povećanje samostalnosti u obavljanju osobne higijene

5.4 SMANJENA MOGUĆNOST BRIGE O SEBI - ODIJEVANJE

Otežana izvođenja i smanjene samostalne mogućnosti odijevanja i dotjerivanja često su prisutne kod pacijenata. Uloga medicinske sestre je pomoć u tim aktivnostima i povećanje samostalnosti pacijenta.

Sestrinska dijagnoza: SMBS odijevanje u/s općom slabošću što se očituje nemogućnošću pacijenta da se samostalno odjene.

Cilj:

Pacijent će biti adekvatno odjeven tijekom hospitalizacije i biti će zadovoljan postignutim.

Intervencije:

- U dogovoru s pacijentom odrediti će se vrijeme presvlačenja
- Osigurati privatnost
- Osigurati adekvatnu i čistu odjeću
- Osigurati toplu prostoriju za odijevanje
- Osigurati pacijentu odjeću na dohvat ruke
- Osigurati pacijentu dovoljno vremena za odijevanje
- Medicinska sestra će biti u neposrednoj blizini spremna pomoći pacijentu prilikom odijevanja
- Osigurati prisutnost obitelji prilikom odijevanja ako je to u skladu s pacijentovim željama
- Poticati pacijenta na postupno osamostaljivanje sukladno njegovim mogućnostima
- Pružiti emocionalnu potporu pacijentu

5.5 SMANJENA MOGUĆNOST BRIGE O SEBI – ELIMINACIJA

Smanjena mogućnost eliminacije javlja se zbog otežane sposobnosti pojedinca prilikom izvođenja aktivnosti.

Sestrinska dijagnoza: SMBS eliminacija u/s općom slabošću što se očituje nemogućnošću odlaska do toaleta

Cilj:

Pacijent će obavljati eliminaciju uz pomoć pomagala prva četiri dana hospitalizacije, a kasnije u toaletu

Intervencije:

- Osigurati privatnost pacijenta
- Osigurati noćnu posudu na dohvat ruke
- Osigurati zvono na dohvat ruke kako bi pacijent pozvao sestru kada mu je pomoć potrebna
- Pomoći pacijentu zauzeti odgovarajući položaj ako samostalno ne može
- Omogućiti pacijentu pribor da samostalno učini toaletu analne regije
- Osigurati pacijentu sapun i toplu vodu na dohvat ruke kako bi oprao ruke
- Osigurati dovoljno vremena za obavljanje eliminacije
- Postupno povećavati samostalnost pacijenta
- Uz pomoć kolica odvesti pacijenta do toaleta te ga držeći pod ruku otpratiti
- Procijeniti u dogovoru sa pacijentom mogućnost samostalnog odlaska pacijenta u toalet i obavljanja eliminacije

5.6 NEUPUĆENOST

„Neupućenost jer stanje pojedinca ili skupine što se očituje pomanjkanjem znanja ili vještina povezanih s određenim zdravstvenim stanjem, dijagnostikom ili liječenjem.“²

Sestrinska dijagnoza: Neupućenost u prehranu kod akutne upale gušterače

Cilj:

Pacijent će biti educiran o prehrani kod akutne bolesti gušterače te će znati nabrojati namirnice koje smije jesti

Intervencije:

- Objasniti pacijentu važnost dijetalne ishrane kod akutne upale gušterače
- Objasniti pacijentu da će se namirnice postupno uvoditi u prehranu
- Medicinska sestra će predati pacijentu dijetu u pisanom obliku
- Objasniti pacijentu kako ne smije konzumirati hranu koja nije odobrena od medicinskog osoblja, sve dok ne usvoji potrebna znanja
- Medicinska sestra će zajedno s pacijentom nabrojati namirnice koje smije konzumirati
- Predložiti jela koje pacijent smije konzumirati
- Objasniti koje namirnice ne smije jesti i zbog čega
- Provjeriti svakodnevno koliko je pacijent usvojio dijetu
- Uključiti obitelj u edukaciju o dijetalnoj ishrani
- Pružiti emocionalnu podršku pacijentu i obitelji

² Fućkar G. (1996), Uvod u sestrinske dijagnoze, str. 157, Kastmuller Zagreb

5.7 VISOK RIZIK ZA OPSTIPACIJU

Opstipacija je vrlo čest problem kod pacijenata koji moraju mirovati u novom ambijentu, a pri tome se pridržavati stroge dijeta i imati smanjeni unos tekućine.

Sestrinska dijagnoza: visok rizik za opstipaciju u/s smanjene pokretljivosti

Cilj:

Pacijent će imati stolicu svaka dva dana

Intervencije:

- Educirati pacijenta o važnosti redovite stolice
- Osigurati pacijentu privatnost
- Podučiti pacijenta o važnosti masaže trbuha
- Podučiti pacijenta masaži trbuha
- Educirati pacijenta o važnosti provođenja aktivnih i pasivnih vježbi u krevetu u skladu s mogućnostima
- Poticati pacijenta na promjenu položaja u krevetu
- Podučiti pacijenta kako provoditi vježbe povlačenja koljena prema truhu u skladu s mogućnostima
- Dogovoriti sa fizioterapeutom provođenje aktivnih i pasivnih vježbi u krevetu u skladu s pacijentovim mogućnostima

5.8 SMANJENO PODNOŠENJE NAPORA

Aktivnost pridonosi pozitivnom tjelesnom i psihičkom osjećaju. Ako zbog aktivnosti se pojavljuje nelagoda, umor ili poremećaj funkcioniranja tjelesnih sustava onda govorimo o smanjenom podnošenju napora.

Sestrinska dijagnoza: smanjeno podnošenje napora u/s opće slabosti što se očituje izjavom pacijentice „ne osjećam se spremnom za dnevne aktivnosti“

Mogući ciljevi:

- Pacijent će povećati dnevne aktivnosti
- Napredak u svakodnevnom podnošenju napora

Intervencije:

- Objasniti pacijentu važnost provođenja dnevnih aktivnosti
- Prepoznati uzroke umora kod pacijenta
- Osigurati pomagala pacijentu na dohvata ruke
- Poticati pacijenta na aktivnost u skladu s njegovim mogućnostima
- Pružati emocionalnu podršku
- Uz suradnju s pacijentom izraditi plan dnevnih aktivnosti
- Osigurati pacijentu dovoljno vremena
- Educirati pacijenta o važnosti vježbi disanja
- Educirati pacijenta pravilnim vježbama disanja
- Postupno povećavati aktivnosti

5.9 VISOK RIZIK ZA DEKUBITUS

Dekubitus nastaje zbog ishemije koju uzrokuje produženi pritisak na kožu i meko tkivo te dolazi do nekroze. Može se brzo razviti ali nažalost sporije zacjeljuje. Koža je najveći organ i ima vrlo bitnu funkciju (zaštitnu, osjetilnu, sekrecijsku, ekskrecijsku, resorpcijsku i akumulacijsku) te je vrlo bitno očuvati njenu funkciju i integritet.

Sestrinska dijagnoza: VR za nastanak dekubitusa u/s smanjene pokretljivosti

Cilj:

Tijekom hospitalizacije neće dobiti dekubitus

Intervencije:

- Održavanje higijene kože PH neutralnim sapunom
- Održavati higijenu kreveta i posteljnog rublja
- Procijeniti čimbenika rizika za dekubitus – Braden skala
- Poticati promjenu položaja pacijenta u krevetu svaka dva sata
- Položiti jastuke pod potkoljenice prilikom pacijentova ležanja na leđima
- Položiti jastuke među koljena i pod leđa prilikom pacijentova ležanja na boku
- Poticati bolesnika na sudjelovanje u provođenju osobne higijene prema stupnju samostalnosti
- Podučiti pacijenta samostalnoj promjeni položaja tijela u krevetu koristeći trapez i ogradu kreveta
- Omogućiti pacijentu trapez na dohvat ruke te podići ograde na krevetu
- Podučiti pacijenta i obitelj postupcima prevencije dekubitusa

6. ZAKLJUČAK

Akutni pankreatitis zadnjih godina bilježi porast incidencije u svijetu. Jasni klinički znaci koji bi govorili u prilog akutnom pankreatitisu, ne postoje. Najčešće su dvije etiologije, akutni pankreatitis bilijarne i etilične etiologije. Nužno je oboljelom holistički pristupiti, prvo obaviti fizikalni pregled gdje liječnik palpacijom uočava mjesto bolnosti. Uz fizikalni pregled obavljaju se laboratorijske pretrage gdje povišene vrijednosti amilaza i lipaza govore u prilog razvoja akutnog pankreatitisa. Slikovnim metodama (ultrazvuk abdomena, RTG abdomena) dobivamo uvid u etiologiju pankreatitisa, kao težinu i oblik upale. Uspjeh liječenja ovisi o težini same upale, a prvi korak je prekid oralne prehrane. Parenteralnim putem oboljeli dobiva obilnu količinu tekućine te sve potrebne elektrolite u skladu s laboratorijskim nalazima. Uz obilnu hidraciju, oboljeli dobiva i analgetsku terapiju sve do povlačenja bolova. Tada se postupno uvodi tekućina na usta, zatim se kreće od kašaste prema hrani čvrste konzistencije. U cijelom procesu liječenja, liječnik i medicinske sestre zaduženi su za pružanje neophodne skrbi u cilju uočavanja i smanjenja rizika razvoja lokalnih i/ili sistemnih komplikacija, a time ujedno i mortaliteta bolesnika. Nužno ga je i upoznati sa etiologijom nastanka akutne upale gušterače i dati mu savjete u promijeni životnog stila kako ne bi došlo do recidiva. U cijelom procesu zdravstvene njege, medicinska sestra je ta koja će, u skladu sa svojim kompetencijama, educirati pacijenta o načinu prehrane nakon izlaska iz bolnice i tjelesnoj aktivnosti.

7. LITERATURA

1. Fućkar G., (1995), Proces zdravstvene njege, Tisak „A.G. Matoš“ Zagreb
2. Fućkar G. (1996), Uvod u sestrinske dijagnoze, str. 157, Kastmuller Zagreb
3. mr.sc. Martinis I. mag.nutr., Lasić M. mag.ing.bioproc., Tolić M. mag.nutr., Orešković P. mag.nutr., Oreč I. mag.ing.teh.preh., Prka L. dr.med: Prehrana kod pankreatitisa, Priručnik za pacijente, Klinička bolnica Dubrava, Odjel Prehrane, prosinac 2014. : http://www.hdnd.hr/wp-content/uploads/2015/05/Prehrana_kod_pankreatitisa.pdf
4. dr.sc. Luetić K. dr.med., specijalist internist-gastroenterolog: Upala gušterače, PlivaZdravlje, objavljeno 21.12.2016. : <https://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/29289/Upala-gusterace.html>
5. Hrvatski liječnički zbor: Akutni pankreatitis, MSD priručnik: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/bolesti-probave/pankreatitis/akutni-pankreatitis>
6. A.C.Guyton, J.E.Hall, Medicinska fiziologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2012. Str. 780. – 782.
7. N. Kovačić, I.K.Lukić, Anatomija i fiziologija, Medicinska naklada Zagreb, 2006 Str. 226. – 228.
8. Š.Ozimec, Zdrastvena njega internističkih bolesnika, Zagreb
9. http://www.hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestrinske_dijagnoze_kopletno.pdf (4.07.2018.)
10. I. Mikolašević, I. K. Zrnić, D. Štimac, Pristup bolesniku sa sumnjom na akutni pankreatitis, <https://hrcak.srce.hr/112515>
11. S. M. Galijašević , Akutni pankreatitis u praksi liječnika obiteljske medicine, <https://hrcak.srce.hr/154166>
12. Keros P., Matković B.: Anatomija i fiziologija, naklada Ljevak, Zagreb, lipanj 2008.

8. ŽIVOTOPIS

Ime i prezime: Ana-Marija Iskra

Adresa : Žminjska 16, 51000 Rijeka

Mobitel: 095/557 5239

E-mail: anamarija1234@gmail.com

Datum i mjesto rođenja: 22.5.1989., Rijeka

Obrazovanje

- 2004-2008. Medicinska škola u Rijeci, Medicinska sestra, SSS
- Stručni ispit položen 2010. u Rijeci
- 2014.-2018. Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci, Izvanredni stručni studij sestrinstvo

Radno iskustvo

KBC Rijeka,

Medicinska sestra - pripravnik

Zavod za pulmologiju., Medicinska sestra

Zavodu za gastroenterologiju., Medicinska sestra,

Osobne vještine i kompetencije

Strani jezici: Engleski (aktivno čitanje i pisanje)

Tehničke vještine i kompetencije: - Windows operativni sustavi

- Microsoft Office (Word, Excel, PowerPoint, Outlook)
- Korištenje Interneta i e-mail-a svakodnevno
- Korištenje bolničkog informacijskog sustava (IBIS)

Vozačka dozvola: B kategorija

Udana, uvijek vedrog duha, humoristična i predana poslu. Od hobija volim ribarenje, šetnju šumom te dobru knjigu.