UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství

Monika Mračnová

Ošetřovatelská péče o pacientku s komplikovanou divertikulární nemocí

Nursing Care of the Patient with Complicated Diverticular Disease

Případová studie

Bakalářská práce

Praha, květen 2010

Autor práce: Monika Mračnová
Studijní program: Ošetřovatelství
Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Renata Vytejčková
Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK
Odborný konzultant: As. MUDr. Jakub Štefka
Pracoviště odborného konzultanta: Chirurgická klinika, FNKV

Datum a rok obhajoby: září 2010

Prohlášení

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

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická, nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3. LF UK, jsou totožné.

V Praze dne 28. května 2010 Monika Mračnová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Vytejčkové z Ústavu ošetřovatelství 3. LF UK za metodickou pomoc při zpracování mé bakalářské práce a za poskytnutí podkladů, informací, cenných rad a připomínek k vypracování této práce. Děkuji rovněž As. MUDr. Jakubovi Štefkovi za odbornou konzultaci a taktéž za cenné rady a připomínky, důležité pro napsání mé práce. Oběma pak za jejich ochotu.

Obsah

1. ÚVOD 7
2. KLINICKÁ ČÁST 9
2.1. Anatomie a fyziologie tlustého střeva 9
2.1.1. Anatomie 9
2.1.2. Fyziologie 10
2.2. Charakteristika a patogeneze diverikulární choroby tlustého střeva 11
2.2.1. Charakteristika onemocnění 11
2.2.2. Etiologie a etiopatogeneze (patofyziologie) 12
2.2.3. Klinický obraz 12
2.2.4. Diagnostika 13
2.2.5. Léčba 14
2.2.5.1. Konzervativní řešení 14
2.2.5.2. Chirurgické řešení 15
2.2.5.2.1. Operační technika 15
2.2.5.2.1.1. První doba Hartmannova výkonu 15
2.2.5.2.1.2. Druhá doba Hartmannova výkonu 16
2.2.6. Zánět pobřišnice – peritonitida 16
2.2.7. Stomie 17
3. KAZUISTIKA 20
3.1. Základní údaje o nemocné 20
3.2. Identifikační údaje 20
3.3. Lékařská anamnéza a diagnostický závěr 20
3.4. Průběh hospitalizace 22
3.5. Operační průběh 25
3.6. Pooperační terapie 25
3.6.1. Farmakoterapie 26
3.6.2. Prognóza 30
4. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST 31
4.1. Ošetřovatelství 31
4.2. Ošetřovatelský proces 31
4.3. Model obecně 32

4.4. Model M. Gordonové 32
4.5. Plán ošetřovatelské péče 41
4.5.1. Krátkodobý plán ošetřovatelské péče 41
4.5.1.1. Aktuální ošetřovatelské diagnózy 41
4.5.1.2. Potenciální ošetřovatelské diagnózy 41
4.5.2. Dlouhodobý plán ošetřovatelské péče 57
4.6. Psychologie nemocné - reakce na nemoc 58
4.7. Prognóza 59
5. PÉČE O STOMIKA A NÁVRH EDUKACE NEMOCNÉ V PÉČI O KOLOSTOMII 60
5.1. Úvod 60
5.2. Typy stomií 60
5.3. Pooperační péče 61
5.4. Pomůcky + ošetřování stomie 62
5.5. Výměna stomického systému 63
5.5.1. Výměna jednodílného systému 64
5.5.2. Výměna dvoudílného systému 64
5.6. Problémy se stomií 65
5.7. Životospráva 66
5.8. Kluby, zájmová sdružení 66
6. ZÁVĚR 67
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 68
SEZNAM ZKRATEK 70
SEZNAM TABULEK 72
SEZNAM PŘÍLOH 73
PŘÍLOHY

1. Úvod

Cílem mé práce je komplexní zpracování případové studie ošetřovatelské péče u nemocné J. Š. ve věku 71 let, která byla akutně přijata 9. 2. 2010 na chirurgickou kliniku Ústřední vojenské nemocnice ve Střešovicích s diagnózou perforující diverikulitida tlustého střeva, s následným vyvedením kolostomie.

V klinické části popisuji anatomii a fyziologii tlustého střeva. Zabývám se patofyziologickým a klinickým obrazem příčinného onemocnění a základními vyšetřovacími metodami vedoucími ke stanovení diagnózy. Část také věnuji problematice péče o stomika.

Dále uvádím základní údaje o nemocné- její anamnézu, diagnostická vyšetření a terapeutická opatření, operační výkon a pooperační péči, přehled farmakoterapeutik a samozřejmě se zaměřuji i na průběh hospitalizace. Především na 15. den hospitalizace (24. 2. 2010) - tj. 14. pooperační den.

V ošetřovatelské části své práce používám metodu ošetřovatelského procesu. Při sběru informací vycházím z modelu „Funkčního zdraví“ Marjory Gordonové. Pro sběr informací o nemocné jsem použila formulář, který byl zpracován pro potřebu výuky v oboru Ošetřovatelství na 3. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

Dále jsem analyzovala podklady ze zdravotnické dokumentace, výpovědi samotné pacientky a jejích příbuzných a také informace od ostatních členů zdravotnického týmu. Důležitou součástí pro vyhodnocování informací bylo vlastní pozorování. Na základě tohoto rozboru jsem stanovila aktuální a potenciální ošetřovatelské problémy, resp. ošetřovatelské diagnózy. K vyřešení jednotlivých problémů jsem sestavila plán ošetřovatelské péče.

V textu dále popisuji realizaci a hodnocení účinnosti ošetřovatelských intervencí. Aktuální i potenciální ošetřovatelské diagnózy jsem stanovila modelově k jednomu určitému dni hospitalizace. Samostatnou kapitolou je i návrh edukace nemocné se stomií.

Práci doplňuje seznam zkratek, které zde byly použity.

V závěru své práce se věnuji shrnutí zdravotního stavu popisované pacientky. Práci uzavírá přehled odborné literatury a přílohy (formulář pro sběr informací, přehled laboratorních vyšetření,...).

2. Klinická část

2.1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva

2.1.1 Anatomie

Tlusté střevo (intestinum crassum) je posledním úsekem trávicí trubice. Jeho délka se pohybuje v rozmezí 1,2-1,5 metrů. V břišní dutině je uloženo tak, že po stranách a nahoře obkružuje střevo tenké. Jeho začátek leží v pravé kyčelní jámě- je jím vakovitě rozšířené slepé střevo (caecum), dlouhé asi 6-8 centimetrů, do nějž zleva ústí tenké střevo (ileum) - tedy jeho koncová část. Dále pokračuje jako tračník vzestupný (colon ascendens), dlouhý přibližně 12-16 centimetrů. Ten je přirostlý k zadní stěně dutiny břišní. Probíhá směrem vzhůru na pravé straně dutiny břišní – pod játry přechází jaterním ohbím (flexura coli dextra) v tračník příčný (colon transversum). Ten vede napříč břišní dutinou zprava doleva a zasahuje až ke slezině. Na délku měří asi 50-60 centimetrů a visí před kličkami tenkého střeva na peritoneálním závěsu (mesocolon transversum), dále slezinným ohbím (flexura coli sinistra) přechází v tračník sestupný (colon descendens). Ten se nachází podél levé stěny břišní dutiny a sahá až k levé jámě kyčelní, kde na něj navazuje esovitá klička (colon sigmoideum). Sestupný tračník je dlouhý asi 22-30 centimetrů a také je fixován k zadní stěně břišní dutiny. Esovitá klička je pohyblivá a na délku má přibližně 30-40 centimetrů. Tvarem se připodobňuje k písmenu „N“. Klička pak přechází do poslední části tlustého střeva ležící již v malé pánvi - konečníku (rectum). Konečník je 12-15 centimetrů dlouhý úsek tlustého střeva, ležící těsně před kostí křížovou. Je rozdělený na dvě části- a to na ampulu (ampulla recti), což je rozšířený úsek, dlouhý asi 10-12 centimetrů a na anální kanál (canalis analis), dlouhý 2-4 centimetry, který je zakončem řitním otvorem (anus). Na jeho konci jsou dva svěrače- vnitřní je z hladké svaloviny, vnější z příčně pruhované.

Sliznice tlustého střeva je bledé barvy, kryta jednovrstevným cylindrickým epitelem. Nejsou na ní žádné klky. Tvoří poloměsíčité řasy. Povrch sliznice je chráněn hlenem, produkovaným velkým množstvím pohárkových buněk hlenových žláz.

Podslizniční vazivo tvoří relativně silnou, posunlivou vrstvu, do níž zasahují slizniční mízní uzlíky. V této vrstvě probíhají cévní a nervové pleteně střeva.

Svalovina je dvouvrstvá- cirkulární a podélná. Smrštivým pohybem cirkulární svaloviny vznikají haustra, neboli výpuky- ty posunují střevní obsah. V místě hauster prominují do střeva slizniční poloměsíčité řasy (plicae semilunares). Celou délkou tlustého střeva se táhnou tři bělavé proužky zesílené podélné svaloviny - taenie. V jejich okolí se vyskytují stopkaté vychlípeniny peritoneálního povlaku tlustého střeva, appendices epiploicae, které obsahují množství tuku, který zapříčiňuje jejich žlutavou barvu.

Cévní zásobení zajišťuje a. mesenterica superior a a. mesenterica inferior. Blíže ke konečníku přivádějí okysličenou krev ještě větve z vnitřní kyčelní tepny (a. iliaca interna). Všechny tři tepenné oblasti spolu anastomozují. Anastomosy probíhají v peritoneálních závěsech střeva. Krev je odtud odváděna žílami, sledujícími průběh tepen a spojujícími se za hlavou slinivky do povodí veny portae. Z konečníku částečně také do dolní duté žíly. Míza odtéká do coeliackých uzlin a z rekta do uzlin v malé pánvi.

Hladká svalovina tlustého střeva je inervována autonomními nervy- za parasympatikus jsou to vlákna n. vagus, a vlákna sakrálního parasympatiku. Sympatickou inervaci zajišťují vlákna jdoucí z ganglia coeliaca a z ganglion mesentericum superius a inferius a dále ze sakrální části truncus sympaticus. Zevní svěrač konečníku z příčně pruhované svaloviny je pod volní kontrolou a je inervován míšními nervy S3-S4. /6, 7, 8/

2.1.2 **Fyziologie**

Tlusté střevo má jako hlavní funkci vstřebávání většiny zbylé vody, iontů a skladování zbytků chymu a zahušťování obsahu, spojené s tvorbou a zahušťováním formované stolice. Populace bakterií (asi 100 druhů) působící ve střevě zapříčiňuje rozklad odloučených buněk střevního epitelu, žlučových barviv, bakteriálních těl a nestrávených zbytků potravy (vazivo, celulóza). Většina uvolněných jednodušších látek se už nevstřebává - pouze vitamíny skupiny

B- B1-thiamin a B2-riboflavin a vitamín K. Část vznikajících plynů, složených z CO2, vodíku, metanu a sirovodíku, je vstřebávána, část odchází řitním otvorem (flatus).

Pohyby tlustého střeva jsou menšího rozsahu než pohyby tenkého střeva- průběh má podobu naplňování a vypuzování výdutí tlustého střeva (haustrální pohyby), které zapříčiňují pohyb obsahu oběma směry- ve výsledku se ale samozřejmě jedná o pohyb obsahu směrem k rektu. Peristaltické pohyby zajišťují posouvání zahuštěného a formovaného obsahu do rekta, kde už při čtvrtinové náplni rektální ampuly tlakem tráveniny (chymus) na stěnu tlustého střeva vyvolávají defekační reflex. Tento přesun tráveniny z tenkého do tlustého střeva řídí ileocekální sfinkter a jeho chlopeň. Otevření probíhá při příchodu peristaltické vlny, kdy je tlak v tenkém střevě vyšší, než tlak ve střevě tlustém. Celou tuto aktivitu zapříčiňuje působení sympatiku a parasympatiku a také humorální podněty související s činností trávicího traktu- např. gastrin- ten souvisí s rychlejším přesunem tráveniny do tlustého střeva po náplni žaludku a to dále způsobí větší motilitu tlustého střeva. Objem stolice bývá 100-250 g / 24 hodin. Pohyb obsahu tlustým střevem je pomalý, za normální situace trvá dva až tři dny. /6, 7, 8/

2.2 Charakteristika a patogeneze diverikulární choroby tlustého střeva

2.2.1 Charakteristika onemocnění

Divertikulární nemoc tračníku je etiopatogeneticky definována jako hyperfunkce svaloviny tračníku a její změněnou dráždivostí ve smyslu zvýšení na fyziologické a farmakologické podněty. V důsledku toho v tlustém střevě vzniká občasně až trvale vysoký tlak. Ten svým působením vytlačuje do štěrbin svaloviny podél cév sliznici - ta pak vytváří výchlipky - divertikly. Nejčastěji jsou situované v levé polovině tračníku- zde bývají zpravidla mnohočetné, v pravé bývají divertikly solitární, nicméně se mohou nacházet po celé délce tračníku. Tyto výchlipky se obtížně vyprazdňují a jejich obsah dráždí sliznici. Nemocní

mívají většinou zácpu a trpí meteorismem a mohou pociťovat bolesti v levém podbřišku, jinak nekomplikované divertikly nepůsobí výraznější obtíže. Výskyt onemocnění narůstá s věkem.

Nejhojnější komplikací je zánět- tedy divertikulitida. Ten se postupně šíří do okolí, kde může vzniknout ohraničené hnisavé ložisko, nebo může střevo perforovat a vznikne peritonitida. Mezi další komplikace patří krvácení- chronické i akutní, tvorba píštělí, aj. Zánět může probíhat pod obrazem dočasného zánětu, který pacient ani nemusí nijak pociťovat. Takový zánět může doprovázet tvorba vaziva, což v budoucnosti může zapříčinit až střevní neprůchodnost. /1, 5/

2.2.2 **Etiologie a etiopatogeneze (patofyziologie)**

Jedním z podmiňujících faktorů je věk. Konkrétně věk nad 50 roků. S věkem také roste podíl všech druhů komplikací. Další významný faktor podílející se na vzniku divertikulózy je nedostatek tekutin a několikaletý nedostatek vlákniny v potravě a dlouhodobě nedostatečná náplň tlustého střeva- zadržování stolice a plynů vede k nárůstu intraluminálního tlaku- to v kombinaci s nedostatečnou náplní a s tím souvisejícími „kontrakcemi na prázdno“, vede k prolapsu divertiklů střevní stěnou.

Jako spolufaktor se ukazuje obezita, imunosuprese všeho druhu (kortikoidy, chemoterapeutika, kyselina acetylsalicylová)

Vazba na pohlaví je sporná. Stejně tak dědičnost, alkoholismus, kouření a zácpa nebyla zcela prokázána. /1, 5/

2.2.3 **Klinický obraz**

Většina nemocných divertikulární nemocí nemá žádné obtíže, tudíž bývá nález spíše náhodný. Výskyt komplikací narůstá s věkem a s délkou trvání onemocnění. Jak bylo uvedeno výše, nejčastější komplikací je zánět - divertikulitida, s přestupem do okolí, kde může následně vzniknout ohraničené hnisavé ložisko (absces), nebo může střevo proděravět s následným zánětem

pobřišnice- zpravidla se v této fázi jedná o necharakteristické obtíže různé intenzity- kolikovitá bolest, křeče v levém dolním kvadrantu, či uprostřed břicha.

Dále může jít o bolest trvalou, způsobenou zánětem a zhoršující se pohybem, či kašlem. Dalším možným příznakem je zvýšená teplota nepřesahující 38 stupňů a tachykardie, obtíže se střevní pasáží, čemuž předchází nauzea, říhání, zvracení. Mohou být přítomny známky peritoneálního dráždění. Mimo bolestivé palpace je možné někdy nahmatat i bolestivou válcovitou rezistenci.

Laboratorní vyšetření odhalí leukocytózu, zvýšený C-reaktivní protein a vysokou sedimentaci (FW).

Při perforaci divertiklu vzniká ohraničená, či difúzní perforační peritonitida- při vylití obsahu střeva mluvíme o fekální/sterkorální peritonitidě. Je patrné svalové stažení, tachykardie, hypotenze a rychle se rozvíjející septický šok. /1, 5/

2.2.4 **Diagnostika**

Základem pro stanovení správné diagnózy by měla být podrobně zpracovaná anamnéza a vyšetření vitálních parametrů (krevní tlak, puls, dýchání, teplota, hydratace) a samozřejmě fyzikální vyšetření břicha.

Následuje laboratorní vyšetření moči, které nám vyloučí příčinu v močovém systému, vaginální vyšetření gynekologem zase vyloučí onemocnění ženského pohlavního systému. Podezření na zánět podpoří nález vysoké sedimentace krve a zvýšené hladiny leukocytů v krevním obraze. Pro zúžení spektra předpokládaných onemocnění je vhodné doplnit sonografické vyšetření, jehož přínos ovšem velmi závisí na zkušenosti vyšetřujícího lékaře.

V této fázi úvahy, po vyloučení dietní a infekční gastroenterokolitidy a urologické infekce, se jako možná onemocnění jeví např.divertikulární nemoc tračníku, kolorektální neoplazie, či extrauterinní gravidita, či jiná střevní a jim podobná onemocnění.

K diferenciální diagnóze jsou potřebná další vyšetření- endoskopická a vyšetření pomocí zobrazovacích metod- využívají se rentgenová vyšetření, včetně kontrastních, ultrazvuk a především CT. Vhodnou metodou v tomto případě je

irrigografie s dvojitým kontrastem, jejímž omezením je možnost provedení pouze mimo akutní ataku zánětu, z důvodu možnosti perforace diveriklu. Kolonoskopie není zcela vhodná právě z důvodu zvýšeného rizika perforace střeva.

O jejich návaznosti diskutují gastroenterolog, chirurg, urolog a gynekolog. /1, 5/

2.2.5 **Léčba**

V případě, že je nález divertiklů spíše náhodný, a choroba probíhá asymptomaticky, je samozřejmě správné pacienta informovat o nálezu, uklidnit ho zprávou, že obtíže jsou většinou dobře léčitelné, navíc jejich výskyt je málo častý a objasnit mu příznaky eventuálních komplikací, aby byl schopen je rozpoznat, nebo měl možnost jejich výskytu na paměti. Asymptomaticky probíhající choroba nevyžaduje léčbu, ale je žádoucí, aby byl pacient srozuměn s některými pravidly stravování- měl by v budoucnu začít konzumovat více stravy bohaté na rostlinnou vlákninu (vysokozbytková strava) a také pít dostatek tekutin. Poučení by se současně mělo týkat i úpravy životosprávy pacienta- tj. přiměřenost tělesné váhy, dostatečná fyzická aktivita.

2.2.5.1 Konzervativní řešení

V případě komplikací zánětem je léčba zprvu konzervativní:

- žádný příjem per os
- klid na lůžku, hospitalizace
- kontrola vitálních funkcí, á 2-4 hodiny
- infuzní terapie
- podávání antibiotik, nebo klyzmat s nevstřebatelným ATB a analgetik typu metamizol + profylaxe TEN podáváním heparinu /5/

2.2.5.2 Chirurgické řešení

Radikální léčba může být buď akutní, či elektivní. Akutní je volena při peritonitidě, krvácení, či obstrukci střeva. Řešením bývá resekce úseku střeva v místě patologie, nebo jeho vyřazení stomií a drenáž. Elektivně se operují píštěle, stenózy a také v případě, že se jedná již o několikátou ataku komplikací divertikulární choroby, včetně divertikulitidy. /1, 5, 9/

2.2.5.2.1 Operační technika

Operační léčba je indikována po neúspěšné konzervativní a intervenční léčbě, kdy se divertikulární nemoc projevuje akutními komplikacemi, recidivami a chronickým poškozením funkcí tenkého i tlustého střeva. Výsledná volba operační metody je řízena podle předvídané letality, morbidity a spokojenosti operovaných pacientů.

Pro zde popisovanou pacientku byla zvolena „dvoudobá diskontinuitní resekce sigmatu podle Hartmanna“. Protože samotná operační technika, byť bych se věnovala konkrétnímu výkonu na zde popisované pacientce J. Š., je obsáhlým a složitým procesem a není hlavním předmětem této práce, nastíním pouze stručně, o co se jedná.

Původně byl tento výkon zaveden jako léčba u pacientů s nízko lokalizovanou rakovinou rekta. U komplikované divertikulární nemoci však bylo jeho zavedení velkým přínosem - odstraňuje zdroj sepse v první operační době a posouvá uzavření stomie a obnovení střevní pasáže na dobu pozdější, po vyléčení sepse a stabilizaci komorbidit. U tohoto typu operace je slepě uzavřený rektální pahýl ponechán v pánvi a orální část střevní kličky je vyvedena na břišní stěnu jako dočasná či trvalá sigmoideostomie. Kontinuitu střeva lze tedy obnovit. /5/

2.2.5.2.1.1 První doba Hartmannova výkonu

Při výkonu z vitální indikace, jakou peritonitida jistě je, se předoperačně pouze aplikují antibiotika a stabilizují se eventuální akutní deficity. Poté se dolní střední laparotomií přistoupí k revizi dutiny břišní. Následuje preparace

budoucího resekátu sigmatu a skeletizace a dále resekce kolon s odstraněním tračníku s perforací. Z horního pahýlu se následně vyvádí před stěnu břišní terminální stomie.

Pooperační terapie spočívá v léčbě septického a operačního šoku, v kompenzaci životních funkcí a všech deficitů. /5/

2.2.5.2.1.2 Druhá doba Hartmannova výkonu

Spočívá ve zrušení stomie a obnovení střevní pasáže anastomózou, která následuje po stabilizaci komorbidit a odstranění infekce. Kontraindikací zde může být odmítavý postoj pacienta k další operaci, nebo celkově zhoršený stav, pro který by nebyla doporučena celková anestezie. /5/

2.2.6 Zánět pobřišnice – peritonitida

Peritoneum je tenká, lesklá blána vystýlající břišní dutinu. Podle polohy se rozděluje na peritoneum nástěnné, parietální a peritoneum naléhající na orgány, viscerální. Jedno v druhé přechází ve formě závěsů a těmi přichází k orgánům cévy a nervová vlákna.

Akutní zánět pobřišnice náleží k náhlým příhodám břišním, bezprostředně pacienta ohrožujícím na životě. V zásadě se způsob vzniku zánětu dělí na dvě skupiny- primární a sekundární.

Primární je charakteristický zavlečením infekčního agens do dutiny břišní hematogenní cestou.

Sekundární je podmíněn perforováním dutého orgánu GIT.

Měřítkem pro odhadování stupně závažnosti je rozsah- peritonitis acuta circumscripta je místní ohraničený zánět, kdežto peritonitis acuta difussa je zánět neohraničený, zasahující celou pobřišnici.

Příznaky souvisí se základním onemocněním - difúzní bolest celého břicha, nauzea, zvracení, zástava plynů a zástava odchodu stolice. Objektivně jsou patrné: zvýšená teplota a zrychlený tep, pokles krevního tlaku, oligurie, opocená, bledá kůže, oschlé sliznice.

Klinický průběh je u formy zánětu s perforací rychlý, s náhlým začátkem.

Akutní peritonitidu diagnostikujeme pomocí markerů v laboratorním nálezu: vysoká FW, CRP a leukocytóza.

Na RTG (obdobně na CT, SONO) vyšetření: při perforaci orgánu GIT volný vzduch v dutině břišní- s nálezem srpkovitého projasnění pod brániční klenbou.

Léčba je zpravidla chirurgická, doprovázena ATB krytím. /13/

V případě zde popisované pacientky J. Š. byla perforace divertiklu esovité kličky slepého střeva řešena její resekcí, slepým uzavřením rekta a vyvedením kolostomie nad místem perforace.

2.2.7 **Stomie**

Slovo stoma pochází z řečtiny a znamená ústa, nebo také ústí něčeho- v přeneseném významu otvor, či vývod.

Stomie je uměle vytvořené vyústění orgánu na stěnu břišní- v zásadě se dělí na dvě skupiny podle účelu: výživné a derivační.

Výživné stomie jsou zakládány u takových pacientů, kteří nemohou z nějakého důvodu polykat a preventivně před léčbou u pacientů s onkologickým onemocněním v oblasti krku a hlavy. /9/

Derivační stomie, kam patří:

Ezofagostomie - vyústění jícnu, indikované např. u atrézií jícnu, či jeho poranění.

Tracheostomie - je vývod na průdušnici, zabezpečující průchodné dýchací cesty.

Ileostomie - vývod terminálního úseku tenkého střeva na stěnu břišní.

Kolostomie - je vyústění střeva tlustého na stěnu břišní - ta se dále rozděluje podle lokalizace na: cékostomii, transverzostomii, sigmoideostomii. /9/

Indikací bývá neoperabilní zhoubné bujení v malé pánvi, střevní, či perianální zánětlivá onemocnění, poškození střeva při úrazu břicha, inkontinence, aj. /9/

Typy stomií:

Podle trvání - dočasná, kdy je operativně možné vývod uzavřít a obnovit funkci střeva / trvalá, kdy byla odstraněna distální část střeva a konečník.

Podle počtu hlavní - jednohlavňová, čili terminální / dvouhlavňová, čili axiální, kdy v otvoru ústí dvě střevní kličky - přívodná a odvodná. /9/

Příprava pacienta k výkonu probíhá na úrovni biologické - vhodně zvolené diagnostické metody podle stavu pacienta a příznaků:

- Kolonoskopie
- RTG - irrigografie
- Kompletní vyšetření krve a vyšetření odebraného biologického materiálu
- Interní a chirurgické vyšetření /9/

A na úrovni psychologické - vzhledem k závažnosti zásahu do života pacienta je nutná, je-li to z časového hlediska možné, psychologická podpora pacienta lékařem, sestrou i jeho blízkými a poskytnutí srozumitelných informací a prostoru na pacientovy obavy a zodpovězení pacientových dotazů.

Patří sem také příprava edukace pacienta na život se stomií. Přímým působením na pacienta můžeme podněcovat jeho motivaci a aktivní spoluúčast na ošetřování vývodu. Touto problematikou se obvykle zabývá speciálně vyškolená tzv. „stoma sestra“.

Do přípravné části pacienta samozřejmě patří také samotná příprava k operačnímu výkonu- sem spadá shromáždění všech výsledků podstoupených vyšetření, podepsaný informovaný souhlas s výkonem, vyprázdnění střeva dle zvyklostí a standardů nemocnice a aktuálního stavu nemocného, prevence TEN, příprava operačního pole, zajištění intravenózního vstupu, premedikace, ATB terapie, aj. /9/

K pooperačnímu období pak patří komplexní pooperační péče dle zvyklostí nemocnice- kompletní monitorace vitálních funkcí, měření bilance tekutin, hodnocení bolesti, zajištění dočasné parenterální výživy, aj. /9/

Více informací k problematice stomií, včetně návrhu edukace, popsání stomických pomůcek a specifika ošetřovatelské péče, uvádím v samostatné kapitole PÉČE O STOMIKA A NÁVRH EDUKACE NEMOCNÉ V PÉČI O KOLOSTOMII.

3. KAZUISTIKA

3.1 Základní údaje o nemocné

Pacientka J. Š. byla přijata akutně z Leteckého zdravotnického ústavu na chirurgickou kliniku Ústřední vojenské nemocnice ve Střešovicích.

Na konci ledna letošního roku absolvovala radikální resekci nezhoubného novotvaru na mozku- supratentoriálního meningeomu. 9. 2. bylo pro elevaci sedimentace a pro subfebrilie provedeno kontrolní rtg srdce a plic k vyloučení fokusu, kde byl jako kardinální nález vyhodnocen volný plyn v dutině břišní. Byla provedena revize břišní dutiny, kde je zjištěna cirkumscriptní peritonitida při perforovaném divertiklu sigmatu.

3.2 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: J. Š., Ing.

Pohlaví: žena

Věk: 71

Stav: vdaná

Trvalé bydliště: Praha

Povolání: již v důchodu

Vyznání: bez vyznání

Osoba, kterou lze kontaktovat: dcera E.

3.3 Lékařská anamnéza a diagnostický závěr

Rodinná anamnéza: matka + 55 let - Ca ovarií, otec + 72 na otravu svítiplynem, měl urolithiázu

Syn zdráv, dcera po luxaci kyčle (VVV)

Osobní anamnéza: běžná dětská onemocnění, v mládí urátový močový písek, 1993 kontuze levého oka s komocí mozkovou, glaukom pravého oka, katarakta levého oka, VAS LS páteře, stp.radikální resekci supratentoriálního meningeomu 1/2010, arteriální hypertenze, AO insuficience, hyperlipoproteinemie, varixy obou dolních končetin- trofické změny v rámci TEN.

Operace: tonzilektomie, oboustranná tříselná kýla

Úrazy: amputace II.prstu LDK (2000), komoce mozku

Alergická anamnéza: formaldehyd, atopický ekzém, CHLMF

Abusus: červené víno – 2 dcl/ den, nekuřačka

Sociální anamnéza: nyní pacientka již ve starobním důchodu, dříve farmakolog. Žije s manželem M. v dvoupokojovém bytě v Praze. Stýká se s dcerou i synem a se svými vnoučaty. V kontaktu také se sousedkou a jejím mužem, kteří bydlí o patro níž v týmž domě.

Gynekologická anamnéza: menarche přibližně ve 13ti letech, 2 fyziologické porody, potrat- 0, menopauza- 1994

Objektivně při přijetí: při vědomí, celkově orientována, spolupracuje, bez ikteru a cyanózy

Váha- 60 kg, výška- 164 cm, BMI 22.3, TK - 117/75 mm Hg, P- 85/ min., 21 dechů/ minutu, TT- 37,0 st. Celsia, SpO_2 – 98%.

Hlava, krk: obl. jizvy s fluktuací susp. likvorová pseudocysta

Hrudník: symetrický, dýchání čisté, sklípkové bez vedlejších fenoménů, akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené, poklep plný, jasný

Břicho: měkké, prohmatné, nebolestivé, bez patologických rezistencí, bez známek peritoneálního dráždění, susp.napíná v pravém hypochondriu

Per rectum: tonus svěrače fyziologický, v dosahu prstu bez hmatných rezistencí Douglasův prostor není vyklenutý, stolice- hnědá, řídká, bez příměsi

Dolní končetiny: bez otoků

Nynější onemocnění: 71 letá polymorbidní pacientka- 26.1.2010 radikální resekce supratentoriálního meningiomu 0 sin. s kortikoidní předoperační

přípravou. 9. 2. 2010 provedeno rtg vyšetření k vyloučení fokusu (subfebrilie a elevace sedimentace), kde byl jako vedlejší, nicméně kardinální nález ve smyslu pneumoperitonea - přítomnost volného plynu v obou podbráničních prostorách, více pod pravou kopulou bránice.

Pacientka bez bolesti břicha, při vyšetření naznačeně napíná vpravo.

Přehled provedených diagnostických vyšetření:

9/2 2010 – RTG srdce + plíce – s nálezem volného plynu v dutině břišní

9/2 2010 – Interní předoperační vyšetření na chirurgii JIP – se závěrem, že pacientka je schopna, s rizikem přiměřeným věku a zdravotnímu stavu, operace v celkové anestezii.

Laboratorní vyšetření - viz. Příloha č. 1

Diagnostický závěr: akutní cirkumscriptní peritonitida, akutní perforující divertikulitida, pneumoperitoneum

3.4 Průběh hospitalizace

1. den hospitalizace - 9/2/2010

Pacientka akutně přijata na chirurgickou kliniku Ústřední vojenské nemocnice ve Střešovicích pro diagnostikovaný volný plyn v dutině břišní v Ústavu leteckého zdravotnictví. Na kontrolním RTG vyšetření, indikovaném pro vyloučení fokusu po prodělané neurochirurgické operaci, s diagnostickým závěrem- akutní cirkumscriptní peritonitida, akutní perforující divertikulitida, pneumoperitoneum. Pacientka byla při příjmu v celkově dobrém stavu, bez bolesti. Bylo provedeno interní předoperační vyšetření se závěrem, že pacientka je schopna operace v celkové anestezii s rizikem přiměřeným věku a momentálnímu stavu. Pacientce byl zaveden permanentní močový katetr. Týž den byla provedena dvoudobá diskontinuitní resekce sigmatu podle Hartmanna a drenáž (resekce postiženého úseku tlustého střeva- zde sigmoidea a vyvedena terminální sigmoideostomie - „resectio rectosigmoidei sec. Hartnmann + drain“. Z operačního sálu byla pacientka přeložena na oddělení ICU, kde byla umístěna pro nutnost dočasné podpory ventilace.

Laboratorní vyšetření ze dne 9/2/2010

INR 1,2, CRP 264, Hb 108, jinak leukocyty, urea, kreatinin, jaterní testy, glykémie a minerály v normě. (blíže viz. Příloha č. 1)

3. den hospitalizace - 11/2/2010

Paní J. Š. přeložena z ICU na chirurgickou JIP, kde byly nadále kontinuálně sledovány vitální funkce, výsledky krevních odběrů a podávány ordinované léky. Byla prováděna aseptická péče o operační ránu- ta byla klidná, čistá, bez známek infekce. Drény funkční, odvádí serosanguinózní sekret v minimálním množství- do 50 ml za 24 hodin, okolí bez macerace či zarudnutí, jsou sterilně ošetřovány. Vytvořená stomie byla ošetřována docházející „stoma sestrou“. Převazy operační rány prováděla sestra dvakrát denně a dále podle potřeby.

4. den hospitalizace - 12/2/2010

Stomie je funkční, začíná pravidelně odvádět stolici. Kůže v okolí vyvedení stomie byla bez iritace.

8. den hospitalizace - 16/2/2010

CT mozku nativně- bylo provedeno vyšetření, kde nebyly patrny žádné čerstvé ischemické změny či známky krvácení v místě pooperačních změn.

9. den hospitalizace - 17/2/2010

Paní byla přeložena na standardní chirurgické oddělení.

11. den hospitalizace - 19/2/2010

Pacientka vyšetřena v neurologické a psychologické ambulanci- v neurostatusu pouze lehké zpomalení psychomotorického tempa, dle diferenciální diagnostiky se jedná o organický psychosyndrom po prodělaných operacích, dekompenzace aterocerebri při hraniční hydrataci, ale nelze vyloučit ani počínající demenci při neurodegenerativním onemocnění.

12. den hospitalizace - 21/2/2010

Známky počínající močové infekce, laboratorní výsledky v příloze č. 2 - odstraněn permanentní močový katétr. Do pitného režimu zařazen urologický čaj.

13. den hospitalizace - 22/2/2010

Pacientka měla zavedený periferní žilní katétr na levé horní končetině, který byl ošetřován v souladu se standardy nemocnice a prevencí infekce. Po dobu jeho zavedení a aplikace léků se žádné komplikace nevyskytly (odstraněn 22. 2. 2010, tj. 13. pooperační den).

21. den hospitalizace - 1/3/2010

Pacientka byla vzhledem k částečné imobilitě a občasné dezorientaci, kvůli čemuž nebyla schopna se o sebe v domácím prostředí plně postarat, přeložena 1. 3. 2010 do léčebny dlouhodobě nemocných (Vojkov) do doby, než se efektivně vyřeší, kdo by se o pacientku mohl postarat v jejím vlastním prostředí.

Pacientka byla dle GCS ve stavu lehké zmatenosti / dezorientace (13 bodů) - viz. Příloha č. 3, proto hygienickou péči prováděly sestry a ostatní nelékařský zdravotnický personál. Byla prováděna na lůžku.

Po dobu hospitalizace na chirurgickém oddělení se důsledně dbalo na prevenci vzniku dekubitů (18 bodů), vzhledem k tomu, že se jednalo o převážně ležící pacientku, kde bylo riziko zvýšené. K žádným komplikacím v tomto ohledu nedošlo. Rehabilitace probíhala postupně- nejprve cvičení na lůžku, sed na lůžku, následoval stoj a chůze v chodítku s doprovodem. Byla prováděna jak sestrami na oddělení, tak fyzioterapeutem, který dvakrát denně docházel za pacienty na oddělení.

3.5 Operační průběh

9/2/2010 - Resectio rectosigmoidei sec. Hartnmann, drain

(odstranění postiženého úseku esovité kličky tlustého střeva se založením terminální sigmoideostomie a slepým uzávěrem pahýlu rekta - tzv. diskontinuitní operace). U tohoto typu operace je slepě uzavřený rektální pahýl ponechán v pánvi a orální část střevní kličky je vyvedena na břišní stěnu jako dočasná či trvalá sigmoideostomie. Kontinuitu střeva lze tedy obnovit.

V klidné celkové anestezii lékař ponikl střední laparotomií do dutiny břišní. Tam byl odsát hnisavý a sterkorální obsah s nálezem divertiklu velikosti 5x4 centimetry, jenž byl s perforací a nekrotickou stěnou. Po resekci rectosigmatu a zašití slepého pahýlu byla provedena opakovaná toaleta všech kvadrantů proplachem roztoku Betadiny a následným odsátím. Následně byla vyšita terminální sigmoideostomie. V anatomických vrstvách byla uzavřena operační rána, drain do Douglasova prostoru, dolní i horní rameno Penrose parakolicky subhepatálně. Následně otevřena a vyšita stomie. /5/

Pacientka přeložena na oddělení ICU, kde byla umístěna pro nutnost dočasné podpory ventilace.

3.6 Pooperační terapie

Dieta

Zpočátku 0/S – čajová – po lžičkách podáváno 250ml/ 24 hodin - až postupně do objemu 1000 ml/ 24 hodin, doplněna podáváním parenterální výživy - v případě paní J. Š. byl použit systém pro parenterální výživu, vhodný k podání do periferního cévního řečiště - systém „All In One“ - produkt Nutriflex Peri, o objemu 2000 ml/ 24 hodin a výživové hodnotě 960 kcal/ 2000 ml,

poté dieta č.0/9 – tekutá – diabetická,

jako definitivní pak dieta č.9/S – kombinace diabetické stravy a diety šetřící - ta je indikována u lidí s dlouhodobým porušením plné funkce trávícího systému, navíc s diabetickým omezením. Je dietou plnohodnotnou, šetří zažívací

trakt po stránce chemické, mechanické a tepelné, tj. omezením tuků, cukrů a koření. + to celé doplněno dia přesnídávkou a urologickým čajem.

Tekutiny: per os - volně, nutit pít

Pohybový režim

Základem je rehabilitace, prováděna vertikalizací, nácvik sedu, stoje, následně chůze (s doprovodem, v chodítku)

Bandáže dolních končetin

Převazy stomie, operační rány, drénu

Monitorace fyziologických funkcí

První pooperační dny kontinuální monitoring na ICU a JIP, na standardním chirurgickém oddělení: TK + P + TT - 2krát denně R-V

3.6.1 **Farmakoterapie**

Profylaxe

Clexane 0,4 ml, způsob podání: subcutánní – v 18 hodin

Indikační skupina: antitrombotikum, antikoagulans

Hlavní účinek: Profylaxe tromboembolické nemoci ve všeobecné, onkologické a ortopedické chirurgii. – zejm. u nemocných upoutaných na lůžko léčených pro akutní onemocnění interního či infekčního charakteru.

Nežádoucí účinky: Krvácení. Ojediněle případy regionálních neuroaxiálních hematomů- příhody vedly v různém stupni k neurologickému poškození včetně dlouhodobého či trvalého ochrnutí. Trombocytopenie a lokální reakce- po subkutánní injekci enoxaparinu sodného může dojít v místě aplikace k bolesti, hematomu a mírnému lokálnímu podráždění. /15/

Helicid 20 mg cps., způsob podání: per os, 0-0-1

Indikační skupina: protivředová léčiva (antiulceróza), snižují tvorbu žaludeční kyseliny

Hlavní účinek: Pro osoby, které trpí častými příznaky typu pálení žáhy či žaludečního překyselení. Přípravek Helicid (omeprazol - hlavní účinná látka přípravku) přímo snižuje tvorbu žaludeční kyseliny. Neposkytuje okamžitou úlevu, jeho účinek je dlouhodobější.

Nežádoucí účinky: Bolest hlavy, průjem, zácpa, bolest břicha, zvracení, vzácně vyrážka či kopřivka. /15/

Ambrobene 30 mg tbl., způsob podání: per os, 1-1-1 po osmi hodinách

Indikační skupina: Ambroxol, léčivá látka přípravku Ambrobene, patří do skupiny expektorancií a mukolytik..

Hlavní účinek: Užívá se při akutních a chronických onemocněních dýchacích cest spojených s obtížným vykašláváním, infekčních onemocněních dýchacích cest, a při zánětech vedlejších nosních dutin - usnadňuje vykašlávání a zmírňuje kašel.

Nežádoucí účinky: Většinou dobře snášen. Vzácně mírné nežádoucí účinky na horní část trávicího systému (pálení žáhy, nechutenství, zvracení). Ojediněle alergické reakce, zejména kožní vyrážky. /15/

Ofloxin 200 mg tbl., způsob podání: per os, 1-0-1 (ve 12 a 24 hodin)

Indikační skupina: fluorochinolony (pro léčbu středně závažných a závažných zánětlivých onemocnění vyvolaných citlivými mikroorganizmy).

Hlavní účinek: Užívá se k léčbě a prevenci infekčních onemocnění dolních dýchacích cest, močových cest, kostí, kůže a měkkých tkání včetně ranných infekcí, nitrobřišních infekcí a zánětů malé pánve.

Nežádoucí účinky: Zažívací obtíže (pocit na zvracení, zvracení, průjem, bolesti břicha, žaludeční obtíže, bolesti hlavy, závratě, poruchy spánku, neklid, kožní vyrážky, svědění). /15/

Lorista H tbl. 50 mg/12,5 mg, způsob podání: per os, 1-0-1

Indikační skupina: Lorista H obsahuje dvě léčivé látky: losartan a hydrochlorothiazid. Losartan patří ke skupině přípravků nazývaných antagonisté receptoru angiotensinu II. Hydrochlorothiazid patří do skupiny diuretik.

Hlavní účinek: Losartan a hydrochlorothiazid se používají v kombinaci k léčbě vysokého krevního tlaku (hypertenze) u pacientů, u kterých léčba jednou léčivou látkou nebyla dostatečná. Zvyšují tvorbu a vylučování moči, tím je vylučováno více vody a soli z organismu.

Nežádoucí účinky: Závratě, kašel, průjem a vzácně žloutenka (onemocnění jater projevující se zežloutnutím očí a kůže a příznaky podobnými chřipce). Ojediněle z přecitlivělosti kopřivka, či otoky v obličeji. /15/

Fosamax 70 mg tbl., způsob podání: per os, 1-0-0 – 1krát týdně, ve čtvrtek

Indikační skupina: Patří do skupiny nehormonálních přípravků nazývaných bisfosfonáty

Hlavní účinek: Fosamax zabraňuje úbytku kostní hmoty, k němuž dochází u žen po menopauze (přechodu), a napomáhá obnově kostí. Tím snižuje riziko zlomenin páteře a kyčle.

Nežádoucí účinky: Alergické reakce jako např. kopřivka; otoky obličeje, aj., příznaky nízkých hladin vápníku v krvi, včetně svalových křečí. Bolest hlavy, závrať, rozostřené vidění, bolest svalů, malátnost, bolesti břicha spojené s plynatostí, aj. /15/

Aescin-Polfa tbl. 20 mg, způsob podání: per os, obden 2-2-2

Indikační skupina: Antiflogistikum, venofarmakum.

Hlavní účinek: Alfa-aescin působí proti otokům a zánětům. Užívá se k léčení místních otoků a zánětů, především poúrazových a pooperačních, k léčbě a předcházení vzniku rozsáhlých pooperačních podlitin, k léčbě žilních onemocnění dolních končetin a zánětů šlachových pochev.

Nežádoucí účinky: Nevolnost a zvracení, návaly horka, zrychlení srdeční frekvence a mírné svědění pokožky, případně alergické kožní reakce (vyrážky, svědění), snížení krevního tlaku. /15/

Belogent mast ung. 1x30 g, způsob podání: lokálně, 1-0-1

Indikační skupina: Dermatologikum, kombinace glukokortikoidního antiflogistika a aminoglykosidového antibiotika.

Hlavní účinek: Přípravek se používá k léčbě kožních onemocnění, která reagují na místní léčbu kortikosteroidy, a která byla primárně nebo sekundárně infikována bakteriemi nebo je možnost, že k jejich infikování dojde.

Nežádoucí účinky: Ubývání podkožního vaziva a ztenčení kůže, trvalé pajizévky, drobné výrony krve v kůži, vyrážky, svědění. /15/

Glucophage 500 mg tbl., způsob podání: per os, 1-0-1

Indikační skupina: Léčiva označovaná jako biguanidy.

Hlavní účinek: Pro léčbu diabetu mellitu (cukrovky) 2. typu v případě, že samotná dieta a tělesné cvičení nejsou dostačující.

Nežádoucí účinky: Poruchy trávicího ústrojí - nevolnost, zvracení, průjem, bolesti břicha a ztráta chuti k jídlu. Kožní reakce jako je erytém (začervenání kůže), svědění nebo kopřivka (vyrážka se svěděním). Snížení hladiny vitaminu B12. /15/

Diaprel MR 30 mg tbl., způsob podání: per os, 1-0-0

Indikační skupina: Perorální antidiabetikum, derivát sulfonylmočoviny.

Hlavní účinek: Snižuje hladinu cukru (glukózy) v krvi. Působí dvojím způsobem - na metabolizmus (látkovou přeměnu) a na cévy.

Nežádoucí účinky: Snížení hladiny glukózy v krvi (hypoglykémie), zažívací obtíže - např. bolest břicha, nevolnost, zvracení, průjem, zácpa. Vzácně kožní vyrážky (kopřivka) nebo mírné svědění, výjimečně hepatitida (zánět jater) a přechodné poruchy zraku. /15/

Novalgin 500 mg tbl., způsob podání: per os, 1-1-1 podle potřeby

Indikační skupina: Analgetikum, antipyretikum, spazmolytikum

Hlavní účinek: Přípravek je určen k léčbě akutní i chronické bolesti. Vhodný pro dospělé i mladistvé.

Nežádoucí účinky: Svědění, pálení, zarudnutí, kopřivka, otoky, dýchací obtíže a zažívací potíže. /15/

3.6.2 **Prognóza**

Prognóza choroby je těžko předvídatelná. Udržet onemocnění bez progrese pomůže dodržování stravovacích doporučení (vláknina, tekutiny). Délkou onemocnění a postupujícím věkem vzrůstá riziko komplikací a chirurgická léčba by neměla být odkládána. Dobrou zprávou je, že divertikulární choroba nezvyšuje pravděpodobnost vzniku nádorového bujení. Protože se v tomto případě u pacientky jednalo o vyvedení dočasné stomie, v horizontu několika týdnů, či měsíců bude možné obnovit činnost tlustého střeva se současným zanořením sigmoideostomie.

Pacientka J. Š. byla seznámena s podstatou svého onemocnění, s jeho průběhem, řešením i s důsledky a dalším způsobem života (života člověka se stomií). Ne zcela dořešenou otázkou zůstává, nakolik pacientka vstřebala všechny předkládané informace, byť byly podávány srozumitelnou formou- vzhledem k občasné dezorientaci. Pacientka byla ze Střešovické Ústřední vojenské nemocnice přeložena 1/3/2010 (tj. 21.den hospitaliztace) do LDN ve Vojkově. Pacientka bude v budoucnosti pravidelně sledována na kontrolních vyšetřeních.

4. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

4.1 Ošetřovatelství

Ošetřovatelství je neustále se utvářející integrovanou vědní disciplínou, jejíž proměnlivost podléhá tlakům měnící se společnosti, jejího rozvoje, rozvoje systému péče a změnám v oblasti medicíny.

Zahrnuje nejen odbornou pečovatelskou činnost o nemocné jedince, ale i komplexně pojatou ošetřovatelskou péči poskytovanou ve zdraví i v nemoci v celé šíři věkového spektra, jak jedincům, tak rodinám a celým komunitám. Ošetřovatelství je přednostně zaměřeno na zdraví, jeho ochranu a udržení, na prevenci a předcházení nemocem, na brzkou obnovu zdraví, pokud už bylo porušeno a popřípadě také na péči a pomoc při důstojném umírání.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje ošetřovatelství jako systém typicky ošetřovatelských činností zaměřených na jednotlivce, rodiny a celá společenství, v kterých žijí, a jenž jim pomáhá, aby byli sami schopni pečovat o své zdraví a pohodu a naplňovat své potřeby. /4/

4.2 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je systematický postup plánování a realizace ošetřovatelské péče. Je rozdělen do několika částí, které se prolínají a cyklicky opakují. Ošetřovatelský proces charakterizuje průběh ošetřovatelské činnosti, to jak sestra (spolu)pracuje s pacientem. Smyslem jeho zavedení do praxe je zajištění odborné a kvalitní péče o nemocné, zejm. v oblasti uspokojování potřeb nemocných. Skládá se z pěti kroků- sběr informací a jejich zhodnocení, stanovení ošetřovatelských diagnóz, potažmo vymezení problémů, naplánování ošetřovatelských intervencí- krátkodobých a dlouhodobých cílů, pak samotná realizace v praxi a následné zhodnocení dosažení vytyčených cílů. /10, 11/

4.3 **Model obecně**

Model je racionálně zpracovaná konstrukce, rámec, představa, či popsání prohlíženého jevu, nebo konkrétního předmětu, stanovený na základě různých pohledů, názorů, míry vědomostí a jejich kombinací. Vysvětlení probíhá na základě symboliky, nebo vizualizace.

O ošetřovatelském modelu bychom teoreticky mohli hovořit již od dob Florence Nightingale, která začala již ve své době hájit myšlenky ošetřovatelství- toto nebylo ale prezentováno ještě oficiálně jako model, proto se konkrétnější vymezení modelu, jakožto způsobu práce a různých pohledů na ošetřovatelství datuje až k roku 1973- kdy to prvně vyslovila formace Johnson, Reilly a Roy.

Modely se využívají pro potřeby ošetřovatelského procesu, kde zastávají funkci jakési vodící čáry v ošetřovatelské praxi. Lze u něj předpokládat systematické členění, vedení při řešení praktických problémů a nabízí obecné mezníky potřebné k zhodnocení, zda-li byl problém vyřešen. Dnes existuje dlouhý výčet ošetřovatelských modelů. Pro potřebu zhodnocení pacientky se mi zdál nejvhodnější model ze skupiny interpersonálních vztahů, kam patří i „Model funkčních vzorců zdraví“ doktorky Marjory Gordonové. Individualizovaná ošetřovatelská péče o pacientku byla prováděna formou ošetřovatelského procesu. /10/

Zavedení ošetřovatelského procesu a užívání koncepčních modelů v praxi je bezesporu pozitivem pro sestry i pro pacienty, pro každou stranu jiným způsobem- sestře vymezuje způsob práce, ukazuje směr, na co se u pacienta zaměřit, čeho si všímat- ta se má v případě potřeby o co „opřít“ - a to se samozřejmě odrazí i na důsledku pro pacienta, kterému se dostává kvalitnější a organizovaná péče.

4.4 **Model M. Gordonové**

Tento model je odvozený z interakcí mezi osobou a prostředím, ve kterém ona pobývá. Zdravotní stav jedince je závislý na bio-psycho-sociální interakci (rovnováha = zdraví). V centru zájmu je pacient vnímaný jako holistická bytost

s různými potřebami - z oblasti biologické, psychologické, kulturní, sociální, behaviorální, kognitivní a spirituální. Základním členěním modelu je dvanáct oblastí, kterým autorka přiřkla označení jako „dvanáct funkčních vzorců zdraví“ - s tím, že každá tato část - vzorec, představuje jednu součást zdraví - a ta je buď funkční, nebo dysfunkční. /10/

Dvanáct funkčních vzorců zdraví:

1. – Vnímání zdraví - udržování zdraví
2. – Výživa - metabolismus
3. – Vylučování
4. – Aktivita - cvičení
5. – Spánek - odpočinek
6. – Vnímání - poznávání
7. – Sebepojetí - sebeúcta
8. – Role - vztahy
9. – Reprodukce - sexualita
10. – Stres, zátěžové situace - zvládání, tolerance
11. – Víra - životní hodnoty
12. – Jiné. /10/

Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelskou anamnézu jsem odebrala ke dni 24. 2. 2010 (tj. 15. den hospitalizace, tj. 14 pooperační den). Sběr anamnestických údajů jsem prováděla postupem podle M. Gordonové do formuláře pro sběr informací, který byl zpracován pro potřeby výuky ošetřovatelství na 3. LF a který předkládám v plném rozsahu na konci práce - viz. Příloha č. 12. Sběr osobních údajů probíhal na standardním chirurgickém oddělení při vzájemné komunikaci, dále z dokumentace a od ostatních členů zdravotnického týmu a následně jsem jej písemně zpracovala a doplnila.

Na tomto oddělení probíhala má školní praxe, a protože jsem se o paní J. Š. starala po celou dobu svého působení zde, vybrala jsem si tento den, kdy se má praxe blížila již ke konci- pro důkladné zpracování takovéto souhrnné práce je

jistě nejvhodnější pozorovat pacienta, komunikovat s ním a starat se o něj po delší dobu.

Tabulka č. 1 - Anamnestické údaje ke dni 24/ 2/ 2010

Jméno a příjmení	J. Š.
Věk	71 let
Vyznání	Není věřící
Povolání	V důchodu, dříve farmakolog
Národnost	Česká
Osoba, kterou je možno kontaktovat	Manžel, dcera
Oslovení	Paní Š.
Datum přijetí	9/ 2/ 2010
Hlavní důvod přijetí	Volný plyn v dutině břišní
Datum a kam propuštěna	1/ 3/ 2010 - LDN ve Vojkově
Alergie	CHLMF, formaldehyd, atopický ekzém
Soběstačnost - Barthelův test	30 bodů - stupeň vysoké závislosti
Riziko vzniku dekubitů - Nortonová	18 bodů - zvýšené riziko
Riziko malnutrice	1 bod - v normě
Riziko ICHS	2 body - riziko nízké
Riziko pádu	5 bodů - vysoké riziko pádu
Úroveň vedomí - GCS	13 - tj. lehká porucha vědomí
Orientace - časem, místem, osobou	Čas - ne, místo - ano, osoba- ano
Bolest	Mírná, VAS LS páteře-max.na stupni č.2
Periferní žilní kanyla	Ne
Permanentní močový katétr	Ne
Bandáže	Ano- do třísel
Měření fyziologických funkcí	TK + P +TT- 2krát denně R-V, viz. Příloha č. 5
Kontrola glykémie	á 24 hodin - v 6 hodin ráno
Dieta	9/ S
Pohybový režim	RHB - vertikalizace

1) Vnímání zdraví

Pacientka byla se svojí diagnózou seznámena, byť vzhledem k předchozí operaci mozku a následné (současné) občasné dezorientaci nelze zcela říci, že plně chápe, proč je v nemocnici, či jaký výkon podstoupila. Z rozhovoru ale vyplynulo, že chápe podstatu hospitalizace v tom smyslu, že jí zdravotníci léčí a pomáhají, aby se zase mohla vrátit domů. Edukace ohledně péče o stomii, stravování, aj. probíhala při každé vhodné příležitosti- při hygieně, při jídle, ..., ale pacientka o toto nejevila zájem. Snažila jsem se jí vysvětlit, že až bude doma, měla by se o sebe alespoň z části být sama schopna postarat, ale pacientka na toto nereagovala. Při pokusu ze strany zdravotníků začlenit do péče o stomii rodinu pacientky také nebylo dosaženo velkého úspěchu- dcera se zcela distancovala se slovy že „stejně by na to neměla čas“, protože „chodí do práce a s maminkou nebude trávit celý den“.

V ostatních ohledech je paní J. Š. ochotna spolupracovat - je komunikativní, při rehabilitaci se aktivně podílí/ snaží se podílet na činnosti.

2) Výživa - metabolismus

Paní J. Š. neměla před příjmem do nemocnice s příjmem potravy větší obtíže, má dobře zachovalý vlastní chrup (nemá protézu ani horní, ani dolní). Pacientka měla při příjmu BMI v normě, 22.3, i ona sama si myslí, že její váha je přiměřená, ačkoliv by prý chtěla trochu zhubnout, nějakou speciální dietu ale nedržela, pouze omezila „nezdravá jídla“ (smažená, tučná).

V průběhu hospitalizace se pacientčina chuť k jídlu změnila - snížila, přičítala to nemocničnímu prostředí a svému stavu po operaci. Nemá ráda kyselé pokrmy, jinak jí všechno. V nemocnici dostává stravu šetřící - v kombinaci s diabetickou stravou- dieta č.9/ S. Je si vědoma toho, že po propuštění domů bude muset dodržovat speciální dietu, resp. určitá dietní opatření.

Před příchodem do nemocnice pacientka dle svých slov neměla problém s příjmem tekutin, vypila přibližně 1,5 - 2 litry tekutin denně - především neochucenou vodu a různé čaje.

V průběhu hospitalizace se příjem tekutin snížil, pacientka „nemá chuť“ pít, ačkoliv má k dispozici dostatek tekutin - vodu i čaj. Paní jsme do pití museli

přemlouvat a k lůžku pacientky jsme pro lepší přehled o množství vypitých tekutin dali papír, kde se zaznamenávala každá vypitá sklenička. Celkový per os příjem (včetně započítané polévky) byl přibližně 1 litr, což je nižší hodnota, než se udává jako doporučující. V době zpracování této anamnézy nepřijímala pacientka žádné tekutiny intravenózní cestou.

Do tohoto vzorce jsou zavedeny i informace stavu kůže, jejím poškození, schopnosti jejího hojení, riziku vzniku dekubitů a také stavu případných ran.

Již při příjmu byly na pacientčiných konečcích prstů horních končetin popraskané puchýře. Důvod vzniku není zcela známý, dle ordinace lékaře byla ráno a večer lokálně aplikována Belogent mast. Operační rána je klidná, bez bolesti, bez známek počínající infekce, bez bolesti, ponechána již volně, bez krytí, ošetřována sestrou jedenkrát denně (dopoledne) desinfekcí a „tekutým obvazem" (Opsite). Stomie byla ošetřována docházející „stoma sestrou" dle potřeby, okolí stomie bez macerací, bez začervenání. Riziko vzniku dekubitů jsem stanovovala dle stupnice Nortonové, jejíž plné znění uvádím jako Přílohu č. 4. Celkové skóre pak vyšlo na 18 bodů, což značí zvýšené riziko vzniku proleženin. Preventivně byla pacientka vždy při hygieně kontrolována sestrou- zejm. predilekční oblasti jako jsou hřebeny lopatek, sakrální oblast, paty, aj., a následně byla kůže promazávána. Protože byla paní J. Š. v oblasti pohyblivosti částečně soběstačná, nebylo polohování podle klasického schématu každé 2 hodiny ve dne a po 3 hodinách přes noc, ale spíše podle potřeby, nebo formou částečné dopomoci pacientce.

3) Vylučování

Obvykle chodila paní J. Š. na stolici jedenkrát denně, nejčastěji po ránu. S odchodem stolice nemívala paní J. Š. prý nikdy žádné problémy. Stolici hodnotí jako „normální". Projímadla neužívala žádná.

V průběhu hospitalizace pacientka také neměla obtíže s odchodem stolice, ale změnil se způsob vyprazdňování (vytvoření stomie), což by do budoucna samo o sobě mohlo být problémem. Stomie odvádí tuhou formovanou stolici.

Ošetřování stomického vývodu zajišťovala vždy sestra, neboť pacientka jej úplně ignorovala. V průběhu ošetřování stomie byly vždy názorně i slovně předváděny jednotlivé používané pomůcky, ale paní J. Š. o toto nejevila zájem.

Paní je inkontinentní, to je řešeno plenkovými kalhotkami. Ona sama jiné problémy neudává. Vzhledem k počínající uroinfekci v předchozích dnech, byl 21/2/2010 odstraněn permanentní močový katétr a pacientce je podáván urologický čaj.

Pocení je v normě.

4) Aktivita - cvičení

Paní J. Š. je v důchodu. Domácnost sdílí se svým manželem, bydlí v centru hlavního města, v dvoupokojovém bytě. Péči o domácnost zvládala relativně sama, s občasným zapojením svého muže a výpomocí dalšího člena širší rodiny - dcery např. při obstarání většího nákupu. Mezi její záliby patří především pletení, vyšívání a čtení časopisů - např. o vaření. Před hospitalizací chodila vypomáhat sousedce- kamarádce od nich z domu, která si při pádu zlomila obě ruce.

Pacientka je spíše ležící, chůzi zvládne pouze s doprovodem a v pojízdném chodítku. V průběhu pobytu v nemocnici paní J. Š. navštěvuje nemocniční fyzioterapeut, který s ní rehabilituje postupnou zátěží- cvičením na lůžku, poté sed na lůžku, stoj, a chůze v chodítku s kolečky s doprovodem.

Volný čas v nemocnici paní vyplňuje kratšími procházkami v doprovodu sestry, či fyzioterapeuta po oddělení, přesunem do společenské místnosti, resp. do jídelny, kde je televize a kde si paní může zkrátit dlouhou chvíli- při probíhající olympiádě sledovala zimní sporty, nebo přepínala na detektivní seriály. Ačkoliv měla na nočním stolku zásobu časopisů, moc si v nich nečetla, raději pospávala, aby prý byla svěží, když za ní odpoledne přijde návštěva.

Do tohoto typu dále patří určení míry soběstačnosti - ta byla hodnocena na základě výsledků Barthelova testu, který uvádím v plném znění viz. Příloha č. 8. U pacientky bylo dosaženo pouze 30 bodů ze sta možných, což vypovídá o vysokém stupni závislosti.

Dále bylo hodnoceno riziko pádu, jehož stupnici, dle které jsem jej stanovovala, rovněž uvádím v příloze (viz. Příloha č. 6). Celkové skóre vyšlo 5 bodů, čili vysoké riziko pádu.

5) Spánek - odpočinek

Paní J. Š. před příchodem do nemocnice neměla se spánkem žádné problémy, léky na spaní neužívá, ani neužívala, návyky, které by jí pomáhaly s navozením spánku také nemá.

Ani při pobytu v nemocnici se na spánku paní J. Š. nic nezměnilo - spí dobře, občas si ráda pospí i v průběhu dne, pokud ji někdo vzbudí, nedělá jí problém znovu rychle usnout. Pravidelně ji „uspává“ hrající televize, na níž má možnost i zde na oddělení chodit a kde také občas v křesle na chvíli usne. Pacientka bývá po celém dni lehce unavená (vysilují ji prý rehabilitační pochůzky po oddělení), spí přes noc přibližně 7-8 hodin a nebudí se.

6) Vnímání - poznávání

Paní J. Š. byla při našem kontaktu po většinu času somnolentní, na důraznější oslovení či dotyk oči otevřela a odpovídala, při ponechání v klidu opět rychle usínala.

Pacientčiným odhadem zhruba dvacet let používá brýle na čtení. Slyší dobře, se sluchem potíže nemá. U pacientky jsem zhodnotila stav vědomí, se závěrem „lehká forma poruchy vědomí“. Ke stanovení jsem použila Glasgowskou stupnici- pacientku jsem zhodnotila takto - otevře oči na oslovení, na slovní podnět reaguje občas zmateně a motorická odpověď- uposlechne příkaz. S celkovým skóre 13 bodů. Celou stupnici uvádím viz. Příloha č. 3. /11/

Vedle vědomí jsem také hodnotila orientaci, jednoduchým orientačním testem, zda-li je pacientka orientována místem- ano, osobou- ano, časem- ne.

Odpovědi pacientky na pokládané dotazy byly většinou přiléhavé, adekvátní, někdy bylo nutné otázku vícekrát zopakovat.

Pacientka byla vyšetřena v neurologické a psychologické ambulanci- v neurostatusu pouze lehké zpomalení psychomotorického tempa, dle diferenciální diagnostiky se jedná o organický psychosyndrom po prodělaných

operacích, dekompenzace aterocerebri při hraniční hydrataci, ale nelze vyloučit ani počínající demenci při neurodegenerativním onemocnění (MMSE viz. Příloha č. 11)

Dále byl u tohoto vzorce hodnocen stupeň bolesti- u pacientky byl zdrojem dlouhodobé bolesti VAS lumbosakrální páteře- na vizuální analogové škále udáván maximálně do stupně číslo 2, na škále od 0 do 10. Blíže viz Příloha č. 9.

7) Sebepojetí - sebeúcta

Pacientka byla se svojí diagnózou seznámena. Již v předchozím textu jsem vyjádřila, že nelze objektivně zhodnotit, nakolik má přehled o svému stavu. Kromě péče o stomii, kterou zcela přenechává zdravotníkům a kterou, dá se říci, ignoruje, se pacientka snaží aktivně spolupracovat. Naprostou ignoraci péče o stomii, jako o svojí součást, lze přičítat akutní stresové reakci při prožívání nemoci- kdy se pacient dozví nepříjemnou skutečnost, na níž následuje dle Elizabeth Kübler-Rossové fáze popření, nebo také pacientčině dezorientovanému stavu. Vzhledem k tomu, že ani rodina pacientky si nepřála být v péči o stomii jakkoliv edukována, informovali jsme je alespoň o možnosti, kde v případě potřeby či zájmu získat potřebné informace.

8) Role - vztahy

Popisovaná pacientka žije s manželem v centru Prahy, v dvoupokojovém bytě. Nejbližší osoby jsou pro ni manžel M., pak dcera E. a syn P., se svojí manželkou - se snachou. Její radostí jsou pro ni vnoučata. Manžel dochází do nemocnice občasně, dcera se snachou se střídají každý den, někdy s sebou přivádějí i své děti - vnoučata. Ráda si zajde popovídat k sousedce - kamarádce, která bydlí ve stejném domě, jen o patro níž, a které před hospitalizací chodila domů vypomáhat, protože si při pádu zlomila obě ruce.

V nemocničním prostředí pacientka není nijak frustrovaná nedostatkem kontaktu s okolím, byť převážnou dobu, kterou jsem se o ni starala, bývala na nemocničním pokoji sama, bez dalších pacientů.

V komunikaci je velmi vstřícná, hovorná a aktivní, např. když jsem ji poprosila o upřesnění některých anamnestických informací, nebo vůbec když jsem

ji požádala, zda-li bych mohla o ní napsat tuto práci, sama mě pobízela do psaní a kladení dalších otázek. Při zodpovídání otázek spolupracovala, ale na některé mé dotazy nebyla schopna si vzpomenout, nebo pomaleji chápala, na co se to přesně ptám a pak odpovídala váhavě.

9) Reprodukce - sexualita

Otázky s touto tematikou se mi vzhledem k povaze onemocnění, věku pacientky a dané situaci paní J. Š. nezdály příliš vhodné, tudíž jsem je s pacientkou nerozebírala.

Menopauza - nástup v roce 1994.

10) Stres, zátěžové situace - zvládání, tolerance

Samo o sobě přijetí do nemocnice a následná hospitalizace bývá stresující událostí. Pacientka se s touto skutečností vyrovnala dobře, dle mého subjektivního hodnocení. Bohužel při vzájemné komunikaci nebylo dost dobře možné zjistit, nakolik je pro pacientku stresující vyvedení stomie, jak dalece jí to zasáhlo do života, či jak to celkově vnímá. Sama udává, že věří, že po návratu ze zdravotnického zařízení se postupně vše vrátí „do starých kolejí".

11) Víra - životní hodnoty

Paní J. Š. je bez vyznání, návštěvu nemocničního kaplana nevyžaduje, ale domlouvá se s lékařem, zdali by se mu mohla vyzpovídat a on by ji vyslechl.

Pacientce bylo zajištěno 11. den hospitalizace, tj. 19/2/2010 psychologické konzilium, které mělo kladný vliv na pacientku - ta se po něm cítila prý jakoby klidnější.

12) Jiné

Pacientka nepovažovala za důležité dále sdělovat nějaké další informace.

Já bych zde ráda uvedla ještě informaci důležitou pro práci sestry, která nebyla zařazena do žádného konkrétního vzorce zdraví:

Invazívní vstupy pacientce byly již odstraněny:

- PMK - 21/2/2010,
- PŽK - 22/2/2010.

4.5 Plán ošetřovatelské péče

4.5.1 Krátkodobý plán ošetřovatelské péče

Aktuální a potenciální ošetřovatelské diagnózy a plán ošetřovatelské péče jsem stanovila na den 24. 2. 2010, tj. 14. pooperační den. Byl naplňován v průběhu mé dvanáctihodinové služby a poté byly informace předány dalšímu ošetřujícímu personálu.

4.5.1.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy

1. Bolest v souvislosti s chronickým onemocněním páteře
2. Snížená soběstačnost v oblasti příjmu potravy a tekutin, v oblasti hygieny, vyprazdňování, oblékání a mobility z důvodu občasné dezorientace
3. Nedostatečný příjem potravy z důvodu snížené chuti k jídlu (nechutenství)
4. Ztížená komunikace a zmatenost v souvislosti s prodělanou neurochirurgickou operací
5. Nedostatečný příjem tekutin z důvodu snížené potřeby pít

4.5.1.2 Potenciální ošetřovatelské diagnózy

6. Riziko pádu (úrazu) z důvodu celkové slabosti, občasné lehké zmatenosti a užívání rizikové skupiny léků (PAD, antihypertenziva)
7. Riziko komplikací při DM (hypoglykémie) z důvodu sníženého příjmu potravy
8. Riziko vzniku dekubitů z důvodu snížené mobility
9. Deficit informací o ošetřování stomie z důvodu zmatenosti
10. Riziko TEN z důvodu částečného upoutání na lůžko, varixů a trombembolické nemoci

ad. 1) Bolest v souvislosti s chronickým onemocněním páteře

Cíl ošetřovatelské péče (krátkodobý):

Pacientka bude pociťovat zmírnění bolesti do 2 hodin od aplikace analgetika alespoň o jeden stupeň na VAŠ.

Plán ošetřovatelské péče:

- kontrolovat a hodnotit bolest max. po třech hodinách- lokalizaci, intenzitu, charakter, vyvolávající příčinu
- informace zapsat do záznamu o sledování bolesti
- informovat o úlevové poloze, prevenci bolesti
- podat analgetika dle ordinace lékaře (Novalgin tbl. 500 mg)
- sledovat nežádoucí účinky (svědění, pálení, zarudnutí, kopřivka, otoky, dýchací obtíže a zažívací potíže)
- jakékoliv změny zaznamenat do dokumentace a informovat lékaře
- kontaktovat fyzioterapeuta
- polohování, lokomoce, cvičení

Realizace ošetřovatelské péče:

Pacientce byla předložena vizuální analogová škála bolesti a vysvětlen postu při jejím určování. Stupnice je od 0 do 10, kde nula znamená žádnou bolest, úplnou tělesnou pohodu a číslo deset značí nesnesitelnou bolest. Poté pacientka byla sama schopna určit intenzitu bolesti- ta po dobu hospitalizace nepřesáhla nikdy stupeň 2, v den stanovování ošetřovatelských diagnóz byla na úrovni čísla 1. Pacientka si na bolest začala stěžovat až odpoledne (dopoledne byla bez), proto jsme jí v 16 hodin podali 1 tabletu Novalgin tbl. 500 mg. Intenzita, včetně podaného medikamentu, byla zaznamenána do dokumentace. Pacientce jsme na lůžku pomohli upravit polohu, v které jí bylo příjemněji. Za pacientkou docházel dvakrát denně fyzioterapeut, který s ní rehabilitoval- jak cvičením na lůžku, tak chůzí v chodítku s kolečky.

Hodnocení:

Cíle byly splněny. Vzhledem k slabé intenzitě bolesti pacientka už po půl hodině udávala prakticky vymizení bolesti. Během podávání léku se nevyskytly žádné nežádoucí vedlejší účinky. Charakter bolesti byl spíše prý nárazovitý a v kombinaci s nižší intenzitou by nebylo vhodné, aby pacientka užívala analgetika „preventivně“. Před příchodem do nemocnice ji ale prý pravidelně kvůli tomuto navštěvovala sestra z agentury domácí péče, která s ní cvičila a po propuštění domů v tom prý bude pokračovat.

ad. 2) Snížená soběstačnost v oblasti příjmu potravy a tekutin, v oblasti hygieny, vyprazdňování, oblékání a mobility z důvodu občasné dezorientace

Cíl ošetřovatelské péče:

Pacientka postupně zvýší úroveň schopnosti sebepéče

- konkrétně: zvládne se samostatně napít, bude schopna včas přivolat zvonkem sestru v případě potřeby, více se osamostatní v polohování v lůžku a zvládne si upravit noční košili, v případě, že se jí např. vyhrne.

Plán ošetřovatelské péče:

- zjistit stupeň soběstačnosti pacientky
- edukace pacientky a její rodiny o kompenzačních pomůckách při jídle, při pohybu, hygieně, oblékání, vyprazdňování
- kontaktovat fyzioterapeuta/ ergoterapeuta
- dopomoc a asistence při jídle a pití (servírování, krájení, mazání, aj.)
- upravit okolí lůžka
- zajistit signalizaci
- zajistit bezpečnost pacientky
- motivace pacientky
- nácvik a kontrola péče o dutinu ústní a dopomoc v koupelně
- nácvik vyprazdňování (moč) na podložní míse, poučení o nutnosti kontaktovat sestru signalizačním zařízením v případě potřeby
- dopomoc při oblékání
- nácvik sedu v lůžku, sedu s dolními končetinami spuštěnými z lůžka, nácvik vertikalizace do stoje s oporou a dopomocí
- nácvik lokomoce v chodítku po pokoji a po chodbě
- aktivní zapojení rodiny

Realizace ošetřovatelské péče:

Pacientka s rodinou byla srozumitelně poučena o kompenzačních pomůckách- dceři jsem vysvětlovala jak obalit příbor např.mycí houbou, aby byla

pro staršího člověka snáze uchopitelná, že vhodnější pro oblékání jsou např. boty bez tkaniček - na suchý zip, nebo pouze nazouvací, oblečení je vhodnější bez knoflíků, a také jaké jsou možnosti úpravy koupelen v domácím prostředí, pro komfortnější pohyb v koupelně, aj.

Fyzioterapeut docházel na oddělení dvakrát denně a pacientce se věnoval, rehabilitace samozřejmě probíhala i při kontaktu se sestrami.

Pacientce byl položen zvonek přímo na lůžko na dosah ruky a bylo vysvětleno, že stačí tlačítko pouze zmáčknout a sestra přijde.

Vysvětlila jsem také pacientce, jakým způsobem se ovládá mechanické polohování nemocničního lůžka, nabádala jsem, aby si to vyzkoušela- takže proběhlo vyzkoušení, zdálo se, že to paní rychle pochopila.

U jídla jsem pacientku nabádala, aby si sama mazala máslo na rohlík a sama si lžící nabírala jídlo a vkládala do úst- zpočátku jsem jí vedla ruku, nebo přidržovala např. to pečivo, později jsem žádala, aby to vyzkoušela sama.

Hodnocení:

Problematické bývalo signalizačním zařízením včas přivolat sestru při nutkání na močení, popř. přivolání sestry po vykonání potřeby do podložní mísy. Někdy docházelo k vylití obsahu. Při hygieně, oblékání a pohybu pacientka aktivně spolupracovala- při ranní hygieně si pacientka jen s menší dopomocí sama vyčistila dutinu ústní u pojízdného umyvadla, přistaveného na pokoj k lůžku.

Mechanické polohování postele si pacientka sice vyzkoušela, ale v praxi ho nakonec nebyla schopna použít- sama nedokázala odpovědět proč, takže také z tohoto důvodu bylo potřeba ji kontrolovat a dopomáhat najít pohodlnou polohu.

Co se týče pití, tak se pacientka chvílemi sama napila, ale většinou bylo potřeba jí ten nápoj podat až k ústům. Co se týče jídla, pacientka odmítala sousta, nechtěla rozžvýkávat potravu a jak z její, tak z mé strany, muselo být vyvinuto značné úsilí, aby alespoň trochu naplnila žaludek. Nicméně při přípravě jídla, jako bylo zmíněné mazání, či krájení, byla paní snaživá a s dopomocí a dohledem se zvládla obsloužit sama.

ad. 3) Nedostatečný příjem potravy z důvodu snížené chuti k jídlu (nechutenství)

Cíl ošetřovatelské péče:

Pacientka přijme v průběhu dne alespoň ½ z každé předložené porce jídla.

Plán ošetřovatelské péče:

- zjistit stravovací návyky
- vybrat vhodnou dietu
- zajistit vhodnou úpravu stravy
- sledovat množství přijímané potravy
- zajistit správnou hygienu dutiny ústní
- dodržovat zásady správného stolování
- edukace pacientky a její rodiny

Realizace ošetřovatelské péče:

Zjišťovala jsem, co má paní ráda a co nemá- s výsledkem, že jediné, co nemusí, jsou kyselá jídla. Dietu má paní předepsanou jako 9/S - což je šetřící-diabetická. Tento den měla k snídani hořké kakao a rohlík s máslem a dia džemem a k tomu dia přesnídávku. K polednímu jídlu dostala polévku s masovými knedlíčky a jako hlavní chod protýkanou dietní vepřovou pečeni, jemný žemlový knedlík a dia pyré. Jako odpolední svačinu měla bulku a k večeři balíček šunky, máslo, rohlík a dia přesnídávku. Z celkového množství snědla pacientka přibližně 1/4 až 1/3. S přípravou jídla jsem pacientce chvílemi musela dopomoci, ale třeba namazání pečiva zvládla docela dobře sama. Horší to bylo se samotnou konzumací- nechtěla nabírat sousta, nechtěla jej rozžvýkat a spolknout.

Hodnocení:

Cíle u této diagnózy nebyly celkově moc úspěšně splněny- pacientka sice dobře spolupracovala při přípravě, dokonce se vždy na jídlo přesunula s dopomocí ke stolu, ale při samotném jídle už tak dobře spolupracovat nechtěla. Množství

potravy přijaté za den je v celkovém množství nedostačující. I z dlouhodobého hlediska by takovýto stav nebyl optimální, neboť nedostatečný dlouhodobý příjem potravy s sebou přináší řadu komplikací, souvisejících mj. s nedostatečným příjmem minerálů, vitamínů a stopových prvků.

ad. 4) Ztížená komunikace a zmatenost v souvislosti s prodělanou neurochirurgickou operací

Cíl ošetřovatelské péče:

Zlepšení úrovně komunikace - pacientka pochopí běžné pokyny (např. při stolování) a bude spolupracovat při požívání léků.

Plán ošetřovatelské péče:

- zhodnotit rozsah poruchy orientace a komunikace
- zajistit zvýšený dohled
- zlepšit kontakt s rodinou
- určit míru ohrožení pacientky
- zavést režimová opatření- nainstalovat postranní zábrany v lůžku

Realizace ošetřovatelské péče:

U pacientky jsem zhodnotila stav vědomí, se závěrem „lehká forma poruchy vědomí“. Ke stanovení jsem použila Glasgowskou stupnici - pacientku jsem ohodnotila takto- otevře oči na oslovení, na slovní podnět reaguje občas zmateně a motorická odpověď - uposlechne příkaz. S celkovým skóre 13 bodů. Celou stupnici uvádím viz. Přílohu č. 3. /11/

Vedle vědomí jsem také hodnotila orientaci, jednoduchým orientačním testem, zda-li je pacientka orientována místem - ano, osobou - ano, časem - ne.

Pacient, který má problémy s orientací, nebo je zmatený, se může sám poškodit - např. úrazem. Proto byl zajištěn na tomto pokoji častější dohled.

Rodině pacientky i pacientce samotné jsem vysvětlila, že někdy je nezbytné, použít omezovacích prostředků v lůžku - jakými jsou např. postranní zábrany - nejedná se totiž o neopodstatněné omezování, ale jde o ochranu pacientky. S tímto sdělením rodinní příslušníci neměli žádný problém, naopak chápali, proč je to důležité.

Hodnocení:

Problémem u zmatených pacientů může být - jako v případě zde popisované pacientky, odmítání spolknutí léků - nepomáhalo vysvětlování, přemlouvání, museli jsme přikročit k nadrcení - až poté došlo k požití. V případě, že by k tomuto nedošlo a pacient by léky třeba vyplivl, mohlo by ho to v některých případech i ohrozit na životě- na to je důležité pamatovat

Co se týče úrovně komunikace, zlepšena výrazně za jediný den nebyla, nicméně pacientka pochopila snad vše, o čem jsme mluvili, nebo co jsem po ní žádala (např. sebeobsluha při přípravě jídla na talíři, tj. namazat pečivo máslem, aj.).

Pokud musely být postranní zábrany zvednuté, pacientka nejevila známky frustrace a nikdy si na toto nestěžovala.

Zmatený člověk vyžaduje zvláště trpělivý přístup, nebo by se také mohlo stát, že po přílišném spěchu a naléhání k nám jednoho dne ztratí důvěru a přestane s námi komunikovat- ale to se v tomto případě nestalo.

ad. 5) Nedostatečný příjem tekutin z důvodu snížené potřeby pít

Cíl ošetřovatelské péče:

Pacientka v průběhu dne vypije alespoň 1,5 litru tekutin.

Plán ošetřovatelské péče:

- edukovat pacientku o nutnosti dodržování pitného režimu
- nabízet je pacientce v průběhu dne
- podávat je ve snadno uchopitelné lahvi
- vést záznam o příjmu tekutin
- podávat oblíbené (vhodné) tekutiny
- sledovat projevy dehydratace - sliznice, skléry, kožní turgor

Realizace ošetřovatelské péče:

Pacientka byla náležitě poučena o možnosti rizika dehydratace a chvílemi se i vcelku aktivně snažila dodržovat pitný režim- dokonce si sama nosila (např. v kapse od županu) lahvičku s pitím, když vyrazila na procházku po oddělení. Sama i požádala při jídle o napití, či dolití sklenice. Na noční stolek byl dán papír, kde se zaznamenávala každá vypitá sklenice (pacientkou, sestrou). Pacientce byly tekutiny aktivně nabízeny a podávány v průběhu dne. Snažili jsme se vyjít vstříc chutím pacientky, proto jsme jí vařili ovocné (oblíbené) čaje, které přinesla pacientčina snacha.

Množství přijatých tekutin bylo zaznamenáváno do dokumentace.

Hodnocení:

Vzhledem ke snížené mobilitě pacientky nemohla sama na papíře na nočním stolku odškrtávat požité sklenice vody, ale o to více byl tento příjem kontrolován ze strany sester. Cíle byly splněny pouze částečně - i přes naši snahu ze strany zdravotníků - i snahu pacientky, která sice spolupracovala ve smyslu nošení nápoje s sebou po chodbě, byl příjem tekutin nižší, než se udává jako doporučující- za den vypila přibližně 1 litr tekutin (i s polévkou).

Potenciální ošetřovatelské diagnózy:

ad. 6) Riziko pádu (úrazu) z důvodu celkové slabosti, občasné lehké zmatenosti a užívání rizikové skupiny léků (PAD, antihypertenziva)

Cíl ošetřovatelské péče - krátkodobý i dlouhodobý:

Pacientka se v průběhu hospitalizace nezraní, ani neupadne.

Plán ošetřovatelské péče:

- úprava lůžka (použitím postranních zábran), kontrola bezpečného prostředí
- edukace pacientky o riziku a prevenci pádu (pomůcky, obuv)
- zajistit signalizační zařízení na dosah ruky
- zajištění vhodných kompenzačních pomůcek
- doprovod při chůzi
- kontrolovat stav pacientky po podání medikace a dohlédnout na množství pozřené potravy
- označení pacientky barevným náramkem dle standardů nemocnice a barevnými štítky též označení dokumentace (červený náramek a nálepka)
- vysvětlit techniku chůze v chodítku a nutnosti doprovodu druhé osoby
- zajistit edukaci fyzioterapeutem
- provádět ošetřovatelskou rehabilitaci

Realizace ošetřovatelské péče:

Pacientce byly k lůžku namontovány postranní zábrany, aby nedošlo k pádu. Byla poučena, z jakého důvodu jsou zábrany nutné, edukovala jsem také vždy, když jsme s paní vyrážely na „procházku“ po oddělení - o nutnosti doprovodu a také o tom, proč je důležité, aby měla na nohou boty, pokud možno, s neklouzavou podrážkou. Signalizační zařízení (zvonek) byl pacientce vždy uložen na dosah ruky, či přímo do lůžka, aby mohla kdykoliv přivolat některou ze

sester. Při podávání perorálních antidiabetik je také důležité sledovat příjem potravy, obzvlášť pokud trpí pacient sníženou chutí k jídlu- aby v organismu nedošlo k hypoglykémii a následně ke komatu a pádu. Sledovali jsme proto příjem potravy a všímali si případných tělesných změn, svědčících pro změnu hladiny glykémie v krvi - opocení, změny tepové frekvence, aj.

Pacientka byla označena červeným náramkem dle standardů nemocnice, stejně tak jako příslušná dokumentace.

Hodnocení:

Po celou dobu, kdy jsem se starala o tuto pacientku, nedošlo k žádné výjimečné události. Paní J. Š. si sama přivolala sestru k lůžku, pokud potřebovala a pokud probíhala rehabilitace- chůze v chodítku po oddělení, tak pacientka byla vždy vybavena botami a jištěna sestrou, či fyzioterapeutem. Někdy bylo obtížnější přimět pacientku, aby se dostatečně najedla, ale při trpělivém přístupu se i toto, dá se říci, povedlo, tudíž nenastaly žádné komplikace.

ad. 7) Riziko komplikací při DM (hypoglykémie) z důvodu sníženého příjmu potravy

Cíl ošetřovatelské péče - krátkodobý i dlouhodobý:

Budou včas odhaleny známky změny hladiny krevních cukrů, které by pacientku mohly ohrozit.

Plán ošetřovatelské péče:

- edukovat pacientku o nutnosti dostatečného příjmu potravy při podávání PAD
- kontrolovat příjem potravy a tekutin
- sledovat glykémie (á 24 hodin - v 6 hodin ráno)
- sledovat změny v chování pacienta, popř. změny fyziologických funkcí - frekvence srdeční akce, dechu, zvýšené pocení, aj.

Realizace ošetřovatelské péče:

Při každém jídle jsme dohlíželi na pacientku, popř. jsme jí pomáhali při jídle. Sledování hladiny glykémie probíhalo jedenkrát denně, a to v šest hodin ráno. V průběhu mého ošetřování jsem nezaznamenala žádné změny chování, ani změny fyziologických funkcí, které by svědčily pro změnu vnitřního prostředí.

Hodnocení:

Občas nebylo úplně snadné vysvětlit pacientce, proč by měla sníst alespoň část porce jídla, nebo ji přimět a nalákat, aby měla do jídla trošku větší chuť. Naštěstí si paní J. Š. po domluvě vždy vzala alespoň část porce, nebo si místo oběda dala např. dia přesnídávku a piškoty. Hladiny glykémie se dařilo udržet ve fyziologickém rozmezí.

ad. 8) Riziko vzniku dekubitů z důvodu snížené mobility

Cíl ošetřovatelské péče - krátkodobý i dlouhodobý:

Pacientka nebude mít porušenou kožní integritu.

Plán ošetřovatelské péče:

- vysvětlit pacientce a její rodině význam polohování a kontroly predilekčních míst
- edukovat je v oblasti prevence a ošetřování
- provádění pasivního cvičení na lůžku
- dopomoc při aktivním cvičení pacientky
- zvýšená péče o hygienu kůže a kontrola predilekčních míst
- polohování nemocné
- sledovat stav výživy a hydratace
- udržovat lůžko suché a čisté
- při vzniku rány vše zaznamenat do dokumentace

Realizace ošetřovatelské péče:

Pacientce jsme srozumitelně vysvětlili, proč je polohování tak důležité a proč minimálně jedenkrát denně (např. při koupeli) je důležité, aby zdravotník zhodnotil stav kůže na místech, kde se nejčastěji vyskytují proleženiny - paty, lopatky, sakrální oblast, aj. Pacientka se v lůžku částečně pohybovala sama-přetáčela se, ale občas bylo nutné např. vypodložit ramena, dát molitanový hranol mezi kolena, polohování tedy nebylo každé 2 hodiny (v noci á 3 hodiny), ale spíše podle potřeby.

Hodnocení:

Dle mého uvážení bylo uděláno maximum pro snížení rizika vzniku proleženin. Po dobu mého spolupůsobení na oddělení, a ani předtím, se žádné otlaky ani porušení integrity neobjevily.

ad. 9) Deficit informací o ošetřování stomie z důvodu zmatenosti

Cíl ošetřovatelské péče:

Pacientka bude mít do budoucna dostatek potřebných informací, popř. ona, či její rodina budou vědět, kam se v případě potřeby obrátit.

Plán ošetřovatelské péče:

- podat informace v rámci sesterské kompetence
- zajistit informační letáky
- zjistit jaké informace pacientce přesně chybí
- podat informace o sdružení lidí se stomií
- zajistit kontakt s lékařem

Realizace ošetřovatelské péče:

Pacientka byla při každé vhodné příležitosti (hygiena, ošetřování stomie, výměna stomického sáčku, aj.) srozumitelně edukována, nicméně jak jsem již uvedla výše, protože pacientka zcela odmítala jakoukoliv komunikaci na toto téma, do budoucna jí tyto neosvojené informace budou v praktickém životě chybět.

Hodnocení:

Rodině pacientce byly předány informační letáky, kde hledat informace, případně kde je možnost domluvit si edukační schůzku. V této fázi onemocnění se i rodina pacientky k tomuto tématu stavěla velmi zamítavě. Až překlene toto období, měli by sami vyhledat stomickou poradnu, aby se o sebe paní J. Š.- pokud jí to dále její zdravotní stav bude umožňovat, mohla sama doma podle potřeby postarat.

ad. 10) Riziko TEN z důvodu částečného upoutání na lůžko, varixů a trombembolické nemoci

Cíl ošetřovatelské péče:

Včasné odhalení příznaků, případně nežádoucích změn.

Plán ošetřovatelské péče:

- kontrolovat projevy TEN
- zabandážovat dolní končetiny a kontrolovat funkčnost bandáží
- sledovat úroveň prokrvení dolních končetin a barvu a teplotu
- zajistit elevaci dolní končetiny
- sledovat projevy krvácivosti
- aplikovat antikoagulancia dle ordinace lékaře
- zajistit hygienu dolních končetin

Realizace ošetřovatelské péče:

Pacientce byl profylakticky podáván Clexane 0,4 ml, s.c. – každý den, vždy v 18 hodin. Dolní končetiny byly bandážovány až k tříslům a sledována jejich funkčnost. Byla prováděna elevace (vypodložením) dolních končetin.

Hodnocení:

Po dobu hospitalizace se žádné problémy spojené s rozvinutím TEN neobjevily.

4.5.2 Dlouhodobý plán ošetřovatelské péče

Po zhodnocení stanovených ošetřovatelských cílů bylo i nadále nutné zaměřit se na ty, u kterých nedošlo vůbec, a nebo částečně, k jejich naplnění. Jednalo se přednostně o diagnózy související s příjmem potravy, včetně nápojů a neřešený deficit informací ohledně péče a ošetřování stomie.

Vzhledem k tomu, že snížená chuť až nechutenství k jídlu a pití se dá s největší pravděpodobností - i dle slov pacientky - přičítat hospitalizaci, cizímu prostředí a pooperačnímu stavu, dá se dost nadějně předpokládat, že tento problém se upraví po návratu pacientky do domácího prostředí a až se po operaci více zotaví. Nedílnou součástí denního režimu ale nadále zůstává kontrola velikosti snědené porce, záznam do dokumentace a vhodnou komunikací a podáním potravy pacientce povzbudit chuť k jídlu. Vhodné je v tomto případě i zapojit rodinu k zajištění oblíbených potravin, s ohledem na jejich vhodnost vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocné.

Je otázkou, na kterou není možné v současné chvíli odpovědět, jak se pacientka a její rodina vypořádá s nedostatkem informací o stomiích. Každopádně pacientka byla vybavena stomickými pomůckami „do začátku“ a informačními letáky a brožurami, kde nalezne potřebné informace. Bohužel svým nezájmem se „ochudila“ o možnost si péči vyzkoušet prakticky, což je jistě ještě hodnotnější, než se o tom jen dočítat.

Dlouhodobým problémem je také snížená mobilita a částečné upoutání na lůžko. V průběhu hospitalizace nedošlo k žádnému porušení kůže, nicméně toto ohrožení je zde neustále, dokud tráví pacientka většinu dne v lůžku. Odchodem z nemocnice nekončí pravidelné polohování a ošetřování kůže, měla by na něj navázat obdobná péče v LDN.

Pacientka byla vzhledem ke stavu, prozatím vyžadujícímu celodenní ošetřovatelskou péči, přeložena do léčebny dlouhodobě nemocných ve Vojkově, kde bude mít zajištěnou nepřetržitou ošetřovatelskou péči i lékařský dohled. Ona i její rodina byli edukováni v oblasti předcházení rizika pádu, avšak ani tímto není toto riziko vyloučeno. Další postup bude podle nadále se vyvíjejícího stavu pacientky - buď k větší samostatnosti pacientky, při zlepšujícím se jak

psychickém, tak fyzickém stavu, nebo naopak k většímu zapojení zdravotnického personálu, při nepříznivém vývoji.

4.6 Psychologie nemocné - reakce na nemoc

Protože je člověk jako takový zcela individuální bytost, je rozdílný také způsob vyrovnávání se s náročnou životní situací, která může nečekaně nastat a kterou nemoc bezpochyby je. Život s umělým vývodem přináší pacientovi řadu problémů v různých oblastech žití. Takový pacient by se měl (v ideálním případě) s takto nastalou situací dříve či později vyrovnat a pochopit, že tímto zákrokem jeho život nekončí. Psychická podpora by ze strany lékaře, sester i všech ostatních zdravotníků, měla probíhat nejlépe již v období předoperačním- ti by se měli podílet na včasném řešení všech potenciálních problémů, které umělý vývod zapříčiňuje. Samozřejmě že je lepší, pokud se na smíření s nastalou situací podílí i členové rodiny a blízcí pacienta, než když na svůj úděl zůstane sám.

Prožívání nemoci má několik fází (etap), které identifikovala švýcarská psychiatrička Elisabeth Kübler Rossová a které popsala jako jakési nevědomé obranné mechanismy, které na sebe buď navazují, nebo se různě prolínají, či střídají. Prvním z nich je *popření skutečnosti*, další jsou *zloba, smlouvání, deprese* a *smíření*. /11/

U paní J. Š. je relativně obtížné hodnotit, nakolik byla se svým stavem smířena, či s ním vyrovnána. K tomu mě vede hned několik skutečností, a to, že pacientka byla operována z vitální indikace, tudíž neměla mnoho času se na vzniklou situaci byť částečně adaptovat, navíc po prodělané operaci mozku byla částečně narušena schopnost zpracovávání informací přicházejících zvnějšku. Tomu přisuzuji i její nezájem co se týká stomie jako takové, jejího ošetřování, snahy naučit se o sebe sama postarat. Druhým dílem to přisuzuji také možnosti, že se pacientka ocitla v situaci, kdy do prožívání nemoci vstupuje právě ona fáze *popření*.

Vzhledem k tomu, že pacientka byla z nemocnice dále přeložena do léčebny dlouhodobě nemocných, další možnosti sociální péče zatím nebyly nastíněny.

4.7 **Prognóza**

Pacientka zcela odmítala stomii jako součást něčeho, co se jí osobně dotýká, proto bohužel nedošlo ani k základům toho, že by se o sebe v tomto ohledu dokázala samostatně postarat. Do budoucna, pokud nedojde ke změně v tomto přístupu (který samozřejmě může být jen dočasný- jako reakce na nemoc a náhlou osobní změnu), bude potřeba zajistit jí pečovatelskou službu, nebo pravidelné návštěvy sestry z agentury domácí péče.

5. PÉČE O STOMIKA A NÁVRH EDUKACE NEMOCNÉ V PÉČI O KOLOSTOMII

5.1 Úvod

Slovo stoma má svůj původ v řečtině a znamená *ústa,* potažmo *vyústění* či *vývod.*

Normálně bývá stomie kruhového až oválného tvaru, červené barvy. Je nebolestivá, protože v ní nejsou žádná nervová zakončení.

Pro psychiku pacienta je důležitý trpělivý přístup a citlivé zodpovězení všech jeho otázek. Měly by mu být také osvětleny důvody, proč dojde, nebo došlo k vytvoření stomie - to by mu mělo pomoci se vyrovnat s danou skutečností. Je úplně přirozené a pochopitelné, že takovýto člověk bude mít obavy, nakolik bude muset změnit svůj dosavadní způsob života.

K potřebě vytvoření stomie vedou obvykle poruchy správné činnosti trávicí soustavy, dýchací, či vylučovací. Toto může postihnout kohokoliv, v jakémkoliv věku, ať už se jedná o zánět, nádorové onemocnění, úraz, a nebo jiná postižení, která jsou indikací k vyústění toho kterého systému.

Založení umělého vývodu patří mezi velké, život zachraňující operace, nebo má přímou souvislost s prodloužením délky života. /3, 9, 12/

5.2 Typy stomií

Nejčastějšími typy stomií jsou:

- Tracheostomie pro zajištění dýchání
- Gastrostomie, jejunostomie pro zajištění výživy
- Ileostomie, kolostomie pro zajištění vylučování obsahu střeva
- Urostomie- nefrostomie, epicystostomie, ureterostomie k zajištění vylučování moči

Dále je můžeme rozdělit podle délky trvání: na dočasné (vytvořené na dobu určitou, např. pro odlehčení střeva), na trvalé (není možné opětovné obnovení funkce, např. po odstranění konečníku). /9/

Vzhledem k zaměření této práce se na dalších řádcích budu věnovat především popisu a péči o vývody na tlustém střevě (kolostomie). Ty bývají i nejčastějšími typy stomií. Mohou být buď s jedním otvorem, nebo se dvěma, tzv. dvouhlavňová stomie. Kolostomie může být vyvedena buď na střevě slepém (cékostomie), v oblasti příčné části tlustého střeva (transverzostomie), či na esovité kličce tlustého střeva (sigmoideostomie). /9/

5.3 Pooperační péče

Bezprostředně po operaci je péče o pacienta zajišťována na JIP, nebo ARO, kde probíhá intenzivní monitoring vitálních funkcí, zajištění výživy, péče o invazívní vstupy, o ránu a také léčba bolesti.

Ještě na operačním sále sálová sestra nalepí na nově vytvořenou stomii jednodílný stomický sáček. V případě že bude sáček bez problémů držet, nebude podtékat, aj., může zůstat na místě i 48 hodin. Přes průhledný materiál sestra pravidelně hodnotí vzhled- tvar, barvu, velikost, sekreci, otok.

Denně pak za pacientem dochází specializovaná sestra, která pacienta individuálně a postupně seznamuje s ošetřováním stomie. Jejich spolupráce probíhá ze strany pacienta na bázi dobrovolnosti. Hlavním zájmem je naučit pacienta samostatnosti při ošetřování vývodu. Edukace probíhá individuálně, trpělivě, postupně.

Probíhá ve čtyřech fázích:

1) V první fázi je sestra instruktorem, který za slovního popisu sám provádí výměnu systému a pacient je v roli pozorovatele- podle stavu pozoruje buď vleže, poté vstoje.

2) Pacient sám provádí výměnu pomůcek, ale sestra mu asistuje, radí a pozitivně jej motivuje.

3) Třetí fáze spočívá v otočení rolí, ve smyslu že pacient stomii ošetřuje samostatně, sestra spíše pozoruje a kontroluje. Důležitá je pochvala.

4) Pacient je v péči soběstačný. /9/

5.4 Pomůcky + ošetřování stomie

Existují dva základní typy provedení - jednodílné a dvoudílné. U těch jednodílných je sáček neoddělitelně spojen s podložkou. Systém se vyměňuje celý za nový. Dvoudílné pomůcky jsou z lepící podložky a vyměnitelného samostatného sběrného sáčku. To je spojeno přírubovým kroužkem.

Cílem při výrobě stomických pomůcek je komfort pro uživatele, poskytovat úplnou ochranu, pohodlí, diskrétnost a snadnou manipulaci.

Doplňkový sortiment se u jednotlivých výrobců velmi podobá, pouze názvy bývají konkrétní firmou upravené. /3, 12/

Ochranná adhezivní pasta: Slouží k vyrovnávání nerovností na pokožce (jizvy, kožní záhyby), zvyšuje přilnavost, chrání pokožku před účinky střevního obsahu, brání podtékání. Aplikuje se pod podložku, vlhkým prstem okolo stomie. /3, 12/

Stomický roztok / Tělová voda: Používá se pro dokonalé očištění okolí stomie, jako náhrada vody a mýdla. Většinou tento roztok bývá obohacen o látky, které vedle čištění zajišťují zjemnění pokožky a zabraňují vysoušení. /3, 12/

Pohlcovač pachu / Deodorant: Pro efektivní pohlcování pachu, výrobci garantují několikahodinovou dobu působení. Některé „fungují“ na základě

překrytí zápachu vůní, jiné pachy pohlcují a rozkládají. Aplikují se jak do ovzduší, tak přímo do sáčku. /3, 12/

Ochranný film / Zásypový pudr: Buď ve formě ubrousků napuštěných ochrannou látkou, nebo jako krém, či pudr. Chrání pokožku před podrážděním a poškozením, prodlužuje životnost podložky. Aplikuje se po omytí a osušení okolí stomie v malém množství/ tenké vrstvě, rychle zasychá. /3, 12/

Odstraňovač náplastí - napuštěné ubrousky: K usnadnění sejmutí podložky, či jednodílného sáčku. Zároveň očišťuje pokožku, nedráždí a nevysušuje kůži. Používá se tak, že se jemně nadzvedne okraj podložky, kam se vsune tento ubrousek a jemným pohybem se odstraňuje od pokožky. /3, 12/

+ *Další doplňkový sortiment podle typu použitého systému:* Zátka, irigační souprava, přídržný pásek, těsnící kroužky, ochranné destičky (roušky), aj. /3, 12/

Pomůcky pro ošetřování stomie jsou pacientům předepisovány v odborné ambulanci lékařem, popřípadě obvodním lékařem, maximálně na dobu 3 měsíců. Jsou plně hrazeny zdravotními pojišťovnami, ale počet kusů a spotřeba je upravena určitými limity. /12/

5.5 Výměna stomického systému

První edukace „stoma sestrou“ probíhá dle stavu pacienta co nejdříve po operaci. První den po operaci přinese sestra pacientovi k lůžku košík s pomůckami a informačními brožurami a letáky, zrcadlo, vzor jídelníčku. Přijetí skutečnosti, že člověk bude nadále muset fungovat s umělým vývodem, může být pro někoho velmi traumatizující. Je na sestře, aby zvolila ke každému pacientovi vhodný individuální přístup a dala mu čas a prostor se s touto situací trochu sžít.

5.5.1 Výměna jednodílného systému

Nejvhodnější v pooperačním období, měla by se provádět v diskrétním prostředí.

Pomůcky: nesterilní rukavice, sáček na odpad, oblé zahnuté nůžky, buničitá vata a čtverce z netkané textilie, čistíci roztok, ochranný film, sáček, do nějž je vystřižen otvor odpovídající velikosti stomie.

Postup:

- Shora dolů opatrně sejmout nalepený sáček, vyhodit
- Otřít stomii buničinou
- Omýt vodou a mýdlem
- Jemně osušit
- Očistit čistícím roztokem
- Osušit a kůži ošetřit
- Odstranit kryt z podložky, nalepit na stomii, přitlačit a zahřívat teplem ruky /9/

5.5.2 Výměna dvoudílného systému

Dvoudílný systém je vhodný u komplikovanějších případů stomie, např. u iritované kůže v okolí stomie. Podložka zůstane nalepena i 3-5 dní, sáček se vyměňuje dle potřeby, obvykle dvakrát denně.

Pomůcky: rukavice, sáček na odpadky, buničina, čtverce z netkané textilie, oblé zahnuté nůžky, čistící roztok, ochranný film, adhezívní pasta, měřítko stomie, vhodná podložka, sáček.

Postup:

- Šetrně odstranit přilepený systém, vyhodit
- Otřít buničinou
- Omýt, osušit, dočistit čistícím roztokem, ošetřit kůži
- Nanést ochranný film a počkat, až zaschne
- Nahřát podložku (fén, radiátor, dlaň), odlepit krycí fólii a přitlačit na určené místo

- Sáček nasadit na spojovací kroužek a zkontrolovat těsnost spojení
- Systém přitlačit dlaněmi a cca 10 minut zahřívat
- Podle typu sáčku měníme: výpustný po 24-48 hodinách, nevýpustný po naplnění do dvou třetin. /9/

Sestra provádí vždy po ošetření zápis do dokumentace.

5.6 **Problémy se stomií**

Komplikace u stomií mohou být rozmanité- infekce, výhřezy, kýly, nekrózy, stenózy, vtažení do břišní stěny, aj. Pokud pacient zpozoruje známky něčeho takového, měl by neprodleně kontaktovat „stoma sestru“, nebo vyhledat lékaře.

Mezi nejčastější problémy, se kterými se pacient může setkat a nemusí ještě nutně vyhledat zdravotnickou pomoc, patří průjem, způsobený různými vlivy- infekcí, léky, potravou. Vhodné v tomto případě je zvýšení příjmu tekutin, pro doplnění ztráty tělesných tekutin a minerálů. Doporučuje se omezit koření, džusy a ovoce. V této situaci se doporučuje užití výpustných sáčků, aby nedocházelo k podráždění kůže řídkou stolicí.

Zácpa bývá nejčastěji způsobena pomalejším trávením některých potravin- např. citrusů, ořechů, hub. Pak se doporučuje toto omezit, vyřadit mléčné výrobky a naopak začít více konzumovat ovoce a zeleninu. Dbát na dostatek přijatých tekutin, a pokud to fyzický stav pacienta dovoluje, pak také zařadit do programu dne vhodnou pohybovou aktivitu.

Člověka se stomií může také obtěžovat hlenovitý výtok z konečníku, který pochází ze zbývající části tlustého střeva. Jako řešení se používá hygienická vložka.

Pokud by problémy tohoto rázu přetrvávaly, je vždy vhodné kontaktovat sestru specialistku, nebo lékaře a poradit se o dalším postupu. /12/

5.7 Životospráva

Mezi důležitou součást správné životosprávy patří vhodné stravování. Po vytvoření kolostomie není nutné zásadně měnit svůj zažitý způsob stravování, ani jídelníček. Důležité však je, vypozorovat, jaké jsou účinky zkonzumovaných jídel na vlastním organismu. Doporučuje se zvýšit příjem rostlinných tuků na úkor živočišných, přijímat potravu s obsahem vlákniny a dodržovat pitný režim

Činnost střeva obecně urychlují např. sladkosti, kořeněné pokrmy, kofein a alkohol. Opačně pak působí třeba bílé pečivo, čokoláda, banány, brambory a červené víno. Mezi nadýmavé potraviny patří cibule, vejce, pivo, sycené limonády. Zvýšenou tvorbu pachů zapříčiňují např. ryby, cibule, česnek, sýry. Naopak doporučovány v tomto směru jsou jogurty, petržel, špenát, zelené saláty.

Pracovní činnost ani pro stomika nemusí být problémem. Po rekonvalescenci po operaci je vhodné zvážit náplň práce, aby nebyla příliš fyzicky zatěžující.

Sportu a cestování se také lidé se stomií nemusejí vzdávat, je však třeba, stejně jako u zaměstnání, aby zhodnotili, nakolik je druh aktivity, který si vybrali, zatěžující pro břišní svalstvo. Nemělo by se jednat o přílišné napínání břišní stěny, nebo zvedání těžkých předmětů. /3/

5.8 Kluby, zájmová sdružení

Na počátku 20. století se vytvořil klub, který sdružuje stomiky ve světě. Nazývá se ILCO, podle názvů ILeostomie a COlostomie. V dnešní době k němu patří i ILCO České republiky. Hlavním cílem a přínosem tohoto sdružení jsou předávané zkušenosti, přátelství a sdílení podobných osudů. Při klubových setkáních je možné navštívit přednášky lékařů a zástupců firem, zabývajících se produkcí a vývojem pomůcek k péči o stomie. O více informací pak pacienti mohou žádat svoji „stoma sestru“, nebo informace vyhledat na internetu. /14/

6. ZÁVĚR

Pacientka J. Š. byla hospitalizována na chirurgické klinice Ústřední vojenské nemocnice ve Střešovicích celkem 21 dní. Byla přijata akutně 9/2/2010, když jí na RTG byl zjištěn volný plyn v dutině břišní a zánět pobřišnice- ještě týž den byla provedena z vitální indikace dvoudobá diskontinuitní resekce sigmatu podle Hartmanna a drenáž.

Pooperační období pacientka strávila na ICU, kde byla dočasně napojena na umělou plicní ventilaci pro částečnou podporu dechu.

11/2/2010 pacientka dýchá spontánně a je přeložena na chirurgickou JIP.

17/2/2010 pak již na standardní chirurgické oddělení.

Pacientka byla občasně dezorientovaná a zmatená, nicméně zdravotnickému personálu vycházela vstříc, komunikovala a většinou se snažila aktivně podílet na rehabilitaci.

Před přeložením do léčebny dlouhodobě nemocných ve Vojkově u Říčan (1/3/2010) byla pacientka informována o vhodnosti dodržování léčebných opatření (dieta, tekutiny, péče o stomii), ale sama se tomu velmi bránila, proto jí byly poskytnuty veškeré dostupné letáky a brožury s informacemi s touto problematikou, které si bude moci v klidu sama prostudovat.

Závěrem bych chtěla říci, že ač se mi tato pacientka na první pohled svými diagnózami vůbec nezdála vhodná pro napsání této práce, musím přiznat, že jsem ráda, že tomu tak bylo a že jsem si ji vybrala. Pro spolupráci s ní a pro zajímavost tohoto případu. A také jí chci touto cestou poděkovat, že mi vůbec umožnila nahlédnout do svého soukromí, abych o tom mohla napsat.

Seznam použité literatury

1. Antoš F.: Divertikulární choroba tlustého střeva. Praha: Avicenum, 1990, ISBN 80-201-0027-X.

2. Farkašová D. a kol.: Ošetřovatelství - Teorie. SR, Martina: Osveta, 2006, s. 104-111, ISBN 80-8063-227-8.

3. Firma ConvaTec: Hoch J. a kol., Jak zůstat fit v nových podmínkách, Praha: Bristol Myers Squibb, s.r.o., 2006, ISBN neuvedeno.

4. Jarošová, D.: Teorie moderního ošetřovatelství. Praha, ISV, 2000, s. 11, s. 39, s. 61- 72, ISBN 80-85866-55-2.

5. Kazil P., Kazilová M. A.: Divertikulární nemoc tračníku. Praha: Grada publishing a.s., 2007, ISBN 978-80-247-1916-0.

6. Klener, P. et al.: Gastroenterologie, Hepatologie. Vnitřní lékařství, svazek IV, první vydání, Praha: GALÉN, 2002, s. 106-108, ISBN 80-7262-139-4.

7. Lukáš, K. a kol.: Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry. Praha: GRADA publishing, a.s., 2005. s. 98, s. 257-267, ISBN 80-247-1283-0.

8. Lukáš K., Žák A. a kol.: Gastroenterologie a hepatologie. Praha: Grada publishing, a.s., 2007, s. 42-44, s. 58, s. 128, ISBN 978-80-247-1787-6.

9. Otradovcová I., Kubátová L. et al.: Komplexní péče o pacienta se stomií. Praha: Galén, 2006, ISBN 80-7262-432-6.

10. Pavlíková, S.: Modely ošetřovatelství v kostce. Praha: GRADA publishing, a.s., 2006, s. 99-102, ISBN 80-247-1211-3.

11. Šamánková M. a kol.: Základy ošetřovatelství. UK v Praze: Karolinum, 2006, s.32-34, s. 99-100, s.141, ISBN 80-246-1091-4.

12. Firma Coloplast: Tellerová O. a kol., Život se stomií, Plzeň: Abadan, 2008, ISBN neuvedeno.

13. Valenta J. a kol.: Chirurgie pro bakalářské studium ošetřovatelství. UK v Praze: Karolinum, 2003, s. 136-139, ISBN 80-246-0644-5.

14. Firma Dansac: Příručka stomika, Brno, ISBN neuvedeno

Internetové zdroje:

15. Hrstka, P. Lekarna.cz. [Online] Pears Health Cyber, s.r.o., 01. 10 2006. [Citace: 21. 04. 2010] http://www.lekarna.cz.

Jiné zdroje údajů:

16. Lékařská a ošetřovatelská dokumentace

Rozhovor s paní J. Š., její rodinou a ošetřujícím lékařem

Vlastní pozorování

Seznam zkratek

ALT – alanin aminotransferáza

AO – aortální

AST – aspartát aminotransferáza

ATB – antibiotika

BMI – Body Mass Index

CRP – C reaktivní protein

CT – počítačová (výpočetní) tomografie

DM – diabetes mellitus

FW – sedimentace

GCS – Glasgow Coma Scale- škála ke zhodnocení vědomí

GIT – gastrointestinální (zažívací) trakt

GMT – glutamát dehydrogenáza

HKK – horní končetiny

CHLMF – chloramfenikol – bakteriostatické antibiotikum

ICHS – ischemická choroba srdeční

i.m. – intramuskulárně (nitrosvalově)

JIP – jednotka intenzivní péče

kg – kilogram

KJ – kilo joul

LDK – levá dolní končetina

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

MMSE – Mini Mental State Examination

ORL – ušní nosní krčí (otorinolaryngologie)

P – puls, tep

PAD – perorální antidiabetika

PDK – pravá dolní končetina

p.o. – per os (ústy)

RTG – rentgenové vyšetření- zobrazovací metoda

R-V – ráno-večer

SONO – sonografické- ultrazvukové vyšetření

SpO2 – parciální tlak kyslíku

TEN – tromboembolická nemoc

TK – krevní tlak

TT – tělesná teplota

ÚVN – Ústřední vojenská nemocnice

VAS LS páteře – vertebrogenní algický syndrom lumbosakrální páteře

VAŠ – vizuální analogová škála

VVV – vrozené vývojové vady

WHO – světová zdravotnická organizace

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Anamnestické údaje ke dni 24/ 2/ 2010

Seznam příloh

Příloha č. 1: Laboratorní vyšetření - krev

Příloha č. 2: Laboratorní vyšetření - moč

Příloha č. 3: Glasgow Coma Scale

Příloha č. 4: Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Příloha č. 5: Záznam sledování fyziologických funkcí

Příloha č. 6: Zjištění rizika pádu

Příloha č. 7: Hodnocení nutričního stavu

Příloha č. 8: Barthelův test základních všedních činností - hodnocení soběstačnosti

Příloha č. 9: Vizuální analogová škála + Záznam hodnocení bolesti

Příloha č. 10: Posouzení aktuálního psychického stavu

Příloha č. 11: Mini Mental State Examination

Příloha č. 12: Formulář pro sběr informací

Příloha č. 1: Laboratorní vyšetření - krev

HEMATOLOGICKÁ VYŠETŘENÍ

Datum	9/2/2010	24/2/2010	referenční interval
Leukocyty	14,7 x 10^9/l	12,8 x 10^9/l	3,6 - 9,6 x 10^9/l
Erytrocyty	4,1 x 10^{12}/l	2,9 x 10^{12}/l	4,2 -5,4 x 10^{12}/l
Trombocyty	521 x 10^9/l	552,0 x 10^9/l	140 - 440 x 10^9/l
Hemoglobin	108	88,0 g/l	120 - 160 g/l
Hematokrit	0,35	0,26	0,39 - 0,49

/16/

BIOCHEMICKÁ VYŠETŘENÍ

datum	9/2/2010	24/2/2010	referenční interval
Na	129,2 mmol/l	127,1 mmol/l	133 - 150 mmol/l
K	3,12 mmol/l	2,76 mmol/l	3,8 - 5,5 mmol/l
Cl	85,1 mmol/l	85,9 mmol/l	97 - 108 mmol/l
Bilirubin	8,1 umol/l	7,9 umol/l	do 20 umol/l
AST	0,45 umol/l	0,49 umol/l	do 0,5 ukat/l
ALT	0,48 umol/l	0,42 umol/l	do 0,55 ukat/l
GMT	1,24 umol/l	1,66 umol/l	do 0,6 ukat/l
CRP	264	105,18	0,5 – 10,00

/16/

Příloha č. 2: Laboratorní vyšetření - moč

Výsledky z 21/2/2010

Krev	3,0 arb. jednotky	
Specifická hmotnost	1,010 kg/ dm^3	1,015 – 1,025 kg/ dm^3
Sediment - erytrocyty	186 ul	0 - 40 ul
Sediment - leukocyty	1249,8 ul	0 - 20 ul
Sediment- epitelie	89,2 ul	0 - 12 ul
Hyalinní válce - bez inkluzí	10,3 ul	0 - 3 ul
Bakterie	51295,3 ul	Do 5000/ ul
Patologické válce - s inkluzemi	pozitivní	
Malé kulaté epitelie	pozitivní	
Kvasinky	negativní	

/16/

Příloha č. 3: Glasgow Coma Scale

Odpověď	Reakce na určitý podnět	Body
Otevření očí	Spontánní	4
	Na oslovení	**3**
	Na bolestivý podnět	2
	Pacient nereaguje	1
Slovní odpověď	Plně orientovaná	5
	Zmatená	**4**
	Nepřiměřená	3
	Nesrozumitelná	2
	Bez odpovědi	1
Motorická odpověď	**Uposlechne příkaz**	**6**
	Reakce na bolestivý podnět	5
	Úhyb	4
	Flexe na bolestivý podnět	3
	Extenze na bolestivý podnět	2
	Bez odpovědi	1
Celkové skóre		**13**

Podle výsledku je posuzován stav vědomí pacienta.

13 a více bodů - lehká porucha vědomí

9-12 střední porucha vědomí

8 bodů a méně - těžká porucha vědomí

/11/

Příloha č. 4: Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružené onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence	Body
Úplná	‹ 10	Normal	Žádné	Dobrý	**Bdělý**	Chodí	Úplná	Není	4
Částečně omezená	‹ 30	Alergie	DM	**Zhoršený**	Apatický	S dopr.	**Část. omezená**	Občas	3
Velmi omezená	‹ 60	Vlhká	Anemie, kachexie, trombóza, obezita	Špatný	Zmatený	Sedačka	Velmi omezená	Převážně moč	2
Žádná	**› 60**	**Suchá**	**Karcinom**	Velmi špatný	Bezvědomí	**Leží**	Žádná	**Moč, stolice**	1

Celkem: **18 bodů**

25 bodů a méně znamená riziko vzniku dekubitů

/16/

Příloha č. 5: Záznam sledování fyziologických funkcí

Datum	Hodina	Tlak krve	Puls	Tělesná teplota	Stolice
22/2/2010	6:00	130/ 82	82´	36,1 ºC	
	18:00	135/ 85	80´	36,9 ºC	0
23/2/2010	6:00	100/ 53	84´	36,4 ºC	
	18:00	103/ 82	83´	36,2 ºC	+
24/2/2010	6:00	119/ 76	81´	36,2 ºC	
	18:00	129/ 86	79´	36,5 ºC	+
25/2/2010	6:00	107/ 73	74´	36,0 ºC	
	18:00	133/ 81	79´	36,4 ºC	+
26/2/2010	6:00	123/ 75	85´	36,9 ºC	
	18:00	118/ 77	79´	36,5 ºC	+

/16/

Příloha č. 6: Zjištění rizika pádu

Aktivita		Body			Body
Pohyb	Neomezený	0	Smyslové poruchy	Žádné	0
	Používá pomůcek	1		**Vizuální, sluchové, smyslový deficit**	**1**
	Potřebuje pomoc k pohybu	**1**			
	Neschopen přesunu	1	Mentální status	Orientován	0
Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc	0		**Občasná/ noční desorientace**	**1**
	V anamnéze nykturie/ inkontinence	**1**		Historie desorientace/ demence	1
	Vyžaduje pomoc	1	Věk	**18 - 75**	**0**
Medikace	Neužívá rizikové léky	0		75 a výše	1
	Užívá léky ze skupiny diuretik, antiepileptika, antiparkinsonika, antihypertenziva, psychotropní léky, nebo benzodiazepiny	**1**	Pád v anamnéze		1
			Celkem: **5 bodů**		

3 body a více- zvýšené riziko pádu

/16/

Příloha č. 7: Hodnocení nutričního stavu

	0 bodů	1 bod	2 body
BMI	**›20,5**	18,5-20,5	‹18,5
Nechtěné zhubnutí za poslední 3 měsíce	**‹5 kg**	5 - 10 kg	›10 kg
Celkový denní příjem	›3/4	**1/4 - 3/4**	0 - 1/4

Celkem: **1 bod**

Při 2 a více bodech je nutné informovat lékaře a kontaktovat nutričního terapeuta.

/16/

Příloha č. 8: Barthelův test základních všedních činností - hodnocení soběstačnosti (ADL - activity daily living)

1. Najedení a napití
samostatně bez pomoci 10
s pomocí 5
neprovede 0

2. Oblékání
samostatně bez pomoci 10
s pomocí 5
neprovede 0

3. Koupání
samostatně nebo s pomocí 5
neprovede 0

4. Osobní hygiena
samostatně nebo s pomocí 5
neprovede 0

5. Kontinence moči
plně kontinentní 10
občas inkontinentní 5
trvale inkontinentní 0

6. Kontinence stolice
plně kontinentní 10
občas inkontinentní 5
trvale inkontinentní 0

7. Použití WC
samostatně bez pomoci 10
s pomocí 5
neprovede 0

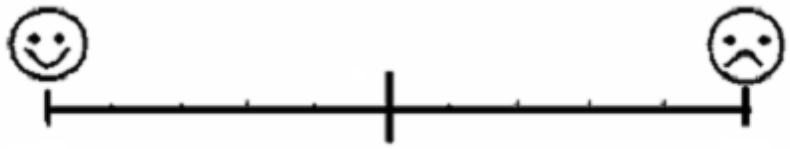
8. Přesun lůžko - židle
samostatně bez pomoci 15
s malou pomocí 10
vydrží sedět 5
neprovede 0

9. Chůze po rovině
samostatně nad 50 m 15
s pomocí 50 m 10
na vozíku 50 m 5
neprovede 0

10. Chůze po schodech
samostatně bez pomoci 10
s pomocí 5
neprovede 0

Hodnocení stupně závislosti:
0 - 40 vysoce závislý
45 - 60 závislost středního stupně
65 - 95 lehká závislost
96 - 100 nezávislý /16/

Příloha č. 9: Vizuální analogová škála + Záznam hodnocení bolesti



Vizuální analogová škála- toto vidí pacient. Na přímce, na stupnici, ukáže, nakolik přibližně pociťuje bolest- mezi smějícím se obličejem a nešťastným obličejem. Z druhé strany „pravítka“ sestra přečte číslo od 0 do 10, kde NULA znamená žádnou bolest a číslo DESET bolest nesnesitelnou a zaznamená jej do dokumentace.

Datum:	
22/2/2010	Tupá bolest v souvislosti s VAS LS, stupeň č. 1, úlevová poloha, ve 21 hodin dle ordinace lékaře podán Novalgin tbl. 500 mg
23/2/2010	Bez bolesti, analgetika nežádá
24/2/2010	Bolest v souvislosti s VAS LS páteře na stupni číslo 1, bolest pacientka udává až odpoledne- v 16 hodin dle ordinace lékaře podána 1 tableta Novalgin tbl. 500 mg
25/2/2010	Pacientka udává bolest v souvislosti s VAS LS o stupni č. 1, ve 20 hodin dle ordinace lékaře podána 1 tableta Novalgin tbl. 500 mg + úlevová poloha
26/2/2010	Bez bolesti, analgetika nežádá

/16/

Příloha č. 10: Posouzení aktuálního psychického stavu

Orientace			Emoce			Chování		
Jméno	**1**	0	Plačtivost	1	**0**	Agrese	1	**0**
Věk	**1**	0	Úzkost (napjatý/tensní)	1	**0**	Opozice	1	**0**
Datum dnešního	1	**0**	Smutek			Nespolupráce	1	**0**
dne			(pesimismus/deprese)	1	**0**	Zpomalení/útlum	**1**	0
Kde je (místo)	**1**	0	Hyperaktivita			Apatie/nezájem	**1**	0
Kolik je hodin (asi)			(zrychlený)	1	**0**			
Počítat od 10-1	1	**0**	Uzavřenost (nesdílný)	1	**0**			
Na výzvu								
otevřít/zavřít oči	**1**	0						
Skóre 3 a méně			Skóre 3 a více			Skóre 3 a více		
-			- informovat lékaře			- informovat lékaře		
informovat lékaře	**4**				**0**		**2**	

/16/

Příloha č. 11: Mini Mental State Examination

- Standardní vyšetření u poruch paměti, u demencí.
- Provádí se v klidném prostředí, otázky pokládáme jasně, maximálně třikrát.
- Pomůcky: psací potřeby, listy čistého papíru, hodinky
- Pokud testovaná osoba mlčí, skórujeme číslem 0, při správné odpovědi 1 bodem.

1) Orientace
   - Které je roční období? Zima
   - Který máme nyní rok? 2010
   - Kolikátého je dnes? Neví.
   - Který den v týdnu je dnes? Asi středa.
   - Který je měsíc? Únor
   - Ve kterém jsme městě? Praha
   - Ve kterém jsme okrese? Praha
   - V jaké jsme zemi? ČR
   - Jak se jmenuje místo, kde teď jsme? Nemocnice
   - V kolikátém jsme poschodí? Neví.

2) Opakování a paměť
   - Vyzveme vyšetřovanou osobu, aby si zapamatovala a zopakovala tři slova, která následně vyjmenujeme. Upozornit ji, že se na ně po chvíli opět zeptáme.
   - Lopata, šátek, váza.
   - Dokáže jej pacient nyní zopakovat? Ano.
   - Opakujeme, dokud si je pacient nezapamatuje, maximálně však pětkrát.

3) Pozornost a počítání
   - „Nyní odečtěte od čísla 100 číslo 7, toto pětkrát po sobě.“ Za každé správné číslo udělíme 1 bod - tedy celkem maximálně bodů 5.
   - Pokud nechce pacient počítat, zadáme mu za úkol pozpátku hláskovat slovo POKRM. Za každé správné písmeno při hláskování udělíme po 1 bodě, tedy maximálně 5 bodů celkem.

     - Nevykoná.

4) Vybavování
   - Nyní má vyšetřovaná osoba zopakovat slova ze druhého cvičení.
   - Lopata, šátek, váza. Ano .

5) Poznání předmětů
   - Ukažme pacientovi hodinky. „Co je to?“ Ano.
   - Ukažme pacientovi tužku. „Co je to?“ Ano.

6) Opakování
   - Vyzveme pacienta, aby po nás zopakoval větu „První pražská paroplavba.“ Ano.

7) Stupňovaný příkaz
   - Požádáme pacienta, aby ve třech krocích vykonal to, co po něm budeme žádat:
   - „Vezměte papír do pravé ruky.“
   - „Přeložte jej na půl.“
   - „Položte ho na podlahu.“ Ano.

8) Reakce na psaný pokyn
   - Na čistý papír napíšeme pokyn „ZAVŘETE OČI“ a vyzveme pacienta, aby toto přečetl a vykonal. (1 bod) Ano.

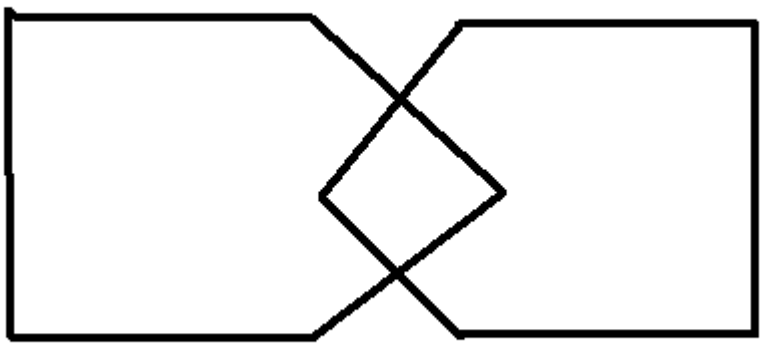
9) Psaní

- Vyzveme pacienta, aby na předložený papír napsal libovolnou větu, měla by obsahovat podmět a přísudek, být smysluplná. Mohou být přítomny gramatické chyby. - Nevykoná.

10) Malování podle předlohy

- Vybídneme pacienta, aby namaloval obrazec podle předlohy.
- Mělo by být zachováno všech deset úhlů a dva z nich musí být v překřížení.
- Průnik obou pětiúhelníků musí tvořit čtyřúhelník.

Roztřesení a rotace obrazce nevadí. - Nevykoná.



Pacientka dosáhla 25 bodů.

HODNOCENÍ:

30-27 bodů (Normální stav)
Normální stav kognitivních funkcí. Alzheimerova choroba se testovaného pacienta s největší pravděpodobností netýká. Při hraničním výsledku s odstupem opakovat.

26-25 bodů (Hraniční stav, možnost demence)
Prokázaná porucha kognitivních funkcí. Možná počínající demence. Tento stav se může vyvíjet a vyústit až do rozvoje Alzheimerovy choroby. Po čtvrt roce zopakovat MMSE!

24-10 bodů (Demence mírného až středně těžkého stupně)
Prokázání vážnější poruchy kognitivních funkcí. Jedná se o nějaký typ demence. Neprodleně kontaktovat odborníka. Je čas zahájit intenzivní léčbu.

9-6 bodů (Demence středního až těžkého stupně)
Demence je velmi vážná, nejspíš již ve stádiu, kdy není možné léčbou účinně zasáhnout. Přesto se obraťte na odborníka.

5-0 bodů (Demence těžkého stupně)
Demence testovaného je velmi vážná, pravděpodobně již ve stádiu, kdy není možné léčbou účinně zasáhnout.

Příloha č. 12: Formulář pro sběr informací

Ošetřovatelský záznam

Jméno a příjmení : Ing. J. Š.
Věk : 71 let
Vyznání : není věřící, ale domluvila se s doktorem, že ji se mu „vyzpovídala"
Povolání : farmakolog, chemik; VŠ profesor na VŠCHT
Národnost : česká
Osoba, kterou lze kontaktovat : manžel M., dcera E.
Oslovení : paní Š.

Datum přijetí : 9/2/2010
Hlavní důvod přijetí : volný plyn v dutině břišní
Datum a kam propuštěn : 29/2. 1/3/2010

Lékařská diagnóza:
1. akutní circumscriptní peritonitida
2. akutní perforující divertikulitida
3. pneumoperitoneum
4.

Jak je nemocný informován o své diagnóze? plně informována

Osobní anamnéza : běžná dětská onemocnění, v mládí volný močový písek, 1993 karcinom 40 r. komoci, ostepor., glaukom 70, katarakta 40, VAS LS páteře, stp. oddělení sympatektomie resekce meningeomu 1/2010, a. hypertenze, AO insuf., varixy DKK

Rodinná anamnéza matka + 55 let - Ca ovarií
otec + 72 - stará mrtvice + ostatní zdraví, dcera po lze. lyže (WW)

Vyšetření RTG s+p, interní předoperační vyšetření, laboratorní vyšetření, CT rutinně

Terapie dieta 9/S; tekutiny - po vodě, mdlt. pt.; RHB; bandáže DKK; převazy; monitoring FF; + farmakoterapie

Důležité informace o stavu nemocného: „resectio rectosigmoidei sec. Hartmann + drain"

Alergie :	jídlo	(Ne)	Ano	pokud ano, které
	Léky	Ne	(Ano)	pokud ano, které CHLMF
	Jiné	Ne	(Ano)	pokud ano, které formaldehyd + atopický ekzém

Nemocný má u sebe tyto léky : ...0...

Je poučen, že je nemá brát **Ano** **Ne**

Jak je má brát **Ano** **Ne**

Psychický stav (vědomí, orientace, neklid, nálada)..somnolentní..

dle GCS „lehká forma poruchy vědomí"

orientována místem, osobou; časem - ne

19/2 MMSE - lehké zpomalení psych.-mot. tempa..

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovnicí...)

- s manželem, 2 pokojový byt v centru Prahy
- v tomto domě „kamarádí" se sousedkou z vedlejšího bytu

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává :

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři) ?...na kontrolu
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc?....neví
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak?..že musí být stále v nemocnici
4. Co očekáváte, že se s Vámi v nemocnici stane?...pomohou jí + léčba neví
5. Jaké to pro Vás je být v nemocnici?...nevadí jí to
6. Jak dlouho tu podle Vás budete?..neví, „až už půjdu domů"
7. S kým doma žijete? Je na Vás někdo závislý?..s manželem; nikdo není na ní závislý
8. Kdo je pro Vás nejdůležitější (nejbližší) člověk?..manžel, syn, dcera, snacha, vnoučata
9. Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na Vaši rodinu?..mají strach, co s ní bude
10. Může Vás někdo z rodiny (nebo blízkých) navštěvovat?....ano a navštěvují
11. Co děláte rád ve volném čase?...čte „katolické časopisy", zpívá
12. Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit?..dobře, líp

1. Pohodlí, odpočinek, spánek

a) Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného? **(Ano)** Ne
pokud ano, upřesněte..pacient udával bolest v oblasti a VAS....................
LS páteře, max. do stupně č.

- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím? **(Ano)** Ne
pokud ano, upřesněte...chronická bolest LS páteře..................................

- Na čem je bolest závislá?....není..
- Co jste dělal pro úlevu bolestí (obtíží)? úlevová poloha, cvičí se sestrou a ADP
- Došlo po naší léčbě k úlevě? **(Úplně)** Částečně Ne
- Pokud budete mít u nás bolesti/ potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění? ...pomoc do úlevové polohy (sama), analgetika..................

Hodnocení sestry : ...bolest fyz. spíše mírnější charakteru, dlouhodobé, mírní........
........................účinek analgetik..

b) Odpočinek /spánek

- Máte nějaké obtíže se spánkem nebo odpočinkem od té doby, co jste přišel do nemocnice? Ano **(Ne)**
pokud ano, upřesněte.../...

- Měl jste potíže i doma? Ano **(Ne)**
- Usínáte obvykle těžko? Ano **(Ne)**

- Budíte se příliš brzy? Ano **(Ne)**
pokud ano, upřesněte...jak ji kdo vzbudí..

- Co podle Vás způsobuje Vaše potíže?....../.......................................
- Máte nějaký návyk, který Vám pomáhá lépe spát?. ne; usínal při poslechu televize

- Berete doma léky na spaní? Ano **(Ne)**
pokud ano, které..../...

- Zdřímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho?..ano, podle toho, jak ji nechají ostatní spát

Hodnocení sestry: ....
....

2. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám? Ano **(Ne)**
- Potřebujete pomoc při umytí? **(Ano)** Ne

- Potřebujete pomoc při čištění zubů? **Ano** Ne
- Máte obvykle kůži **suchou** **mastnou** **normální**
- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť?.... Indulonou...........................
- Potřebujete pomoc při koupání? **Ano** Ne
- Kdy se obvykle koupete? **ráno** **odpoledne** **večer** **je to jedno**

Hodnocení sestry: ...[illegible] pacientka nesoběstačná ; Barthelův test : 10 b...................

3. Bezpečí

a) lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí? Ano Ne
pokud ano, upřesněte. pacientka je slabá, chůze jen s chodítkem a s doprovodem

- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím? Ano Ne
pokud ano, upřesněte...

-Řekl Vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil? **Ano** Ne
pokud ano, upřesněte.... /...

- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění? Ano Ne **Nevím**
pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete? - neví, ale asi ano...............
........- pacientka se bude snažit, již v nemocnici byla aktivní

b) zrak

- Máte nějaké potíže se zrakem? Ano Ne
pokud ano, upřesněte... již asi 20 let (podle odhadu pacientky) neví [illegible] na čtení

- Nosíte brýle? Ano Ne - na čtení
pokud ano, máte s nimi nějaké problémy?.... nemá s nimi potíže.......

c) sluch

- Slyšíte dobře? Ano Ne
Pokud ne, užíváte naslouchadlo? **Ano** Ne
Jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl?... /...

Hodnocení sestry: .... chůze jen s chodítkem a s doprovodem...............................
....

4. Strava/dutina ústní

a) Jak vypadá váš chrup? **dobrý** **vadný**
- Máte zubní protézu? **horní** **dolní** **žádnou**

- Dělá Vám stav Vašeho chrupu při jídle potíže? **Ano** Ne - rohlíky i tvrdou
pokud ano, upřesněte.. potravu

- Máte rozbolavělá ústa? **Ano** **(Ne)**

pokud ano, ruší Vás to při jídle?.../...

b) Myslíte, že máte tělesnou váhu přiměřenou? **(Ano)** **Ne**

- pokud vyšší (o kolik?)................
- Pokud nižší (o kolik?)................

- ale i přesto se paní snažila trochu [illegible], aby „se líbila" = omezila „sladká jídla" (tučná, smažená)

c) Změnila se Vaše váha v poslední době? **Ano** **Ne**

- pokud ano, o kolik kg jste **zhubnul**...................**přibral**...............

d) Změnila nemoc Vaši chuť k jídlu? **(Ano)** **Ne** - nemá chuť k jídlu

- Co obvykle jíte?......všechno, kromě...hyperl. potravin..........

- Je něco, co nejíte? **(Ano)** **Ne**
- Pokud ano, co a proč?...hyperl. potraviny, které jí nechutnají....

- Máte zvláštní dietu? **(Ano)** **Ne**
- Pokud ano, jakou?... přesně není..

- Měl jste nějakou dietu, než jste přišel do nemocnice? **Ano** **(Ne)**
- Pokud ano, upřesněte......./...
- Co by mohlo Váš problém vyřešit?..../...

- Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? **(Ano)** **Ne**
- Pokud ano, očekáváte, že ji budete schopen dodržovat? ....

..........snad ano, dopomůže jí manžel..

Hodnocení sestry: ...nechutenství!...; pozor na hypoglykemii.......................................

....

5. Tekutiny

- Změnil jste příjem tekutin , od té boby, co jste onemocněl?

  Zvýšil **(snížil)** **nezměnil** - nemá chuť

- Co rád pijete?

  (vodu) **mléko** **(ovocné šťávy)**

  kávu **čaj** **nealkoholické nápoje**

- Co nepijete rád?....0..
- Kolik tekutin denně vypijete? .....neví, „spíš málo"...........................
- Máte k dispozici dostatek tekutin? **(Ano)** **Ne**

Hodnocení sestry: ...nedostatečný...příjem...tekutin; nutit pít............................

....

6. Vyprazdňování

a) Střeva

- Máte obvykle **normální stolici** (circled) **zácpu** **průjem**
- Jak často chodíte obvykle na stolici? ……1x denně……
- Kdy se obvykle vyprazdňujete? ……ráno……
- Berete projímadlo? **pravidelně** **často** **příležitostně** **nikdy** (circled)

- Pomáhá Vám něco, abyste se vyprázdnil? **Ano** **Ne**
Pokud ano, co je to? ……není, opak. se „nepotřebuji to"……

- Máte nyní problémy se stolicí? **Ano** **Ne** (circled)
Pokud ano, jak by se daly řešit? ……- přivolá se ze zavedení stomie teprve vyprazdňoval, potom ji úplně ignoruje

b) Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice? **Ano** **Ne** (circled)
Pokud ano, upřesněte……/……
Jak jste je zvládal/a?……/……

- Co by Vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici?……není……
……

- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice? **Ano** **Ne** – není
Pokud ano, myslíte, že to zvládnete? ……

Hodnocení sestry: ……situace řešena plenkovými kalhotkami; signalizace na dosah ruky; edukována

7. dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním? **Ano** **Ne** „ani ne"
Pokud ano, upřesněte……/……

- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice? **Ano** **Ne** (circled)
Pokud ano, upřesněte……
Jak jste je zvládal?……

- Máte nyní potíže s dýcháním? **Ano** **Ne** „ani ne"
Pokud ano, co by Vám pomohlo?……

- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů? **Ano** **Ne** **Nevím** (circled)
Pokud ano, zvládnete to?……

- Kouříte? **Ano** **Ne** (circled)
Pokud ano, kolik? ……

Hodnocení sestry: ……

8. Kůže

- Pozorujete změny na kůži? Ano (Ne)
- Svědí Vás kůže? (Ano) Ne Někdy

Hodnocení sestry: ...kůže pravidelně kontrolována; suchá, promazávána + péče o „prstíky" na končetinách prstů HKK.........

9. Aktivita, cvičení, záliby

- Chodíte do zaměstnání? Ano (Ne)

Pokud ano, co děláte?...

- Máte potíže pohybovat se v domácnosti? (Ano) Ne

- Máte doporučeno nějaké cvičení? (Ano) Ne

Pokud ano, upřesněte....po zákroku od lékaře (VAS LS páteře) – cvičí se sestrou a ADP..

- Víte, jaký je Váš pohybový režim v nemocnici? (Ano) Ne

- Jaké máte záliby, které by Vám vyplnily volný čas v nemocnici?...TV, čtení.............

....

- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění? ....chodí na TV...............................

Hodnocení sestry: ....

- vzhledem ke stavu a věku pacienty jsem nepovažovala za vhodné o tomto tématu mluvit

10. Sexualita (otázky závisí na tom, zda pacient považuje za potřebné o tom mluvit)

- Způsobila Vaše nemoc nějaké změny ve Vašem pohlavním životě? Ano Ne

Pokud ano, upřesněte...

- Očekáváte, že se Váš pohlavní život změní po odchodu z nemocnice? Ano Ne

Pokud ano, upřesněte...

Hodnocení sestry: ....

Různé

- Jakou školu jste ukončil? ...VŠCHT..

- Očekáváte, že se po odchodu z nemocnice změní Vaše role manžela (manželky), otce (matky), nebo jiné sociální vztahy? Ano (Ne)

Pokud ano, upřesněte..../...

- Jak velká je Vaše rodina? .manžel, 2 děti, 4 vnoučata.................................
- S kým společně žijete? ...s manželem M. v jedné domácnosti.........................
- Kdo se o Vás může postarat? ..manžel, dcera E., vnučka...............................

- V jakém bytě žijete? ..„normálním"..
- Máte dostatek informací o Vašem léčebném režimu? **(Ano)** Ne
- Máte dostatek informací o nemocničním režimu? **(Ano)** Ne
- Máte nějaké specifické problémy týkající se Vašeho pobytu v nemocnici? .„asi ne".....

....

- Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetřovatelské péči? ...ne..............

....

Hodnocení sestry: ..s pacientkou se obtížněji komunikuje, je somnolentní!..................

Jak sestra nemocného souhrnně vidí

Snadno odpovídá	**(Odpovídá váhavě)**
Neptá se	Mlčenlivý
(Hovorný)	**(Spolupracuje)**
Úzkostlivý	Vyděšený
Nejistý	Nedůvěřivý
Rozzlobený	Smutný
Rychle chápe	**(Pomalu chápe)**
Nechápavý	Aktivní
Přizpůsobivý	Nepřizpůsobivý
Psychicky stabilní	Psychicky labilní
Dobře se ovládá	Špatně se ovládá

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetřovatelskou péči:

....
- alergie – LMWH, fraxiparin, atop. ekzém
- Barthelův test – 30 b. – stupeň vysoké závislosti
- Nortonová – 18 b. – zvýšené riziko
- Malnutrice – 1 b. – v normě
- Riziko ICHS – 2 b. – riziko nízké!
- Riziko pádu – 5 b. – vysoké riziko pádu
- GCS – 13 b. – dohled, prevence vedení!
- [illegible]
- měření FF – 2× denně
- kontrola GLY – 1× denně
- dieta 9/S

....
....
....
....
....