

Autor práce: Jana Hladůvková

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Heřmanová, Ph.D.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby:

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracoval/a samostatně a použil/a výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má diplomová/ bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 28. května 2016

Jana Hladůvková

Poděkování

Ráda bych zde poděkovala mé vedoucí práce paní Mgr. Janě Heřmanové, Ph.D. a odbornému konzultantovi panu MUDr. Michalovi Kuhnovi za trpělivost, ochotu a cenné rady při psaní bakalářské práce. Poděkování patří také mé rodině, která mě po celou dobu studia podporovala a povzbuzovala.

Obsah

OBSAH	5
ÚVOD	6
1. TEORETICKÁ ČÁST	7
1.1 ANATOMIE.....	7
1.1.1 Dutina ústní.....	7
1.1.2 Žaludek.....	7
1.1.3 Tenké střevo.....	8
1.1.4 Tlusté střevo.....	9
1.1.5 Fyziologie tlustého střeva.....	9
1.2 CROHNOVA CHOROBA.....	10
1.2.1 Historie Crohnovy choroby.....	10
1.2.2 Epidemiologie.....	10
1.2.3 Etiologie.....	11
1.2.4 Klinický obraz.....	11
1.2.5 Diagnostika.....	12
1.2.6 Komplikace – neprůchodnost střev.....	13
1.2.7 Terapie.....	13
1.2.7.1 Konzervativní léčba.....	14
1.2.7.2 Chirurgická léčba.....	15
1.2.8 Prognóza.....	15
1.3 STOMIE.....	16
1.3.1 Rozdělení stomií.....	16
1.3.1.1 Podle účelu.....	16
1.3.1.2 Podle času trvání.....	17
1.3.1.3 Podle lokalizace.....	17
1.3.2 Komplikace stomií.....	17
1.3.2.1 Časně komplikace.....	18
1.3.2.2 Pozdní komplikace.....	18
2. KAZUISTIKA	20
2.1 ANAMNÉZA.....	20
2.1.1 Lékařská anamnéza.....	20
2.1.2 Ošetrovatelská anamnéza.....	23
2.2 PRŮBĚH HOSPITALIZACE.....	28
2.3 OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY.....	34
2.3.1 Deficit vědomostí v oblasti výživy a riziko malnutrice.....	34
2.3.2 Porucha přijetí vlastního tělesného vzhledu po zavedení stomie.....	37
2.4 DLOUHODOBÁ PÉČE.....	39
DISKUZE	40
ZÁVĚR	43
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	44
SEZNAM PŘÍLOH	47
PŘÍLOHY	48

Úvod

Ve své bakalářské práci zpracovávám případovou studii na téma ošetrovatelská péče o pacienta s kolostomií. Život s nově vytvořenou stomií není pro mnohé jednoduché, pacienti se často špatně vyrovnávají s diagnózou a se stomií samotnou. Taková nová situace zasahuje do osobního, pracovního, partnerského i duchovního života. Pacienti mají po operaci pocit ztráty jistoty, obavy jak se s novou situací vyrovná rodina, že se jich všichni budou stranit. Toto téma jsem si vybrala, protože byl na standardní interní oddělení, kde pracuji přeložen pacient s nově zavedenou kolostomií. V poslední době se u nás zvýšil výskyt pacientů s touto problematikou, proto jsem se chtěla o výše uvedené diagnóze a následné léčebné metodě dozvědět víc.

V teoretické části se zabývám anatomií a funkcí střev. Dále popisuji Chronovu chorobu, s kterou se pacient léčí a z důvodu tohoto onemocnění došlo k daným komplikacím.

Je zde uvedena příčina, příznaky, diagnostika a léčba nemoci. Další bod v teoretické části uvádím co je stomie, její druhy a lokální komplikace kolostomie.

Druhá část mé práce je případová studie, kterou jsem zaměřila na konkrétního pacienta. V ní je uvedena lékařská a ošetrovatelská anamnéza, která byla získána rozhovorem s pacientem. K získání ošetrovatelské anamnézy jsem použila ošetrovatelský model Marjory Gordonové. Vzhledem k stavu pacienta a získaným informacím jsem si stanovila dva hlavní ošetrovatelské problémy. Prvním ošetrovatelským problémem bylo deficit znalostí v oblasti výživy a riziko malnutrice. Druhým ošetrovatelským problémem bylo riziko komplikací při zavedení nové stomie.

Třetí část je věnována diskuzi. Práci jsem ukončila závěrem, přehledem použité literatury a přílohami.

1. Teoretická část

1.1 Anatomie

Trávicí systém se skládá z dutiny ústní, hltanu, jícnu, žaludku, tenkého střeva, tlustého střeva a končí konečníkem.

Trávicí systém zajišťuje příjem a zpracování živin. Zažívací systém mechanicky a chemicky zpracovává potravu, která postupuje do trávicího traktu. Dále zajišťuje vstřebávání důležitých živin do krevního oběhu. V určitých úsecích trávicího systému je potrava skladována a průběžně se posouvá k dalšímu zpracování. Stěna trávicího ústrojí funguje jako bariéra proti škodlivým látkám a mikroorganismům přijímaných z potravy. (Zachová a kolektiv, 2010)

1.1.1 Dutina ústní

Jedná se o nepravidelný prostor ohraničený rty, tvářemi, nahoře patrem a dole spodinou. Dutina ústní se rozděluje na dvě části předšň a vlastní dutinu ústní. V ústní dutině je jazyk, zuby a ústí slinných žláz. Funkce dutiny ústní je mechanické rozmělnění potravy, kde se strava mísí se slinami, které obsahují enzym ptyalin štěpící škroby. Potrava podráždí kořen jazyka, patrové oblouky a hltan. Tím dojde ke spuštění polykacího reflexu a potrava se pomocí hladké svaloviny jícnu a jeho peristaltickým vlnám posouvá směrem do žaludku. (Zachová, 2010)

1.1.2 Žaludek

Žaludek, navazující na jícen, je nejširší úsek trávicí trubice. Žaludek je umístěn svou větší částí v levé brániční klenbě. Jícen ústí do žaludku v místě, které se nazývá kardinie, na niž navazuje tělo žaludku. Žaludek má tři hlavní části fundus, corpus a pars pylorica, který je nejužší částí a přechází v duodenum.

Žaludek je schopný v krátké době přijmout značné množství potravy, kterou pak částečně zpracovanou postupně posouvá do tenkého střeva. Chemické štěpení potravy spočívá v působení trávicích enzymů a kyseliny chlorovodíkové. Potravě promíchané se žaludeční šťávou se říká chymus. Denně se vytvoří kolem 2 litrů žaludeční šťávy obsahující kyselinu chlorovodíkovou, vnitřní faktor, enzymy a mucin. Mucin je hlenovitý povrch žaludeční sliznice, který chrání před působením kyseliny.

(Kopecký a Cichá, 2005)

1.1.3 Tenké střevo

Tenké střevo je dlouhá a široká trubice, která svým začátkem navazuje na žaludek a ústí do tlustého střeva. Délka zdravého tenkého střeva je 3-5 metrů. Povrch střevní sliznice je kryt jednovrstevným cylindrickým epitelem. K zvětšení vnitřního povrchu dochází zprohýbáním sliznice díky v příčně postaveným řasám, které jsou přítomny v duodenu a jejunu. Pomocí řas se zvětšuje sekreční plocha sliznice. V celém rozsahu jsou výchlípky epitelu a vaziva, které se označují klky. Klky mají význam pro resorpci látek. Základní buňkou epitelu na povrchu klku je enterocyt. Ve sliznici jsou ukryty žlázy, které produkují střevní šťávu obsahující enzymy.

V tenkém střevě probíhá konečná fáze zpracování potravy. Dochází zde k úplnému rozštěpení živin na jednoduché látky a jejich vstřebání. Motilita tenkého střeva je zajišťována autonomním nervstvem sympatikem a parasympatikem.

Tenké střevo má tři úseky, které označujeme dvanáctník (duodenum), lačník (jejunum) a kyčelník (ileum). (Lukáš, 2005)

Dvanáctník (duodenum)

Dvanáctník je první a nejkratší část tenkého střeva, který měří asi 30cm a má tvar podkovy. Dvanáctník řídí sekreci a vyprazdňování žaludku (Čihák, 2013).

Lačník (jejunum)

Jejunum tvoří 3/5 délky tenkého střeva a jeho kličky jsou uloženy převážně v levé horní části. (Čihák, 2013)

Kyčelník (ileum)

Ileum je kratší a užší než jejunum, tvoří ho zbývající dvě pětiny tenkého střeva. Kličky jsou uloženy vpravo dole, kde ústí do první části tlustého střeva. (Čihák,2013)

1.1.4 Tlusté střevo

Tlusté střevo je poslední úsek trávicí trubice a je 5cm široké a 1,5 metrů dlouhé. Rozeznáváme několik částí tlustého střeva - slepé střevo, vzestupný tračník, příčný tračník a sestupný tračník, který přechází v esovitou kličku, na kterou navazuje konečník. Poslední částí tlustého střeva je konečník uložený v malé pánvi, který vyústí na povrch těla řítním otvorem. (Čihák,2013)

Hlavní funkcí sliznice tlustého střeva je vstřebávání vody, minerálů a tvorba hlenu, která usnadňuje postupné klouzání zahušťovaného obsahu. Stěna tlustého střeva je tenká, krytá jednovrstvým cylindrickým epitelem bez klků. Ve střevě jsou přítomny tělu prospěšné bakterie. Většina se podílí na konečném zpracování střevního obsahu, ostatní produkují vitamín K. (Čihák,2013)

1.1.5 Fyziologie tlustého střeva

Hlavní funkcí tlustého střeva je vstřebávání vody, minerálů, skladování zbytků chymu a tvorba stolice.

V tračníku se produkuje hlen, který ochraňuje sliznici tlustého střeva a pomáhá tvořit formovanou stolici. Motilita tlustého střeva je tvořena dvěma typy pohybů: mísící a peristaltické pohyby. Pohyb mísící je způsobený kontrakcí hladké svaloviny a pohyb peristaltický je řízený reflexně vegetativním nervovým systémem. Tlusté střevo je osídleno velkým množstvím bakterií, které jsou mimo jiné schopné štěpit rostlinnou vlákninu. Díky činnosti bakterií vznikají vitamíny a to především vitamín K. Trávenina, neboli chymus, se postupně zahušťuje resorpcí vody a iontů, formuje se ve stolici a postupuje do rekta. (Rokyta, 2016)

1.2 Crohnova choroba

Crohnova choroba je penetrující zánětlivé onemocnění postihující jakoukoliv část trávicí trubice .

1.2.1 Historie Crohnovy choroby

Historie Crohnovy choroby je zaznamenána již v 19. století ve Velké Británii. Kennedy Dalziel, byl skotský lékař, který v roce 1913 popsal celkem 13 mladých pacientů s granulomatozním zánětem tenkého střeva. Další případy onemocnění byly popsány v roce 1922 – 1937. Tito pacienti na základě příznaků v podobě průjmů, křečí a snížené hmotnosti, podstoupili operaci červovitého přívěšku, kde výsledek operace poukázal na přítomnost granulomů a změny na terminálním ileu. (Lukáš,1998)

V roce 1932 popsal B.B. Crohn spolu s Ginzburgem a Oppenheimerem 14 případů s granulomatozním zánětem terminálního ilea. Výzkum byl publikován v prestižním časopise JAMA (Journal of the American Medical Association). Název Crohnova nemoc vznikl díky tehdejšímu pravidlům, kdy autoři byli řazeni abecedně podle příjmení. Prvním autorem byl tedy uveden Burrill Bernard Crohn. Definitivní rozhodnutí o pojmenování nemoci bylo ustanoveno na konferenci v roce 1932. (Lukáš, 1998)

Po roce 1960 bylo zjištěno, že onemocnění postihuje jakoukoliv část trávicí soustavy. Objevovaly se nové symptomy a komplikace, které nebylo možné léčit s dosavadními znalostmi. Po roce 1990 došlo k pokroku léčby v Crohnově nemoci. (Lukáš, 2019)

1.2.2 Epidemiologie

Z epidemiologického hlediska jsou významné období a to dospívání a věk mezi 50 - 80 rokem života, také jsou popisovány případy nemoci před 10. rokem života. (Lukáš 2018)

Postižení Crohnovou chorobou roste s věkem a prevalence dosahuje až 66% ve věkovém rozmezí 13 až 17 let. Místo postižení trávicího systému se odlišuje věkem.

Crohnova choroba je rozšířena po celém světě, nejvyšší výskyt je v Austrálii a nižší výskyt je pozorován u afrických černochů a Asiatů. (Lukáš 2018)

1.2.3 Etiologie

Crohnova choroba je označení pro chronické segmentální záněty střeva, které se vyskytují v každém věku. Ženy bývají postiženy stejně často jako muži. Jsou uznávány čtyři okruhy spolupůsobících etiopatogenetických faktorů: imunologické, genetické, infekční a faktory zevního prostředí.

Choroba probíhá dlouho asymptomaticky. Až v pokročilých stádiích nemoci vyvolávají změny ve střevě klinické symptomy. V 75% je nejčastější lokalizací terminální ileum. Může však být postižen i jiný úsek tenkého nebo tlustého střeva. Postižení esofagu, žaludku nebo řitě bývá velmi vzácné. Popsány byly také změny na perineu a v genitální krajině.

Akutní stádium nemoci se projevuje jako náhlá příhoda břišní. Příznaky a průběh často připomínají akutní zánět červovitého přívěsku slepého střeva. Teprve při operačním zákroku se může zjistit zánětlivý otok terminálního ilea a appendix bývá bez patologického nálezu. Při operaci se vždy provádí excize zduřelých přilehlých lymfatických uzlin. Postižená tkáň se odebírá na histologické vyšetření.

Chronické stádium je pro Crohnovu chorobu typické. Klidové stavy bez příznaků se střídají s akutními stavy, které začínají bolestmi břicha, objevuje se průjem, horečka, zvracení a snížení tělesné hmotnosti. (Černý, 1990)

1.2.4 Klinický obraz

Klinický Průběh Crohnovy choroby závisí na jejím stádiu, velikosti postižení a lokalizaci. Crohnova choroba způsobuje onemocnění celé stěny střeva, nikoli jen jeho sliznice, jako je tomu u ulcerózní kolitidy. Zanícený úsek má bílé zbarvení a dochází k zúžení střevního prostoru, kde se vytváří vředy.

Nemocný často trpí zánětem již řadu měsíců, než se projeví příznaky. Obvykle bolesti břicha, křeče, průjem kašovitého charakteru, který je doprovázen nadýmáním, může

být zde i přítomna krev v malém množství, únava a úbytek hmotnosti. Onemocnění často doprovází i projevy mimo trávicí soustavu, jedná se o artritidu, ledvinové kameny, způsobené dehydratací v souvislosti s častými průjmy a v poslední řadě hematologickými projevy. Polovina pacientů s Crohnovou chorobou trpí anemií způsobenou špatnou či nedostatečnou výživou a užíváním imunosupresivní léčby. (Lukáš 2019, Černý 1990)

1.2.5 Diagnostika

V akutním stádiu se diagnóza stanoví při operaci. V chronickém stádiu než je stanovena diagnóza, musí být proveden odběr anamnézy spolu s invazivním a neinvazivním vyšetřením.

Nemocný musí být celoživotně dispenzarizován a podstupovat pravidelné kontroly na daném pracovišti, jelikož tato choroba stále nelze definitivně vyléčit. Pravidelné kontroly zdravotního stavu informují nemocného a jeho lékaře o aktuálním stavu nemoci. V diagnostice Crohnovy choroby se vždy jedná o kombinaci vyšetřovacích metod.

Diagnóza je založena na anamnéze, fyzikálním vyšetření, laboratorním vyšetřením, endoskopickým, rentgenologickým vyšetření i histologickým vyšetření. Základ diagnostiky Crohnovy choroby spočívá v důsledném odběru anamnézy, zjištění celkového stavu pacienta a provedení fyzikálního vyšetření. V laboratoři nejčastěji vidíme anemii a trombocytózu. Dále sledujeme změny zánětlivých parametrů, CRP a sedimentaci, které jsou zvýšené v akutní fázi. Výše uvedené metody jsou pouze orientační a nejsou nám schopny stanovit jasnou diagnózu, proto se uchylujeme k invazivním vyšetřovacím metodám.

Kolonoskopické vyšetření terminálního ilea a odebrání vzorků z tlustého střeva je jako základní specifické vyšetření bráno. Pokud je negativní nebo nejistý výsledek kolonoskopického vyšetření terminálního ilea vyšetřujeme tenké střevo. Pro Crohnovu nemoc je typický nález segmentačního postižení a erytém sliznice s aftoidními vředy. K jeho vyšetření je v dnešní době hodně využívána metoda kapslové endoskopie a enteroskopie. Vyšetření terminálního ilea při radiologickém vyšetření volíme CT enteroklýzu a CT enterografií, které jsou používány k průkazu postiženého segmentu a mimostřevních komplikací (absces, píštěl). (Klener 2003, crohnovanemoc.cz)

1.2.6 Komplikace – neprůchodnost střev

Jedna z častých komplikací u Crohnovy choroby je neprůchodnost střev - ileus. Je to život ohrožující stav, který vyžaduje rychlé zpravidla operační řešení.

Při Neprůchodnosti střev dochází k extrémnímu zúžení střevního prostoru. Neprůchodnost může být způsobena zduřením střevního epitelu v oblasti zánětu nebo srůsty po předchozích operacích. Ileus zamezí správnému průchodu střevního obsahu, dojde tak k nahromadění plynů a úplné zástavě odchodu stolice s plyny. Tato komplikace vede k záchvatovité bolesti břicha až k riziku penetrace střeva. (Červenková, 2009)

Střevní neprůchodnost se dělí dle příčin na mechanický, funkční a cévní ileus. Nejčastější formou je obstrukční ileus, který řadíme mezi mechanickou neprůchodnost. Mezi hlavní příčinou ileu na střevě jsou srůsty nebo nádorové stenózy.

Funkční ileus je vyvolán poruchou motility střeva, kde chybí mechanická překážka. Může to být způsobeno obrnou střevní motility, při závažných nitrobrěšních onemocnění, nebo při užívání určitých léků (opiáty, neuroleptika). Při funkčním ileu může dojít také k spastické paréze střevní svaloviny.

Cévní ileus je způsoben poruchou krevního zásobení střeva, nejčastěji na podkladě embolie či trombosy a. mesenteria superior. (online – interní medicína)

1.2.7 Terapie

Léčba Crohnovy choroby je velmi individuální a to díky širokému spektru příznaků a komplikacím. Správná volba léčby závisí na lokalizaci, rozsahu a chování nemoci. Základním cílem léčby je dosažení remise a její udržení. Dalším cílem léčby je slizniční hojení, zlepšení nutriční a zlepšení kvality života. Crohnova choroba je prozatím nevléčitelná a proto pacient, musí počítat s doživotní léčbou i přesto, že došlo k úspěšné remisi zánětu. Veškerá léčba, která se u nemoci využívá, je léčba dlouhodobě prověřená a vychází pouze ze zkušeností. Prozatím není známá etiologie nemoci, proto není možné zavést stálou terapii tohoto onemocnění. (Lukáš 2019, crohnanemoc.cz)

1.2.7.1 Konzervativní léčba

Pokud pacientův stav umožňuje konzervativní způsob léčby, je tato metoda první volbou jeho terapie.

Konzervativní léčba zahrnuje:

1. Léčba dietou. Doporučuje se šetřící bezezbytková dieta bohatá na bílkoviny, cukry a vitamíny
2. Parenterální výživa obsahující elektrolyty, železo a vitamíny. Podává se převážně při komplikacích choroby (ileus, abscesy).
3. Psychoterapie je důležitá pro vnitřní klid a ustálení psychiky, kdy se snažíme omezit stres a negativní vlivy.
4. Farmakologická léčba, která se dělí na medikamentózní a biologickou léčbu.

Při medikamentózní léčbě podáváme:

- Salazosulfapyridín – Léky se užívají per os v dávce 3-4g a štěpí se ve střevě na účinný sulfapyridín a kyselinu 5 – aminosalicyllovou. Užívají se jak v akutním tak chronickém stavu. Pokud je postiženo rektum, je možné podávat tento lék v čípkách. Léky napomáhají k obnově porušené funkce sliznice a obnovují epitelové buňky ve střevě. (Hynie , 2001)
- Kortikoidy jsou léky, které se využívají převážně v akutních stavech Crohnovy choroby. Mají protizánětlivý účinek a zmenšují infiltráty ve střevech. V akutní fázi se dávka těchto léků zvyšuje a s odstupem týdnů se snižuje na dávku udržovací. Kortikoidy dělíme na systémové, které jsou velmi účinné, ale mají často nežádoucí účinky a pak topické kortikoidy, které působí jen ve střevě, ale mají méně nežádoucích účinků. (Hynie 2001)
- Imunosupresiva jsou léky, které zabraňují činnosti imunitního systému. V případě Crohnovy choroby jsou skupiny imunosupresiv s danými účinnými látkami. Tyto léky se užívají v dlouhodobé léčbě, kde došlo k ustálení nemoci. (Hynie 2001)
- Antibiotika se využívají obvykle při komplikacích jako jsou hnisavé nebo vředovité defekty. Nejčastěji využívaná antibiotická léčba je metronidazol, který se však nemůže užívat dlouhodobě.

1.2.7.2 Chirurgická léčba

Pokud nebyla účinná konzervativní terapie, indikujeme pacienta k chirurgické léčbě. Operativní řešení volíme v posledním případě. V průběhu nemoci si chirurgický zákrok vyžádá 80% nemocných. Indikací pro chirurgickou terapii jsou převážně stenózy, selhání konzervativní léčby a komplikace jako jsou píštěle a perianální postižení.

Při chirurgické léčbě se upřednostňuje resekce postiženého úseku. Při resekci dochází k odstranění postiženého úseku a následného spojení zdravých částí střev. Pokud resekce postiženého úseku není možná, přechází se k možnosti Bypassové operaci, kam řadíme např. kolostimii.

Kolostomie je indikována při akutních komplikacích Crohnovy choroby, ale také jako dočasné řešení pro derivační výkony při resekci levého tračníku. Vývod umožní klidné hojení anastomózy bez dráždění stolicí. Crohnova choroba je nevléčitelné onemocnění jak medikamentózně tak i chirurgicky. Toto onemocnění má tendenci k recidivám a relapsům. Chirurgická léčba je pouze dočasné řešení. (Červenková 2009, Ulrych 2012, atlasnemoci.cz – online)

1.2.8 Prognóza

Prognóza Crohnovy choroby záleží na celoživotním průběhu nemoci, množstvím relapsů a reoperací. Většina pacientů může vést plnohodnotný a aktivní život, ale je nutná dlouhodobá medikace.

Poslední průzkumy ukazují, že riziko karcinomu tlustého nebo tenkého střeva při Crohnově chorobě je častější než u zdravého člověka. Pokud není možné převzít kontrolu nad léčbou nemoci, je potřeba zabývat se její prevencí a odstranit případné rizikové faktory. V průběhu léčby se soustředíme tedy i na zevní faktory jako je například kouření, které podle nejnovějších studií zhoršuje průběh nemoci.

V oblasti výzkumu jsou značné pokroky, ale stále zůstává celá řada nejasností. V této době je zkoumána spousta látek, a je velmi pravděpodobné, že léčba Crohnovy choroby se v brzké době může změnit. (internetový portál nemoci.vitalion.cz)

1.3 Stomie

Stomie vychází z řeckého slova stoma, stomatos což znamená „ústa“ nebo „otvor“. Stomie je uměle vytvořený otvor dutého orgánu, který je vyveden na povrch těla.

Vývody jsou zakládány z důvodu onemocnění střev nebo jiných nitrobřišních orgánů a komplikací vzniklých při jejich léčbě. Stomie bývá většinou okrouhlého nebo oválného tvaru. Velikost vývodu bývá v průměru 3-5 cm. Ve sliznici vývodu nejsou nervová zakončení, ale je velice dobře cévně zásobená, proto při mechanickém podráždění stomie, může dojít k mírnému krvácení. Stomie nejsou ovladatelné vůlí a proto je nutné používat stomické systémy. V dnešní době je celá řada stomických pomůcek. (Zachová a kolektiv, 2010)

1.3.1 Rozdělení stomií

Stomie rozdělujeme podle několika kritérií, mezi které patří účel vyvedení, čas trvání a lokalizace stomie.

1.3.1.1 Podle účelu

V horních částech zažívacího traktu se používají *stomie výživné*. Využívají se při nemožnosti přijímat stravu přirozeným způsobem. Základní metodou je založení gastrostomie, do které se podává tekutá strava. Při onemocnění žaludku se indikuje jejunostomie, která je v dnešní době častější. V obou případech se do zažívacího traktu podává speciálně upravená výživa.

Odvodné (derivační) stomie se používají k odvodu střevního obsahu vyvedené části do sběrného systému při nemožnosti přirozeného vyprazdňování. Jedná se o kolostomii a ileostomii. (Mikešová, 2006)

1.3.1.2 Podle času trvání

Dočasná stomie je vytvořena přechodně, kdy stěna orgánové soustavy potřebuje čas na zlepšení a obnovení své plné funkčnosti. Často to bývá po těžkých operacích trávicího traktu, u strašících pacientů a po urgentních operacích, kde nebyla možnost přípravy střeva.

Trvalá stomie je definitivní řešení ve stavech, kdy není možné obnovit přirozenou cestu odchodu stolice či moči. Nejčastějšími příčinami jsou nádory. (Mikešová,2006)

1.3.1.3 Podle lokalizace

Ileostomie je chirurgické vyústění tenkého střeva na stěnu břišní. Vývod je umístěn v pravé části břišní stěny, kdy střevo je vyvedeno tak, aby střevní obsah nestékal na kůži. Střevní obsah je řídký a má agresivní účinky na kůži kolem stomie, tím může být péče o pokožku náročnější. Z toho to důvodu je lepší používat vypouštěcí systém. Nejčastější příčiny založení vývodu jsou nespecifická zánětlivá střevní onemocnění, nádorová onemocnění, vrozené vady a nebo zranění v oblasti dutiny břišní.

Kolostomie je vyústění tlustého střeva na stěnu břišní. Podle lokalizace můžeme dělit na Sigmoidostomii, která je umístěna v levém dolním kvadrantu stěny břišní. Další je trasversostomie, která se nachází vpravo nebo vlevo nad pupkem a jako poslední je cekostomie, která má vývod v pravém podbříšku. Střevní obsah je různorodý, záleží v jaké oblasti se vývod provede. Cekostomie má řídký obsah než sigmoidostomie, protože v tlustém střevě dochází k vstřebávání tekutin. Nejčastější důvod založení kolostomie jsou nádorové onemocnění, záněty tračnicku, ileus, vrozené vady a jiné. (Mikešová,2006)

1.3.2 Komplikace stomií

Stomie může mít komplikace jako kterákoli operační rána, mohou se vyskytovat v časném nebo pozdním období. Podle toho je také rozdělujeme na časná a pozdní komplikace. I když je nemocný s komplikacemi seznámen zasahují jak do psychického tak fyzického stavu nemocného. Může docházet k frustraci z důvodu nesoběstačnosti v péči o vývod a zhoršeného komfortu při vyprazdňování. (Zachová, 2009)

1.3.2.1 Časné komplikace

Krvácení může být způsobeno při manipulaci se stomickým systémem nebo při hygieně, kdy dochází k drobnému krvácení, které postupně ustává. Pokud krvácení přetrvává je nutná konzultace s chirurgem. Zjišťujeme důvod poruchy hemokoagulace nebo hledáme jiné příčiny, které krvácení vyvolávají. (Zachová,2009)

Otok stomie bývá častý po operaci, ale také při manipulaci se střevem. Zpravidla vždy spontánně odezní, ale pro jistotu vždy sledujeme vývoj a funkčnost stomie. (Zachová, 2009)

Podráždění okolí stomie je vždy bolestivé a hojí se pomalu. K podráždění může docházet při špatné hygieně a nebo nevhodném průměru podložky, kde dochází k zatékání stolice. Kůže okolo bývá zarudlá až krvavá, špatně na ní drží pomůcky. (Zachová, 2009)

Retrakce je vtažení stomie do břicha způsobené přibráním na váze nebo rostoucím tumorem v blízkosti stomie. (Zachová, 2009)

Nekróza je stav, kdy dochází k nedostatečnému prokrvení střeva. Může být způsobena nedostatečně uvolněným střevem, nedostatečně vystřiženým otvorem na podložce stomického systému a nošením těsného oblečení. Při nekróze může dojít k zvýšenému zápachu, snížené citlivosti a až k odpadnutí stomie. (Zachová, 2009)

1.3.2.2 Pozdní komplikace

Nepříznivé uložení stomie může být způsobeno nevhodným vyznačením místa pro stomii před operací a způsobuje to stomikovi každodenní problémy. Nepřílehavost a podtékání stomických pomůcek vede k další komplikaci a to je macerace pokožky kolem stomie. (Zachová, 2009)

Prolaps je stav, kde dochází k výhřezu stomie před břišní stěnu a to až o několik centimetrů. Při této komplikaci je horší manipulace se stomickými pomůckami, proto je potřeba zvolit vždy vhodnou pomůcku. Nemocný je ohrožen obstrukcí a nekrózou střeva. (Zachová,2009)

Kýla je výduť břišní dutiny obsahující část břišních orgánů a její příčinou je oslabená břišní stěna. Při této komplikaci je obtížná péče o stomii, protože ne vždy drží stomická pomůcka a proto je pacientům doporučován kýlní pás. (Zachová, 2009)

Stenóza je stav, kdy dochází k zúžení ústí stomie. Příčinou stenózy může být neadekvátní operační technika a nebo infekce v okolí stomie. Při této komplikaci může dojít až k úplnému uzavření stomie. (Zachová, 2009)

2. Kazuistika

2.1 Anamnéza

Anamnéza (řecký původ anamnesi = vzpomínání) je proces získávání informací o pacientovi, od narození po současnost. Je základ pro rozpoznání nemoci spolu s výsledky vyšetření. Anamnéza je zpravidla odebíraná formou rozhovoru s pacientem, nebo s jeho blízkými. Jsou kladeny přímé otázky, kde tento typ rozhovoru označujeme jako řízený rozhovor, který vede k určitému cíli. Při odebrání ošetřovatelské anamnézy sestrou vede k identifikaci problémů a potřeb pacienta, při lékařské anamnéze k rozpoznání nemoci. (Pacovský, 1999)

2.1.1 Lékařská anamnéza

Iniciály pacienta: P.Č.

Rok narození: 1989

Pohlaví: Muž

Stav: ženatý

Datum přijetí: 15.10.2019

Základní Diagnóza: Snížený příjem stravy a úprava vnitřního prostředí

Osobní anamnéza (OA)

- Zavedení Kolostomie 2019
- Hypokalémie
- Ileus 2019
- Crohnova choroba 2009

Rodinná anamnéza (RA)

Otec arteriální hypertenze a DM II. Typu

Matka obezita, bez jiných onemocnění

Syn a dcera zdravé

Alergická anamnéza (AA)

Neguje

Pracovní anamnéza (PA)

Programátor CNC strojů

Farmakologická anamnéza (FA)

Salofalk 500mg tbl. 2-2-2-2

Pentasa 2g 1-1-1

Helicid 20mg 1-1-1

Prednison 20mg 1,5-1-0

Abusus

Alkohol neguje, cigarety neguje

Sociální anamnéza (SA)

Ženatý, bydlí s manželkou a dětmi v rodinném domě

Nynější onemocnění:

Pacient přeložen z Fakultní nemocnice Hradec Králové – chirurgické kliniky po založení kolostomie. Diagnóza při překladu pacienta do Oblastní nemocnice Trutnov na interní oddělení je snížený příjem stravy a úprava vnitřního prostředí. Stravu převážně odmítá a výživa je podávána intravenózně. Na žádost lékaře z chirurgické kliniky pacient převzat do interní péče.

Status praesens:

Při příjmu orientovaný, spolupracuje. Stav výživy přiměřený. Postoj vzpřímený, plně mobilní, poloha aktivní. Při komunikaci je řeč srozumitelná, jasná. Kůže bez ikteru, cyanózy, turgor nesnížen, dostatečná hydratace. Sliznice vlhká, teplá.

Naměřené hodnoty: TK 140/75 torrů, P – 80/minuta, tělesná teplota 36,8 °C, dech – 19/minuta, výška – 194cm, hmotnost 80kg, BMI – 21,3

Hlava: Pohmatově a pokleповě nebolestivá. Oční štěrbiný souměrné, zornice izokorické, bulby bílé, ve středním postavení, spojivky růžové, klidné. Rty suché, popraskané, bez cyanózy, jazyk vlhký, bez povlaku, plazí středem. Nos i uši bez sekrece.

Krk: Souměrný, šíje volně pohyblivá, pulzace karotid hmatná, lymfatické uzliny nebolestivé a nehmatné.

Hrudník: Symetrický, bez deformit, tvarově nezměněn. Dýchání čisté, bez vedlejších fenoménů. Dýchání spontánní, bez klidové a námahové dušnosti. Poklep nad plícemi jasný a zvučný. Srdeční akce pravidelná.

Břicho: Bez palpační citlivosti, měkké, prohmatné. Bez hmatné rezistence. Bez ascitu. Ve středu břicha pooperační rána, okolí klidné, bez sekrece, sterilní krytí. V levém dolním kvadrantu, vyústění stomie.

Horní a dolní končetiny: Horní a dolní končetiny bez otoků, bez cyanózy. Pohyblivost zachována. Bez defektů.

(chorobopis 2019, vyšetření lékařem)

2.1.2 Ošetrovatelská anamnéza

Ošetrovatelskou anamnézu jsem od pacienta odebírala formou rozhovoru a to první den hospitalizace 15.10.2019. Další potřebné informace o zdravotním stavu pacienta jsem získala ze zdravotnické dokumentace a od ošetřujícího lékaře. Pro odebrání ošetrovatelské anamnézy byla použita anamnéza 3. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy.

Informace, které jsem získala byly dosazeny do mnou vybraného ošetrovatelského modelu dle Marjory Gordon - model funkčních vzorců zdraví. Model je tvořen z dvanácti oblastí označených jako dvanáct funkčních vzorců zdraví. Každý vzorec popisuje určitou část zdraví, kde sestra získává informace, poté je zpracovává a hodnotí zda se jedná o funkční nebo dysfunkční vzorec zdraví. Model je odvozen z interakcí osoba – prostředí. Zdravotní stav pacienta je vyjádřením bio-psycho-sociální interakce.

Model Marjory Gordonové obsahuje 12 vzorců zdraví:

1. vnímání zdraví - udržování zdraví
2. výživa – metabolismus
3. vylučování
4. aktivita – cvičení
5. spánek – odpočinek
6. vnímání – poznávání
7. sebepojetí – sebeúcta
8. role – vztahy
9. reprodukce – sexualita
10. stres, zátěžové situace – zvládání tolerance
11. víra – životní hodnoty
12. jiné

(Pavlíková 2006)

1. Vnímání zdraví, udržování zdraví

Pacient P.Č. se necítí po zdravotní stránce v pořádku. V posledních dnech si uvědomil, že jeho nemoc má velký vliv na jeho život. Kdyby nebylo chronického onemocnění, nemusel by být hospitalizován. Dříve věděl, že jsou určitá omezení a léčba, kterou je nutné dodržovat, ale nikdy si nepřipustil, že by to došlo až k tomu to stavu. Před zhoršením stavu se cítil relativně být v pořádku a snažil se žít naplno i přesto, že musel dodržovat určitá pravidla, které se týkají onemocnění. Nyní vidí vše jinak a uvědomuje si, že daný stav bude mít jistý dopad na jeho soukromí život a budoucí plány. S rodinou pravidelně vyráželi na výlety a procházky. Aktivita s rodinou jsou pro něj relaxací.

K hospitalizaci dochází pro poruchu příjmu stravy. Pacient byl přeložen ze specializovaného pracoviště ve FNHK. Trápí ho nechutenství a psychická vyčerpanost. Cítí se bezmocně a má strach z budoucnosti, bojí se že ho blízcí budou brát jinak než do teď, kvůli nově vzniklému vývodu.

2. Výživa – metabolismus

O vaření se staral sám nebo jeho manželka. Oba věděli, že je nutné dodržovat dietní opatření. Nikdy s jídlem potíže neměl. Hmotnost si snažil vždy držet i když s daným onemocněním, je to nelehké. Za poslední tři týdny zhubl 6kg. BMI hodnota 21,3 (normální rozmezí). Nechutenství se objevilo pár dní před akutním operačním výkonem. Po operaci nechutenství nadále trvalo. Dieta, která je doporučena z chirurgické kliniky pacientovi je dieta číslo 1 – kašovitá. Strava je podávána pravidelně pětkrát denně. Pitný režim dodržuje, vypije 1,5 – 2 litry za den. Z tekutin dává přednost neperlivé vodě, občas si ji dochutí ovocnou šťávou. Kožní turgor přiměřený, pokožka hydratovaná.

Pacient udává, že pár dní před hospitalizací stačilo, aby snědl pár soust stravy a cítil se plný. Poté se dostavilo zvracení a bolesti břicha. Nutriční screening vyšel pozitivní, to znamená, že je pacient ohrožen malnutricí a proto bylo zapotřebí zavolat nutričního terapeuta. Z důvodu nepřijmu stravy byla k dietě číslo 1 nasazena parenterální výživa.

3. Vylučování

Ve 19 letech byla pacientovi diagnostikována Crohnova choroba. Při onemocnění trpí četnými průjmy, kašovitě konzistence šestkrát až osmkrát za den. Při chirurgickém zákroku byla pacientovi vytvořena kolostomie, kterou teď odchází stolice. Stolica byla kašovitě konzistence a odcházela 5krát denně. Potíže při močení neudává, bez pálení, a řezání. Moč je barvy žluté, bez příměsí a patofyziologického zápachu. Výdej odpovídá příjmu tekutin.

4. Aktivita - cvičení

Od deseti do pětadvaceti let hrál aktivně fotbal, poté se mu narodila dcera a spíše se věnoval rodině. Sportovní aktivitu se snaží zařadit do rodinného programu alespoň jednou týdně. Převážně to jsou výlety po horách, lyžování, bruslení, plavání. Když mu zbyde nějaký volný čas, chodívá si s přáteli zahrát šipky. Nyní má obavu, že se aktivitám nebude moci věnovat.

Pán je soběstačný, plně mobilní pacient. V Bartel škále dosáhl 75 bodů, jedná se o lehkou závislost při základních všedních činnostech. Riziko pádu bylo vyhodnoceno dle stupnice Conleyové s počtem 4 bodů, bez rizika pádu. Cítí se bez energie a zájmu, převážně přes den spí.

5. Spánek – odpočinek

Doma potíže se spánkem neměl, spal tak 6 – 7 hodin denně, když měl volno a děti byly u prarodičů, naspal i 10 hodin. Nemá žádné návyky před spánkem. V noci se probouzí kvůli potřebě na toaletu. V nemocnici má problémy s usínáním a častým probouzením. Doma žádné léky na spaní neužíval, zde si musel požádat o hypnotika. Užívá hypnogen jednu tabletu večer.

Pacient udává, že špatný spánek je způsoben změnou prostředí a obavami.

6. Vnímání – poznávání

Potíže se zrakem nejsou. Slyší velmi dobře. Kompenzační pomůcky nepoužívá. Komunikace srozumitelná, bez poruchy řeči.

Pacient je plně orientovaný, místem, časem, osobou. Škála Glasgow Coma byla vyhodnocena na 15 bodů – při plném vědomí.

Na otázky odpovídá přiměřeně. Byl poučen o svém zdravotním stavu, má dostatek informací.

7. Sebepojetí – sebeúcta

Pacient sám sebe popisuje jako vyrovnaného a optimistického člověka před operací. Nyní by se charakterizoval jako pesimistický a nevyrovnaný.

Je klidný, vstřícný udržuje oční kontakt. V současné době má obavy jak danou situaci přijme jeho okolí. Vyjádřil strach z možné ztráty manželky a z budoucnosti. Obavy vyvolávají úzkost a špatnou náladu.

8. Role – mezilidské vztahy

Pacient je ženatý, ve spokojeném manželství žije 3 roky. Žijí s manželkou a dětmi v rodinném domě. Má dceru a syna. Žádné rozpory v rodině nebo s přáteli nemá, rodina a přátelství je pro něj vším.

Necítí se dobře v roli pacienta. Byl by radši doma u své rodiny. Špatně snáší, že veškerá práce a péče o děti je teď na manželce. Každý den proběhne u pacienta alespoň jedna návštěva rodiny nebo přátel, která mu dokáže zlepšit náladu.

9. Reprodukce - sexualita

Sexuální reprodukční problémy neudává. Sex měl vždy rád. Projevuje obavy, jak bude probíhat sexuální život po operaci.

10. Stres, zátěžové situace – jejich zvládnutí, tolerance

Stresové situace vždy zvládal bez problémů a pokud se dostavil velký stres, s kterým si nevěděl rady, požádal manželku o pomoc. Spolu naleznou vždy správné řešení. Snažil se být vždy optimistický a stresovým situacím se vyhýbal.

Přiznává, že optimismus ho teď opustil a neví si rady. Má strach, že v této situaci mu nepomůže ani manželka.

11. Víra, přesvědčení – životní hodnoty

Pacient je ateista, nevyznává žádnou víru. Každý si svůj život řídí sám, proto se snaží přistupovat pozitivně k životu a nebrat ho tak vážně. Nejvyšší hodnota je jeho rodina.

12. Jiné

Žádné jiné sdělení nejsou.

2.2 Průběh hospitalizace

1. den hospitalizace 15.10.2019

Pacient byl přijat na lůžkové interní oddělení nemocnice Trutnov, na žádost lékaře z chirurgické kliniky Fakultní nemocnice Hradec Králové. Jednalo se o plánovaný překlad, proto nejdříve pacient prošel interní ambulancí, kde lékař pacienta vyšetřil a sepsal lékařskou anamnézu.

V ambulanci byl pacient seznámen s průběhem léčby a možnými komplikacemi. Svým podpisem informovaného souhlasu a souhlasu s hospitalizací projevil souhlas s následnou léčbou. Pacient byl v doprovodu ambulantní sestry přiveden na interní lůžkové oddělení. Po převzetí pacienta, byl uložen na jednolůžkový pokoj, z důvodu minimálního rizika infekce po operačním zákroku a zachování soukromí při zvykání na novou životní situaci. Pánovi P.Č. jsem vysvětlila funkci signalizačního zařízení a ukázala jsem mu manipulaci s polohovatelným lůžkem. Následně jsem pacienta seznámila s vnitřním řádem nemocnice, chodem oddělení a s právy pacienta. Poté jsem odešla pánovi pro čaj a dala mu tak prostor k převlečení se do svého pyžama.

Po příchodu na pokoj byl pacient převlečený a následovalo odebrání ošetřovatelské anamnézy. Součástí anamnézy jsou hodnotící škály, které jsou potřeba vyplnit a jsou důležité pro sestavení ošetřovatelského plánu. Test Barthelové základních všedních činností byl vyhodnocen 75 bodů, tedy lehce závislý pacient. Stupnice dle Nortonové, která hodnotí riziko vzniku dekubitů vyšla 28 bodů, pacient je bez rizika vzniku dekubitů. Riziko pádu bylo vyhodnoceno dle škály Conleoyové počtem 4 body, pacientovi byl přiložen bílý identifikační pásek, který udává pacienta bez rizika pádu. Aby se rozlišili pacienti s rizikem pádu, a bez rizika pádu používají se na našem oddělení modré a bílé identifikační pásky. Pokud má pacient pozitivní riziko pádu, zaznamenává se to do dokumentace pacienta a přikládá se k jeho jménu červený magnet na magnetickou tabuli, která se nachází na sesterně pro lepší přehlednost.

Následovaly odběry ordinované lékařem. Proběhl odběr krve na hematologii - krevní obraz, koagulace, biochemické vyšetření - urea, kreatinin, minerály, jaterní testy, CRP, lipidy, glykémie. Dále odebrána moč na biochemické vyšetření sedimentu a mikrobiologické vyšetření moč K+C. Pacient byl poučen o nutné hygieně a správnosti odebráním vzorku moče.

Pacient má zavedenou centrální žilní kanylu ve vena jugularis vpravo. Katetr je přiřítý stehy, je trojcestný, sterilně krytý a popsán datem zavedení a datem převazu, kdy byl proveden. Poslední převaz katetru proběhl den překlada pacienta na interní oddělení.

Pacient byl na lékařské vizitě informován o svém zdravotním stavu a seznámen s krevními výsledky. Po lékařské vizitě proběhlo chirurgické konzilium, kde byla zkontrolována operační rána a nově vzniklý vývod. Chirurg pacientovi vše vysvětlil a sdělil mu následný postup z chirurgického hlediska a dotázal se na případné dotazy.

Po konzultaci ošetřujícího lékaře a chirurga, bylo naordinováno podání parenterální výživy a upravení diety. Lékař řádně vysvětlil daný postup pacientovi, který se vším souhlasil. Kontinuálně byl podán olliclinomel 2 litry na 48 hodin. Z hlediska nutričního screeningu byla zajištěna návštěva nutričního terapeuta, který se dostavil následující den.

2. den hospitalizace 16. 10. 2019

Ráno začalo hygienickou péčí, kterou pacient zvládl sám ve sprše, dopomoc zdravotního personálu nebyla potřeba. Lůžko bylo převléknuto a ustláno, pomocí tonometru byl změřen krevní tlak na levé horní končetině, naměřeno 115/70 torrů. Hodnoty tlaku byly zapsány do dokumentace. V 7:30 hod. podána snídaně, vzhledem k dietě která byla pacientovi dána, měl nutri kaši a vanilkový pudíng. Snědl ¼ pudíngu a nutri kaši odmítl.

V 8:00 hod. pacienta navštívila nutriční terapeutka, která s pánem probírala jeho nechutenství a na co má chuť. Nutriční terapeutka konzultovala stav pacienta s ošetřujícím lékařem.

V 9:00 hod. byla primářská vizita, kde proběhlo standardní vyšetření (poslech plic a srdce, vyšetření břicha, kontrola sliznic a otoků), optání se na nově vzniklé obtíže a znovu byl pacientovi vysvětlen plán terapie. Při vizitě, ošetřující lékař přednesl informace od nutričního terapeuta. Důvod proč pacient odmítá stravu, je daná dieta, kterou pacient drží více jak týden. Po domluvě s pacientem a informací od nutričního terapeuta byla naordinována změna z diety 1 – kašovitá na dietu 5 – bezezbytková + sipping. Nadále však ponechána parenterální výživa, z důvodu možného nevyhovování diety pacientovi.

V 10:00 hod. navštívila pacienta stoma – sestra s kterou proběhla edukace o pomůckách, výživě a v péči o stomii. Edukace byla zaměřena na psychomotorické dovednosti vztahující se k péči o stomii. Pacient byl edukován už na předchozí klinice, ale neměl zajištěné žádné pomůcky. Zde se toho ujala stoma – sestra, která přinesla pacientovi základní vybavení pro péči o stomii. Pán byl poučen o postupu při výměně sáčků a péči o sliznici a kůži kolem stomie. Byl informován, že při výměně má požádat sestru z oddělení, aby provedla kontrolu správné výměny a popřípadě dopomohla s nedostatky. Po odchodu sestry, byl pacient nesvůj, pronesl obavy z hlediska péče o vývod.

4. den hospitalizace 18.10.2019

Jako předešlé dny byla hygiena pacienta ve sprše, kterou zvládl sám bez pomoci personálu. Lůžko ustláno a pomocí tonometru změřen krevní tlak na levé horní končetině naměřeno 110/70 torrů. Hodnoty krevního tlaku byly zapsány do dokumentace. V 7:30 hod. byla podána snídaně, dle změny diety pacient dostal dva krajíce chleba, šlehaný sýr, máslo, jablečné pyré a bílou kávu. U pacienta probíhal zápis stravy do dokumentace, bylo tedy nutné po každém jídle zhodnotit množství, které pacient snědl. Ke snídani snědl ½ porce bez bílé kávy a místo ní si vzal ovocný čaj.

V 9:00 hod. za pacientem přišel chirurg, který provedl kontrolu operační rány a stomický vývod. Operační rána po sejmutí obvazu klidná, stehy viditelné, bez sekrece. Provedena dezinfekce rány Betadine roztokem, mechanické očištění a poté proveden převaz za aseptických podmínek. Kolostomie bez výrazných patologických změn, odvádí, okolí klidné, nemokvá.

Z důvodu kontroly stomie lékařem, bylo nutné sejmout sáček s destičkou z vývodu. Po odchodu chirurga, pacient byl poučen o potřebné péči o stomii a nalepení nového systému na vývod.

Pacient péči o stomii zvládal od dne ke dni lépe, při výměně jsem pouze dávala pozor aby pacient provedl výměnu správně. Nejdříve si potřebné věci připravil k ruce a poté začal samotnou výměnu. U pána je používán dvojdílný systém, který se skládá z lepicí destičky na níž je upevňovací kroužek na který se nasazují vyměnitelné sáčky. Tento druh je šetrný k okolí stomie.

Po návštěvě chirurga a úspěšné výměny systému proběhla lékařská vizita. Na vizitě proběhlo standardní vyšetření pacienta a poté zhodnocení diety, která mu byla naordinována a jak s ní je spokojen. Ošetřující lékař pronesl spokojenost s množstvím stravy, kterou je pacient schopen přijmout za den. Samotný pán udával spokojenost, ale také to, že se stále necítí po psychické stránce dobře. Lékařem byla navrhována pomoc prostřednictvím interventa. Pacient nabízenou pomoc neodmítl, ale nechal si čas na rozmyšlenou.

5. den hospitalizace 19.10.2019

Jako předešlý den provedena hygiena ve sprše bez nutnosti pomoci zdravotnického personálu. Lůžko z důvodu mírného znečištění převléknuto a upraveno. Krevní tlak změřen pomocí tonometru a fonendoskopu naměřena hodnota 110/75 torrů. Naměřené hodnoty byly zapsány do dokumentace. K snídani pacient dostal dva krajíce chleba, šlehaný tvaroh s pažitkou, máslo a jablečné pyré. U pacienta byl přísný dohled nad stravou a probíhal zápis množství stravy, které pacient snědl. Do dokumentace bylo zapsáno ½ porce, které pacient k snídani snědl.

Před lékařskou vizitou, pacient provedl výměnu destičky se sáčkem u stomie a byla zjištěna mírná macerace tkáně v blízkém okolí stomie. Z důvodu rizika vzniku dalších komplikací, byla provedena péče o stomii mnou a pacient byl znovu edukován jak se má o stomii starat. Důraz byl kladen na hygienickou péči stomie, pacient uvedl, že hygienickou péči před nasazením destičky neprováděl tak jak mu bylo doporučeno. Macerace tkáně, nebyla ve velkém rozsahu, kdy by bylo nutné nepřikládat stomický set. Při přípravě daného

setu bylo také zjištěné, že pacient má šablonu dle které si připravuje další destičky k nalepení, ale na dané šabloně byl větší průměr než bylo potřeba na danou stomii. Pacient se obával, aby mu stolice řádně odcházela do sáčku, proto si vystříhl větší otvor. Okolí stomie bylo řádně omyto, osušeno a byly použity dané pomůcky potřebné k nalepení setu. Před odchodem z pokoje jsem se zpětnou vazbou ujistila, že pacient porozuměl dané edukaci.

Při probíhající lékařské vizitě, byl ošetřující lékař informován o stavu stomie a o zápisu stravy. Lékař konzultoval s pacientem danou terapii při které bylo domluveno zrušení intravenozní výživy na základě zápisu stravy a celkem dobrého stavu pacienta. Po ukončení lékařské vizity, jsem pacienta odpojila od intravenozní výživy, ale nadále byla ponechána centrální žilní kanyla. Okolí kanyly bylo bez známek zánětu. U centrální žilní kanyly probíhala péče a převazy dle standardu oddělení.

Pacient byl při vizitě informován, že je eventuelní možnost, že by byl po víkendu propuštěn do domácího ošetřování.

8. den hospitalizace 22.10.2019

Jako každé ráno pacient provedl hygienu ve sprše bez nutné pomoci zdravotnického personálu. Po sprše bylo nutné nalepení stomické soustavy, přestože pacient péči o stomii zvládal byla nutná kontrola tkáně v okolí stomie z důvodu předešlé macerace tkáně. Okolí bylo klidné, bez sekrece, krvácení a zarudnutí. Pacient výměnu provedl sám bez nutné pomoci zdravotní sestry. Po výměně, byl pacientovi změřen tlak pomocí tonometru a fonendoskopu, naměřeno 115/75 torrů. Hodnoty tlaku byly zapsány do dokumentace pacienta. V 7:30 hod. podána snídaně, pacient snědl ½ porce, toustový chléb s máslem a džemem a ovocný jogurt. Předešlý den byl u pacienta zrušen zápis stravy.

V 9:00 hod. probíhala primářská vizita, kde pacient neudával žádné nové obtíže a prosil pana primáře o ukončení hospitalizace. Lékař informoval pacienta o výsledcích ranní laboratoře, která byla odebrána noční směnou. Poté uvedl souhrn hospitalizace a projevil spokojenost s výživou, laboratorními výsledky, stomií a celkovým stavem pacienta. Primář informoval pacienta o možném propuštění v dopoledních hodinách z oddělení.

Po ukončení lékařské vizity, proběhla ordinace vytažení centrální žilní kanyly u pacienta. Pacientovi byla vytažena centrální žilní kanyla za sterilních podmínek, místo v pichu bylo klidné, bez známek zánětu.

Před propuštěním byl pacient převezen na vozíku sanitářem na chirurgické oddělení, kde byla provedena konzultace chirurga ohledně pooperačních ran a také návštěva stoma-sestry, která pacientovi napsala poukazy na stomické pomůcky. Poté ošetřující lékař ještě zajistil pacientovi před propuštěním návštěvu nutričního terapeuta.

Pacient byl propuštěn z oddělení ve 12:30 hod., odvoz byl zajištěn manželkou.

2.3 Ošetrovatelské problémy

Vyvedený nový vývod na povrch těla je pro pacienta velkou životní změnou. Z mnoha ošetrovatelských problémů, které souvisejí s tímto onemocněním, jsem zvolila edukaci v oblasti výživy, která se mi zdá s ohledem na mého pacienta nejdůležitější. Správná výživa může ovlivnit průběh léčby a pacient by mohl být ohrožen malnutricí. Dalším ošetrovatelským problémem pacienta byla porucha přijetí vlastního tělesného vzhledu po zavedení stomie z hlediska psychické stránky a edukace v péči o stomii. Pacient měl velké obavy jak to přijme jeho okolí.

2.3.1 Deficit vědomostí v oblasti výživy a riziko malnutrice

Edukace pochází z latinského *educatio*, rozumí se tím vedení vpřed. Edukaci je možné definovat jako získávání informací, kde dochází k ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, návycích a dovednostech. Pokud je edukace kvalitní, má pro léčbu velký přínos, neboť správně edukovaný pacient ke své léčbě přistupuje zodpovědněji. (Juřeníková, 2010)

Edukační proces je realizovaný edukátorem, který vyučuje a edukantem, který se učí a jejich vzájemným působením a zaměřením se na osobnost klienta na jeho hodnoty, názory, postoje a zájmy. Cílem edukačního procesu je zhodnotit zdravotní stav nemocného, reálné i potenciální problémy péče o zdraví a stanovit si plány na zhodnocení potřeb. (Svěráková, 2012)

V průběhu hospitalizace byli u pacienta problémy se sníženým příjmem stravy. Po operaci dostával parenterální výživu, ke které postupně se začal zatěžovat perorální tekutou stravou. V dané situaci jedl málo a pak i stravu odmítal. Během hospitalizace byla zjištěna hypokalémie, kde se nadále muselo pokračovat v parenterální výživě. V průběhu hospitalizace byl pacient přeložen do spádové nemocnice, aby zde proběhla úprava vnitřního prostředí a edukační proces. U pacienta byl zjištěn pozitivní nález v testu rizika

malnutrice, pacient zhubl, trpěl nechutenstvím, proto byl lékařem indikován nutriční terapeut.

Během následujících dnů byla pacientovi změněna dieta, proběhla konzultace s nutričním terapeutem a stomasestrou. Stravu pacient odmítal z důvodu diety z které měl strach, že mu ze stomie bude neustále odcházet řídká stolice. Věděl, že tekutá strava (jogurty, pudinky aj.) mu nedělá dobře, měl strach z upozornění na změnu diety.

Rodině od pacienta bylo dovoleno nosit domácí stravu, ale za určitých dietních podmínek. Pacient byl spokojený, že mohl svůj stav konzultovat s nutričním terapeutem, který mu upravil dietu tak, aby nehrozilo riziko malnutrice.

Edukace stomiků v oblasti výživy je velmi důležitá a přispívá lepšímu porozumění v souvislostech příjmu tekutin a potravy. Pacient se stomií je ohrožen metabolickým rozvratem z důvodu nedostatečné resorpční plochy pro živiny. Stomik se snaží porozumět svému tělu a upravit životosprávu tak aby rozpoznal vhodné a nevhodné potraviny.

Pacient byl před propuštěním informován o nutnosti dodržování diety po zavedení vývodu. Pro funkční vývod bez komplikací je důležité aby pacient zvládl dodržovat danou dietu. Edukaci provedl nutriční terapeut, který pacientovi předal spousty brožurek a letáků o potravinách, které jsou vhodné pro jeho dietu. Brožurky a letáky jsme s pacientem společně prošli, aby věděl, jak různé potraviny působí na organismus. Letáky byly přehledné a bylo zde uvedeno jak si pacient má počínat, když by se dostavila zácpa nebo průjem, jaké jsou vhodné potraviny a jak které působí. Pacient před založením vývodu dodržoval dietu ohledně jeho chronické nemoci, ale i teď měl velký zájem o informace a měl i připravené dotazy.

Cílem edukace nebylo jen dodržování dané diety, ale také aby nedošlo k malnutrici a měl možnost využívat doplňky stravy. V dnešní době je celá řada doplňků ke stravě, které si pacient může zakoupit bez receptu.

I přesto, že je potřeba aby byla dodržována dieta, měla by být strava pestrá a plnohodnotná s dostatečným množstvím bílkovin, sacharidů, tuků, vitaminů, minerálních látek a stopových prvků. Strava stomiků by měla být správně technologicky zpracována a podávána v klidném a vhodném prostředí.

U nemocných, kterým byla založena stomie, dbáme na složení stravy tak, aby v první fázi po operaci v dolní partii trávicího traktu byla podaná enterální výživa a poté kuchyňsky připravenou stravu. Pacient byl poučen, že trávicí trakt se musí zatěžovat postupně a vyšší příjem bílkovin usnadňuje proces hojení. Bylo mu doporučeno, aby do svého jídelníčku zařadil libové maso, jogurty, mléko, tvaroh a sóju, které obsahují bílkoviny. Pán byl informován i o pravidelnosti stravy a podávat v menších porcích 5 až 6krát denně. Vláknina by se měla zařazovat do jídelníčku postupně a je obsažena v ovoci, zelenině, těstovinách, obilovinách, vločkách aj. Dieta která byla pacientovi indikována je bezsezbytková. Speciální dieta přímo pro stomiky neexistuje, je to u každého nemocného individuální, sám musí vyzkoušet potraviny jaký mají na něj vliv. Pacientovi jsem doporučila, že by se měl vyhýbat ovoci, které má v sobě pečičky např. hroznové víno, kiwi, pečivo se semínky a mákem, nadýmavé věci jako je hrách, čočka, česnek, cibule, vejce a snížit konzumaci ovoce a zeleniny se šlupkou. Mezi všeobecné zásady patří, že strava pro stomika by měla být lehce stravitelná, nenadýmavá, plnohodnotná a bohatá na živiny, vitamíny a minerály. V rámci edukace jsem pacientovi sdělila, že strava by měla být vhodně zpracována, vyhýbat se pečení a smažení, spíše přírodní úprava např. na páře.

V oblasti výživy jsme pacienta edukovali i o pitném režimu. Důležité je dbát na dostatečný pitný režim. U nemocného s kolostomií jde o odstranění tlustého střeva, tím dochází k porušení regulace vodní a elektrolytové rovnováhy. Příjem tekutin by měl být 2 až 3 litry denně. Byly mu doporučeny čaje, ovocné šťávy a nenasycené minerální vody. (Marková,2006 a florence.cz - odborný časopis č. 5/2013-online.)

2.3.2 Porucha přijetí vlastního tělesného vzhledu po zavedení stomie

V této části bych se ráda věnovala adaptaci, psychické podpoře pacienta po zavedení kolostomie a jeho edukaci v péči o stomii. Tento ošetrovatelský problém jsem stanovila vzhledem k obavám pacienta, které několikrát během své hospitalizace vyslovil.

Adaptace je přizpůsobení se na určité podmínky prostředí, v němž člověk žije. V pacientově případě jde o přizpůsobení se na novou životní situaci a to nový vývod. Při adaptaci musíme brát na vědomí věk pacienta, jinak vnímá onemocnění dítě, jinak dospělý člověk. Každý člověk se jinak vyrovnává s náročnou situací, však nejdůležitější je navrácení stomika do běžného života a při tom zvládat úspěšně péči o stomii. (Kříbohlavý, 2008)

S psychickou podporou ze strany lékaře a sestry by se mělo začít již před operací. Bohužel v tom to případě to nebylo zcela možné, u pacienta byl vývod neplánovaný. Psychika nemocného je v této situaci na prvním místě. Je důležité sledovat jak se pacient vyrovnává se stomií a jak přijme svůj stav. Pán je celkem aktivní člověk, který se rád schází s přáteli a nyní má strach z reakce okolí. V této situaci je důležitá psychická podpora, jak ze strany rodiny tak lékaře a sestry.

Během hospitalizace ho každý den navštěvovala manželka, která se i účastnila na edukaci v péči o stomii. Dohledávala si i informace a průběžně se dotazovala na stomické pomůcky, které jsem jí ráda zodpověděla. Pacient měl v manželce velikou psychickou podporu. Postupem času bylo na pacientovi vidět, že obavy ustupují a těší se domů.

V průběhu hospitalizace spolupracoval, podílel se na ošetřování stomie. V adaptaci na novou situaci pacientovi hodně pomohla manželka a příbuzní.

Důležitou roli v adaptaci na stomii hraje také edukace, kterou vede stomická sestra. Stomická sestra se zaměřuje na péči o pacienty se stomií. Edukace pacienta se musí přizpůsobit danému stavu, převážně stomická sestra dochází za pacientem na oddělení, kde právě leží. Cílem edukačního procesu je, aby nemocný pochopil a řídil se informacemi, které mu jsou poskytnuty. (kromerová, 2005)

Pacient se aktivně podílel na ošetřování vývodu, motivací bylo, že když zvládne péči o stomii bude moc odejít domů. Nácvik péče o stomii, nejprve probíhal za pomoci modelu, na kterém si pacient mohl vyzkoušet nalepení stomického systému. Když pacient tuto techniku zvládl bylo mu před zrcadlem ukázáno sejmutí stomického sáčku, hygiena vývodu, péče o okolí stomie a nalepení nového stomického sáčku. Pánovi bylo

doporučeno, aby péči o vývod prováděl před zrcadlem. Z edukace si nejen pacient, ale i jeho manželka odnáší jak provést hygienu stomie, jak zvolit vhodnou pomůcku, ošetření okolí stomie aj. Stomasestra má za úkol předat informace i v oblasti stravy, pitného režimu, každodenních aktivit a nošení volného šatstva.

Při propuštění pacient obdržel stomické pomůcky na 3 dny, aby byl schopný ošetřit stomii než si vyzvedne předepsané pomůcky. Dále mu byli poskytnuty informační brožury a letáky o stomích a jejich pomůčkách, kontakt na stomasestru a kluby stomiků.

2.4 Dlouhodobá péče

Pán byl propuštěn do domácího léčení po důkladné edukaci v oblasti výživy a péče o stomii. Péči o stomii zvládá, chápe důležitost řádné péče o okolí stomie. Pacient byl poučen o nutnosti hlásit případné komplikace. Byl vybaven pomůckami a brožurami o nově vzniklém vývodu. Při propuštění mu byl dán termín návštěvy na chirurgické ambulanci, kde proběhne kontrola operačních ran. Pacient byl poučen o návštěvách stoma-sestry.

V průběhu hospitalizace pacient opakovaně uvedl obavu ohledně reakce jeho okolí na nově vzniklý vývod. Má strach jak se s tím vyrovná jeho manželka, zda ji to nebude odrazovat. Pacientovi bylo opakovaně vysvětlena péče a že dnes existuje spousta pomůcek, kdy okolí ani neví, že daný člověk má nějaký vývod na těle. Při tomto ošetrovatelském problému je velmi důležitá podpora rodiny a přátel. Velkou podporou mu byla jeho manželka, která pacienta navštěvovala každý den v průběhu hospitalizace a zajímala se o edukaci ohledně stomie a výživy.

Stomik se nejdříve musí vyrovnat s faktem, že má stomii a naučit se zvládnout život se stomií.

Diskuze

V této části bakalářské práce bych se ráda pozastavila nad ošetrovatelskými problémy, které jsem u vybraného pacienta stanovila.

Crohnova choroba patří mezi civilizační choroby, počet pacientů narůstá především v mladém věku. Nejčastěji se objeví ve věku 15 – 30 let, ale také je popisováno období 50 – 80 let. Nejvyšší počet pacientů s Crohnovou chorobou je v Kanadě, Evropě a Austrálii. V dnešní době bychom se měli zamyslet nad tím, zda opravdu je větší výskyt choroby a nebo máme vyspělejší země, kde se lidé více vyšetřují a tím je více zachyceno případů nemoci. Doposud nikdo neví proč tato choroba vzniká, ale existují různé výzkumy, zabývající se vznikem Crohnovy choroby. Ohledně vzniku je spousta nových teorií, které postupem času jsou vyvráceny. V současné době existuje teorie, že Crohnova choroba vzniká ztrátou imunitní tolerance vůči bakteriím, které sídlí v trávicím traktu. (Medical tribune.cz – Crohnova choroba – online, 2017)

Určené ošetrovatelské problémy souvisí jeden s druhým. Pokud pacient nebude v psychické pohodě po zavedení stomie, nemůže správně fungovat po výživové stránce.

Psychická komplikace pacienta se stomií představuje výrazné zhoršení kvality života, ale ne takové jako komplikace fyziologické nebo funkční. Ač je to k nevíře, psychologické problémy byly popisovány v menší míře, než komplikace změny diety. Spousta pacientů se stomií, uvádí na diskuzním fóru, že jim je velkou oporou rodina nebo blízcí přátelé. Bohužel ne každý má rodinu, přátele kteří by s ním prošli touto těžkou situací. U psychických komplikací bylo nejčastěji uváděn strach z péče o stomii, z intimního života a začlenění se do pracovních povinností. (Stomici.cz – život se stomií)

S komplikacemi fyziologickými, funkčními nebo psychickými, pacientům pomáhají spolky stomiků. Spolky se vytvářejí za účelem otevřené komunikace o potřebách stomika. Na setkání otevřeně hovoří o svých problémech, předávají si rady jak ošetřit stomii a jaké pomůcky jsou vhodné. Spolek je pro pacienty se stomií velkou oporou, která jim pomáhá překonat obtížnou situaci. Pořádají setkání, semináře, rekondiční pobyty a

kulturní akce, nejen pro členy, ale i pro rodinné příslušníky. Nejznámější organizací pro stomiky v České republice je České ILCO, které nyní má 20 spolků stomiků po celé České republice. Organizace má webové stránky www.ilco.cz na kterých nalezneme další užitečné odkazy pro stomiky, které mohou zodpovědět otázky pacientů.

Pacientovi při propuštění bylo doporučeno, aby navštívil místní klub stomiků. Dobrovolné sdružení stomiků Trutnov, není členem organizace Č. ILCO. Klub stomiků sídlí v místní nemocnici, kde se pravidelně schází. (ilco.cz –online, kluby stomiků)

Pacienti s crohnovou chorobou trpí hlavně malnutricí. Výskyt malnutrice je u těch to pacientů vysoký, vykazuje 75 – 90% pacientů při příjmu do nemocnice malnutricí. Malnutrice je stav výživy, který vzniká pokud příjem potravy není dostačující a nebo nevyvážený. U stomiků nebo crohnovy choroby vzniká z důvodu snížené absorpce potřebných živin. (Lukáš, 2018)

U pacienta v mé kazuistice je riziko dvakrát větší z důvodu chronického onemocnění a nově vzniklého vývodu. Výživa u stomie je důležitá k rekonvalescenci po operaci a během léčby. Těmto pacientům je indikováno, aby užívali speciální upravené přípravky, které se popíjí nebo přidávají do stravy. Přípravkům, které se popíjí říkáme sipping a používají se ke zvýšení nutriční hodnoty potravin a k doplnění živin.

Výběr sippingu je bohatý – Nutridrink, Fresubin, Fortime a pro diabetiky Diasip a Diben. V perorálním podání jsou dostupné v různých příchutích (Vanilka, Čokoláda, Oříšek, Višeň atd.). Přípravky výživy může předepsat nutriční lékař a nebo si je pacient může zakoupit sám. Doplnky stravy zvyšují kvalitu života pacientů a snižují riziko malnutrice. (medicinaproxi.cz – výživa, Grofová, 2009 – online.)

U obou ošetrovatelských problémů je důležitá edukace pacienta. Jen správná péče o stomii a zodpovědnost ve výživě pacientů zajistí plnohodnotný život bez strachu a frustrace. Z pohledu zdravotnického pracovníka, pacienti, kteří jsou u nás hospitalizováni a mají stomii jsou převážně dostatečně edukováni a nejen pacienti, ale také jejich rodiny. Mají přehled o nových dostupných pomůckách, orientují se v dietním systému.

Edukace v naší nemocnici v oblasti péče, výživy, pomůcek a psychické podpory probíhá důkladně. Byla jsem opakovaně přítomna u edukace pacienta stomasestrou a

musím říct, že to bylo velmi obohacující o nové informace, které sestra poskytuje. Myslím si, že znalost zdravotnického personálu o nemocné se stomií v České republice je na dobré úrovni. Přesto by se všechny sestry měly pravidelně vzdělávat v této oblasti. Protože jen vzdělaný zdravotník si získá důvěru pacienta.

S pacientem jsem v kontaktu a je vidět, že veškeré obavy, které byly v průběhu hospitalizace jsou pryč. Pán má radost, že se svoji rodinou může podnikat aktivity jako dříve. Jsem ráda, že jsem měla možnost díky této práci získat další poznatky a rozhled v této problematice.

Závěr

Ve své bakalářské práci jsem zpracovala případovou studii na téma ošetrovatelská péče o pacienta s kolostomií. V případové studii popisuji pacienta, kterému byl vytvořen nový vývod tlustého střeva – kolostomie z důvodu komplikace při chronickém onemocnění crohnovy choroby.

V teoretické části popisuji anatomii a funkci tlustého střeva, crohnovu chorobu a stomie, kde jsem se zaměřila na druhy stomií a komplikaci, neprůchodnost střev.

V praktické části mé práce se zaměřuji na konkrétního pacienta. První den hospitalizace jsem u pacienta začala odebírat ošetrovatelskou anamnézu. Ošetrovatelská anamnézu jsem zpracovala podle modelu Marjory Gordon – Model fungujícího zdraví. Tento model přistupuje k nemocnému jako celku. V této části jsem si stanovila ošetrovatelské problémy, které jsem určila dle aktuálního stavu pacienta. Pacient byl v průběhu hospitalizace řádně edukován v oblasti péče o stomii a výživy. Po několika týdnech při návštěvě našeho zdravotního týmu, pacient udává, že se po psychické stránce cítí mnohem lépe, vrací se mu sebevědomí a okolí stomie je řádně zahojeno. V této práci je pro nás potěšení, když se vrací zpětná vazba spokojených pacientů, kterým jsme mohli pomoci.

Seznam použité literatury

- ČERNÝ, Ján. *Speciální chirurgie, Chirurgia tráviacej rúry*. Martin, SR 1990, Vydavateľstvo Osveta. ISBN 80-217-0056-4
- ČERVENKOVÁ, Renata. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitída*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-600-7
- ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2*. 3. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4788-0.
- HYNIE, Sixtu. *Farmakologie v kostce. 2.*, přeprac. vyd. V Praze: Triton, 2001. ISBN 80-7254-181-1.
- JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovateľské praxi*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2.
- KLENER, Pavel. *Propedeutika*. Praha: Galén, 2004. ISBN 978-80-7262-525-8.
- KOPECKÝ, Miroslav a Martina Cichá. *Somatologie pro učitele*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 20060119.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-568-4.
- LUKÁŠ, Karel a Jiří Hoch. *Nemoci střev*. 1. vyd. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-247-1334-2.
- LUKÁŠ, Karel a kolektiv. *Gastroenterologie a hematologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1283-0.
- LUKÁŠ, Milan. *Pokroky v diagnostice a léčbě idiopatických střevních zánětů*. Praha: Galén, 2019. ISBN 978-80-7492-453-8.
- MARKOVÁ, Marie. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovateľství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-434-8.
- MIKEŠOVÁ, Z. FRAŇKOVÁ, M. ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovateľské péče V*. 1.vyd. Valašské Meziříčí: Nalila, 2003. ISBN neuvedeno
- PACOVSKÝ, Vladimír. *Klinická propedeutika pro magisterské a bakalářské studium ošetrovateľství*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-943-x.

- ULRYCH, J. – KRŠKA, Z. *Idiopatické střevní záněty – vývoj chirurgické léčby*. Rozhledy v chirurgii, 2012. ISBN 0035-9351.
- ROKYTA, Richard. *Fyziologie*. Třetí přepracované vydání. Praha: Galén, 2016. ISBN 978-80-7492-238-1.
- SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén, c2012. ISBN 9788072628452.
- ZACHOVÁ, V. a kolektiv. *Stomie*, 1. vyd., Praha: Grada, 2010. ISBN 978-8-247-3256-5.
- ZACHOVÁ, V. *Průvodce komplikacemi stomií*. Florence, 2009, roč. 5, č. 10. ISSN 1801-464x.
- Calum, C Lyon and Amanda J Smith. *Abdominal Stomas and their Skin Disorders*. Tailor and Francis, 2004. ISBN 1-85317-896-9.

Ostatní zdroje

- Střevní záněty – internetový server [online]. 2020 Dostupné z: <http://www.strevni-zanety.cz> ISSN 1803-5485. [cit. 5.5.2020]
- Crohnova nemoc – internetový server. [online]. Dostupné z: <http://www.crohnovanemoc.cz> [cit. 7.5.2020]
- Crohnova-choroba. *www.crohn.cz*. [online] Dostupné z: <http://www.crohn.cz/crohnova-choroba>. [cit. 7.5.2020]
- Chirurgická léčba – *atlasnemoci.cz*. [online]. Dostupné z: <http://www.atlasnemoci.cz> [cit. 4.5.2020]
- Crohnova choroba – *nemoci.vitalion.cz*. [online]. Dostupné z: <http://www.nemoci.vitalion.cz> [cit. 7.5.2020]
- Komplikace – neprůchodnost střev – *internimedicina.cz* [online]. Solen 2001 – 2020. Dostupné z <http://www.internimedicina.cz> [cit. 5.5.2020]
- *Florence.cz* – odborný časopis pro nelékařské pracovníky č.5/2013 [online]. Copyright Dostupné z: <http://www.florence.cz> [cit.7.5.2020]
- *Zdravi.euro.cz* – zdravotnictví a medicína [online]. 2015 Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz> [cit. 7.5.2020]
- CCFA. Crohn's Disease & Ulcerative Colitis: A guide for teachers and other school personnel. *www.crohnscolitisfoundation.org*. [online] 31. 3. 2010. [cit.2017-2-5]. Dostupné z: <http://www.crohnscolitisfoundation.org/resources/guide-for-teachers.html> [cit. 5.5.2020]
- Výživa – *medicinapropraxi.cz* [online]. Solen 2009. Dostupné z <http://www.medicinapropraxi.cz> [cit. 20.5.2020]
- Crohnova Choroba – Gastroenthepatol [online]. 2017. Dostupné z: <http://www.esgh.info> [cit. 20.5.2020]
- Crohnova Choroba – *medicatribune.cz* [online]. Copyright 2017. Dostupné z: <http://www.tribune.cz> [cit. 20.5.2020]
- Crohnova choroba – *prolekare.cz* [online]. 2017. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz> ISSN 1803-6597 [cit. 21.5.2020]

Seznam příloh

Příloha č. 1: Ošetrovatelská anamnéza 3. LF UK

Přílohy

Příloha č. 1

Ošetřovatelská anamnéza

(Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK – pro studijní účely)

Oddělení : Interna lůžka

Jméno (iniciály) : P.Č. Pohlaví: Muž Věk : 31

Datum přijetí : 15.10. 2019

Stav: ženatý Povolání: programátor CNC strojů

Rodina informována o hospitalizaci : ANO

Diagnóza při přijetí (základní): Snížený příjem stravy a

Chronická onemocnění :

- Zavedení Kolostomie 2019
- Hypokalémie
- Ileus 2019
- Crohnova choroba 2009

Infekční onemocnění: NE

Režimová opatření: NE

Léčba: ANO

Operační výkon: ANO Pooperační den: sedmý

Farmakoterapie:

Salofalk 500mg tbl. 2-2-2-2

Pentasa 2g 1-1-1

Helicid 20mg 1-1-1

Prednison 20mg 1,5-1-0

Jiné léčebné metody: Metronidazol 500mg i.v. po 12h., Oliclinomel N6 na 48h. i.v.,
Ortanol 40mg i.v. po 12h.

Má nemocný informace o nemoci : ANO

Alergie : NE

Fyziologické funkce : P : 75' TK : 130/90 D : 0 SpO2 : 98% TT :36,3

1) Vědomí

Stav vědomí: orientovaný, spolupracuje, při vědomí

GSC: 15bodů, při plném vědomí

.....

.....

2) Bolest

bolest : NE

Intenzita : /-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

.....

...

3) Dýchání

potíže s dýcháním : NE

dušnost : NE

kuřák: NE

Kašel: NE

.....

.....

4) Stav kůže

změny na kůži : ANO, vývod tlustého střeva, operační rána na břichu

Riziko vzniku dekubitů – Nortonové skóre :

Hodnocení rány: operační rána v klid, bez sekrece, známek infekce

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba)

V současné době se necítí dobře, má obavy z dalšího vývoje nemoci a léčby

Úrazy: NE

6) Výživa, metabolismus

Dieta: 1 Nutriční skóre: pozitivní, nutné zavolat nutričního terapeuta

Hmotnost : 80kg Výška : 194cm BMI: 21,3

Chuť k jídlu : NE

Potíže s přijímáním potravy : ANO jaké: nechutenství

Užívá doplňky výživy : ANO jaké : Fresubin Fibre

Parenterální výživa: oliclinomel N6 i.v.

Denní množství tekutin : 2 litry Druh tekutin : voda, čaj

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době : ANO o kolik: 6kg za tři týdny

Umělý chrup : NE

Potíže s chrupem : NE

.....

.....

7) Vyprazdňování

problémy s močením : NE

problémy se stolicí : kašovitá forma, 6x za denně a více

datum poslední stolice : 16.10. 2019

Způsob vyprazdňování : Toaleta

Kolostomie od 10.10.2019

.....

....

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim : částečně soběstačný

Barthel test: 75 bodů, lehce závislý na pomoci druhých

Riziko pádu: 4 body, bez rizika pádu

.....

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : 6 hodin hodina usnutí : kolem 23:00

poruchy spánku : ANO jaké :špatné usínání a brzké probouzení

hypnotika : doma nic neužíval, v nemocnici dostává hypnogen

.....

....

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem: NE

potíže se sluchem: NE

porucha řeči: NE

kompensační pomůcky: NE

orientace : ANO, orientován místem, časem, osobou

.....

....

11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu

Emocionální stav: klidný

Pocit strachu nebo úzkosti : ANO, obavy z budoucnosti

Úroveň komunikace a spolupráce: Dobrá

Plánování propuštění

Bydlí doma sám : NE

kdo bude o klienta pečovat po propuštění : manželka

kontakt s rodinou : ANO

.....

.....

12) Invazivní vstupy

Drény : NE

Permanentní močový katétr : NE

i.v. vstupy : ANO, centrální žilní katétr, v. jugularis vpravo, zaveden 10.10. 2019

Sonda : NE

Stomie : ANO, kolostomie

Endotracheální kanyla : NE

Tracheotomie : NE

Arteriální katétr: NE

Epidurální katétr: NE

Jiné invazivní vstupy: 0

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

1. Barthelové test základních všedních činností (ADL - activities of daily living)

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
4.osobní hygiena	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
5.kontinence moči	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
6.kontinence stolice	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
7.použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
9.chůze po rovině	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0

Zdroj: Staňková,M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřící techniky v ošetřovatelské praxi. Brno.IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

0-40 bodů: vysoce závislý

45-60 bodů: závislost středního stupně

65-95 bodů: lehce závislý (75 bodů)

100 bodů: nezávislý

2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	< 10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobrý 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Není 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Část. omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	< 60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč+stolice 1

Zdroj: Staňková, M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Celkem 28 bodů

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

3. Hodnocení nutričního stavu

NRS – Nutritional Risk Screening

Je BMI (kg/m ²) pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	NE

Hodnocení:

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

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

3x

1x

Zdroj: Grofová, Z., Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry, Grada 2007

4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

Rizikové faktory pro vznik pádu	
Anamnéza:	
DDD (dezorientace, demence, deprese)	3 body
věk 65 let a více	2 body
pád v anamnéze	1 bod
pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladu na lůžkové odd.	
1 bod	
zrakový/sluchový problém	1 bod
užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, laxativa)	1 bod
Vyšetření	
Soběstačnost	
- úplná	0b
- částečná	2b
- nesoběstačnost	3b
Schopnost spolupráce	
- spolupracující	0b
- částečně	1b
- nespupracující	2b
Prímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetrovatelského personálu)	
Míváte někdy závratě?	Ano 3 body
Máte v noci nucení na močení?	ANO 1 bod
Budíte se v noci a nemůžete usnout ?	Ano 1 bod
Celkem: 4	
0-4 body	Bez rizika
5 – 13 bodů	Střední riziko (CELKEM 11 BODŮ)
14 – 19 bodů	Vysoké riziko

5. Hodnocení vědomí

Glasgow Coma Scale

Hodnocený parametr	Reakce	Body
Otevření očí	spontánně otevřené	4
	na slovní výzvu	3
	na bolestivý podnět	2
	oči neotevře	1
Slovní odpověď	přiléhavá	5
	zmatená	4
	jednotlivá slova	3
	hlásky, sténání	2
	neodpovídá	1
Motorická reakce	pohyb podle výzvy	6
	na bolestivý podnět účelný pohyb	5
	na bolestivý podnět obranný pohyb	4
	na bolestivý podnět jen flexe	3
	na bolestivý podnět jen extenze	2
	na bolestivý podnět nereaguje	1
Hodnocení:	15 bodů - pacient při plném vědomí 3 body - pacient v hlubokém bezvědomí	15 BODŮ

Zdroj: NEUWIRTH, J. Sledování a hodnocení fyziologických funkcí. In: KOLEKTIV AUTORŮ *Základy ošetřování nemocných*. Praha : Karolinum, 2005, s. 46-56. ISBN 80-246-0845-6