



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

---

---



**Ústav ošetrovatelství**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Ošetrovatelská péče o nemocnou  
s potřebou nutriční podpory při dg.  
karcinom děložního hrdla**

**Nursing care of patient with cervical  
cancer in need of nutritional support**

**Praha, únor 2009**

**Petra Chrobáková**

Prohlášení:

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

V Praze 23. února 2009

-----

jméno

Poděkování:

Děkuji panu MUDr. Janu Švandovi a paní Mgr. Janě Heřmanové za metodickou pomoc, odbornou konzultaci, rady a připomínky při zpracování bakalářské práce.

V Praze 23. února 2009

-----

jméno

# OBSAH

1. ÚVOD .....	7
2. KLINICKÁ ČÁST .....	8
2.1 Základní složky výživy, minerální látky, vitamíny, voda .....	8
2.1.1 Fyziologický význam sacharidů .....	8
2.1.2 Fyziologický význam tuků .....	9
2.1.3 Fyziologický význam bílkovin .....	9
2.1.4 Vitamíny .....	10
2.1.5 Minerální látky .....	10
2.1.6 Voda .....	11
2.1.6.1 Rozdělení vody v organismu .....	11
2.1.6.2 Vodní bilance .....	12
2.1.6.3 Regulace metabolismu vody a sodíku .....	12
2.1.6.4 Poruchy vodní bilance .....	13
2.1.7 Poruchy výživy .....	14
2.1.7.1 Obezita .....	14
2.1.7.2 Podvýživa .....	14
2.1.7.3 Příčiny podvýživy .....	15
2.1.7.4 Klasifikace podvýživy .....	15
2.1.7.5 Diagnostika podvýživy .....	16
2.1.7.6 Terapie podvýživy .....	19
2.2 Nádorová onemocnění .....	21
2.2.1 Patogeneze nádorů .....	21
2.2.2 Klasifikace zhoubných nádorů .....	23
2.2.3 Diagnostika nádorů .....	23
2.2.4 Terapie nádorů .....	25
2.2.5 Karcinom děložního hrdla .....	27
2.3. Náhlé příhody břichní .....	29
2.3.1 Příznaky NPB .....	29
2.3.2 Diagnostika NPB .....	29
2.3.3 Rozdělení NPB .....	30

2.3.4 Terapie NPB.....	31
3. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM .....	32
3.1 Lékařská anamnéza .....	32
3.2. Diagnostický souhrn .....	33
3.3 Terapeutické opatření.....	34
3.4 Průběh hospitalizace .....	35
4. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	37
4.1 Charakteristika ošetrovatelského procesu.....	37
4.1.1 Model funkčních vzorců zdraví Marjory Gordonové .....	37
4.2 Ošetrovatelská anamnéza získaná 3. den hospitalizace .....	39
4.3 Ošetrovatelské diagnózy stanovené ke 3. dni hospitalizace.....	42
4.3.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy .....	43
4.4 Krátkodobý plán, realizace a hodnocení ošetrovatelské péče.....	43
4.4.1 Deficit tělesných tekutin v souvislosti s velkým odpadem ze stomie.....	43
4.4.2 Nedostatečná výživa v souvislosti s nedostatečným trávením z důvodu ileostomie .....	44
4.4.3 Narušená kožní integrita a riziko infekce v souvislosti s ileostomií a portem .....	44
4.4.4 Narušený spánek v souvislosti s obavou pacientky z přeplnění nebo protržení stomického sáčku.....	45
4.4.5 Deficit informací o PET/CT vyšetření .....	46
4.4.6 Strach z výsledku PET/CT .....	46
4.4.7 Porušený obraz těla a snížená sebeúcta v souvislosti se založením stomie .....	47
4.5 Dlouhodobý ošetrovatelský plán, realizace a hodnocení .....	47
4.5.1 Potencionální riziko infekce v souvislosti s narušenou kožní integritou u ileostomie .....	47
4.5.2 Potencionální riziko infekce v souvislosti s narušenou kožní integritou zavedeného portu.....	48
4.5.3 Potencionální riziko nedostatečné výživy v souvislosti s nedostatečným trávením z důvodu ileostomie.....	49

4.5.4 Potencionální riziko spánkové deprivace v souvislosti s obavou pacientky z protržení stomického sáčku .....	50
4.6 Psychologie nemocného.....	50
4.7 Sociální oblast .....	51
4.8 Edukace .....	52
5. ZÁVĚR A PROGNÓZA.....	54
Seznam použité literatury.....	55
Seznam příložených dokumentů .....	56

# 1. ÚVOD

Cílem mé práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o nemocnou Z. P., která byla hospitalizovaná na interním oddělení s potřebou nutriční podpory v důsledku ileostomie při základní diagnóze karcinom děložního hrdla. Pacientka byla hospitalizovaná 22 dnů a po té propuštěna do domácí péče. Nemocná souhlasí s poskytnutím osobních dat.

V klinické části práce předkládám charakteristiky jednotlivých onemocnění, diagnostické a léčebné postupy a možné komplikace.

V ošetrovatelské části práce vycházím z modelu funkčních vzorců zdraví Marjory Gordonové. Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila ke 3. dni hospitalizace na základě dat, které jsem získala rozhovorem s nemocnou, ze zdravotnické dokumentace, od ostatních členů zdravotnického týmu a vlastním pozorováním. Pro řešení jednotlivých ošetrovatelských problémů jsem sestavila plán a způsob řešení. Zabývala jsem se také realizací a hodnocením naplánované ošetrovatelské péče. Součástí mé práce je také dlouhodobý plán řešení ošetrovatelských problémů.

V závěrečné části jsem vypracovala kapitoly o edukaci nemocného, jeho sociální a psychické oblasti.

Součástí práce je seznam použité literatury a příloh.

## **2. KLINICKÁ ČÁST**

### **2.1 Základní složky výživy, minerální látky, vitamíny, voda**

Přísun energie ve formě organických živin (tuků, sacharidů, a bílkovin), vitamínů a minerálů je nezbytný k zajištění života člověka.

Základní složky potravy mají funkci stavební, která spočívá v tvorbě, výstavbě a obnově tkání a funkci energetickou, důležitou pro jejich metabolismus. Pro odpovídající výživu je nezbytné, aby příjem energie odpovídal jejímu výdeji a strava byla vyvážená z pohledu přijímaného poměru živin, vitamínů a minerálů. Optimální složení stravy je 60 % sacharidů, 25 % tuků, a 15 % bílkovin. Jednotlivé složky se mohou vzájemně zastupovat, z hlediska energetického využití mluvíme o isodynamii. Nemohou se však zastupovat stavebně.

#### **2.1.1 Fyziologický význam sacharidů**

Sacharidy jsou důležitou součástí živých organismů. Jsou to látky nejnázne dosažitelné pro získání energie. Fyziologicky nejdůležitější jsou monosacharidy glukóza, fruktóza, galaktóza a zásobní forma glukózy glykogen. Glykogen uložený v játrech je zásobou energie pro celý organismus a obnovuje se přeměnou sacharidů, tuků a bílkovin. Glykogen uložený ve svalech je energetickou zásobou pouze pro svalovou tkáň. Glukoneogenezi se nazývá proces, kterým se získává glukóza z tuků a bílkovin.

Sacharidy pokrývají průměrně 60 % energetické potřeby člověka. Doporučená denní dávka je 300 – 420 g. Největším zdrojem v potravě je škrob, obsažený v obilninách, bramborách a luštěninách.



### **2.1.2 Fyziologický význam tuků**

Tuky najdeme v organismu nejčastěji v podobě triacylglycerolů, volných mastných kyselinách, fosfolipidů, cholesterolu. Jsou energetickou zásobou aktivovanou nedostatkem sacharidů, stavební složkou buněk a jejich membrán ve formě lipoproteinů a již zmiňovaných fosfolipidů. Mají význam při termoregulaci organismu a pro vstřebávání některých látek rozpustných v tucích. Příkladem mohou být vitamíny A,D,E,K. Jsou stavební látkou steroidních hormonů.

Doporučený denní příjem tuků je 25 %. Ve složení přijímaných tuků mají zásadní význam nenasycené mastné kyseliny, které lidský organismus neumí syntetizovat. Nazývají se esenciální mastné kyseliny a vyskytují se především v rostlinných olejích a rybím mase.

### **2.1.3 Fyziologický význam bílkovin**

Bílkoviny (proteiny) jsou stavební strukturou všech buněk, Obsažené v enzymech a hormonech se účastní regulačních mechanismů, v podobě protilátek se podílí na obranyschopnosti organismu. Proteiny jsou také nouzovým zdrojem energie v případě delšího hladovění.

Denní příjem bílkovin by měl být 1 g/kg hmotnosti, energeticky náročnější je například těhotenství nebo období tělesného vývoje (1,5 – 2 g/kg za 24 hodin).

Ukazatelem stupně metabolismu proteinů je dusíková bilance. Vyjadřuje rozdíl mezi celkovým množstvím dusíku přijatého v potravě a množstvím dusíku vyloučeného. Proteiny jsou jediné látky v potravě, které obsahují dusík, který se uvolňuje při deaminaci bílkovin a vylučuje se v podobě močoviny z těla. Normou je rovnovážná dusíková bilance. Dusíková bilance = příjem dusíku/24h [g] - ( ztráty dusíku v moči/24h [g] + neměřitelné ztráty). Neměřitelné ztráty je označení pro dusík obsažený v potu, vlasech, kůži a stolici.

### **2.1.4 Vitamíny**

Vitamíny jsou významné pro přeměnu základních živin, jsou podstatné pro ochranu a zachování života. Jako biokatalyzátory vstupují do různých reakcí organismu, aniž se jich metabolicky účastní. S výjimkou vitamínu K a částečně vitamínů A a D je člověk závislý na příjmu vitamínů v potravě, lidský organizmus je nedokáže syntetizovat.

Vitamín K je syntetizován střevními bakteriemi v tlustém střevě.

Vitamín A se může vytvářet z karotenových prekurzorů přijímaných potravou . Vitamín D (kalcitriol) se syntetizuje fotochemickou reakcí z provitamínů v kůži vlivem slunečního záření do podoby cholekarciferolu nebo je získán potravou jako ergocalciferol. V játrech se metabolizuje na calciferol a ten je za přítomnosti parathormonu v ledvinách metabolizován na kalcitriol .

Celkem je známo 22 vitamínů, u člověka se uplatňuje 13 z nich. Nejčastější dělení je podle rozpustnosti v tucích. Vitamíny A (retinol, axeroftol), D (calciferol), E (tokoferol) a K jsou v tucích rozpustné. Vitamíny B<sub>1</sub> (thiamin), B<sub>2</sub> (riboflavin), B<sub>3</sub> (niacin, kyselina nikotinová), B<sub>5</sub> (kyselina pantotenová), B<sub>6</sub> (pyridoxin), B<sub>9</sub> (kyselina listová), B<sub>12</sub> (cyanokobalamin), C (kyselina askorbová), H (biotin) a cholin jsou rozpustné ve vodě.

Pro potřeby organismu stačí poměrně malé množství vitamínů, tj. do 10 mg denně. Výjimku tvoří vitamín C (75 – 100 mg/den ), vitamín E (10 - 20mg/den) a vitamín B<sub>3</sub> (15 – 20 mg/den).

### **2.1.5 Minerální látky**

Vedle biogenních prvků (uhlík, vodík, dusík, kyslík) ze kterých se skládá každý organismus obsahuje lidské tělo minerální prvky (sodík, draslík, fosfor, hořčík, síra), které se vyskytují v množství od stovek po desítky gramů. Železo, zinek, jód, selen, fluor, hliník, měď, mangan, kobalt, chrom, a cín se v organismu nacházejí v řádově nižších koncentracích a proto je nazýváme stopové prvky.

Sodík je hlavním kationem extracelulární tekutiny (140 mmol/l), má hlavní funkci při udržování osmotického tlaku v těle a udržování homeostázy. Jeho koncentrace je řízena aldosteronem a nepřímo antidiuretickým hormonem a reninem. Zdrojem sodíku v potravě je kuchyňská sůl.

Draslík je hlavním kationem intracelulární tekutiny (140 – 160 mmol/l). Spolu se sodíkem se podílí na acidobazické rovnováze a stálém osmotickém tlaku tělních tekutin. Ovlivňuje také činnost svalů, včetně svalu srdečního. Zdrojem draslíku jsou prakticky všechny rostliny, hlavně ořechy a meruňky.

Vápník je stavební součástí kostí a zubů, umožňuje funkci převodního systému srdce, snižuje svalovou dráždivost a zasahuje do srážení krve. Zdrojem vápníku jsou především mléčné výrobky.

Fosfor v anorganické formě najdeme v kostech a zubech a v podobě organické je součástí organických sloučenin (fosfolipidy, fosfoproteidy, nukleové kyseliny). Jeho zdrojem jsou mléko a ryby.

Hořčík se vyskytuje ve svalech, kostech a jeho zdrojem je mléko a luštěniny.

Síra je obsažena v pojivových tkáních a chrupavkách (jako aminokyseliny cystein a methionin), zdrojem jsou vejce a mléko.

## **2.1.6 Voda**

Voda tvoří základ vnitřního prostředí obklopující buňky i větší podíl buněčného prostředí.

### **2.1.6.1 Rozdělení vody v organismu**

*Celková tělesná voda* (CTV) tvoří asi 60 % hmotnosti lidského organismu. Podíl vody je větší u dětí a snižuje se ve stáří. Ženy mají nižší podíl CTV, protože mají větší podíl tuku v organismu. Nižší podíl CTV mají tudíž také lidé obézní. CTV dělíme na *intracelulární tekutinu* (ICT) v buňkách a *extracelulární tekutinu* (ECT), kterou rozlišujeme na *intravaskulární tekutinu* tj. voda plasmy a *intersticiální tekutinu* neboli tkáňový mok.

### 2.1.6.2 Vodní bilance

Přehled vodní bilance u zdravého člověka za běžných podmínek v ČR

<b>Příjem tekutin</b>	<b>ml/den</b>	<b>Výdej tekutin</b>	<b>ml/den</b>
Voda v nápojích	1500	Moč	1500
Voda v potravě	600	Voda ve stolici	50
Metabolická voda	400	Insenzibilní respirace a vydýchaná voda	500 450
<b>Celkový příjem</b>	<b>2500</b>	<b>Celkový výdej</b>	<b>2500</b>

(Racek, 1999)

Při patologických stavech jsou i další cesty příjmu a ztrát tekutin. Příjem tekutin parenterální cestou (infuze) a výdej krvácením, sekrecí z ran, poruchami gastrointestinálního traktu (průjem, zvracení, píštěle, stomie, drény), poruchami ledvin. Nezbytné je sledovat složení tekutin. Liší se koncentrací bílkovin i minerálů.

Výše popisovanou vodní bilanci můžeme označit jako zevní. Vnitřní bilance znamená případný přesun tekutiny mezi jednotlivými tělesnými kompartmenty.

### 2.1.6.3 Regulace metabolismu vody a sodíku

Sodík (natrium,  $\text{Na}^+$ ) je hlavní extracelulární kationt, podílí se největší měrou na osmotickém tlaku ECT a váže na sebe nejvíc vody ze všech iontů. Sodík přijímáme potravou ve formě chloridu sodného (kuchyňská sůl). Retence sodíku je vždy doprovázená retencí vody a naopak, proto je metabolismus vody neoddělitelný od metabolismu sodíku a stejně tak jejich regulace v organismu.

Příjem vody je řízen hypotalamem, kde je centrum žízně.

Vlastní řízení umožňuje antidiuretický hormon (ADH, vazopresin), který se tvoří v hypotalamu jako reakce na zvýšenou aktivitu centra pro žízeň. Axonálním prouděním se dostává do zadního laloku hypofýzy a odtud do krve. Zajišťuje vstřebávání vody v distálním tubulu a ve sběracím kanálku ledvin.

Nepřímo se na regulaci vody podílí aldosteron (hormon kůry nadledvinek) zpětnou resorpcí sodíku v distálním tubulu a sběracím kanálku ledvin. Se sodíkem se pasivně vstřebává voda. Příkladem regulace sekrece aldosteronu je

ztráta izotonické tekutiny (zvracení, průjmy, krvácení). Důsledkem ztráty ECT je pokles krevního tlaku a s tím spojené nebezpečí selhání krevního oběhu a funkční selhání ledvin. Snížené prokrvení ledvin vede k snížení tlaku ve vas afferens ledviny a juxtaglomerulární aparát reaguje produkcí reninu. Renin je enzym přeměňující angiotenzinogen (polypeptid tvořený v játrech, cirkulující v krvi) na angiotenzin I. Ten, působením angiotenzin-konvertujícího enzymu (ACE) se mění na angiotenzin II. Jeho metabolit angiotenzin III zvyšuje produkci aldosteronu v kůře nadledvin.

Atriální natriuretický faktor je jediný hormon, který zvyšuje vylučování vody z organismu. Tvoří se při zvýšeném objemu cirkulující tekutiny v srdečních předsíních. Chrání srdce před objemovým přetížením.

#### **2.1.6.4 Poruchy vodní bilance**

**Dehydratací** označujeme nedostatek vody v organismu, který může být způsobený nedostatečným příjmem tekutin (nedostatečný pitný režim) nebo nadměrným výdejem (zvracení, průjem, krvácení, odpady ze stomií, drénů aj.).

- dehydratace izotonická – při zvracení, průjmu, popáleninách dochází ke ztrátě ECT, která se projevuje únavou, nauzeou, sníženým turgorem kůže, poklesem krevního tlaku, snížené prokrvení orgánů vede k jejich selhávání (osmolalita ECT se nemění, nedochází k přesunům v mezi ECT A ICT)
- dehydratace hypertonická – při horečce (insenzibilní respirací, dechem), nedostatečném hrazení tekutin (staří lidé, malé děti, nemocní v bezvědomí), polyúrii (diabetes insipidus, selhání ledvin) dochází ke *ztrátám prosté vody (osmolalita ECT stoupá, přesun tekutin ICT do ECT)*

**Hyperhydratace** je stav, kdy je tekutin v organismu nadbytek, důvodem je nadměrný příjem (nesprávná infuzní terapie) nebo poruchy vylučování tekutin z organismu (nemoci ledvin, srdce, jater).

- hyperhydratace izotonická – při srdeční nedostatečnosti, jaterní cirhóze (osmolalita ECT se nemění)
- hyperhydratace hypotonická – při selhání ledvin, nedostatku glukokortikoidů, při těžkých úrazech (snížená osmolalita ECT)

## **2.1.7 Poruchy výživy**

### **2.1.7.1 Obezita**

Nadměrný energetický příjem (velké množství stravy, nevhodné složení) a zároveň nedostatečný výdej energie (málo pohybových aktivit, nemožnost pohybu) vedou k onemocnění, které se nazývá obezita. K příčinám nemoci patří také poruchy vnitřní sekrece, genetické faktory i porucha signalizace stavu tukových zásob (popsán nedostatek receptorů pro leptin).

Obezita je prokázaným rizikovým faktorem pro vznik ischemické choroby srdeční, diabetu mellitu, hypertenze, poruch pohybového aparátu.

### **2.1.7.2 Podvýživa**

Podvýživa (malnutrice) je patologický stav způsobený nedostatkem živin. Pokročilé stádium malnutrice se nazývá kachexie a nejvyšší stupeň kachexie se označuje jako marasmus.

Nedostatek živin, minerálů a vitamínů se odráží na funkci jednotlivých orgánových soustav

- snížení hmotnosti srdečního svalu vede ke snížení kontraktility, poklesu minutového výdeje (norma 5- 5,5 l/min) a hypotenzi, při těžké malnutrici může dojít u nemocného k srdečnímu selhání
- funkce ledvin jsou omezeny sníženým prokrvením, dochází ke snížené glomerulární filtraci, může dojít k poruchám metabolismu vody a minerálů
- respirační funkce jsou sníženy v případě, že dojde k úbytku respiračního svalstva, dohází k poruše inervace dechového svalstva a tím také k omezení ventilace
- u silně malnutričních pacientů dochází ke strukturálním změnám v tenkém střevu a následně ke zhoršené schopnosti absorpce lipidů, disacharidů a glukózy, dochází ke snížené sekreci žaludeční a

pankreatické šťávy a žluči a následnému prohloubení malnutrice, průjmy vznikají na základě strukturálních a atrofických změn ve střevech

- stav podvýživy vždy naruší imunitní systém, postihuje imunitu buněčnou i humorální a důsledkem jsou časté infekce a komplikace při hojení ran
- je snížena tolerance chladu, dochází k poruchám termoregulace (úbytek tukové tkáně, snížená tvorba tepla, snížená tvorba tyroxinu), může dojít k poklesu teploty tělesného jádra o 1 – 2°C a následně poruchám centrálního nervového systému (sklon k depresím)

### 2.1.7.3 Příčiny podvýživy

- neadekvátní příjem potravy (poruchy polykání, motility GIT, obstrukce GIT, poruchy vědomí, potravinové alergie, chudoba)
- poruchy trávení (gastrektomie, pankreatobiliární nedostatečnost, enzymové defekty)
- poruchy vstřebávání (krátké střevo, píštěle, enteritida, léky, projímadla)
- metabolické poruchy (poruchy jater, respirační a ledvinová nedostatečnost)
- zvýšené ztráty a zvýšená spotřeba (píštěle, abscesy, diabetes mellitus, infekce, trauma, operace, nádory)
- psychické poruchy

### 2.1.7.4 Klasifikace podvýživy

**marantický typ** (proteino – kalorická malnutrice) – nedostatek přívodu energie a proteinů, ale při zachovaných regulačních schopnostech organismu, při prostém hladovění

**kwashiorkorový typ** – deficit proteinů při stresovém hladovění s výrazným katabolismem nebo při nedostatku hodnotových proteinů, nástup je rychlý, dny až týdny, u nemocných s polytraumatem, sepsí, s popáleninami, po rozsáhlejších chirurgických zákrocích

### 2.1.7.5 Diagnostika podvýživy

**Hmotnost** je důležitým ukazatelem stavu výživy, k tomuto údaji je nutná také hodnota tělesné výšky (hmotnostně – výšková proporcionalita)

**BMI** ( Body Mass Index, index tělesné hmotnosti, Queteletův index )

vzorec:  $\text{hmotnost [kg]} / (\text{výška [m]})^2$

BMI [kg/m <sup>2</sup> ]	kategorie
< 16,5	podvýživa
16,5 – 18,4	podváha
18,5 – 24,9	norma
25,0 – 29,9	nadváha
30,0 – 34,5	obezita 1. stupně

( World Health Organisation, 2003)

### Antropometrické hodnocení

*Obvod paže* – hodnocení stupně podvýživy podle obvodu svalstva paže

vzorec:  $\text{obvod paže [cm]} - (0,314 \cdot \text{kožní řasa nad tricepsem [mm]})$

stupeň podvýživy	muži	ženy
nezjištěna	25,3 – 22,8	23,0 – 20,9
lehká	22,8 – 20,8	20,9 -18,6
střední	20,2 -17,7	18,6 – 16,2
těžká	< 17,7	< 16,2

(Brodanová, Anděl, 1994 )



*Velikost kožní řasy nad tricipsem* – k posouzení tukových rezerv měřené kaliperem

standard (%)	muži [mm]	ženy [mm]	tukové rezervy
100 -60	12,0 -7,0	23,0 -14,0	adekvátní
50 - 30	6,0 – 3,5	11,5 – 7,0	hraniční
20	2,5	4,5	vyčerpané

(Keller, 1993)

### **Nottinghamský dotazník**

Nottinghamský dotazník slouží k rychlému posouzení rizika malnutrice u hospitalizované osoby. Posuzuje se

- hodnota BMI (< 18,0; 18,0 – 20,0; > 20,0)
- nechtěný váhový úbytek v posledních 3 měsících před hospitalizací (žádný – 3 kg – více jak 3 kg)
- snížení příjmu potravy v posledním měsíci před hospitalizací (ano – ne)
- tzv. stresový faktor ukazující na stupeň závažnosti základního onemocnění (závažný – mírný – žádný)

Bodové ohodnocení každé otázky je 0 – 2 body. Při celkovém bodovém ohodnocení 2 a méně bodů není riziko malnutrice, 3 – 4 body je aktuální riziko malnutrice, vhodné monitorování ohrožené osoby a při hodnocení 5 a více bodů je riziko podvýživy vysoké, nutná intervence.

### **Laboratorní vyšetření**

Vyšetření krve - krevní obraz , glykémie, bilirubin, AST (asparát-aminotransferáza), ATL (alaninamino transferáza), ALP (alkalická fosfatáza), GMT (gama glutamyltransferáza), urea, albumin, kreatinin, Na (sodík), K (draslík), Cl (chlór), , Ca (vápník), cholesterol, triacylglyceroly, prealbumin, transferuj, Fe, Mg, Zn, Se

Vyšetření moči – kreatinin, Na, K, Cl, Ca

albumin (< 28 g/l)

- plazmatická bílkovina, která se syntetizuje především v játrech (17 g/den), poločas rozpadu 20 dnů
- sepse, infekce, špatné hojení ran je spojené s poklesem albuminu v krevním séru
- v důsledku hypoalbuminemie může dojít k poklesu onkotického tlaku a tvorbě otoků
- ukazatelem porušeného nutričního stavu se stává po odeznění stresu základní choroby, kdy u dobře živých nebo jen lehce malnutričních osob se hodnota albuminu vrací k normě na rozdíl od pacientů s těžkou malnutricí

prealbumin (< 0,1 g/l)

- poločas rozpadu dva dny, v těle nevelké zásoby
- obsahuje tryptofan důležitý pro syntézu proteinů
- udává se, zachytí 44 % osob ohrožených podvýživou ještě v období, kde je hladina albuminu v normě
- vhodné monitorování účinnosti nutriční podpory v kombinaci s albuminem
- pokles prealbuminu provází také cirhózu jater, hepatitidu, záněty

transferin (< 1,5 g/l)

- odpovědný za absorpci a transport železa
- jako ukazatel stavu výživy má poměrně nízkou specifitu i senzitivitu
- na pokles hodnoty transferinu vedle malnutrice mají vliv choroby jater, operace, antibiotika

### 2.1.7.6 Terapie podvýživy

#### Kontrolovaný perorální příjem

Ve všech nemocnicích je používán tzv. jednotný dietní systém.

#### Základní diety

	<b>kJ</b>	<b>dieta</b>		<b>kJ</b>	<b>dieta</b>
<b>0</b>	6000	tekutá	<b>8</b>	6 000	redukční
<b>1</b>	11 000	kašovitá	<b>9</b>	8 000	diabetická
<b>2</b>	12 000	šetřící	<b>10</b>	10 000	neslaná, šetřící
<b>3</b>	12 000	racionální	<b>11</b>	14 00	výživná
<b>4</b>	11 000	omezení tuků	<b>12</b>	8 000	strava batolat
<b>5</b>	12 000	bezezbytková	<b>13</b>	11 000	předškolní věk
<b>6</b>	10 000	nízkobílkovinná	<b>13S</b>		mladší školní věk
<b>7</b>	9 000	nízkocholesterolová	<b>14</b>		speciální dietní přístupy

(Kapounová, 2007)

#### Pití tekutého nutričního přípravku (sipping)

Nemocný popíjí v určených časových intervalech ochucený nutriční roztok. Sipping je indikován u dobře spolupracujících pacientů s lehkou nebo středně těžkou formou malnutrice a s normální funkcí horní části zažívacího traktu.

#### Umělá enterální výživa

Spočívá v aplikaci výživové směsi sondou do zažívacího traktu. Sondou lze zavést nosem nebo přes stěnu břišní do žaludku (gastrostomie, zaváděná buď endoskopicky nebo operačně), tenkého střeva. Výživové směsi jsou v nemocničním prostředí výhradně komerčně vyráběné přípravky s vhodnou osmolalitou a definovaným nutričním a chemickým složením. V domácím

prostředí lze tolerovat mixovanou domácí stravu podávanou sondou do žaludku či gastrostomie. Do tenkého střeva musí být podávané komerčně vyráběné přípravky a to především oligomerní.

Výživové směsi se dělí do 4 skupin

- polymerní výživa – částečně natrávená, předpokladem je alespoň částečně zachovaná činnost zažívacího traktu
- výživa oligopeptidová – rozštěpené složky potravy (disacharidy, oligosacharidy, hydrolyzované proteiny, oleje s esenciálními mastnými kyselinami), v případech zhoršené trávicí a resorpční funkce zažívacího traktu
- elementární výživa – u těžkých poruch funkce trávicího traktu
- výživa modifikovaná – obohacena o nutriety s léčebným účinkem (jaterní selhání)

Komplikace mohou nastat mechanické (vytažení sondy, ucpání), infekční (kontaminace výživy, infekce v místě perkutánního zavedení sondy) a metabolické (zácpa, hyperglykemie, zvracení, průjem).

### **Parenterální výživa**

Nejčastější indikací parenterální výživy je malnutrice, anorexie, poruchy vstřebávání, ileus, píštěle, záněty a stenózy, operace zažívacího traktu a další.

Potřebu energie lze orientačně určit z tabulek nutriční podpory, která dělí nemocné do tří skupin.

Potřeba energie u nemocného

základní	120 – 150 kJ/kg/den	nemocní bez zjevného katabolismu
střední	150 – 200	mírný katabolismus, teploty, stres
vysoká	200 - 250	vysoký katabolismus, horečka, těžší stres

( Kapounová, 2007)

Parenterální výživu dělíme na

- doplňkovou, která nekryje denní spotřebu pacienta ve všech nutričních složkách
- totální parenterální výživu, která dlouhodobě kryje všechny potřebné složky výživy
- orgánově specifickou výživu, která obsahuje vedle nutričních a energetických složek i složky nutriční s farmakologickým efektem

Parenterální výživu lze aplikovat do periferního žilního řečiště a centrálního žilního řečiště.

## 2.2 Nádorová onemocnění

Nádorové onemocnění můžeme charakterizovat jako neregulovaný růst buněk spojený s poruchou kontrolních mechanismů a buněčné diferenciaci. Nekontrolovaný růst vede ke zvětšení takto postižené tkáně, která může utlačovat okolní struktury. Může také dojít k postupné invazi do okolních struktur a metastazování lymfatickou nebo krevní cestou do vzdálených orgánů.

### 2.2.1 Patogeneze nádorů

Vznik nádoru (tumor, novotvar) je multifaktoriální. Lze ho rozdělit na několik etap. Zahájení procesu (*iniciace*) nastává účinkem zevních nebo vnitřních faktorů. Dochází sice ke genetické poruše, ale ta může být řadu let bez funkčních důsledků. Při spoluúčasti dalších podnětů dochází k dalšímu vývoji (*promoce*), při které se objevují poruchy diferenciaci buněk. V tomto období existuje možnost zastavení abnormálního vývoje. V opačném případě se mění genotyp buněk a vzniká maligní klon (*konverze, transformace*). Změněné buňky nereagují na regulační mechanismy a dochází k lokálnímu růstu nádoru (*progrese*) a následně k šíření nádorových buněk mimo prvotní ložisko cestou krevní nebo lymfatickou (metastazování).

### 2.2.1.1 Rizikové faktory

Rizikové faktory - zevní

- fyzikální – ionizující a ultrafialové záření
- chemické – těžké kovy (kobalt, berylium, nikl), arzen, polycyklické aromatické uhlovodíky, nitrosaminy, benzen
- biologické – viry (HPV – lidský papillomavirus), méně bakterie a paraziti

- vnitřní

- individuální genetické dispozice
- aktuální zdravotní stav

### 2.2.1.2 Prekancerózy

Jako prekanceróza se označuje tkáň, kde došlo k dysplazii buněk. Dochází k poruchám buněčné a tkáňové diferenciaci. To znamená buněčnou nepravidelnost, změny stavby tkáně, změny v počtu a tvaru buněčných jader, zmnožení jaderného chromatinu a zvýšená mitotická aktivita. Dysplazie je někdy reverzibilní, jindy dojde k rozvoji malignity.

Klasifikace dysplazie - příklady

děložní hrdlo – CIN (I – III) – cervical intraepithelial neoplasia

prostata – PIN (I – III)

vulva – VIN (I – III)

### 2.2.1.3 Nádory zhoubné

Zhoubné (maligní) nádory jsou charakteristické nekontrolovaným chaotickým a rychlým růstem buněk bez ohraničení léze s prorůstáním do okolních struktur, vlastním cévním zásobením, metastazováním do vzdálených míst. Často jsou příčinou kachexie (nádorová kachexie).

### 2.2.1.4 Nádory nezhoubné

Nezhoubné (benigní) nádory rostou obvykle pomaleji než maligní, ohraničeně a nemetastazují. Mohou způsobovat útlak okolních tkání.

## 2.2.2 Klasifikace zhoubných nádorů

Morfologická klasifikace maligních nádorů

- nádory lymfatické tkáně – lymfomy
- nádory krevní tkáně
- nádory vycházející z epitelu - karcinomy
- nádory mezenchymové – sarkomy

Klinická klasifikace maligních nádorů – TNM

T – tumor – rozsah primárního nádoru (T1,2,3..T0 – primární nádor nezjištěn)

N – uzlina – rozsah postižených uzlin (T0 – nejsou postižené, T1,2,...)

M – vzdálené metastázy – (MX – nelze stanovit, M0 – nejsou přítomny, M1,2,...)

Histopatologický grading – G (1 – 4) Poskytuje informace o stupni diferenciaci primárního nádoru. Má 4 stupně G - 4 (dobře, středně, málo diferencovaný a nediferencovaný). CX znamená, že nelze určit stupeň diferenciaci

## 2.2.3 Diagnostika nádorů

### Anamnestická data

Získáme data o hereditární dispozici ke zhoubnému bujení, údaje o expozici prokázanými škodlivinami (alkohol, kouření, záření, chemické látky), hmotnostním úbytkem, anorexií a další.

### Monitoring nádorových markerů

Jako nádorové markery označujeme laboratorně prokazatelné známky, kterými se některá onemocnění projevují, mohou to být některé antigeny, enzymy, hormony, s nádorem sdružené proteiny a další.

### **Cytologické a bioptické vyšetření**

- *exfoliantní cytologie* – umožňuje detekci nádorových buněk v tělesných dutinách nebo na jejich povrchu přímým stěrem, speciálním kartáčkem po mechanické iritaci nebo laváží dutého orgánu, hodnocení nátěru pod mikroskopem, nevýhodou je malý vzorek tkáně a možná nejistota při posuzování
- *aspirační cytologie* – získává materiál punkcí maligní tkáně, hodnocení nátěru pod mikroskopem, opět malý vzorek tkáně
- *bioptické vyšetření* – získání dostatečně velkého množství tkáně k histologickému vyšetření peroperačně nebo endoskopicky

### **Zobrazovací metody**

- *ultrasonografie (SONO)* – vyšetření ultrazvukem je neinvazivní vyšetřovací metoda, která je založena na schopnosti ultrazvuku pronikat tkáněmi (na rozhraní tkání se zvukový impuls láme a odráží, zachycováním ozvěn se vytváří ultrasonografický obraz), metoda nezatěžuje pacienta, ekonomicky výhodná, široké použití
- *rentgenové vyšetření (RTG)* – v onkologické problematice se uplatňují všechny formy RTG vyšetření (prostý RTG snímek, kontrastní vyšetření, invazivní kontrastní vyšetření, mamografie), nutné zvážit výtěžnost metody pro pacienta vzhledem k radiační zátěži z vyšetření
- *počítačová tomografie (CT)* – trojrozměrné rekonstrukce vyšetřované části těla, zobrazení jednotlivých struktur lidských tkání s vysokou rozlišovací schopností, opět nutné zvažovat radiační zátěž nemocného, zůstává zlatým standardem onkologického stagingu
- *magnetická rezonance (MR)* – využívá k zobrazení jednotlivých tkání měření změn magnetických momentů atomových jader, tyto změny detekuje v magnetickém poli, které nepředstavuje radiační zátěž pro pacienta, je vhodnou volbou k vyšetření mozku, míchy, svalů, šlach, srdce, cév a orgánů dutiny břišní



- *jednofotonová emisní tomografie (SPECT)* – k funkčnímu zobrazení tkání využívá fotony záření gama (scintigrafie skeletu při monitorování kostních metastáz)
- *pozitronová emisní tomografie (PET)* – funkční zobrazení tkání pomocí anihilačního jevu záření beta, v současné době možnost provádět PET/CT, kde zobrazení funkce koreluje se zobrazením morfologickým, stejně jako v případě SPECT vyšetření je nutné zvážit radiační zatížení pacienta, které vyplývá z principu metody
- *endoskopické metody* – mají mimořádný význam pro diagnostiku nádorů rostoucích v dutých orgánech a v tělních dutinách, lze odebrat vzorek k biopsii, provádět léčebné a paliativní metody

## 2.2.4 Terapie nádorů

### Chirurgická léčba

*Operační přístupy* – se uskutečňují v různých etapách vývoje nádorového onemocnění

- profylaktická chirurgie - příkladem je bilaterální mastektomie u BRCA (z „breast cancer“) pozitivních pacientek
- diagnostická chirurgie – umožňuje získat dostatek bioptického materiálu, zpřesní stádium pokročilosti nádorového procesu
- paliativní chirurgie – řeší komplikace, které nemocného mohou ohrozit na životě (komprese míchy, obstrukce zažívacího nebo vylučovacího systému)
- chirurgická léčba metastáz
- rekonstrukční chirurgie – obnovuje funkci poškozených tkání

*Endoskopické a miniinvazivní postupy*

*Kombinace chirurgické léčby s jinými metodami*

- předoperační ozáření – zmenšení nádorového ložiska, inaktivace nádorových buněk
- pooperační ozáření – omezení recidivy v místě

- předoperační chemoterapie – usnadňuje operabilitu nádoru, může ovlivnit vzdálené mikrometastázy
- pooperační chemoterapie – významně prodlužuje bezpříznakové období a celkovou dobu přežití

### **Radioterapie**

Radioterapie spolu s chirurgickou léčbou hlavními v místě nádoru působícími modalitami onkologické léčby. Žádná ale nepostihuje vzdálené metastázy. U časných stádií má radioterapie kurativní cíl zničit ložisko, cílem paliativní radioterapie je zmírnění symptomů.

Forma ozáření může být celotělová nebo místní (včetně vkládání zdrojů záření do tělních dutin).

### **Chemoterapie**

Chemoterapie je metoda využívající k léčbě nádorového onemocnění účinek chemických sloučenin. Použití chemoterapie jako hlavní léčebné metody je omezeno řadou faktorů, zásadní je citlivost nádorových buněk k chemoterapii. Je nepostradatelným doplňkem chirurgické léčby a radioterapie, protože může ovlivnit diseminované onemocnění.

Chemoterapeutika lze aplikovat místně (játra, výplachy močového měchýře) nebo celkově.

### **Nežádoucí účinky protinádorové léčby**

- *po chirurgické léčbě* – anatomické defekty, funkční poruchy (amputace, stomie aj.), psychická zátěž, ztížená sociální adaptace
- *po radioterapii* – systémové nežádoucí účinky (útlum krvetvorby), lokální (kožní erytém, suchá kůže a sliznice, porucha pigmentace, epilace), pozdní nežádoucí účinky (mediastinita, pneumonitida, nefritida, enteritida, sterilita, riziko vzniku druhotných malignit)
- *po chemoterapii*

Přehled nežádoucích účinků cytostatik a hormonů (Klener, 2002)

	Toxicita společná různým cytostatikům	Toxicita specifická
<i>Bezprostřední</i> (hodiny, dny)	nevolnost, zvracení, lokální nekrózy, kožní rach, renální insuficience	horečka, cystitida, hypertenze, hypotenze, hypokalcémie
<i>Časná</i> (dny, týdny)	leukopenie, trombocytopenie, alopecie, stomatis, průjem	paralytický ileus, retence tekutin, psychóza, pantreatis, ototoxicita
<i>Oddálená</i> (týdny, měsíce)	anémie, azoospermie, hyperpigmentace, hepatocelulární léze, fibróza plic	periferní neuropatie, kardiotoxicita, zácpa, Cushingův syndrom, feminizace, maskulinizace
<i>Pozdní</i> (měsíce, roky)	sterilita, hypogonádismus, sekundární malignity	katarakta, jaterní cirhóza, osteoporóza

### 2.2.5 Karcinom děložního hrdla

Karcinom děložního hrdla se zpravidla vyvíjí v místě malé dysplazie, nejčastěji v oblasti tzv. junkční zóny (přechod mezi dlaždicovým epitelem ektocervixu a cylindrickým epitelem endocervixu). Dysplazické změny (CIN – cervikální intraepitelová neoplazie) se klasifikuje stupněm 3. Šíří se do děložního těla, do pochvy, močového měchýře, způsobuje stenózu uretrů, tvorbu vesikovaginálních nebo rektovaginálních píštělí.

#### Patogeneze, rizikové faktory

Je zřejmá souvislost s infekcí papiloma virem (HPV – human papillomavirus), zejména typ 16, 18, 31, 33, 35, 45, 56. Spolu s dalšími faktory indukuje maligní

transformaci buněk. K rizikovým faktorům patří časný první koitus, promiskuita, multiparita, kouření. Častější výskyt v nižších socioekonomických vrstvách.

### **Klinický obraz**

V počátcích asymptomatický klinický obraz, později vaginální krvácení, výtok. Bolesti v sakrální krajině, dysúrie nebo změny ve vyprazdňování stolice.

### **Diagnostika**

- kolposkopie a cytologie
- biopsie
- počítačová tomografie (CT)
- magnetická rezonance (MR)
- pozitronová emisní tomografie (PET)
- monitorování nádorových markerů

### **Terapie**

*Chirurgická léčba* – v časných stádiích, konizace hrdla (klasická, laserová), radikální vaginální trachelektomie (resekce hrdla, zachování těla, lymfadenektomie), hysterektomie

*Radioterapie* – brachyterapie (zdroje  $^{137}\text{Cs}$ ,  $^{192}\text{Ir}$ ), teleradioterapie (frakcionalizace dávek 1,8 -2 Gy do celkové dávky 50 – 55 Gy)

*Chemoterapie* – v posledních letech užívaná forma kombinované chemoterapie, případně kombinace s radioterapií

### **Prognóza**

Prognóza závisí především na pokročilosti onemocnění, na přítomnosti rizikových faktorů, věku nemocné, odpovědi na léčbu.

## 2.3. Náhlé příhody břšní

Náhlé příhody břšní (NPB) jsou skupina akutních břšních onemocnění, které vznikají více či méně náhle z pocitu plného nebo dobrého zdraví a mohou ohrozit nemocného na životě.

### 2.3.1 Příznaky NPB

Nejdůležitější je *bolest břcha*. Bolest, která přetrvává déle než 6 hodin je nutné považovat za možnou NPB. Charakter bolesti závisí na její příčině. Prudká, ostrá, náhlá bolest je typická při perforaci dutého orgánu, strangulaci nebo zánětu slinivky břšní, bolest intermitentní, postupně se zhoršující při střevní obstrukci a nepřesně lokalizovaná bolest bývá vyvolaná drážděním vegetativních nervů peritonea.

Dalšími příznaky jsou *nechutenství, nauzea až zvracení, poruchy peristaltiky spojené se zástavou plynů a stolice. Teplota bývá zvýšena* hlavně při nitrobřšních zánětech a strangulaci střeva. V pokročilých stádiích NPB bývá téměř normální. *Zrychlení pulsu* bývá větší než by odpovídalo zvýšení teploty a *k poklesu krevního tlaku* dochází až v pokročilých stádiích.

### 2.3.2 Diagnostika NPB

K diagnostice NPB patří anamnéza, fyzikální vyšetření, laboratorní vyšetření krve a moče, v případě diferenciální diagnostiky a při určování stádia onemocnění také rentgenové vyšetření, ultrazvukové a CT vyšetření. Včasná diagnóza je nezbytná pro dobrou prognózu onemocnění.

### **2.3.3 Rozdělení NPB**

#### **Zánětlivé NPP**

Mezi nejčastější zánětlivé NPB patří akutní zánět apendixu, akutní zánět žlučníku a žlučových cest, diverkultida tračníku. Pokud tyto stavy nejsou včas léčeny vedou k zánětu pobřišnice.

#### **Traumatické NPB**

Poranění břicha mohou být způsobena tupým nárazem (zavřená poranění) nebo mohou být bodná a střelná (otevřená poranění). Mohou vést ke krvácení do dutiny břišní nebo orgánu. Často jde o kombinaci krvácení a perforace.

#### **Ileózní NPB**

Důvodem střevní neprůchodnosti může být

- mechanická střevní obstrukce – žlučový kámen, nestrávené části potravy, parazité, nádor, zánět, jizva po ozáření, útlakem jiných orgánů, uskřínutí kýly, invaginace střeva, otočení orgánu (volvulus žaludku, střeva)
- neurogenní ileus – vzácně spastický častěji paralytický ileus (ochabnutí až ochrnutí střevní peristaltiky nejčastěji jako důsledek zánětu v břišní dutině)
- cévní ileus – porušení cévního zásobení střeva, nejčastěji z důvodu embolie nebo trombózy

### **2.3.4 Terapie NPB**

Postupy léčby jsou závislé na příčině NPB a pokročilosti onemocnění.

#### **Konzervativní léčba**

Příkladem konzervativní léčby je aplikace antibiotik u zánětů, léků tlumící sekreci pankreatických šťáv u zánětu slinivky břišní, zavedením nazogastrické sondy jako prevence aspirace, infuzní terapie, klyzma při mechanickém ileu, kdy překážkou je zahuštěná stolice nad stenózou a další.

#### **Chirurgická léčba**

Cílem chirurgického zákroku je odstranit překážku (odstranění kýly, resekci střeva) nebo obejít překážku spojkou (anastomóza u neodstranitelných nádorů nebo jiných defektů). V některých případech je nezbytné založit vývod střeva (stomie).

#### Střevní stomie

Stomie znamená vyústění střeva přes stěnu břišní. Název se liší podle toho, ve které části byla stomie provedená. Jejunostomie a ileostomie jsou označení pro stomie na tenkém střevě a cékostomie, transverzostomie, sigmoideostomie případně souborný název kolonostomie jsou názvy pro zákroky na tlustém střevě.

Stomie může být založena jako

- dočasná – je možné obnovit kontinuitu a funkci daného orgánu (po залечení zánětu, zhojení operačního pole po anastomóze střeva)
- trvalá – terminální stav, změněná anatomie (odstranění konečníku, tlustého střeva)

### **3. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM**

Jméno a příjmení: Z.P.  
Věk: 34 let  
Pohlaví: žena  
Povolání: invalidní důchod  
Stav: svobodná  
Datum přijetí: 9.10.2008  
Oslovení: paní P.

#### **3.1 Lékařská anamnéza**

Převzato ze zdravotnické dokumentace.

##### **Osobní anamnéza**

Běžná dětská onemocnění. Zlomenina pravé holení kosti při autonehodě v roce 1995. Plastika levého močovodu v lednu 2007. Inoperabilní adenocarcinom děložního čípku prorůstající střešní stěnou v listopadu 2007. Stav po chemoterapii a radioterapii v dubnu 2008. Subileózní stav při chronickém poradiačním zánětu střev v září 2008. Řešen konzervativně. Paliativní revize břišní pro ileus, ileostomie 29.9.2008.

##### **Rodinná anamnéza**

Otec pacientky zdrav. Matka má hypercholesterolémii. Sestra zdravá. Nádorová onemocnění v rodině se nevyskytují.

##### **Alergická anamnéza**

Pacientka udává alergii na Septonex.

##### **Gynekologická anamnéza**

Fyziologické těhotenství a porod v roce 2004, další viz osobní anamnéza.



### **Sociální a pracovní anamnéza**

Paní P. žije s rodiči. Před onemocněním pracovala jako barmanka, nyní je v invalidním důchodu. Kouření a alkohol příležitostně.

### **Farmakologická anamnéza**

Při přijetí nemocná užívá Cipralex tbl. 10 mg (1 – 0 – 0).

### **Nynější onemocnění**

Pacientka udává únavu, občasné bolesti břicha, pocit plnosti a pálení žáhy. Poslední 2 – 3 dny močí méně. Odpad z ileostomie podle dokumentace 1000 ml denně, podle nemocné 600 ml.

### **Objektivní nález při příjmu**

Váha: 43 kg  
Výška: 176 cm  
TK: 120/70 mmHg  
TF: 70/min  
DF: 16/min  
TT: 36,6 °C  
BMI: 13,9

### **Závěr při přijetí**

Nedostatečný stav hydratace a podvýživa v souvislosti s ileostomií po paliativní revizi břišní pro ileus. Základní diagnóza inoperabilní adenokarcinom děložního čípku infiltrující střešní stěnu. Stav po radioterapii a chemoterapii. Dyspepsie. Zvážení nutnosti parenterální výživy.

## **3.2. Diagnostický souhrn**

### **Biochemické vyšetření**

Odběr při příjmu. Sodný kationt 129 mmol/l (RH 135 – 146), draselný kationt 3,3 mmol/l (RH 3,6 – 5,5), chloridy 96 mmol/l (RH 97 – 115), ALT 2,15 ukat/l

(RH 0,15 – 0,3), AST 2,13 ukat/l (RH 0,10 – 0,66), CRP 13,3 mg/l (RH 0,0 – 5,0).

### **Odpad ze stomie**

1. den hospitalizace odpad z ileostomie 900 ml.

### **PET/CT vyšetření**

Ložisko neoplázie v oblasti děložního hrdla a těsně naléhajícího střeva.

## **3.3 Terapeutické opatření**

### **Farmakoterapie**

#### *Ciprallex 10 mg (tbl.)*

Indikační skupina – antidepressiva, selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, léčba úzkostných stavů, depresí, fobií

Nežádoucí účinky – úzkost, neklid, únava, zvýšená potivost, snížená nebo zvýšená chuť k jídlu

Dávkování – 1 × denně, ráno

#### *Imodium 2mg (tbl.)*

Indikační skupina – antidiaroeika, k symptomatické léčbě průjmu, k redukci počtu stolic, objemu a hustoty stolice u pacientů s ileostomií

Nežádoucí účinky – zácpa, nebezpečí ileu při útlumu peristaltiky (akutní ulcerózní kolitida)

Dávkování – 3 × denně

#### *Helicid 20 mg (cps.)*

Indikační skupina – antacida, blokátor protonové pumpy, léčba duodenálních a žaludečních vředů, reflexní choroby jícnu, dyspepsie

Nežádoucí účinky – průjem, zácpa, nauzea, bolest hlavy

Dávkování – 3 × denně

## **Zavedení žilního katérového systému PORTACATH (tzv. port)**

### **Infuzní terapie**

Plasmalyte 1 l/den, 150 ml /h

Nutriflex basal 2 l/den

### **Bilance tekutin - sledování**

### **Dieta - šetřící**

### **Režimové opatření - žádná omezení**

## **3.4 Průběh hospitalizace**

Paní P. byla na interní oddělení přijata 9.10.2008 překladem z chirurgického oddělení. Bylo potřeba zvážit nutnost a formu parenterální výživy.

Při příjmu byl proveden odběr krve k biochemickému vyšetření.

Od prvního dne hospitalizace se sledovalo a zaznamenávalo množství odpadu ze stomie a příjem a výdej tekutin. Nasazen Helicid vzhledem k přetrvávajícím dyspeptickým potížím a Imodium k úpravě množství a konzistence stolice.

Rovněž se denně zjišťovala aktuální tělesná hmotnost pacientky. Opakovaně odběry krve k biochemickému vyšetření.

2. den hospitalizace byl pacientce v lokální anestézii zaveden port do v. subclavia vpravo jako vhodný dlouhodobý žilní přístup pro potřeby parenterální výživy a plánované chemoterapie.

Doplněna výživa o Nutriflex basal 2 l/den a Plasmalyte 1 l/den parenterálně.

3. den pacientka podstoupila kontrolní vyšetření PET/CT, které potvrdilo nutnost další léčby vzhledem k základnímu onemocnění.

Během následujících dnů se množství odpadu ze stomie výrazně snížilo, dyspeptické projevy ustoupily, váha se stabilizovala, nemocná se cítila méně unavená. Pacientku poučila stoma sestra.

Z ošetrovatelského hlediska byl kladený důraz na sledování vyrovnaného příjmu a výdeje tekutin, na váhový přírůstek nemocné, na poučení paní P. v péči o ileostomii. Rovněž byla nutná edukace v péči o port a o způsobu aplikace přípravků parenterální výživy v domácím prostředí.

Paní P. byla 22. den hospitalizace propuštěna do domácího ošetření. Následné kontroly budou probíhat ambulantně na onkologickém oddělení, kde nemocná podstoupí další léčbu základního onemocnění.

## **4. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST**

V této části práce se zabývám získáním informací o paní P. a jejich vyhodnocením. Dále stanovením ošetřovatelských problémů, plánováním, realizací a zpětným zhodnocením ošetřovatelské péče metodikou ošetřovatelského procesu.

Výše uvedeným způsobem jsem vypracovala 3. den hospitalizace paní P. na interním oddělení. Pro zpracování anamnestických dat jsem použila model funkčních vzorců zdraví Marjory Gordonové.

### **4.1 Charakteristika ošetřovatelského procesu**

Ošetřovatelský proces je systematický přístup k ošetřování nemocných, který řeší jejich individuální problémy a je zaměřený na tělesné, duševní a sociální potřeby jednotlivce, rodiny a komunity. Zpětná vazba získaná hodnocením efektu poskytnuté péče umožňuje změnit péči podle momentálních potřeb a situace. Vhodně aplikovaný ošetřovatelský proces snižuje riziko výskytu komplikací a příznivě ovlivňuje míru odpovědnosti nemocného za svůj zdravotní stav.

Ošetřovatelský proces má pět fází:

1. Zhodnocení nemocného (ošetřovatelská anamnéza)
2. Stanovení ošetřovatelského problému (ošetřovatelská diagnóza)
3. Stanovení cílů ošetřovatelské péče (plánování)
4. Vykonání ošetřovatelské péče (realizace plánu)
5. Porovnání dosažených výsledků a efektu s plánovanými cíli (hodnocení)

#### **4.1.1 Model funkčních vzorců zdraví Marjory Gordonové**

Model M. Gordonové vychází z interakce člověka a prostředí, kdy zdravotní stav je vyjádřením bio – psycho – sociálních interakcí. Poruchy v jedné oblasti narušují rovnováhu (zdraví) celého organismu.

Základem modelu je dvanáct oblastí, označených jako dvanáct vzorců zdraví. Každý vzorec představuje určitou část zdraví, která může být buď funkční nebo dysfunkční.

Dysfunkční vzorec je projevem aktuálního onemocnění jedince, nebo může znamenat potencionální problém. Úkolem sestry je takový vzorec určit, zformulovat ošetrovatelský problém a pokračovat v ostatních krocích ošetrovatelského procesu.

Přehled jednotlivých oblastí (vzorců) zdraví:

1. *Vnímání zdraví a aktivity k udržení zdraví*

Oblast zahrnuje vnímání zdraví a pohody jedincem, informace jakým způsobem o sebe pečuje.

2. *Výživa a metabolismus*

Oblast obsahuje způsob přijímání potravy a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu.

3. *Vylučování*

Tato oblast informuje o způsobu vylučování (tlusté střevo, močový měchýř, kůže).

4. *Aktivita a cvičení*

Obsahuje způsoby udržování tělesné kondice. Zahrnuje aktivity denního života a volného času.

5. *Spánek a odpočinek*

Oblast zahrnuje způsob spánku (dobu trvání, kvalitu, usínání), oddechu a relaxace.

6. *Vnímání a poznávání*

Popisuje způsob smyslového vnímání a poznávání (včetně používání kompenzačních pomůcek), vnímání bolesti, úroveň vědomí. Hodnotí poznávací schopnosti jedince (způsob vyjadřování, myšlení, schopnost rozhodování, učení).

7. *Sebepojetí a sebeúcta*

Popisuje jak jedinec vnímá sám sebe a jakou má o sobě představu.

8. *Role a mezilidské vztahy*

Popisuje způsob přijetí a plnění životních rolí a úroveň mezilidských vztahů.

#### 9. *Sexualita a reprodukce*

Tato oblast zahrnuje reprodukční období a sexualitu, včetně spokojenosti a změn.

#### 10. *Stres, zátěžové situace a jejich zvládnání, tolerance*

Zahrnuje individuální rezervy nebo kapacitu jedince ve zvládnání stresových či zátěžových situacích.

#### 11. *Víra a životní hodnoty*

Obsahuje individuální vnímání životních hodnot, cílů a přesvědčení, náboženského vyznání včetně transcendentna, které jedince ovlivňují v jeho chování a rozhodování.

#### 12. *Jiné*

Zde je možné zařadit důležité informace, které nejsou obsaženy v předchozích oblastech.

Popis a hodnocení dvanácti vzorců zdraví umožňují rozeznat, zda se u jedince jedná o funkční chování (ve zdraví) nebo dysfunkční (v nemoci).

(Pavlíková, 2006)

### **4.2 Ošetřovatelská anamnéza získaná 3. den hospitalizace**

Ošetřovatelskou anamnézu jsem sepsala u paní P. podle modelu funkčních vzorců zdraví M. Gordonové. Informace jsem získala rozhovorem s paní P., z dokumentace, konzultací s ošetřujícím personálem a vlastním pozorováním.

#### **Vnímání zdraví a aktivity k udržení zdraví**

Paní P. vnímá zhoršení svého zdravotního stavu, úbytek tělesné hmotnosti i narůstající únavu v souvislosti s akutní příhodou břišní. Do té doby jí zdravotní potíže nebránily postarat se o sebe i syna. Respektuje nutnost hospitalizace a zajímá se o veškeré léčebné postupy, které umožní stabilizaci tělesné hmotnosti a pomohou řešit otázku dostatečné výživy. Pacientka je plně soběstačná.

## **Výživa a metabolismus**

Průběh základního onemocnění přiměl pacientku během posledního roku ke změně stravovacích návyků. Vzhledem k jejímu původnímu povolání (práce v baru) jedla nepravidelně, vcelku zdravě a ráda. Nikdy neměla potíže s nadváhou. Se změnou životního stylu, kterou sebou přineslo onemocnění začala vstávat a chodit spát v pravidelnou dobu, začala také pravidelně jíst. Občasné bolesti břicha, nepravidelné vyprazdňování a netolerance některých jídel ji přimělo jíst často, pravidelně a v malých dávkách. Nadýmání, pálení žáhy a pocit plnosti po jídle ji donutilo vyřadit potraviny, o kterých se dočetla, že mohou potíže vyvolávat. Denně vypije 1,5l tekutin. Nemocniční strava, tj. dieta šetřící a doporučená opatření pro ní tedy nejsou velká změna a ochotně se zajímá o další informace. Chuť k jídlu dobrá, potíže s příjmem potravy nejsou.

Úbytek tělesné hmotnosti je značný. Váha před hospitalizací pro akutní ileus byla 55kg, nyní 43kg, BMI 13,9. V možnosti parenterální výživy vidí řešení svého stavu, zatím si nezvykla na zavedený port.

Pozoruje zvýšené vypadávání vlasů a lomivost nehtů. Kůže v okolí ileostomie i portu je klidná, bledá, bez známek podráždění. Znamky poranění, zánětlivé nebo jiné léze nejsou. Na kůži je patrné snížené napětí, barva v normě.

## **Vylučování**

Asi před půl rokem došlo u paní P. ke změně ve vyprazdňování stolice. Do té doby frekvence vyprazdňování a charakter stolice v normě. Dostavily se bolesti břicha, plynatost, občasné průjmy se střídaly se stavy zácpy. Stolica odcházela nepravidelně, konzistence různá. Úprava stravy nepomáhala. Úporná zácpa a bolesti břicha byly před dvěma měsíci důvodem hospitalizace a konzervační léčby subileózního stavu.

Nyní, cca 2 týdny po zavedení stomie, bolesti břicha téměř ustoupily, obsah odpadu řídký a ve velkém množství i přes snahu dodržovat výživová opatření.

Vylučování (charakter, frekvence) moči v normě, beze změn. Zvýšené pocení nepozorují.



### **Aktivita a cvičení**

V době před onemocněním jezdila na kole, cvičila a chodila se synem na vycházky. Předpokládá, že po úpravě zdravotního stavu se alespoň k některým aktivitám vrátí.

### **Spánek a odpočinek**

Podle slov paní P. nebyla nikdy „ranní ptáče“, charakter zaměstnání ji vyhovoval. Během onemocnění si ale zvykla na 7 – 9 hodin spánku v nočních hodinách, cítila se odpočatá. V nemocnici usíná bez potíží, brzký ranní režim oddělení ji ne vždy vyhovuje. Po zavedení stomie se v noci budí a kontroluje obsah sáčku. Má strach z přeplnění, netěsnosti, protržení.

### **Vnímání a poznávání**

Pacientka je mladá žena bez smyslových vad. Brýle, sluchadla ani jiné pomůcky nepoužívá.

Pozorně sleduje vše, co se týká jejího zdravotního stavu, rozumí výkladu a zapojuje se do nových činností v oblasti sebezpěče. Ví, že po zavedení portu je potřeba, aby zvládla manipulaci a výměnu výživových vaků systému *all in one*, bez této schopnosti by nebyla propuštěna do domácí péče. Péči o stomii zvládne již sama, při kontrolách se ukazuje, že vzorně.

Pacientka chápe danou situaci. Je srozuměna s tím, že úprava výživy, zažívání a tělesné hmotnosti je nezbytná pro zahájení cytostatické léčby.

### **Sebepojetí a sebeúcta**

Paní P. sama sebe hodnotí jako pozitivně laděného člověka. Také tak působí.

Třetí týden bere tabletu Ciprallexu denně a zvažuje její vliv na svou současnou vyrovnanost, kterou pociťuje. Antidepresiva odmítala celou dobu onemocnění až do chvíle, kdy bylo nutné založit stomii. Umí se o ní plně postarat, ale má problém ji přijmout jako součást sama sebe. Z rozhovoru je patrná neochota mluvit na toto téma.

### **Role a mezilidské vztahy**

Pacientka bydlí s rodiči. Ti jí pomáhají během nemoci s péčí o jejího čtyřletého syna. Je v úzkém kontaktu se sestrou, která má sama dvě děti. Nemá partnera. Z rozhovoru jsem cítila důvěru, kterou má v rodinné zázemí.

Velmi se těší na syna, plánuje jak skloubí docházení k lékaři, časově náročnou aplikaci parenterální výživy a docházku do školky. Je vděčná rodině za pomoc, ale ráda by péči a jeho výchovu zvládla sama.

Podle vlastních slov opuštění zaměstnání a statut invalidního důchodce neomezilo její vztahy s přáteli. Necítila se osamělá. Ovšem v současné době cítí, že na ní doléhá pobyt v nemocnicích, stýská se jí po rodině.

### **Sexualita a reprodukce**

Vzhledem k charakteru a prognóze onemocnění paní P. jsem se na tuto oblast neptala.

### **Stres, zátěžové situace a jejich zvládnání, tolerance**

Jako stresovou situaci vidí pacientka neschopnost postarat se o syna vzhledem ke svému zdravotnímu stavu. Zátěží je pro ní také přijmout důsledky operace, tj. stomii.

### **Víra a životní hodnoty**

Paní P. mluvila otevřeně o tom, jak lituje, že není věřící a nemá útěchu posmrtného života. Záchytným bodem je pro ní rodina, která jí pomáhá. Jejím cílem je podílet se na výchově syna co nejdéle.

## **4.3 Ošetřovatelské diagnózy stanovené ke 3. dni hospitalizace**

Stanovila jsem ošetřovatelské problémy vyplývající z ošetřovatelské péče u paní P. k 3. dni pobytu v nemocnici. Důležitost pořadí jsem určila po rozhovoru s nemocnou.

### **4.3.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy**

- deficit tělesných tekutin v souvislosti s velkým odpadem ze stomie
- nedostatečná výživa v souvislosti s nedostatečným trávením z důvodu ileostomie
- narušená kožní integrita a riziko infekce v souvislosti s ileostomií
- narušená kožní integrita a riziko infekce v souvislosti se zavedením portu
- narušený spánek v souvislosti s ileostomií
- deficit informací o PET/CT vyšetření
- strach z výsledku PET/CT vyšetření
- porušený obraz těla a riziko snížené sebeúcty v souvislosti se založením ileostomie

## **4.4 Krátkodobý plán, realizace a hodnocení ošetrovatelské péče**

Ošetrovatelský plán byl stanoven k 3. dni pobytu v nemocnici.

### **4.4.1 Deficit tělesných tekutin v souvislosti s velkým odpadem ze stomie**

#### *Krátkodobý cíl*

- pacientka vypije 2 l tekutin denně

#### *Plán ošetrovatelské péče*

- zajistit dostatek vhodných tekutin (stolní voda, ovocný čaj, ovocné šťávy)
- připomínat nutnost pití nemocné
- zaznamenávat množství vypitých tekutin

#### *Realizace a hodnocení*

Paní P. vypila během dne 2100 ml tekutin především v podobě stolní vody a ovocných šťáv, které jí přinesla sestra a maminka. Průběžně jsem kontrolovala pitný režim nemocné. Podle záznamu bilance tekutin vyrovnaná, sliznice růžové, vlhké a kožní turgor v normě.

#### **4.4.2 Nedostatečná výživa v souvislosti s nedostatečným trávením z důvodu ileostomie**

##### *Krátkodobý cíl*

- pacientka sní celou porci nabízené stravy (ráno, poledne, večer)
- během dne vypije jeden nutridrink

##### *Plán ošetrovatelské péče*

- dohlédnout na vhodnost úpravy potravin v souladu s šetřící dietou
- zajistit, aby podávané jídlo bylo upravené, dostatečně teplé
- zkontrolovat případné množství zbylého jídla a provést záznam o této skutečnosti
- nabídnout více druhů nutridrinku

##### *Realizace a hodnocení*

Během dne jsem kontrolovala vhodnost a úpravu jednotlivých porcí jídla paní P. Strava odpovídala šetřící dietě. Ráno a večer pacientka snědla celou porci, svačiny také. V poledne nesnědla přílohu, téměř všechny těstoviny, protože byly rozvažené. Tento fakt jsem zapsala do ošetrovatelské dokumentace. Nabídla jsem jí pečivo a piškoty, které byly k dispozici na oddělení. Nechtěla. Nutridrinky má docela ráda, tentokrát si vybrala čokoládový. Cíl byl splněn částečně.

#### **4.4.3 Narušená kožní integrita a riziko infekce v souvislosti s ileostomií a portem**

##### *Krátkodobý cíl*

- kůže v okolí stomie a portu paní P. zůstane čistá, bez známek podráždění a infekce

##### *Plán ošetrovatelské péče*

- dohlédnout, jakým způsobem pacientka pečuje o ileostomii
- kontrola stavu kůže v okolí stomie 2 × denně
- zajistit dostatečné množství vhodných stomických pomůcek
- aseptický postup práce při manipulaci s portem
- výměna sterilního mulového čtverce ke krytí zavedené portové jehly 1 × denně

- kontrola stavu kůže v okolí portu 2 × denně
- měření a záznam tělesné teploty 1 × denně

#### *Realizace a hodnocení ošetrovatelské péče*

Nemocná zná postup při ošetřování stomie a také ho zvládne prakticky, pomůcek má dostatek. Při kontrolách kůže v oblasti stomie byla čistá, bez známek zarudnutí a infekce. Kůže v okolí portu je rovněž bledá, bez známek podráždění a infekce. Naměřená hodnota TT je 36,6°C. Cíl splněn.

#### **4.4.4 Narušený spánek v souvislosti s obavou pacientky z přeplnění nebo protržení stomického sáčku**

##### *Krátkodobý cíl*

- pacientka bude v noci spát bez přerušení 6 hodin do tří dnů

##### *Plán ošetrovatelské péče*

- předvést pacientce více typů stomických pomůcek, tj. různou velikost stomických sáčků, typů podložek
- umožnit vyzkoušet jiný typ stomické pomůcky
- vyvětrat pokoj a přestlat lůžko před nočním spánkem
- podle potřeby a přání pacientky dohlédnout na poslední výměnu stomického sáčku před spánkem

##### *Realizace a hodnocení ošetrovatelské péče*

Pacientka dostala k dispozici několik typů stomických pomůcek a mohla tak zvážit jejich výhodnost. Rozhodla se i nadále používat dvoudílný systém a sáček s výpustným ventilem. Uvítala nabídku stomického sáčku s větší kapacitou, než jaký doposud používala. Na noc dává nový, bojí se protržení. Uklidnil ji také fakt, že objem odpadu ze stomie se postupně zmenšuje. Večerní konzultaci si nevyžádala. Lůžko si pacientka před spaním přestlala sama, podle svého a pokoj jsem důkladně vyvětrala. V noci se probudila jednou kolem půlnoci a dvakrát k ránu. Cíl po dnešním dnu zatím nesplněn.

#### **4.4.5 Deficit informací o PET/CT vyšetření**

##### *Krátkodobý cíl*

- pacientka bude znát princip, přípravu, průběh a dobu trvání vyšetření
- nemocná bude tolerovat vyšetření bez úzkosti

##### *Plán ošetrovatelské péče*

- poskytnout pacientce písemné informační materiály o PET/CT vyšetření
- pohovořit s nemocnou na téma případných nejasností

##### *Realizace a hodnocení ošetrovatelské péče*

Paní P. si přečetla informace o PET/CT vyšetření v letáku „Otázky a odpovědi“. Důležitý pro ní byl fakt, že se nejedná o invazivní vyšetření a že časově nezasáhne do návštěvy rodiny. Cíl byl splněn, nemocná informovaná a spolupracující absolvovala vyšetření.

#### **4.4.6 Strach z výsledku PET/CT**

##### *Krátkodobý cíl*

- pacientka bude seznámena s výsledkem vyšetření co nejdříve to bude možné

##### *Plán ošetrovatelské péče*

- zajistit výsledek PET/CT
- informovat lékaře
- zvolit vhodnou dobu a čas ke sdělení, v případě přání nemocné zajistit přítomnost rodiny

##### *Realizace a hodnocení ošetrovatelské péče*

Ošetřující lékař sdělil nepříznivý výsledek vyšetření pacientce a zároveň předložil další plán léčby. Paní P. si lékaře vyslechla společně se svou rodinou a měla možnost dotazů při nejasnostech. Myslím, že strach z výsledku vyšetření a jeho dopad se podařilo zmírnit tím, že získala představu o dalším postupu léčby. Uvítala přítomnost své matky a sestry. Ty si svoji důležitost uvědomují. Cíl byl splněn, pacientka byla informovaná ještě v den vyšetření citlivým způsobem.

#### **4.4.7 Porušený obraz těla a snížená sebeúcta v souvislosti se založením stomie**

##### *Krátkodobý cíl*

- bude schopná hovořit o problému, který ji trápí, o změně vzhledu a funkci svého těla

##### *Plán ošetrovatelské péče*

- poskytnout vhodné příležitosti k hovoru během dne
- nabídnout rozhovor s psychologem

##### *Realizace a hodnocení ošetrovatelské péče*

Paní P. mou nabídku k rozhovoru přijala, o pomoci psychologa si myslí, že není nutná. Během hovoru jsme se dostaly na téma vzhledu. Pacientka mluvila o tom, jak špatně snášela vypadávání vlasů při chemoterapii a sama sebe přesvědčovala, že jde pouze o přechodný problém. Po zavedení ileostomie si uvědomila, že jde o změnu definitivní. Vývod jí připadá hyzdící a nehezky, připadá si nečistá. Na druhé straně paní P. připustila, že řada lidí si musí poradit se stejnou situací a že to zvládne také a možná kontaktuje některé ze sdružení stomiků. Neodmítá další možné povídání. Myslím, že cíl se podařilo splnit.

#### **4.5 Dlouhodobý ošetrovatelský plán, realizace a hodnocení**

Dlouhodobý ošetrovatelský plán jsem vypracovala pro oblast ošetrovatelských problémů, které mají dlouhodobý charakter nebo těch, které se nedařilo zcela vyřešit.

##### **4.5.1 Potencionální riziko infekce v souvislosti s narušenou kožní integritou u ileostomie**

###### *Dlouhodobý cíl*

- pacientka bude schopná v době odchodu z nemocnice samostatně a efektivně pečovat o stomii

- kůže v okolí stomie bude bez podráždění

#### *Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče*

- pravidelně kontrolovat techniku péče paní P. o stomii
- zdůrazňovat hygienické návyky spojené s touto problematikou
- umožnit konzultace se stoma sestrou

#### *Realizace a hodnocení ošetrovatelské péče*

Cíl splněn, pacientka poučená sestrou specialistkou odcházela domů schopná se postarat o ileostomii. Po celou dobu pobytu kůže v okolí stomie čistá, beze změn a známek infekce.

### **4.5.2 Potencionální riziko infekce v souvislosti s narušenou kožní integritou zavedeného portu**

#### *Dlouhodobý cíl*

- nedojde k místní ani celkové zánětlivé reakci
- pacientka bude znát zásady a techniku péče o port
- pacientka bude znát rizika a komplikace vyskytující se při péči a manipulaci s portem
- pacientka bude umět správně manipulovat s portem (technika připojení, odpojení)

#### *Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče*

- seznámit nemocnou s problematikou portu
- opakovaně prakticky předvádět manipulaci s portem
- nechat si od pacientky opakovaně ukázat praktickou manipulaci s portem
- dohlížet na pacientku při manipulaci s portem, být k dispozici pro případné dotazy
- sledovat tělesnou teplotu a stav kůže v místě portu

#### *Realizace a hodnocení ošetrovatelské péče*

Dlouhodobý žilní vstup byl u nemocné nezbytný jednak z důvodu plánované chemoterapie, jednak pro podání parenterální výživy i po propuštění, v domácím ošetření. Tento postup byl možný proto, že paní P. byla velmi



zodpovědná a stejně tak přistupovala k péči o port. Při praktickém předvádění byla paní P. pozorná a samotný nácvik zvládla brzo a dobře. Průběžně se prováděl záznam o edukaci nemocné, o prováděných kontrolách kůže v místě portu a naměřené tělesné teplotě. Zánětlivé komplikace místní ani celkové se nevyskytly do konce hospitalizace. Cíl splněn.

### **4.5.3 Potencionální riziko nedostatečné výživy v souvislosti s nedostatečným trávením z důvodu ileostomie**

#### *Dlouhodobý cíl*

- pacientka bude vážit při odchodu z nemocnice 48 kg
- pacientka bude znát potraviny a jejich kuchyňskou úpravu vhodné pro její stravování v domácích podmínkách

#### *Dlouhodobý plán*

- denně vážit pacientku (stejná doba, stejné oblečení), zaznamenávat naměřené hodnoty
- zajistit dostatek tekutin
- dohlédnout, aby strava nabízená nemocné byla vkusně upravená a měla vhodné složení
- aplikovat parenterální výživu podle ordinace lékaře
- edukovat nemocnou o vhodném složení a úpravě stravy po propuštění do domácí péče a provést záznam

#### *Realizace a hodnocení*

Paní P. při propuštění vážila 48,7 kg. Zodpovědně dodržovala stravovací a pitný režim. Nemocná si ověřila jaký druh stravy a jaké množství ji vyhovuje. Během hospitalizace se také upravilo množství odpadu z ileostomie. Byla poučená o nutnosti pokračovat v parenterální výživě v domácích podmínkách. Paní P. byla rovněž poučena o vhodném složení jídelníčku a doporučených kuchyňských úpravách a dostala k dispozici v písemné podobě edukační materiál „Dieta č.2 – šetřící“. Byl proveden záznam edukace diety. Dyspepsie ustoupila. Plán byl splněn.

#### **4.5.4 Potencionální riziko spánkové deprivace v souvislosti s obavou pacientky z protržení stomického sáčku**

##### *Dlouhodobý cíl*

- bude v noci spát bez přerušení 6 hodin

##### *Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče*

- větrání místnosti a úprava lůžka před spánkem
- po dohodě s lékařem nabídnout hypnotika
- nabízet možnosti konzultace se stoma sestrou
- kontrolovat techniku péče o ileostomii

##### *Realizace a hodnocení ošetrovatelské péče*

Během hospitalizace se u paní P. upravilo množství a konzistence odpadu ze stomie. Pacientka začala používat tvarovatelnou podložku pro stomie a byla s ní velmi spokojená. Na noc používala více kapacitní stomický sáček s výpustným ventilem.. Bez pomoci hypnotik, zhruba 5 dnů před svým propuštěním, začala spát klidně celou noc bez obav ze stavu stomického sáčku. Ke spánkovému deficitu nedošlo, cíl splněn.

#### **4.6 Psychologie nemocného**

Obecně lze říct, že každé onemocnění působí na člověka více či méně nepříznivě. Ovlivňuje jeho chování a reakce, emoční projevy a popřípadě i některé rysy osobnosti. Do jaké míry tomu tak je, závisí na mnoha faktorech. Jedním z nich je postoj k vlastnímu onemocnění a jeho prožívání. Nemoc znamená řadu omezení, představuje zátěž pro psychiku nemocného a vyžaduje zvýšené nároky na adaptaci v nových sociálních rolích a komunikaci v nově vznikajících situacích.

Paní P. zná charakter svého onemocnění i nepříznivou prognózu. K hospitalizaci ji přiměly komplikace základního onemocnění. Důsledkem bylo založení ileostomie, se kterým se nemohla vyrovnat. Nejprve odmítala o tématu mluvit. Postupně, jak se zlepšoval její zdravotní stav, byla méně unavená a zmenšoval se odpad ze stomie, byla schopná se tématu dotknout, později o něm hovořit. Po celou dobu byla samostatná v péči o stomii, přestože ji „neměla ráda“.

Díky jejímu racionálnímu přístupu k problematice vyprazdňování a s tím také související výživě byla ideálním spolupracujícím pacientem.

Pobyt v nemocnici snášela trpělivě. Z rozhovorů bylo patrné, že se jí stýská po synovi, ale zároveň si uvědomuje, že by se o něj při svém zdravotním stavu nedokázala postarat. Dodržování léčebného režimu pro ni bylo prostředkem, jak se co nejdříve vrátit domů.

Mluvila také o tom, že návštěvy rodičů a sestry ji velmi pomáhají nepodléhat přílišnému smutku.

Problematikou onkologicky nemocných a jejich prožíváním nemoci se zabývala americká lékařka Elisabeth Kübler-Ross, která na základě rozhovorů s nemocnými popsala 5 fází procesu smírání se se závažnou diagnózou onemocnění a s umíráním. První fází nazvala fází šoku, kdy v popředí je popírání, odmítání a negace smrti. Druhá je fáze zloby, vzpoury a vzteku. Pro třetí fází je typické smlouvání se životem. Čtvrtá fáze je fází deprese a lítosti. Pro poslední fází je charakteristické smíření se smrtí. Uvedené fáze se mohou překrývat, probíhat současně, znovu se vracet. Trvají různě dlouhou dobu. Elisabeth Kübler-Ross říká, že člověk, který ztratí naději, psychicky umírá (Zacharová aj., 2007).

Myslím si, že paní P. naději neztratila. Těšila se domů na syna a na dárky k vánocům, které mu koupí.

#### **4.7 Sociální oblast**

Paní P. žije se svým čtyřletým synem u rodičů v panelovém bytě 3 +1. Partnera nemá. Před onemocněním pracovala jako barmanka, nyní pobírá invalidní důchod. Její starší sestra je vdaná, má dvě děti a často se stýkají.

Ztráta zaměstnání neznamenala, podle slov paní P., ztrátu dobrých přátel. Řada z nich ji byla navštívit během pobytu v nemocnici.

Před onemocněním se paní P. věnovala nejrůznějším sportovním aktivitám a doufá, že se vrátí alespoň k vycházkám se synem.

Je si vědoma a velmi si cení podpory a pomoci rodiny během své nemoci.

Nemá neshody ve vztazích mezi známými a přáteli.

## 4.8 Edukace

Poučení paní P. bylo zaměřené na oblast výživy, problematiku stomie a portu.

Paní P. byla seznámena s podstatou šetřící diety. Dozvěděla se, že při dyspeptických potížích, které ji trápily, je důležité jíst pravidelně. Při velkých pauzách mezi jednotlivými jídly se zvyšuje vylučování žaludečních šťáv. V rámci režimu šetřící diety je nezbytné jíst pomalu, malé porce a často, jídlo vhodně upravené. Dieta „šetří“ mechanicky (malé porce), chemicky (dostatečně měkká sousta) a fyzikálně (vhodná teplota). Docílíme toho vařením a dušením. Úprava potravin formou smažení je nevhodná. Mezi doporučená jídla patří libové maso, brambory, rýže, těstoviny, zahuštěné vývary (silné vývary zvyšují sekreci žaludečních šťáv) a tuky především rostlinného původu. Mezi nevhodné potraviny ředíme tučná, smažená, uzená a nakládaná masa, sádlo, přepalované tuky, kapustu, česnek, papriky, rajčata, okurky, luštěniny, z ovoce potom rybíz, angrešt, jahody, maliny, kandované a sušené ovoce, čerstvé pečivo. Nevhodné je také pití alkoholu, kávy. Poučení dostala paní P. v písemné podobě ve formě letáku pro pacienty.

V souvislosti s výživou bylo nutné zaměřit edukaci také na problematiku stravování při zavedené ileostomii. K obecným pravidlům patří vyvarovat se nadýmavým jídlům a omezit potraviny, které mohou způsobovat řídkší stolici nebo průjem (tučná jídla, syrové ovoce, sycené nápoje CO<sub>2</sub>, mléko, ostré koření i větší množství nitridrinku). Mezi jídla, která nedráždí a mají vliv na pevnější stolici, patří hovězí a telecí maso, kuře, vařené ryby, rýže, těstoviny a banány.

Problematiku pomůcek a péče o stomii měla pacientka možnost probrat se stoma sestrou, která docházela na oddělení. Byla seznámena se zásadami péče o stomii. Dozvěděla se, že je nezbytné zachovávat důsledně osobní hygienu, měnit nebo vypouštět stomické sáčky podle potřeby, udržovat kůži v okolí stomie suchou a čistou, aby se předcházelo jejímu podráždění, zarudnutí, ekzémům a infekčním komplikacím. Mohla si ověřit, jestli ji nabízené pomůcky vyhovují z pohledu způsobu použití nebo při kontaktu s kůží. Před odchodem z nemocnice používala dvoudílný systém (tvarovatelná podložka a sáček s výpustným ventilem).

Pacientka byla informována o podstatě žilního katérového systému PORTACATH a jeho účelu. Měla také možnost si model portu prohlédnout .

Poučení o tom, jak s ním manipulovat se provádělo opakovaně stejně jako praktický nácvik s nemocnou.

Při každé manipulaci s portem je třeba zachovat aseptický přístup. K punktování je nutné používat speciální jehly se zvláštním brusem, který sníží riziko poškození membrány portové komůrky (možnost až 3000 vpichů u některých portů). Každou aplikaci léku nebo infuze ukončíme propláchnutím 20 ml fyziologického roztoku a aplikací heparinové zátky (podle standardu oddělení, 500 j/ml, 5 – 7 ml). Je nutné používat injekční stříkačky o objemu 10 ml vzhledem k odpovídajícímu tlaku. Pokud je zavedená do portu jehla, měla by se vyměnit po 48 hodinách (zvýšená kolonizace při kontinuálním zavedení) a sterilně krýt. Jedině tak můžeme předcházet komplikacím, jako je infekce (riziko septického stavu), trombóza (riziko plicní embolie), okluze a dislokace portu.

Ke každému portu patří průkaz, který dokumentuje všechny podstatné údaje. Počet vpichů, délku zavedení, aplikace fyziologického roztoku k propláchnutí i heparinové zátky.

Bylo nezbytné zajistit pro nemocnou dostatek pomůcek a materiálu při propuštění do domácí péče.

Veškerá poučení pacientky i praktické nácviky byly průběžně zaznamenávány do protokolu *Záznam edukace*, který je součástí ošetrovatelské dokumentace.

## 5. ZÁVĚR A PROGNÓZA

Ve své práci jsem zpracovala ošetrovatelský proces u pacientky s aktuální potřebou nutriční podpory v důsledku založení ileostomie při základním onemocnění karcinom děložního hrdla.

Během hospitalizace došlo u paní P. k ústupu dyspepsie, úpravě zažívání a k standardizaci množství a konzistence odpadu z ileostomie. Přetrvává potřeba parenterální výživy. Aplikaci v domácích podmínkách umožňuje dlouhodobě zavedený žilní port a také skutečnost, že paní P. techniku manipulace s portem zvládla a v péči o port je pečlivá a odpovědná.

Po propuštění bude pacientka docházet na pravidelné kontroly na ambulanci onkologického oddělení, kde se zároveň přistoupí k plánované chemoterapii.

Paní P. odcházela plně soběstačná a poučená o dodržování léčebného režimu.

Během hospitalizace neměla žádné komplikace.

Vzhledem k charakteru základního onemocnění u paní P. nelze předpokládat návrat plného zdraví, ale všechna snaha by měla vést k zachování kvality života jak nejdéle to bude možné.

## Seznam použité literatury

1. BRODANOVÁ, M., ANDĚL, M., Infuzní terapie a perenterální výživa. Praha, Grada, 1994
2. GRÓFOVÁ, Z., Nutriční podpora. Praha, Grada, 2007, ISBN 978-80-247-1868-2
3. KAPOUNOVÁ, G., Ošetrovatelství v intenzivní péči. Praha, Grada, 2007 ISBN 978-80-247-1830-9
4. KELLER, U., MEIER, R., BERTOLI, S. Klinická výživa. Praha, Siencia Medica, 1993
5. KLENER, P. a kol. Vnitřní lékařství. Praha, Galén, 1999 ISBN 80-7262-007-X
6. KLENER, P. Klinická onkologie. Praha, Galén, 2002 ISBN 80-7262-151-3
7. MAREČKOVÁ, J. Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách. Praha, Grada, 2006, ISBN 80-247-1399-3
8. PAILOVÁ, N. Výživa stomiků. *Sestra*, 2008, č. 2, str. 52
9. PAVLÍKOVÁ, S. Modely ošetrovatelství v kostce. Praha, Grada, 2006, ISBN 80-247-1211-3
9. RACEK, J. a kol. Klinická biochemie. Praha, Galén, 1999 ISBN 80-7262-023-1
10. ROKYTA, R. a kol. Fyziologie. Praha, ISV, 2006 ISBN 80- 85866-45-5
11. ŠIMUNKOVÁ, M. Rakovina děložního hrdla. *Sestra*, 2008, č. 2, str. 31
12. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. Zdravotnická psychologie. Praha, Grada, 2007, ISBN 978-80-247-2068-5
13. ZEJDOVÁ, Z. Komplexní péče o pacienta s kolostomií a ileostomií. *Diagnóza*, 2008, č. 5, str. 7

## Seznam příložených dokumentů

Příloha č. 1	Ošetrovatelská dokumentace standardní oddělení
Příloha č. 2	Ošetrovatelská příjmová zpráva
Příloha č. 3	Ošetrovatelská propouštěcí zpráva
Příloha č. 4	Ošetrovatelská překladová zpráva
Příloha č. 5	Postup pro screening nutričního rizika
Příloha č. 6	Záznam o bolesti
Příloha č. 7	Denní záznam pacienta se stomií
Příloha č. 8	Záznam o edukaci
Příloha č. 9	Edukace diety
Příloha č. 10	Poučení pacientů: dieta č. 2, šetřící
Příloha č. 11	Souhlas Nemocnice na Homolce s použitím dokumentů ošetrovatelské práce pro účely této práce





## Ošetřovatelská příjmová zpráva

příjmová  během hospitalizace

**Příjem**

Datum: ..... hod.: .....

Přijet odkud:  z domova  odd. NNH  RZP  jiné zdravot. zařízení

Opakované přijetí:  ano  ne

Dg.: .....

Pacient odevzdal léky:  ne  ano

Rodina informována:  ano  ne

Fyzilogické funkce: **Ritika:**  riziko pádu,  skóre .....  
**TK:**  riziko dekubitů,  skóre .....  
**PHK:**  riziko dekubitů,  skóre .....  
**P:**  infúze,  jiné .....  
**TT:**  .....  
**D:**  .....  
**Alergie:**  ne  ano  alergenc: .....

**Vědomí:**  při vědomí  porucha vědomí  bezvědomí

**Kontakt:**  bez omezení  zřízený  nelze navázat

**Psychický stav:**  spolupracuje  nespokupracuje  klidný  zrušený  orientovaný  strach

Narušený spánek:  ne  ano  léky: .....

**Schopnost edukace:**

**PACIENT**  ano  ne

**RODINA**  ano  ne

**Potřeba duševních služeb:**  ne  ano

**Dýchání:**  bez obtíží  kašel  dušnost  nádechová  křídová  noční  kašláč

**Výživa:**  soběstačný  nesoběstačný  parenterální  sonda  dieta  diabetik  PAD  INZ

**Bolest:**  ne  ano  akutní  chronická

**Lokalizace:**   
 1 2 3 4 5

### ODDĚLENÍ

**Kůže:**  bez změny  opruzeniny  otoky  dekubity  jiné rány  operáční  popálenina  stomie  chronická rána  jiné porušení  kožní integrity

**Lokalizace:**

**Soběstačnost a pohyblivost:**  soběstačný  částečně soběstačný, omezení  nesoběstačný  při chůzi  při jídle  při hygieně  při oblékání  při vyprazdňování

**Významné omezení:**  není  problémy se zrakov  problémy se sluchem  problémy s ruce  tělesný handicap, jaký: .....  očišce, komunikační jazyk .....  jiné: .....

**Kompenzační pomůcky:**  ne  brýle  kontaktní čočky  naslouchátka  zubní protéza  horní  dolní  Irizální vozík  barier/ hůl  jiné

### PID

**Vyprazdňování:**

**Moč:**  bez obtíží  pálení, řezání  svědění  inkontinence  jiné .....

**Stolice:**  bez obtíží, pravidelná  průjem  zácpa  stomie  inkontinence

Datum poslední stolice: .....

**Hodnocení nutričního stavu:**  
 Obvyklá váha: ..... kg  
 Aktuální váha: ..... kg  
 Výška: ..... cm  
 Výrazně vyhublý:  ne  ano  
 Výrazně méně / více:  ne  ano  
 Výrazná ztráta váhy (10% a více za 12 týdnů):  ne  ano  
 Při otáčení jedné pozice odpovědi kladně na nutriční terapii:  ano  ne  
 Kontaktní nutriční terapeut:  ano  ne

**Sociální anamnéza**  
 Plán propuštění:  ano  ne  
 Je sám schopný vykonávat aktivitu svého života a seopáci:  ano  ne  
 Pacient je orientován (časem, místem, osobou) a je schopný se s tím rozhodovat:  ano  ne  
 Má problémy a medikaci nebo péči o stomii či invazivní vstupy apod.:  ne  ano, jaké .....

**Vyžaduje následnou rehabilitaci:**  ne  ano

**Má problémy a ubytování:**  ne  ano

Pacient má kontaktní osobu, která mu po propuštění pomůže:  ano  ne

Kontaktní koordinátor následné péče:  ano  ne

## Ošetřovatelská příjmová zpráva

příjmová  během hospitalizace

### ODDĚLENÍ

### PID

**Zjištění rizika vzniku dekubitů (rozšířená stupnice podle Nortonové)**

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoc	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita	Součet
optimální	4 do 10	4 normální	4 žádné	4 dobrý	4 dobrý	4 optimální	4 není	4 chodí	4
malé	3 do 30	3 alergje	3 *)	3 zhoršený	3 špatný	3 částečné omezení	3 občas	3 doprovod	3
částečné	2 do 80	2 vředy	2 *)	2 špatný	2 zmatený	2 velmi omezené	2 převážně močová	2 sedí	2
žádná	1 80+	1 suchá	1 *)	1 velmi špatný	1 bezvědomí	1 žádné	1 stolice i moč	1 upoután na kůži	1

\*) diabetes, horečka, anémie, kachexie, onemocnění cév, obezita, karcinom ekz. die špatné zvěžnost 3 - 1 bod.

Je-li součet nižší než 25, je pacient ohrožen vznikem dekubitů. Čím je součet nižší, tím je riziko vyšší. Postupuj dle POP NNH - 8/1 Prevence a léčba dekubitů.

**Zjištění rizika pádu (modifikace stupnice podle Conleyové)**

Anamnéza	pád v anamnéze během posledních 3 měsíců	ANO	NE
Výšeření	znatelnost, nedostatečné vnímání rizik	3	0
	agitace, neklid	2	0
	porucha citže	1 nebo 2 *)	0
	porucha zraku	1 nebo 2 *)	0
Přímé dotazy	Stává se Vám, že neudržíte cestou na WC stolici nebo moč?	1 nebo 2 *)	0
Další otázky *)		1 nebo 2 *)	0
	<b>Součet</b>		

\*) hodnotíme die zvěžnost poruchy zaznamenané jinou významnou okolností, která má vliv na zvýšení rizika pádu a není uvedena v předchuzích kritériích (viz. Příloha č.1 POP NNH - 11/2 Prevence pádu). Nezapíseme-li žádnou takovou okolnost, kterou nevyplňujeme

Je-li součet >2, jedná se o rizikového pacienta. Postupuj podle POP NNH - 11/2 Prevence pádu rizikových pacientů

**Další zjištěné skutečnosti a upozornění:**

**Razítko a podpis sestry:**

**Podpis pacienta:**





# OŠETŘOVATELSKÁ PŘEKLADOVÁ ZPRÁVA

ODDĚLENÍ:	PID
-----------	-----

Datum: _____ Čas překladu: _____ Překlad kam: _____	
TK: _____	Pravá HK: _____ Levá HK: _____ P: _____ TT: _____ D: _____
Alergie: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano alergen: _____ Bilance tekutin (za předchozí den): _____	
Medikace podána: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Pacient odevzdal léky: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne cennosti: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
<b>Rizika:</b> <input type="checkbox"/> riziko pádu skóre ..... <input type="checkbox"/> riziko vzniku dekubitu skóre ..... <input type="checkbox"/> infekční pacient typ infekce .....	<b>Dýchání:</b> <input type="checkbox"/> bez obtíží <input type="checkbox"/> UPV <input type="checkbox"/> kašel <input type="checkbox"/> dušnost <input type="checkbox"/> námahová <input type="checkbox"/> klidová <input type="checkbox"/> noční <input type="checkbox"/> kuřák
<b>Sociální anamnéza:</b> kontakt s rodinou <input type="checkbox"/> potřeba pomoci po propuštění <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> kontaktován KDP	<b>Výživa:</b> <input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> nesoběstačný <input type="checkbox"/> parenterální <input type="checkbox"/> sonda <input type="checkbox"/> diela <input type="checkbox"/> diabetik <input type="checkbox"/> PAD <input type="checkbox"/> INZ
<b>Hodnocení nutričního stavu:</b> Váha: ..... Výška: ..... nutriční riziko <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> kontaktován NT	<b>Bolest:</b> <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická
<b>Vědomí:</b> <input type="checkbox"/> při vědomí <input type="checkbox"/> porucha vědomí <input type="checkbox"/> bezvědomí	<b>Kůže:</b> <input type="checkbox"/> beze změny <input type="checkbox"/> opruzeniny <input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> dekubity <input type="checkbox"/> jiné rány <input type="checkbox"/> operační <input type="checkbox"/> jiné porušení <input type="checkbox"/> popálenina <input type="checkbox"/> kožní integrity <input type="checkbox"/> stomie <input type="checkbox"/> chronická rána
<b>Kontakt:</b> <input type="checkbox"/> bez omezení <input type="checkbox"/> ztížený <input type="checkbox"/> nelze navázat	<b>Intenzita:</b> 1 2 3 4 5
<b>Psychický stav:</b> <input type="checkbox"/> spolupracuje <input type="checkbox"/> nespolupracuje <input type="checkbox"/> klidný <input type="checkbox"/> rozrušený <input type="checkbox"/> orientovaný <input type="checkbox"/> zmařený <input type="checkbox"/> strach	<b>Katetry, drény</b> <input type="checkbox"/> periferní žilní katetr datum zavedení _____ datum a čas převazu _____ <input type="checkbox"/> centrální žilní katetr datum zavedení _____ datum a čas převazu _____ <input type="checkbox"/> arteriální katetr datum zavedení _____ datum a čas převazu _____ <input type="checkbox"/> epidurální katetr datum zavedení _____ datum a čas převazu _____ <input type="checkbox"/> sonda datum zavedení _____ datum a čas převazu _____ <input type="checkbox"/> ETI / TSK datum zavedení _____ datum a čas převazu _____ <input type="checkbox"/> ..... datum zavedení _____ datum a čas převazu _____
<b>Narušený spánek:</b> <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano léky: .....	<b>Významné omezení:</b> <input type="checkbox"/> není <input type="checkbox"/> problémy se zrakem <input type="checkbox"/> problémy se sluchem <input type="checkbox"/> problémy s řečí <input type="checkbox"/> tělesný handicap, jaký: ..... <input type="checkbox"/> cizinec, komunikační jazyk: ..... <input type="checkbox"/> jiné: .....
<b>Schopnost edukace:</b> PACIENT <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne RODINA <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<b>Kompenzační pomůcky:</b> <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> brýle <input type="checkbox"/> kontaktní čočky <input type="checkbox"/> naslouchátko <input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> dolní <input type="checkbox"/> invalidní vozík <input type="checkbox"/> berle/ hůl <input type="checkbox"/> jiné
<b>Potřeba duchovních služeb:</b> <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	<b>Vyprazdňování:</b> Moč: <input type="checkbox"/> bez obtíží <input type="checkbox"/> pálení, fezální <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> jiné ..... Stolice: <input type="checkbox"/> bez obtíží, pravidelná <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> stomie <input type="checkbox"/> inkontinence
<b>Pozn.:</b> ..... ..... ..... .....	<b>Datum poslední stolice:</b> .....
<b>Předal/a sestra:</b> _____	<b>Převzal/a sestra:</b> _____

TK - tlak krve, P - puls, TT - tělesná teplota, D - dech, sat.O<sub>2</sub> - saturace hemoglobinu kyslíkem, INZ - inzulín, PID - pacientova identifikační data, CPAP - dýchání pomocí přetlaku (lůžká maska), Dg. - diagnóza ETI/TSK - endotracheální inubace / tracheostomická kanyla, NT - nutriční terapeut, KDP - koordinátor domácí péče

# Záznam o bolesti

List č.

ODD.

PID

Pacientova hranice specifické bolesti:															
Datum															
Čas															
VAS a															
charakter															
Pulzující	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Kolikovitá	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Řezavá	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Neurčitá	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Svíravá	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Vystřelující	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lokalizace bolesti															
Projevy bolesti (při změněném stavu vědomí, komunikační bariéry pacienta)	Neverbální signály bolesti														
	Pláč	Pláč	Pláč	Pláč	Pláč	Pláč	Pláč								
	Naříkání	Naříkání	Naříkání	Naříkání	Naříkání	Naříkání	Naříkání								
	Bol. grimaasy	Bol. grimaasy	Bol. grimaasy	Bol. grimaasy	Bol. grimaasy	Bol. grimaasy	Bol. grimaasy								
	Smutek	Smutek	Smutek	Smutek	Smutek	Smutek	Smutek								
	Neklid	Neklid	Neklid	Neklid	Neklid	Neklid	Neklid								
	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti								
	Úlevová pol.	Úlevová pol.	Úlevová pol.	Úlevová pol.	Úlevová pol.	Úlevová pol.	Úlevová pol.								
	Jiné	Jiné	Jiné	Jiné	Jiné	Jiné	Jiné								
	Vegetativní signály bolesti														
Tachykardie	Tachykardie	Tachykardie	Tachykardie	Tachykardie	Tachykardie	Tachykardie									
Tachypnoe	Tachypnoe	Tachypnoe	Tachypnoe	Tachypnoe	Tachypnoe	Tachypnoe									
Hypertenze	Hypertenze	Hypertenze	Hypertenze	Hypertenze	Hypertenze	Hypertenze									
Pocení	Pocení	Pocení	Pocení	Pocení	Pocení	Pocení									
Nauzea	Nauzea	Nauzea	Nauzea	Nauzea	Nauzea	Nauzea									
Zvracení	Zvracení	Zvracení	Zvracení	Zvracení	Zvracení	Zvracení									
Epidural	Epidural	Epidural	Epidural	Epidural	Epidural	Epidural									
Opláty	Opláty	Opláty	Opláty	Opláty	Opláty	Opláty									
Jiné léky	Jiné léky	Jiné léky	Jiné léky	Jiné léky	Jiné léky	Jiné léky									
RHB	RHB	RHB	RHB	RHB	RHB	RHB									
Poloha	Poloha	Poloha	Poloha	Poloha	Poloha	Poloha									
Psych.podpora	Psych.podpora	Psych.podpora	Psych.podpora	Psych.podpora	Psych.podpora	Psych.podpora									
Vývoj medicace *)															
Poznámky															
Podpis sestry:															
Podpis lékaře:															

\*) Vývoj medicace:

↑ zvýšení medikací dávky  
→ změna režimu léčby  
↓ snížení dávky

# Záznam o edukaci

ODD. \_\_\_\_\_

PID \_\_\_\_\_

List č. \_\_\_\_\_

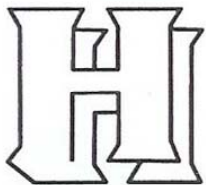
<input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> pac. neudokovatelný		Preferované metody edukace <sup>9</sup> <input type="checkbox"/> ústní edukace <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> jiné: <input type="checkbox"/> písemná edukace <input type="checkbox"/> praktický nácvik		
<input type="checkbox"/> rodinný příslušník		Komunikační bariéra: <input type="checkbox"/> žádná <input type="checkbox"/> fyzická <input type="checkbox"/> psychická <input type="checkbox"/> neschopnost řeči <input type="checkbox"/> jazyková: _____ <input type="checkbox"/> smyslová (nedoalýchavost, hluchota, slepota,....): _____		
<b>Datum:</b> čas:	<b>Datum:</b> čas:	<b>Datum:</b> čas:	<b>Datum:</b> čas:	<b>Datum:</b> čas:
<b>Téma edukace:</b> <input type="checkbox"/> Výživa <input type="checkbox"/> dieta č. _____ <input type="checkbox"/> edu. diabetika <input type="checkbox"/> Sebevěže <input type="checkbox"/> Medikace <input type="checkbox"/> Pohybový režim <input type="checkbox"/> Polohování <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> Dialýza <input type="checkbox"/> Inkontinence <input type="checkbox"/> Užívání pomůcek <input type="checkbox"/> Hygienický režim <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> Péče o chron. ránu <input type="checkbox"/> Péče o žilní vstup <input type="checkbox"/> Respirační terapie <input type="checkbox"/> Příprava před výkonem <input type="checkbox"/> Péče po výkonu <input type="checkbox"/> Možnost péče v terénu <input type="checkbox"/> Prevence ICHS <input type="checkbox"/> Prevence TEN <input type="checkbox"/> Prevence a šíření infekcí <input type="checkbox"/> Jiné .....	<b>Téma edukace:</b> <input type="checkbox"/> Výživa <input type="checkbox"/> dieta č. _____ <input type="checkbox"/> edu. diabetika <input type="checkbox"/> Sebevěže <input type="checkbox"/> Medikace <input type="checkbox"/> Pohybový režim <input type="checkbox"/> Polohování <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> Dialýza <input type="checkbox"/> Inkontinence <input type="checkbox"/> Užívání pomůcek <input type="checkbox"/> Hygienický režim <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> Péče o chron. ránu <input type="checkbox"/> Péče o žilní vstup <input type="checkbox"/> Respirační terapie <input type="checkbox"/> Příprava před výkonem <input type="checkbox"/> Péče po výkonu <input type="checkbox"/> Možnost péče v terénu <input type="checkbox"/> Prevence ICHS <input type="checkbox"/> Prevence TEN <input type="checkbox"/> Prevence a šíření infekcí <input type="checkbox"/> Jiné .....	<b>Téma edukace:</b> <input type="checkbox"/> Výživa <input type="checkbox"/> dieta č. _____ <input type="checkbox"/> edu. diabetika <input type="checkbox"/> Sebevěže <input type="checkbox"/> Medikace <input type="checkbox"/> Pohybový režim <input type="checkbox"/> Polohování <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> Dialýza <input type="checkbox"/> Inkontinence <input type="checkbox"/> Užívání pomůcek <input type="checkbox"/> Hygienický režim <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> Péče o chron. ránu <input type="checkbox"/> Péče o žilní vstup <input type="checkbox"/> Respirační terapie <input type="checkbox"/> Příprava před výkonem <input type="checkbox"/> Péče po výkonu <input type="checkbox"/> Možnost péče v terénu <input type="checkbox"/> Prevence ICHS <input type="checkbox"/> Prevence TEN <input type="checkbox"/> Prevence a šíření infekcí <input type="checkbox"/> Jiné .....	<b>Téma edukace:</b> <input type="checkbox"/> Výživa <input type="checkbox"/> dieta č. _____ <input type="checkbox"/> edu. diabetika <input type="checkbox"/> Sebevěže <input type="checkbox"/> Medikace <input type="checkbox"/> Pohybový režim <input type="checkbox"/> Polohování <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> Dialýza <input type="checkbox"/> Inkontinence <input type="checkbox"/> Užívání pomůcek <input type="checkbox"/> Hygienický režim <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> Péče o chron. ránu <input type="checkbox"/> Péče o žilní vstup <input type="checkbox"/> Respirační terapie <input type="checkbox"/> Příprava před výkonem <input type="checkbox"/> Péče po výkonu <input type="checkbox"/> Možnost péče v terénu <input type="checkbox"/> Prevence ICHS <input type="checkbox"/> Prevence TEN <input type="checkbox"/> Prevence a šíření infekcí <input type="checkbox"/> Jiné .....	<b>Téma edukace:</b> <input type="checkbox"/> Výživa <input type="checkbox"/> dieta č. _____ <input type="checkbox"/> edu. diabetika <input type="checkbox"/> Sebevěže <input type="checkbox"/> Medikace <input type="checkbox"/> Pohybový režim <input type="checkbox"/> Polohování <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> Dialýza <input type="checkbox"/> Inkontinence <input type="checkbox"/> Užívání pomůcek <input type="checkbox"/> Hygienický režim <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> Péče o chron. ránu <input type="checkbox"/> Péče o žilní vstup <input type="checkbox"/> Respirační terapie <input type="checkbox"/> Příprava před výkonem <input type="checkbox"/> Péče po výkonu <input type="checkbox"/> Možnost péče v terénu <input type="checkbox"/> Prevence ICHS <input type="checkbox"/> Prevence TEN <input type="checkbox"/> Prevence a šíření infekcí <input type="checkbox"/> Jiné .....
<b>Poznámky <sup>2</sup>:</b>	<b>Poznámky <sup>2</sup>:</b>	<b>Poznámky <sup>2</sup>:</b>	<b>Poznámky <sup>2</sup>:</b>	<b>Poznámky <sup>2</sup>:</b>
<b>Použitá metoda edu.:</b> <input type="checkbox"/> ústní edukace <input type="checkbox"/> písemná edukace <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> Jiné: _____	<b>Použitá metoda edu.:</b> <input type="checkbox"/> ústní edukace <input type="checkbox"/> písemná edukace <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> Jiné: _____	<b>Použitá metoda edu.:</b> <input type="checkbox"/> ústní edukace <input type="checkbox"/> písemná edukace <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> Jiné: _____	<b>Použitá metoda edu.:</b> <input type="checkbox"/> ústní edukace <input type="checkbox"/> písemná edukace <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> Jiné: _____	<b>Použitá metoda edu.:</b> <input type="checkbox"/> ústní edukace <input type="checkbox"/> písemná edukace <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> Jiné: _____
<b>Reakce pacienta:</b> <input type="checkbox"/> pac. edukaci chápe <input type="checkbox"/> praktické dovednosti <input type="checkbox"/> opakovat školení <input type="checkbox"/> edukace odmítnuta <input type="checkbox"/> pac. edukaci nechápe	<b>Reakce pacienta:</b> <input type="checkbox"/> pac. edukaci chápe <input type="checkbox"/> praktické dovednosti <input type="checkbox"/> opakovat školení <input type="checkbox"/> edukace odmítnuta <input type="checkbox"/> pac. edukaci nechápe	<b>Reakce pacienta:</b> <input type="checkbox"/> pac. edukaci chápe <input type="checkbox"/> praktické dovednosti <input type="checkbox"/> opakovat školení <input type="checkbox"/> edukace odmítnuta <input type="checkbox"/> pac. edukaci nechápe	<b>Reakce pacienta:</b> <input type="checkbox"/> pac. edukaci chápe <input type="checkbox"/> praktické dovednosti <input type="checkbox"/> opakovat školení <input type="checkbox"/> edukace odmítnuta <input type="checkbox"/> pac. edukaci nechápe	<b>Reakce pacienta:</b> <input type="checkbox"/> pac. edukaci chápe <input type="checkbox"/> praktické dovednosti <input type="checkbox"/> opakovat školení <input type="checkbox"/> edukace odmítnuta <input type="checkbox"/> pac. edukaci nechápe
<b>Podpis edukátora:</b> oř. seřiz	<b>Podpis edukátora:</b> oř. seřiz	<b>Podpis edukátora:</b> oř. seřiz	<b>Podpis edukátora:</b> oř. seřiz	<b>Podpis edukátora:</b> oř. seřiz
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Použitá zkratky: pac.: pacient    chron.: chronikou    ICHS: ischemická choroba srdeční    TEN: tromboembolická nemoc    oř.: ošetrovatel    edu.: edukace

PID: pacientova identifikační data

1) Pacient si určí seřiz, které z metod edukace mu vyhovují

2) Doplní/ujde a upřesní/ujde poznámky k edukativnímu tématu ( např. sebevěže, medikace, pohybový režim, užívání pomůcek...)



Nemocnice Na Homolce  
Roentgenova 2, 150 30 Praha 5

## EDUKACE DIETY

razítko oddělení

Jméno pacienta :	Číslo účtu :	
Rodné číslo :	Státní přísl. :	Datum :
Pojišťovna :	Diagnoza :	Čas :

### Poučení koho :

### Poučení o dietě:

pacient typ diety

rodina vhodné potraviny ano ne

### Forma poučení :

technologie zpracování potravin ano ne

ústně sipping ano ne

písemné instrukce modulová dietetika ano ne

.....

**Sestavení osnovy jídelního plánu:** ano ne

**Pacient objednan k ambulantní kontrole:** ano ne

### **Pozn.:**

Výše uvedené skutečnosti jsem vzal(a) na vědomí.

Svým podpisem stvrzuji, že informace sdělené sestrou při propouštění jsou srozumitelné.

podpis pacienta ( nejbližší příbuzní )

podpis sestry

