

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Alena Stankeová

Ošetřovatelská péče o pacienta s kolorektálním karcinomem a následně vyvedenou ileostomií

*Nursing care of patient with colorectal cancer
and subsequently decorates ileostomy*

Bakalářská práce

Praha, květen 2012

Autor práce: **Alena Stankeová**

Studijní program: **Ošetřovatelství**

Bakalářský studijní obor: **Všeobecná sestra**

Vedoucí práce: **Mgr. Renata Vytejčková**

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

Odborný konzultant: **MUDr. Jan Neumann, CSc.**

Pracoviště odborného konzultanta: **FN v Motole**

Předpokládaný termín obhajoby: květen 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má 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 5. května 2012

Alena Stankeová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Renatě Vytejškové z Ústavu ošetrovatelství 3. LF UK v Praze a odbornému konzultantovi, MUDr. Janu Neumannovi CSc. z chirurgické kliniky FN v Motole, za cenné rady a trpělivost, které mi věnovali při zpracování bakalářské práce.

OBSAH

Úvod.....	6
1. Teoretická část	7
1.1 Anatomie, fyziologie střeva	7
1.2 Kolorektální karcinom	10
1.3 Léčba kolorektálního karcinomu	14
1.4 Pooperační komplikace	15
1.5 Základní údaje o nemocném	15
2. Ošetrovatelská část.....	29
2.1 Ošetrovatelský proces	29
2.2 Model funkčních vzorců zdraví M. Gordon.....	30
2.3 Ošetrovatelská anamnéza	31
2.4 Krátkodobý plán ošetrovatelské péče	38
2.5 Dlouhodobý ošetrovatelský plán.....	51
2.6 Péče o stomik a edukace nemocného v péči o stomii.....	52
2.7 Stravování ileostomiků	54
2.8 Psychologická problematika nemocného.....	55
2.9 Sociální problematika nemocného	57
2.10 Edukační plán.....	57
Závěr	60
Seznam zkratk	61
Seznam použité literatury.....	63
Seznam obrázků, tabulek a grafů	65
Seznam příloh.....	66

ÚVOD

Cílem této bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o pacienta s karcinomem rekta a následně vyvedenou ileostomií.

Je zde podrobně popsán průběh hospitalizace 84letého muže na oddělení chirurgické kliniky, kam byl přijat k plánovanému operačnímu řešení výše uvedeného onemocnění.

Práce je rozdělena na část klinickou a část ošetrovatelskou. Přičemž v klinické části je popsána anatomie fyziologie tenkého a tlustého střeva, patofyziologie onemocnění, jeho diagnostika, léčba, mortalita a prognóza. Ve druhé části jsou údaje o nemocném, průběh hospitalizace a popis léčebného plánu.

V ošetrovatelské části je rozpracován ošetrovatelský proces. Pro zpracování ošetrovatelské anamnézy byl použit Model funkčních vzorců zdraví Marjory Gordon. Model sloužil k získání důležitých informací, které se týkaly nemocného. Na jejich základě byl vyhodnocen zdravotní stav nemocného. Dále navazuje krátkodobý a dlouhodobý ošetrovatelský plán.

V závěru jsou kapitoly popisující psychologickou a sociální problematiku nemocného. Obsažena je zde také edukace týkající se hlavně péče o ileostomii, dietních a režimových opatření.

Při psaní práce jsem se opírala o odbornou literaturu, jejíž seznam i seznam veškerých dalších použitých zdrojů je umístěn na konci práce.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Anatomie, fyziologie střeva

1.1.1 Tenké střevo

Tenké střevo (intestinum tenue) je nejdelší částí trávicí trubice (délka 3-5 metrů), jeho kličky jsou zavěšeny na mesenteriu, které je bohatě prostoupeno krevními a lymfatickými cévami. Stěnu tenkého střeva tvoří čtyři vrstvy: tunica mucosa, tunica submucosa, tunica muscularis a tunica adventitia.

Sliznici tenkého střeva pokrývá jednovrstevný cylindrický epitel, který obsahuje buňky - enterocyty. Sliznice vyběhá v četné mikrokličky, díky kterým je zvětšena její aktivní resorpční plocha. Sliznice dále obsahuje velké množství žlázek, které produkují střevní tekutinu, která je silně zásaditá. V řídkém podslizničním vazivu jsou uloženy uzlíky lymfatické tkáně.

Hladká svalovina je uspořádána ve vnitřní cirkulární a zevní longitudinální vrstvu. Tenké střevo s výjimkou duodena je kryto peritoneem a je zavěšeno na mesenteriu.

Tenké střevo se skládá z dvanáctníku (duodenum), lačnicku (jejunum) a kyčelníku (ileum). Jejunum a ileum tvoří kličky tenkého střeva. (12)

Dvanáctník má tvar podkovy, zprava obkružuje hlavu pankreatu a je dlouhý zhruba 25-30 cm. Je přirostlý k zadní stěně břišní. V jeho sestupné části se nachází papilla duodeni major (papilla Vateri), kam ústí vývod pankreatu a žlučovodu. Ve vzdálenosti zhruba 1-2 cm nad touto papilou je umístěna papilla duodeni minor, do které ústí přídatný pankreatický vývod. Pankreatická šťáva a žluč neutralizují v duodenu žaludeční šťávu, která sem proniká s potravou.

Lačník je zhruba 2 metry dlouhý úsek střeva, je umístěn v břišní dutině spíše vlevo nahoře. Dochází zde k největší resorpci natrávené potravy. Sliznice je složena v četné příčné řasy, obsahuje drobné žlázy a lymfatické uzliny.

Kyčelník měří přibližně 3,5 metru a do tlustého střeva přechází v pravé jámě kyčelní, zde je vytvořena ileocekální (Bauhinova) chlopeč. Ve sliznici je zde

obsaženo větší množství lymfatické tkáně. Jejunum a ileum jsou zavěšeny na mesenteriu, prostřednictvím kterého je zajištěno cévní zásobení střeva. (6)

Cévní zásobení tenkého střeva je zajištěno cestou arteria mesenterica superior. Žíly duodena odvádějí krev do portální žíly a žíly jejuna a ilea se sbírají do kmene v. mesenteria superior, která ústí do kmene portální žíly. (2)

Nervy tenkého střeva jsou převážně autonomní. Ve stěně střevní jsou vytvořeny nápadné nervové pleteně – plexus myentericus, které regulují pohyby střeva a plexus submucosus regulující činnost žláz. Sympatikus snižuje peristaltiku střeva a zvyšuje aktivitu svěračů. Parasympatikus zvyšuje peristaltiku, snižuje činnost svěračů a stimuluje činnost žláz. Střevo je inervováno také senzitivně, jako bolestivé impulsy se vnímá křečový stah či pasivní roztahování střeva. (2)

Mezi hlavní funkce tenkého střeva patří mechanické zpracování potravy a její promíchání se střevní šťávou, žlučí a pankreatickým sekretem. Důležité pro tuto funkci jsou peristaltické pohyby střevní svaloviny, které zároveň posouvají obsah střev aborálně. Významné je i vstřebávání vody, štěpení bílkovin, tuků a cukrů a následné vstřebání vzniklých štěpů do krevních a mízních cév. V tenkém střevě je alkalické prostředí. (15)

1.1.2 Tlusté střevo

Tlusté střevo (intestinum crassum) je většího průsvitu než tenké střevo - 4-8 cm. Měří zhruba 1,2 -1,5 metrů. Jeho závěsem je mezokolon. Stěna střeva má typická vyklenutí (haustra) a podélná svalovina je soustředěna do tří úzkých pruhů (taeniae). Sliznice je tvořena jednovrstevným cylindrickým epitelem bez klků, je v ní obsaženo množství lymfatických uzlíků. Podslizniční vazivo obsahuje nervové a cévní pleteně. Svalovina je tvořena zevní longitudinální vrstvou, která je tenká, v taeniích mohutnější a vnitřní cirkulární vrstvou. Tlusté střevo je složeno z tračníku (colon) a konečníku (rectum).

Slepé střevo (caecum) je vakovitým začátkem tlustého střeva. Je uloženo v pravé jámě kyčelní. Na jeho vnitřním okraji odstupuje červovitý přívěšek (appendix vermiformis).

Dále střevo pokračuje jako vzestupný tračník (colon ascendens), pod játry se ohýbá doleva (flexura coli dextra - hepatica) a přechází v tračník příčný. Ten probíhá zprava zpod jater přes sestupnou část duodena doleva ke slezině, zde se otáčí směrem distálním (flexura coli sinistra - linealis). Zde pokračuje jako sestupný tračník (colon descendens) a v levé jámě kyčelní přechází v esovitou kličku (colon sigmoideum) a dále pak v konečník (rectum).

Konečník dosahuje délky asi 15 cm, je uložen v prohlubni křížové kosti a otáčí se kolem kostrče k povrchu těla, zde ústí řitním otvorem (anus). Na rektu rozeznáváme horní oddíl (ampulla recti) v němž se nachází tři příčné řasy (plicae transversae). Dále pak přechází v řitní kanál (canalis analis), ve kterém se nachází podslizniční vazivo s bohatými žilními pleteněmi. Velký význam zde má hladký svěrač (m. sphincter ani internus) a zevně od něj uložený příčně pruhovaný (m. sphincter ani externus). Sliznice rekta je vystlána dlaždicovým epitelem. (6)

Cévní zásobení zajišťují pro pravou polovinu tračníku až ke slezinnému ohbí 2 větve arteria mesenteria superior (arteria colica dextra a media). V dalším úseku je tračník zásoben krví z arteria colica sinistra z arteria mesenterica inferior. Konečník je zásobován z arteria rectalis a hemoroidálními tepnami. (7)

Žíly tlustého střeva vedou společně s tepnami, spojují se za hlavou pankreatu a zde vstupují do portální žíly. (2)

Inervace tlustého střeva je zajištěna převážně vlákny parasymptiku a symptiku. Parasymptikus působí zvýšení kontrakcí a zrychlení peristaltiky, snižuje sekreci střevních šťáv, symptikus naopak snižuje kontrakce a zvyšuje sekreci střevních šťáv. (2)

V tlustém střevě se dokončuje zpracování potravy, dochází zde ke vstřebávání vody a iontů. Je zde bohatá bakteriální flora, která se podílí na tvorbě biotinu, kyseliny listové a vitamínu K. Dochází zde k hydrolýze močoviny na amoniak a k metabolizování žlučových solí na žlučové kyseliny. Probíhají zde kvasné a hnilobné procesy a vznikají střevní plyny složené z metanu, sirovodíku a oxidu uhličitého. (10)

1.1.3 Defekace

Vyprazdňování střeva je reflexní děj, který nastává většinou jednou za 24 hodin. Při nahromadění stolice v konečniku se zvýší tlak a napětí stěny vyvolá pocit nutkání na stolicí. Dojde k ochabnutí svěrače konečniku a ke smršťování břišních svalů a bránice. Tím se zvýší tlak na koncový úsek trávicí trubice a dojde k vyprázdnění. Defekační reflex je do určité míry ovlivnitelný vůlí, je možné ho potlačit. Množství vyloučené stolice se pohybuje průměrně mezi 150 – 300g. (3)

1.2 *Kolorektální karcinom*

1.2.1 Incidence (Česká republika)

- Počet/ 100 tisíc obyvatel (rok 2006): **muži:91,3**
ženy:61,5 (22)

Kolorektální karcinom se řadí mezi nejčastější zhoubná onemocnění trávicího traktu, velká část je jich lokalizovaná v rektu. Nejčastější výskyt onemocnění je v západních průmyslových zemích. Na prvních třech místech je Nový Zéland, Skotsko a Česká republika. Nejnižší incidence je pak v zemích Asie, Afriky a Jižní Ameriky. Karcinom rekta je u mužů čtvrtým nejčastějším zhoubným onemocněním a u žen je na 5. místě. Je to onemocnění převážně vyššího věku, zhruba pouze 7% pacientů je mladších 50 let. (1)

1.2.2 Mortalita (Česká republika)

- Úmrtí/ 100 tisíc obyvatel (rok 2006): **muži: 48,7**
ženy: 33,0

I přes rostoucí počet nových onemocnění, lze pozorovat lehký pokles úmrtnosti. (22)

1.2.3 Dlouhodobá prognóza

Prognóza je z velké míry ovlivněna dvěma faktory:

- stadium nádoru (TNM) a grading (G)
- úroveň chirurgické péče

Pětileté přežití:

- stadium I TNM 80-90 %
- stadium II TNM 60-80 %
- stadium III TNM 50-60 %
- stadium IV TNM 5% (5)

1.2.4 Klasifikace TNM

Rozlišuje se předoperační klasifikace, která je doplněna o vyšetření CT, magnetickou rezonanci, endoskopií, sonografií a dále histopatologická pooperační klasifikace.

„T“ primární tumor

T0 – není prokazatelný primární tumor

TIS – preinvasivní karcinom

T1,T2,T3,T4 – rozsah tumoru podle velikosti

TX – nesplněny minimální požadavky pro stanovení rozsahu nádoru

„N“ stav regionálních uzlin

N0 – nejsou známky postižení

N1,N2,N3 – stoupající rozsah postižení regionálních uzlin

N4 – postižení juxtaregionálních mízních uzlin

NX – nesplněny minimální požadavky pro stanovení postižení uzlin

„M“ přítomnost či nepřítomnost vzdálených metastáz

M0 – vzdálené metastázy nezjištěny

M1 – vzdálené metastázy prokázány

MX – nesplněné požadavky pro stanovení přítomnosti metastáz (20)

1.2.5 Klasifikace stupně malignity

Rozdělení na základě diferenciací nádorových buněk. G1 a G2 se značí jako low-grade, G3 a G4 jako high-grade malignacy.

GX	diferenciaci nelze hodnotit
G1	dobře diferencovaný, malignita nízkého stupně
G2	středně diferencovaný, malignita středního stupně
G3	špatně diferencovaný, vysoký stupeň malignity
G4	nediferencovaný (20)

1.2.6 Histologická klasifikace

Podle morfologické klasifikace rozlišujeme nejčastěji:

•**Adenokarcinomy**: výskyt v 85 -90%, tubulární, papilární, acinózní či kribriformní.

•**Mucinózní adenokarcinomy**: 5 -10%, většinu nádoru tvoří mucinové látky, řadí se mezi nízko diferencované nádory.

•**Karcinomy z prstencových buněk**: vyskytují se velmi zřídka, v době stanovení diagnózy je již v 80% výskyt metastáz v lymfatických uzlinách. (1)

1.2.7 Rizikové faktory

Mezi nejvýznamnější rizikové faktory pro vznik kolorektálního karcinomu patří:

- genetické vlivy

- zevní vlivy (strava, životospráva, změna složení bakteriální střevní flóry)
- prekancerózní stavy (ulcerózní kolitida, Crohnova nemoc) (5)

1.2.8 Diagnostika

Diagnostický postup by měl směřovat od jednoduchých vyšetření ke složitým. Mezi používané diagnostické metody patří:

- **anamnéza:** životospráva, úbytek hmotnosti, BMI, defekace.
- **fyzikální vyšetření:** rektální digitální vyšetření – lze zjistit až 60% karcinomů rekta.
- **endoskopická vyšetření:**
 - anoskopie- vyšetření řitního kanálu.
 - sigmoideoskopie - po 50. roce života by měla být prováděna jednou za 10 let.
 - kolonoskopie – v 95% lze vyšetřit celé tlusté střevo, je indikována u rizikových skupin a osob s pozitivním hemokultovým testem.
- **radiodiagnostická vyšetření:**
 - nativní RTG břicha
 - CT břicha a pánve – doplňující vyšetření u pokročilých nálezů.
 - irrigoskopie – metoda dvojího kontrastu (kontrastní látka, vzduch).
 - magnetická rezonance – k diagnostice nádorů rekta.
- **laboratorní diagnostika:**
 - CEA – karcinoembryonální antigen
 - CA 19-9
- **histologické vyšetření:** odebírá se celý nádor nebo jeho část
- **hemokultový test** – screeningové vyšetření, mělo by se provádět každoročně u osob nad 45 let, tři dny před testem je nutno vynechat z jídelníčku červené maso. (20)

1.2.9 Symptomatologie

Symptomy jsou nespecifické a vyskytují se často až v pokročilém stadiu onemocnění. Příznaky jsou ovlivněny umístěním nádoru, jeho velikostí a rychlostí růstu. Patří mezi ně změny frekvence stolice či změny jejího objemu. Dále se objevuje světle červené, čerstvé krvácení. Může docházet k obstipaci či průjmu. Lze pozorovat vylučování hlenu.

U pokročilých nádorů se objevují bolesti břicha s distenzí, způsobené střevní obstrukcí nádorem. Může dojít k penetraci nádoru do močového měchýře, pochvy nebo dělohy. (19)

1.3 Léčba kolorektálního karcinomu

Léčba kolorektálního karcinomu je chirurgická. Spočívá v odstranění postiženého úseku střeva spolu s mezokolem, obsahujícím spádové lymfatické uzliny. Rozlišujeme kurativní výkony, při kterých je odstraněna všechna nádorová tkáň. Dále rozlišujeme výkony, při nichž nelze nádor kompletně odstranit – paliativní resekce. V případě, že nádor nelze chirurgicky odstranit se jedná o paliativní výkon. Střevním vývodem nebo obchvatem se pouze uvolní střevní pasáž či zmírní projevy nádoru. (7)

Léčba zpravidla probíhá v několika fázích:

- **Předoperační neoadjuvantní terapie** – jejím cílem je primární redukce nádoru a zlepšení operability. Probíhá jako radioterapie, kombinovaná radiochemoterapie či hypertermie.

- **Chirurgická léčba** – má za cíl radikální kurativní odstranění nádoru, zachování anální kontinence, funkce močového měchýře a sexuálních funkcí. Provádí se resekce dle lokalizace nádoru. Pravostranná nebo levostranná hemikolektomie je indikována při postižení pravého či levého tračníku. Při postižení rekta se provádí přední dolní resekce rekta nebo abdominoperineální exstirpace rekta. U nemocných v celkově špatném stavu se zakládá ileostomie

nebo kolostomie k zachování průchodnosti střeva. Tyto postupy patří k paliativním výkonům.

• **Pooperační adjuvantní terapie** – lze s ní začít za čtyři týdny po operaci. Využívá se radioterapie, chemoterapie a radiochemoterapie. (19)

1.4 Pooperační komplikace

Po proběhlém operačním výkonu se mohou vyskytnout pooperační komplikace, patří mezi ně například:

- **Insuficience anastomózy** – časná (1 nebo 2 dny po operaci), pozdní (mezi 5. - 7. pooperačním dnem). Je nutné založit stomii, provádí se drenáž malé pánve.
- **Poruchy hojení rány na perineu a pelvické abscesy** – provádí se drenáž.
- **Poruchy vyprazdňování močového měchýře** – dočasné nebo trvalé.
- **Poruchy sexuálních funkcí** – u mužů porucha erekce a ejakulace, u žen schopnost orgasmu.
- **Ileus** – zapříčiněn stenózou anastomózy, adhezemi či vazivovými pruhy.
- **Recidiva tumoru.** (1)

1.5 Základní údaje o nemocném

1.5.1 Osobní údaje

Jméno: R.V.

Věk: 84 let

Pohlaví: muž

Datum přijetí: 22.9.2011

Diagnoza: Infiltrující tubulární adenokarcinom rekta

1.5.2 Okolnosti přijetí:

Pacient si více než 2 měsíce všímal stopy krve ve stolici nebo na papíře, defekační obtíže přitom neměl. Obvodní lékař provedl test na okultní krvácení s pozitivním nálezem. Následně byl pan „R.V.“ odeslán na chirurgii k doplňujícím vyšetřením. Zde byla provedena rektoskopie s odběrem vzorku na histologii (nádor distální a střední třetiny rekta, předoperační klasifikace T3N0M0), dále proběhlo CT a ultrazvukové vyšetření (bez postižení orgánů nádorovými metastázami, uzlinové postižení nebylo s jistotou vyloučeno). Na onkoboardu byla doporučena NeoRT/CT (se zahájením od 22.7.2011) s následným chirurgickým odstraněním tumoru. Po absolvování radioterapie byl pacient indikován k plánovanému operačnímu výkonu.

1.5.3 Údaje z lékařské dokumentace

Rodinná anamnéza – otec zemřel v 79 letech na infarkt myokardu, matka zemřela v 90 letech na srdeční selhání

Osobní anamnéza – ICHS –stav po selektivní koronarografii 2/04, významná stenosa pravé koronární artérie, ošetřena stentem, vertebrogenní algický syndrom, hyperplasia prostaty, vředová choroba gastroduodenální, hiátová hernie, renální kolika v anamnéze, stav po operaci tříselné kýly, varixy DK..

Farmakologická anamnéza – Piracetam 800mg 1-1-0 tbl p.o., Omeprazol 200mg 1-0-0 tbl. p.o., Apo-fines 1-0-0 tbl. p.o., Preductal MR 1-0-1tbl. p.o., Prestarium Neo ½-0-0 tbl. p.o., Mono Mack Depot 0-0-1 tbl. p.o., Torvacard 20mg 0-0-1tbl. p.o., Plavix 75mg 1-0-0tbl. p.o., Furon 40mg 1-0-0tbl. p.o.

Alergická anamnéza – negativní

Abusus: nekuřák, alkohol příležitostně

Pracovní a sociální anamnéza - starobní důchodce, dříve administrativní pracovník, ženatý, žije s manželkou rodinném domě, dvě děti.

Bolest – momentálně neguje

Stav při přijetí - výška: 170 cm, hmotnost 75 kg, BMI 26, TK: 110/65 mmHg, P: 85/min., TT: 36,5°C, DF: 17/min.

Pacient je při plném vědomí, orientovaný časem i místem, spolupracuje, bez cyanózy, bez ikteru, dobré výživy, přiměřené hydratace, bez dušnosti v klidu.

Hlava- zornice izokorické, reagují na osvit, bulby ve středním postavení, skléry bílé, spojivky prokrvené, uši, nos bez výtoků, výstupy trojklaného nervu nebolestivé, mimické svaly inervovány v normě, hrdlo klidné, jazyk bez povlaku, plazí se ve střední čáře.

Krk - uzliny a štítná žláza nezvětšená, náplň krčních žil nezvětšená, pulsace karotid symetrická.

Hrudník – souměrně klenutý, poklep plný, jasný, dýchání je oboustranně čisté sklípkové v celém rozsahu, akce srdeční pravidelná, srdce pokleповě nezvětšené, II ohraničené ozvy.

Břicho – v úrovni hrudníku, měkké, volně prohmatné, nebolestivé, bez známek peritoneálního dráždění, bez hmatné patologické rezistence, játra a slezina nezvětšeny, poklep diferencovaně bubínkový, poslechově peristaltika přiměřeně slyšitelná, klidná, tapotement oboustranně negativní, per rektum – nevyšetřen z důvodu předchozího vyšetření operátérem.

Končetiny – bez otoků, varixy DK, bez známek TEN, bez patrné poruchy prokrvení.

Předoperační vyšetření - ze dne 22.9. 2011

Všechna vyšetření byla provedena ve FN Motol, kam byl nemocný odeslán praktickým lékařem.

Rektoskopie, CT, US vyšetření – viz. výše

22.9.2011 RTG S+P- srdce i plíce v normě, bez zjevných zánětlivých změn

8.9.2011 Echokardiografie – zcela normální kinetika obou komor, lehce hypertrofická levá komora, bez chlopenní vady, lehce zvětšená velikost levé síně, bez nepřímých známek plicní hypertenze.

22.9.2011 Krevní odběry

Tabulka č.1 - biochemický soubor

Vyšetření	Výsledek	Referenční rozmezí
Na+	142 mmol/l	137- 144 mmol/l
K+	4,8 mmol/l	3,9- 5,3 mmol/l
Chloridy	106 mmol/l	98- 107 mmol/l
Osmolalita	301 mmol/kg	280- 301 mmol/kg
Glukóza	5,7 mmol/l	4,6- 6,4 mmol/l
ALP	1,45 ukat/l	0,88- 2,35 ukat/l
AST	0,45 ukat/l	0,16- 0,63 ukat/l
ALT	0,34 ukat/l	0,10- 0,63 ukat/l
GMT	0,21 ukat/l	0,15- 0,92 ukat/l
Amyláza	0,77 ukat/l	0,40- 2,51 ukat/l
Pankreatická amyláza	0,36 ukat/l	0,22- 0,88 ukat/l
Bilirubin celkový	20,6 umol/l *	3,0- 19,0 umol/l
Urea	11,5 mmol/l *	2,9- 8,2 mmol/l
Kreatinin	69 mmol/l	55- 96 mmol/l
CRP	< 0,5 mg/l	0,0- 5,0 mg/l

Tabulka č.2 - krevní obraz

Vyšetření	Výsledek	Referenční rozmezí
Leukocyty	6,2 x 10 ⁹ /l	4,0- 10,0 x 10 ⁹ /l
Erytrocyty	3,97 x 10 ⁹ /l *	4,50- 6,30 x 10 ⁹ /l
Hemoglobin	13,5 g/dl *	14,0- 18,0 g/dl
Hematokrit	0,384	0,380- 0,520
MCV	96,7 fl *	82,0- 92,0 fl
MCH	34,0 pq *	27,0- 33,0 pq
MCHC	35,2 g/dl	32,0- 36,0 g/dl
Trombocyty	156 x 10 ⁹ /l	140- 440 x 10 ⁹ /l

Tabulka č.3 - koagulační vyšetření

Vyšetření	Výsledek	Referenční rozmezí
APTT	29,5 s	
APTT normal	31 s	
Ratio	0,95	0,80- 1,20
Quick test	12,90 s	
Quick test normal	12 s	
PT% Quick	81%	80- 120%
INR	1,10	0,80- 1,20

Ekg- sinusový rytmus, bez ischemických změn.

Interní předoperační vyšetření - pacient momentálně kompenzovaný, schopen výkonu v celkové anestezii s rizikem ASA III, pooperačně péče na JIP, prevence TEN, zajištění nízkomolekulární heparinizací.

1.5.4 Stručný průběh hospitalizace

22.9.2011

Pan R.V. byl přijat k plánovanému operačnímu výkonu na I. chirurgickou kliniku v 10 hodin. Po seznámení s provozem oddělení byl uložen na standardní třílůžkový pokoj. Dieta mu byla předepsána 0 -tekutá. Pacient byl poučen o tom, že od půlnoci lační, nepije ani nekouří. V průběhu dne postupně absolvoval předoperační přípravu.

Bylo mu oholeno operační pole v oblasti břicha a vyčištěn pupek. Během odpoledne pacient popíjel 2 litry Fortransu(osmotické laxativum) v rámci přípravy a očisty střeva. Dále mu byl odebrán krevní vzorek a v krevní bance byly objednány dvě transfuzní jednotky erytrocytární masy.

Mezitím s pacientem o nadcházejícím výkonu promluvil operátér. Vysvětlil mu operační výkon, očekávaný pooperační průběh, možné komplikace a následující léčbu. Předložil mu k podpisu informovaný souhlas s operačním

výkonem. Fyzioterapeut provedl instrukci ohledně dechového cvičení a nácvičku odkašlávání.

Odpoledne u pacienta proběhlo anesteziologické konzilium. Lékař pacienta indikoval k operačnímu výkonu v celkové anestezii s rizikem ASA III. Pacient podepsal informovaný souhlas s celkovou anestézií. Dle ordinace mu byl na noc podán Oxazepam 1 tbl. p.o. a jako prevence TEN Fraxiparine 0,6ml s.c.

23.9.2011, den operace

Pacient samostatně provedl ranní hygienu, byly mu přiloženy elastické punčochy na DK. Dále mu byly podány léky dle ordinace lékaře, změřeny fyziologické hodnoty a podána premedikace: Diazepam 10 mg p.o.. Následně byl pacient v 9.30 hodin převezen na operační sál.

Na předsáli byl u nemocného zajištěn periferní žilní vstup a podána antibiotická profylaxe – Augmentin 1,2 g i.v. Pacient podstoupil operační výkon v klidné kombinované anestezii. Během ní mu byl zaveden permanentní močový katétr. V poloze na zádech bylo provedeno vyšetření per rectum, které potvrdilo, že nádor je vzdálen 3-4 cm od vnitřního ústí análního kanálu, není fixován. Nález dovolil uvažovat o velmi nízké resekci rekta. Po provedení dolní střední laparotomie byla ohledána dutina břišní. Břicho bez výpotku, játra bez prokazatelných ložiskových změn, nádor není z břicha hmatný. Appendix vermiformis v laterocekální poloze subserózně uložen, snesen, pahýl zanořen. Provedena resekce rekta. Na orálním úseku sigmoidea střevo připraveno k anastomoze. Střevní kontinuita obnovena entero – entero anastomóza staplerem. Po obnovení střevní kontinuity byla provedena kontrola hermetičnosti anastomózy, která je bez tahu a dobře prokrvena. Založen plochý Easy Flow drén do malé pánve a do rekta. Resekát střeva odeslán k histologickému vyšetření.

Extubace proběhla na operačním sále a ve 13.15 hodin byl pacient přeložen na JIP, kde mu byly kontinuálně monitorovány vitální funkce. První 2 hodiny byly hodnoty zapisovány po 15 minutách, dále pak každou hodinu. Všechny sledované parametry byly v normě, rána sterilně kryta, neprosakovala. Pacient měl zabezpečeny dva periferní žilní vstupy, permanentní močový katétr,

drén z malé pánve, drén z rekta. K tlumení bolesti byl ordinován Dipidolor 1 amp. i.m., první dávka byla podána ve 14.30 hod., ve 21 a v 5hod. Pacientovi byl dále podáván Augmentin 1,2g i.v. a 8 hod., Fraxiparine 0,6 ml s.c., chronická perorální medikace – pro tento den nepodána.

24.9.2011, 1. pooperační den

Pooperační průběh byl první den bez komplikací. Fyziologické funkce byly v normě, drén odvedl 300 ml serózní tekutiny/24 hod. Rána byla sterilně kryta, neprosakovala. Na bolest byl ordinován Dipidolor 1 amp. i.m. po 6 hodinách, dle hodnocení VAŠ byla analgezie dostačující. I nadále byla podávána antibiotika – Augmentin 1,2 g i.v. á 8 hodin. Jako prevence TEN je jednou denně aplikován Fraxiparine 0,6 ml s.c. Pacient se cítil unavený, hygienu a rehabilitaci prováděl na lůžku.

25.9.2011, 2. pooperační den

Pacient se cítil slabý, unavený. Drén z malé pánve odvedl 270 ml serózního sekretu, periferní žilní vstupy byly funkční, bez známek zánětu. Byla podávána plná parenterální výživa (Nutriflex Lipid Peri 50 ml/hod.+ HMR inzulin 50 jednotek do 50ml 5% glukózy rychlostí 1 ml/hod., Plasmalyte kontinuálně 80 ml/hod.), perorálně popíjel pacient čaj . Byla sledována glykémie 2x denně, hodnoty byly v normě. Měřil se příjem a výdej tekutin po 6 hodinách. Dipidolor byl aplikován na vyžádání pacienta (9 a 21hod.) Peristaltika ojediněle slyšitelná, větry zatím neodešly. Byl proveden převaz operační rány, která byla klidná, bez sekrece. Pacient byl za pomoci RHB pracovníka úspěšně vertikalizován u lůžka.

26.9.2011, 3. pooperační den

Pokračovalo se v zavedené terapii. Pacient byl pozvolna zatěžován stravou – bujón 1/2 porce. Peristaltika tichá, rána klidná. Nasazena zpět perorální medikace, pouze Anopyrin 100mg zatím nepodán. Nemocný uváděl lehké zmírnění bolesti. Byl schopen s doprovodem dojít k umyvadlu.

27.9.2011, 4. pooperační den

Pacient byl v uspokojivém stavu, cítil se dobře. Drén odváděl 50 ml serózní tekutiny/24 hodin. Na bolest podán Neodolpasse 250 ml (9, 21 hod.). Periferní žilní vstup z pravé horní končetiny byl odstraněn.

28.9.2011, 5. pooperační den

Periferní vstup z levé horní končetiny byl také odstraněn. Pro nemožnost zavedení nové periferní kanyly a nutnost parenterální výživy zaveden CŽK do pravé podklíčkové žíly. Provedeno kontrolní RTG vyšetření srdce a plic, které potvrdilo správné umístění CŽK. Nasazen Nutriflex Omega plus kontinuálně 50 ml/hod. + HMR inzulin 50 jednotek do 50ml 5% glukózy rychlostí 1,5 ml/hod. Byla kontrolována glykémie 2x denně.

29.9.2011, 6. pooperační den

Pacient začal být intermitentně zmatený s postupnou progresí. Bylo objednáno psychiatrické konzilium. Psychiatr doporučil farmakologickou medikaci: Risperdal 0,5 mg p.o.1-1-1 tbl., na noc Prothazin 1 amp. i.m. Rána byla klidná, drén odvedl 30 ml serosanguinolentního obsahu/24 hodin.

30.9.2011, 7. pooperační den

Pacient byl mírně přitlumený, komunikoval přiléhavě, na bolesti si nestěžoval. Opakovaně odešla řídká hnědá stolice. Drén odvedl 70 ml hnědavé tekutiny/24 hodin, opakovaně byl proveden proplach FR1/1. Byla provedena změna ATB: Tienam 1g i.v. a 6 hodin. Pacient byl bez teploty, oběhově stabilní.

1.10.2011, 8. pooperační den

Pacient se cítil slušně, bez bolesti. Drén z malé pánve odvedl 90 ml tmavé sanguinolentní tekutiny/24 hodin. Drén z konečníku vypadl při stolici. V laboratorních výsledcích nebyla patrná elevace zánětlivých parametrů. Dietu měl pacient tekutou.

2.10.2011, 9. pooperační den

Nemocnému bylo podáno 40 mg Solumedrolu i.v. ve 100 ml FR1/1, k substituci funkce nadledvin. Drén dále odváděl tmavou tekutinu. Pacient se cítil dobře a byl afebrilní.

3.10.2011, 10. pooperační den

Pacient se cítil unavený. V laboratoři došlo ke vzestupu hodnot CRP, bez leukocytózy. Pacient byl ponechán lačný. Byla provedena anoskopie, kde byla zjištěna insuficience anastomózy. Bylo naplánováno provedení derivační proximální ileostomie. Pacient byl o výkonu poučen a souhlasil s ním. V 10 hodin byl odeslán na operační sál, kde byla rozpuštěna laparotomie a v pravém hypogastriu byla založena ileostomie dle A.-W (Alexander Wiliams), která byla podložena jezdcem. Původní drén z malé pánve byl ponechán. Výkon proběhl bez komplikací a pacient byl po extubaci, ve stabilizovaném stavu ve 12.30 hodin přeložen zpět na JIP.

Zde byly opět monitorovány vitální funkce, diuréza, odvody z drénu a operační rána. Na bolest byl podán Dipidolor 1 amp. i.m. (ve 14 a 22 hod.).

4.10.2011, 11./1. pooperační den

Pacient se cítil unavený, spavý. Okolí ileostomie bylo bolestivé, stomie byla vitální, odvedla 150 ml serózní tekutiny/24 hodin. Drén z malé pánve odvedl 120 ml zkalené nahnědlé tekutiny/24 hodin. Byla ordinována parenterální výživa a perorálně čaj. Hygiena a rehabilitace byla prováděna na lůžku. Nemocného navštívila stomická sestra, aby mu podala základní informace ohledně ošetřování ileostomie. Byla podávána analgetika (Neodolpasse 250 ml v 10 a 22 hod., Novalgín 1 amp. i.v. v 15 hod.)

5.10.2011, 12./2. pooperační den

Nemocný se cítil uspokojivě, vážnější stesky negoval. Stomie byla vitální, mírně edematózní, odvedla 150 ml nazelenalé tekutiny/24 hodin. Drén z

malé pánve odvedl 60 ml zkalené nahnědlé tekutiny/24 hodin. Operační rána i její okolí byly klidné, bez známek zánětu. Dietu měl pacient naordinovanu č.0 – bujón a 200 ml chemicky definované stravy (Nutridrink) k pomalému popíjení. Pacient byl vertikalizován v rámci RHB (nácvik stoje a chůze u lůžka).

6.10.2011, 13./3. pooperační den

Subjektivně se cítil dobře, bolesti snesitelné (VAŠ 1-2). Byl schopen s pomocí sestry dojít k umyvadlu, kde sám provedl hygienu. Dieta byla změněna na OM –tekutou, lisovanou. Pacient perorální příjem toleroval dobře. Risperdal byl snížen na 0,5 mg p.o. 2x denně. Byl navštíven stomickou sestrou a edukován o ošetřování stomie. Stále se však aktivně nezapojoval do péče o vývod.

7.10.2011, 14./4. pooperační den

K obědu měl pacient předepsanou bramborovou kaši. Byla ukončena úplná parenterální výživa, nadále byl podáván pouze R1/1 kontinuálně rychlostí 50 ml/hod. Byl odstraněn permanentní močový katétr, který byl zaveden již 15. den. Problémy s diurézou nebyly, i nadále se standardně měřil příjem a výdej tekutin. Analgetika pacient vyžadoval již jen na noc.

8.10.2011, 15./5. pooperační den

Pacient se cítil dobře, byl v uspokojivé kondici. Dietu měl ordinovanu č.2 - šetřící, jedl dobře. Stomie odváděla ileózní obsah, drén z malé pánve odvedl minimální množství staršího hematomu. Byl odstraněn ČŽK. V dopoledních hodinách byl pacient přeložen na standardní oddělení. Zde byl ponechán bez infuzní terapie, i.v. se aplikoval pouze Tinam 1g a 6 hod.(9.den). Dvakrát denně se měřily TK, P a TT.

10.10.2011, 17./7. pooperační den

Pacient se cítil dobře, byl soběstačný. Z důvodu edukace ohledně ošetřování stomie byla opakovaně přizvána stomická sestra. Nemocný stále dostatečně nezvládal práci se stomickými pomůckami. Ileostomie byla vitální,

drén z malé pánve odvedl lehce zkalený sekret – 30 ml. Byl ordinován proplach rekta 300 ml FR1/1, jezdec pod stomií – EX.

16.10.2011, 23./13. pooperační den

Pacient se subjektivně cítil dobře. Pokračoval nácvik ošetřování stomie, kterou však nemocný uspokojivě nezvládal. Opět byla provedena rektoskopie s proplachem defektu. Byly odstraněny stehy z operační rány, která byla dobře zhojena. Vitální funkce byly sledovány již jen jednou denně. Dietu měl nemocný č.5 - bezezbytkovou.

19.10.2011, 26./16. pooperační den

Pacient byl v dobré kondici, bolesti neměl, stomie byla vpořádku. Byl odstraněn drén z malé pánve. Byly provedeny kontrolní odběry – KO, biochemie, APTT, Quick. Výsledky byly v normě. Na další den byla naplánována dimise.

20.10.2011, 27./17. pooperační den

Pacient byl bez zjevných obtíží, stomie funkční. Opět edukován stomickou sestrou, přesto však stále nebyl schopen dostatečně samostatně ošetřovat stomii. Byla domluvena agentura domácí péče domů. Pacient byl vybaven pomůckami a propuštěn do domácího ošetřování.

1.5.5 Farmakoterapie ke dni 4.10.2011

Tienam 500 mg (Beta – laktamové antibiotikum)

Dávkování: 2-2-2-2 amp. i.v. ve 100 ml FR1/1 i.v.

Indikace: nitrobřišní infekce, infekce dolních cest dýchacích, gynekologické infekce, sepse, endokarditida, infekce kostí, kloubů, kůže a měkkých částí

Vedlejší účinky: zvýšení sérových transamináz, bilirubinu, alkalické fosfatázy, trombocytóza, nevolnost, vyrážka

Fraxiparine (antitrombotikum, antikoagulans)

Dávkování: 0,6 ml s.c. 1x za 24 hodin

Indikace: profylaxe a léčba tromboembolické choroby, léčba nestabilní anginy pectoris

Vedlejší účinky: krvácivé projevy, reakce v místě vpichu

Helicid 40 mg (antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy)

Dávkování: 1-0-1 amp. i.v. ve 100 ml FR1/1

Indikace: peptický vřed, refluxní ezofagitida, refluxní choroba jícnu, prevence gastroduodenálních vředů

Nežádoucí účinky: bolest hlavy, průjem, zácpa, zvracení, plynatost

Ambrobene 15 mg (expektorans, mukolytikum)

Dávkování: 1-1-1 amp. i.v.

Indikace: akutní a chronická bronchopneumopatie, preventivně v postoperačním období, plicní atelaktáza

Nežádoucí účinky: pálení žáhy, nechutenství, bolest hlavy

Degan 10 mg (prokinetikum, antiemetikum)

Dávkování: 1-1-1 amp.i.v.

Indikace: poruchy motility horní části gastrointestinálního traktu, nauzea, zvracení

Nežádoucí účinky: únava, ospalost, neklid, cefalea, pocit sucha v ústech

Dipidolor 2ml – 15 mg (analgetikum, anodynum)

Dávkování: 1 amp.(15 mg) i.m. při bolesti, ne častěji než po 6 hodinách

Indikace: bolesti doprovázející nádorová onemocnění, pooperační bolesti

Vedlejší účinky: mírné zrychlení srdečního rytmu, pokles krevního tlaku, ospalost, vertigo, nevolnost, zvracení, návyk k přípravku

Neodolpasse 250 ml (antirevmatikum, antiflogistikum)

Dávkování: 1 infuze při bolesti, ne častěji než po 12 hodinách

Indikace: terapie akutních bolestí a zánětů, vertebrogenní algický syndrom, bolest při revmatických onemocněních

Vedlejší účinky: ospalost, závrať, sucho v ústech

Novalgin 2ml (analgetikum, antipyretikum)

Dávkování: 1 amp. i.m. při bolesti, ne častěji než po 6 hodinách

Indikace: silná akutní nebo chronická bolest, horečka

Vedlejší účinky: anafylaktoidní reakce, hypotenzi reakce, agranulocytóza

Preductal MR (kardiakum)

Dávkování: 1-0-1 tbl. p.o.

Indikace: dlouhodobá profylaktická léčba anginy pectoris

Vedlejší účinky: gastrointestinální poruchy, pocit slabosti, bolest hlavy, závrať

Prestarium Neo (antihypertenzivum)

Dávkování: ½ -0-0 tbl. p.o.

Indikace: léčba hypertenze, léčba symptomatického srdečního selhání, stabilní ischemická choroba srdeční

Vedlejší účinky: bolest hlavy, poruchy zraku, tinitus, kašel, dušnost, svalové křeče

Mono Mack Depot (vazodilatans)

Dávkování: 0-0-1 tbl. p.o.

Indikace: profylaxe a dlouhodobá terapie anginy pectoris

Vedlejší účinky: bolesti hlavy, pokles krevního tlaku, zvýšení tepové frekvence, slabost

Risperdal 1 mg (anipsychotikum)

Dávkování: 1/2-1/2 -1/2 tbl. p.o.

Indikace: léčba schizofrenie, léčba středně těžkých až těžkých manických epizod, léčba přetrvávající agrese u pacientů s Alzheimerovou demencí

Vedlejší účinky: náhlá slabost, necitlivost obličeje, paží nebo nohou, horečka, ztuhlost svalů, pocení

Ringerův roztok (R1/1) – elektrolytový infuzní roztok sloužící k náhradě extracelulární tekutiny

Rychlost podání: kontinuálně 50 ml/hodinu i.v.

Vedlejší účinky: hyperchlorémie

Nutriflex Omega Plus – infuzní roztok, který obsahuje cukry, tuky, aminokyseliny a elektrolyty nezbytné pro růst a regeneraci těla

Rychlost podání: kontinuálně 40 ml/hodinu i.v.

Vedlejší účinky: nevolnost, dušnost, bolest hlavy

Humulin R (antidiabetikum)

Indikace: léčba diabetu

Podání: 50 jednotek HMR v 50 ml G 5% kontinuálně 1 ml/hodinu

Vedlejší účinky: hypoglykémie, alergické projevy (21)

2. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

2.1 Ošetrovatelský proces

„Z praktického hlediska je ošetrovatelský proces systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče, jejímž cílem je (pokud možno pozitivní a zdraví prospěšná) změna zdravotního stavu klienta/pacienta.“ (Mastiliaková D., 2005, strana 119)

Ošetrovatelský proces se skládá z 5 částí:

1. **Zhodnocení** – osobní údaje nemocného a jeho denní návyky, zhodnocení celkového vzhledu nemocného, fyziologické funkce, výška, hmotnost (sestavení sesterské anamnézy)
2. **Diagnostika** – identifikace potřeb nemocného, stanovení prioritních potřeb a ošetrovatelských problémů (diagnóza aktuální, potenciální, syndromová).
3. **Plánování** – vytyčení ošetrovatelských strategií a intervencí, plánování metod a cest k naplnění těchto cílů (krátkodobé a dlouhodobé cíle ošetrovatelské péče).
4. **Realizace** – uplatnění ošetrovatelských strategií v praxi, naplnění stanovených cílů.
5. **Vyhodnocení** – zhodnocení efektu poskytnuté péče. (17)

Cílem celého procesu je poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, která má vést k uspokojení individuálních potřeb pacienta.

Sestra by měla ve spolupráci s klientem či rodinou zhodnotit jeho celkový zdravotní stav, určit ošetrovatelské diagnózy a poté sestavit písemný individuální plán ošetrovatelské péče. Pořadí diagnóz je určeno dle priorit. Je nutno stanovit očekávané výsledky péče a ošetrovatelské intervence.

Následně dochází k realizaci péče se záznamem v dokumentaci a po určité době se vyhodnotí její účinnost.

Požadavkem na sestru je odpovídající vzdělání a dovednosti v oblasti interpersonální, technické a intelektové. (11,18)

Zajištění kontinuity ošetrovatelské péče

- zápisy do ošetrovatelského plánu (nesmí být časově náročné, nesmí odvádět sestru od přímé péče o nemocného).
- předávání informací (s individuálním plánem nemocného jsou seznámeni všichni členové ošetrovatelského týmu). (16)

2.2 Model funkčních vzorců zdraví M. Gordon

Pro zpracování své bakalářské práce jsem si vybrala Model funkčních vzorců zdraví M. Gordon, protože se mi jeví jako nejvhodnější pro zpracování ošetrovatelské anamnézy u pacienta v intenzivní péči. Je to model, který vyhovuje jak ošetrovatelské praxi, tak i vzdělávání a výzkumu.

Tento model vychází z holistické a humanistické filozofie, jde o komplexní pojetí člověka. Koncepce modelu je odvozena z interakcí člověk a prostředí. Zdravotní stav jednotlivce je vyjádřením bio-psycho-sociální interakce. Funkční typy zdraví jsou ovlivňovány několika faktory – biologickými, vývojovými, kulturními, sociálními a duchovními.

Základní kostra tohoto modelu je složena z dvanácti oblastí:

- 1. Vnímání zdraví** – zahrnuje vnímání zdraví a pohody jedince, způsob jakým o své zdraví pečuje.
- 2. Výživa, metabolismus** – popisuje způsob přijímání potravy a tekutin, dietní omezení, stravovací návyky, hodnocení stavu kůže, vlasů, nehtů a schopnost hojení ran.
- 3. Vylučování** – obsahuje informace o způsobu vylučování střeva, močového měchýře a kůže.
- 4. Aktivita, cvičení** – zahrnuje způsoby udržování tělesné kondice, aktivity běžného života a způsob trávení volného času.

5. **Spánek, odpočinek** – popisuje způsob spánku, odpočinku a relaxace.
6. **Vnímání, poznávání** – popisuje schopnosti smyslových orgánů, včetně prožívání bolesti, zhodnocení kognitivních schopností.
7. **Sebepojetí, sebeúcta** – vyjadřuje vnímání sebe sama, emocionální stav.
8. **Role, vztahy** – obsahuje způsob přijetí životních rolí a jejich plnění.
9. **Reprodukce, sexualita** – zahrnuje uspokojení v sexuálním životě, poruchy či potíže v této oblasti.
10. **Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance** – zahrnuje nejdůležitější životní změny v minulých dvou letech, zvládnání stresových situací.
11. **Víra, přesvědčení, životní hodnoty** – obsahuje individuální vnímání životních hodnot a víry.
12. **Jiné** – důležité informace, které nebylo možno zařadit do předchozích oblastí. (14,18)

2.3 Ošetřovatelská anamnéza

Pacientovu anamnézu jsem odebírala ke dni 4.10.2011 v 9 hodin na chirurgické jednotce intenzivní péče, kde byl pacient hospitalizovaný (viz. příloha č.6). Byl to pacientův první den po operační revizi, při které mu byla založena ileostomie. Informace jsem získala od ošetřujících sester z předchozí noční směny, od ošetřujícího lékaře, vlastním pozorováním, od rodiny nemocného a v největší míře od samotného pacienta.

Pro lepší přehlednost je přiložena tabulka se základními údaji.

Tabulka č.4- údaje o stavu nemocného

EKG	Sinusový rytmus
Puls	Tep pravidelný, lehce zrychlený, 92 tepů za minutu
Dýchání	Klidné, oboustranně čisté sklípkové
Krevní tlak	145/80 mmHg, MAP 92 mmHg
Centrální žilní tlak	4 mmHg (kontinuální měření uzavřeným systémem přes monitor)
Diuréza	150 ml/hodinu, moč čirá, žlutá
Tělesná teplota	36,7 °C v axile
Stav vědomí	Pacient plně orientovaný časem i místem, spolupracuje, GCS 15
Operační rána, ileostomie	Operační rána na břicho klidná, bez známek zánětlivých změn, obvaz neprosáklý, stomie vitální, bez krvácivých projevů, peristaltika slyšitelná
Invaze	Centrální žilní katétr (véna subclavia dextra) -7.den Permanentní močový katétr - 12.den Plochý Easy Flow drén z malé pánve – 12.den Plochý Easy Flow drén z recta – 2.den Ileostomie- 2.den
Kůže	Bledá, turgor v normě, bez známek dekubitů
Sliznice	Vlhké, bez známek infekce
Bolest	Dle vizuální analogické škály (VAŠ 0-10), nemocný uvádí č. 2-3

1. Vnímání zdraví

Nemocný je od roku 2004 léčen pro ICHS, toho času na medikaci, bez zjevných obtíží. Dále je dispenzarizován na urologii pro hyperplasii prostaty. V minulosti podstoupil operaci tříselné kýly.

Během minulého roku si opakovaně všímal stopy krve ve stolici. Po provedení testu na okultní krvácení, který byl pozitivní, bylo vysloveno podezření na kolorektální karcinom. Pacient byl obvodním lékařem odeslán na chirurgii k dalšímu vyšetření. Byl diagnostikován karcinom rekta. Během posledních 6 měsíců zhubl pacient zhruba o 6 kg, podstoupil radioterapii. Necítil se v dobré zdravotní kondici, vše bylo zároveň ovlivněno velkou mírou stresu ze současného onemocnění.

Momentálně se po prodělaném výkonu a následné operační revizi pacient cítí slabý a negativně laděný. Má obavy, zda samostatně zvládne péči o ileostomii, jestli se dokáže znovu zapojit do běžného života. Lékařem je informován o dosavadním průběhu onemocnění a o probíhající léčbě. Čeká na výsledky histologického vyšetření.

2. Výživa a metabolismus

Pan „R.V.“ se snaží jíst pravidelně, zhruba pětkrát denně. Nevyhýbá se v zásadě žádným potravinám, jen se snaží omezovat solení a konzumaci tučného masa. S chutí rád jí čerstvé ovoce a zeleninu. Má fixní zubní protézu, kousání a polykání mu nečiní potíže.

Množství vypitých tekutin se běžně pohybuje kolem 1,5 litru, včetně 1 až 2 šálků černé kávy denně. Nyní má příjem perorální a infuzní zhruba 3000 ml/den.

1. pooperační den má od oběda naordinovanou dietu č.0 - bujón (ne víc jak ½ porce), 1x Nutridrink/den a čaj dle chuti. Bujónu snědl k obědu 10 lžic a k večeři zhruba 100 ml. Po jeho požití neměl žádné zažívací obtíže. Při hodnocení nutričního stavu je pacient řazen s 8 body do skupiny C – vysoké riziko, což znamená nutnost speciální nutriční intervence (viz. příloha č.1).

Pacient má současně ordinovanu plnou parenterální výživu. Kontinuálně mu do CŽK kape R1/1 rychlostí 50 ml/hod., Nutriflex Omega plus rychlostí

40 ml/hod., HMR inzulin 50 jednotek do 50 ml 5% glukózy rychlostí 1 ml/hod. Dále je mu podáván Tienam 1000 mg i.v. po 6 hod. ve 100 ml FR1/1, Neodolpasse 250 ml dvakrát denně, Novalgin 1amp. i.v. ve 100ml FR1/1. Současná hodnota pacientova BMI je 25. Operační rána v oblasti břicha je kryta sterilním obvazem. Při převazu byla ošetřena dezinfekcí Betadine. Rána i okolí drénu z malé pánve jsou klidné, nekrvácející, bez známek zánětu. Také stav pacientovi kůže je uspokojivý, bez známek počínajících dekubitů či zánětu v okolí invazivních vstupů. Riziko vzniku dekubitů dle škály Nortonové je vysoké – 11 bodů (viz. příloha č.3). Dolní končetiny jsou dobře prokrvené bez známek tromboembolického postižení. Jsou přiloženy elastické bandáže.

3. Vylučování

Pacient udává předchozí potíže s močením vzhledem k hypertrofii prostaty, močil však spontánně a v dostatečném množství.

Nyní má zaveden 12.den permanentní močový katétr, který odvádí čirou žlutou moč bez patologických příměsí. Je sledována hodinová diuréza, která je zhruba 150 ml/hodinu. Není nutná podpora diuretiky.

Další ztráty jsou z ileostomie, která je vitální, mírně edematózní a vede serózní tekutinu. Zkalenou nahnědlou tekutinu vede také drén z malé pánve. Vzhledem k tomu, že pacient nemá zvýšenou teplotu, nejsou ztráty pocením nijak výrazné.

U nemocného je každých 6 hodin měřen příjem a výdej tekutin. Celková bilance tekutin je vyrovnaná.

Tabulka č.5 - bilance tekutin/24 hodin

Bilance tekutin	Příjem tekutin		Výdej tekutin
Per os	500 ml	Moč	3200 ml
Intravenózní příjem	3060 ml	Ileostomie	150 ml
		Drén	120 ml
Celkové množství za 24 hod.	3560 ml		3470 ml

4. Aktivita a cvičení

Pacient je vzhledem k svému věku poměrně vitální. Má rád turistiku a snaží se alespoň jednou týdně chodit plavat. Rád čte a pomáhá synovi s administrativou ve firmě. Doma byl plně soběstačný.

Nyní se po prodělaných operacích cítí unavený. Omezil svou aktivitu pouze na rehabilitační a dechová cvičení s fyzioterapeutem. Pohybový režim – ležící. Rehabilitaci má ordinovanu pohybovou a dechovou, dle možnosti sed a stoj u lůžka. Za pomoci ošetřujícího personálu je nemocný schopen se posadit na lůžku. V rámci lůžka je soběstačný s menší dopomocí při hygieně a holení. Dle Barthelové testu základních všedních činností je pacient momentálně vysoce závislý – 40 bodů (viz. příloha č.5). Zhodnotila jsem také riziko pádu, kdy s počtem bodů 5 hrozí riziko pádu (viz. příloha č.2). Proto je nutný zvýšený dohled nad pacientem.

Na dnešní den byla plánována vertikalizace za asistence rehabilitačního pracovníka. Ta proběhla úspěšně, pan „R.V.“ byl schopen se s pomocí postavit u lůžka. Jako prevenci TEN má pacient stále přiloženy elastické bandáže a je mu aplikován Fraxiparine 0,6 ml s.c. jednou za 24 hodin.

5. Spánek a odpočinek

Doma nemívá pacient problémy spojené s usínáním, spává zhruba 8 hodin a často odpočívá zhruba půl hodiny po obědě. Žádné léky na spaní neužívá.

Pacient je při vědomí, plně orientovaný časem i místem. Cítí se však slabý a unavený.

Zde v nemocnici spí špatně, často se v noci probouzí a pak nemůže usnout. Nemůže se otočit na bok, bojí se, aby si něco „nevytrhl“. Poloha na zádech mu nevyhovuje, je zvyklý spát na boku. Ruší ho chod oddělení (alarmy, osvětlení, napojení na monitoraci), ostatní pacienti a navíc je pod vlivem stresu z probíhajícího onemocnění. Hypnotika však odmítá, necítí se prý po nich druhý den dobře. Před spaním (ve 22 hodin) dostal analgetika dle ordinace lékaře.

Usnul kolem půlnoci, několikrát se probudil a v 6 hodin začal denní provoz (odběry, hygiena, vizity), pospával pak ještě během dopoledne.

6. Vnímání – poznávání

Nemocný slyší dobře, brýle nosí jen na čtení. S pamětí nemá žádný zásadní problém. V rozhodování je spíše uvážlivý, snaží se být zodpovědný a důsledný ve svém jednání. Celkem bez obtíží zvládá nové věci, jen je potřeba pomalejší přísun informací a častější opakování.

Pacient je při vědomí, orientovaný místem, osobou i časem. Pro předchozí stavy neklidu a dezorientace má ordinován Risperdal 0,5 mg 1-1-1 tbl. p.o. Spolupracuje dobře s ošetřujícím personálem.

Palčivou bolest vnímá jednak v okolí operační rány, zároveň ještě v oblasti bederní páteře, z důvodu omezení pohyblivosti na lůžku. Dle VAŠ ji hodnotí číslem 5. Pacientovi byl podán Neodolpasse 250 ml i.v. v 10 a 22 hod., dále Novalgin 1 amp i.v. v 15 hod. s dobrou odezvou (VAŠ 1-2).

O operaci a možných rizicích byl nemocný dostatečně informován, přesto ho proběhlé komplikace překvapily. Momentálně je pod vlivem značného stresu a má obavy z budoucnosti. Doufá, že další průběh bude již bez obtíží.

7. Sebepečení, sebeúcta

Pacient se ve svém věku udržoval v dobré psychické i fyzické kondici a byl na to hrdý.

O to hůře se momentálně vyrovnává se svou závislostí na zdravotnickém personálu. Cítí se podrážděný a neschopný. Těší se na propuštění domů, ale zároveň se bojí toho, zda zvládne sám pečovat o stomii. Také má obavy ze začlenění do společnosti, vnímá tento zdravotní problém jako velký handicap.

8. Role – mezilidské vztahy

Pacient je ženatý, bydlí s manželkou v domku v blízkosti Prahy. Má 2 syny, se kterými velice dobře vychází. Všichni za ním pravidelně docházejí do nemocnice na návštěvy.

Má také skupinu přátel, se kterými se dle možností stýká. Role důchodce mu nečiní žádný problém, vypomáhá synovi s prací v jeho firmě. Rád se věnuje vnoučatům.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

Nemocný má problémy s prostatou, dochází pravidelně na urologii, onemocněním pohlavních orgánů netrpí. S manželkou žije bez neshod. Vzhledem k tomu, že pacient nebyl uložen na jednolůžkovém pokoji, jsem další podrobnosti nezjišťovala.

10. Stres – zátěžové situace – jejich zvládnání

Nemocný většinou zvládal obtížné situace poměrně snadno díky dobrému rodinnému zázemí. Od doby kdy je v důchodu žije v podstatě bez stresu, až do doby kdy u něho bylo diagnostikováno současné onemocnění.

Nyní čeká na výsledky histologického vyšetření, které ovlivní další průběh léčby. Má obavy z péče o ileostomii. Má na následující dny domluvenu návštěvu stomické sestry. Věří, že za pomoci rodiny vše zvládne a bude se moci zapojit zpět do běžného života. Vlivem stresu se ale momentálně necítí být v dobré psychické kondici.

Nemocný nikdy nekouřil, alkohol pije jen velice vyjimečně a léky na uklidnění neužíval.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Nemocný je ateista, velký důraz však klade na rodinu a přátele. Momentálně se snaží přizpůsobit nově vzniklé situaci, přijmout ji a co nejdříve obnovit svou soběstačnost.

12. Jiné

- Dýchání

Pacient neměl před operací žádné dechové obtíže. Nebyl dušný, netrpěl kašlem ani jinými potížemi.

Nyní leží ve zvýšené poloze na lůžku, dýchá bez obtíží. Je mu podáván zvlhčený kyslík. Hodnoty saturace kyslíkem se pohybují v rozmezí 97 – 99%. Dechová frekvence je v rozmezí 12 – 18 dechů/minutu.

Pacientovi je v pravidelných intervalech podávána mikronebulizace (Ambrobene + FR1/1 střídavě Berodual + FR1/1 a 3 hod.). Vykašlává bělavé sputum.

2.4 Krátkodobý plán ošetrovatelské péče

Stanovení a vyhodnocení aktuálních a potenciálních ošetrovatelských diagnóz jsem provedla ke dni 4. 10. 2011, jejich řazení je dle priorit.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1. Akutní bolest z důvodu operačního výkonu.
2. Únava z důvodu opakovaného operačního výkonu.
3. Strach z budoucnosti, úzkost z důvodu závažného onemocnění.
4. Porucha spánku z důvodu rušení nočním provozem oddělení.
5. Deficit sebeděže a omezení tělesné hybnosti z důvodu zhoršeného zdravotního stavu po operačním výkonu.
6. Nedostatek informací týkajících se ošetřování ileostomie z důvodu neznalosti této problematiky.
7. Porucha kožní integrity z důvodu operační rány, ileostomie, CŽK a drénů.

Potenciální ošetrovatelské diagnózy

1. Riziko pádu z důvodu celkové slabosti a užívání rizikové skupiny léků.
2. Riziko vzniku TEN z důvodu omezení hybnosti, varixů a závažného operačního výkonu.
3. Riziko vzniku dekubitů z důvodu omezení hybnosti, deficitu sebeděže a zhoršeného zdravotního stavu.
4. Riziko infekce močových cest z důvodu zavedení PMK

2.4.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy

Aktuální ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila **4. 10. 2011 v 10 hodin** na dobu **24 hodin** (viz.příloha č. 7). Plán byl naplňován během mé dvanáctihodinové služby a dále jsem informace předala noční směně.

1. Akutní bolest z důvodu operačního výkonu

Cíl ošetrovatelské péče

- nemocný udává zmírnění bolesti do 1 hodiny po podání analgetik (VAŠ 1-2)
- nemocný bude znát podněty zhoršující bolest (RHB, odkašlávání, pohyb v lůžku)
- nemocný bude znát metody snižující intenzitu bolesti (úlevová poloha, fixace operační rány při kašli)

Plán ošetrovatelské péče

- zjistit přesnou lokalizaci a charakter bolesti, její intenzitu (dle VAŠ) a dobu trvání, hodnocení opakovat v pravidelných intervalech
- podávat analgetika podle ordinace lékaře, sledovat nástup a dobu trvání účinků
- všechny informace zaznamenat do ošetrovatelské dokumentace
- při větší intenzitě či změně charakteru bolesti informovat lékaře
- vysvětlit nemocnému příčinu bolesti a pomoci mu najít úlevovou polohu
- ukázat nemocnému jednoduchá opatření, které vedou k předcházení bolesti- komprese operační rány při kašli, techniku správné vertikalizace

Realizace plánu ošetrovatelské péče

- u nemocného jsem za použití vizuální analogové škály bolesti zjistila intenzitu bolesti a určila její lokalizaci (operační rána a její okolí a zároveň bolest v oblasti bederní páteře, VAŠ č.5). Bolest byla palčivá a vystřelovala do okolí. Podala jsem analgetika dle ordinace lékaře (Neodolpasse 250 ml i.v.). Pacient pocítil úlevu do 1 hodiny po podání analgetika (VAŠ 1-2). Hodnocení jsem opakovala zhruba v dvouhodinových intervalech. Nežádoucí účinky léku jsem nezaznamenala. Pacienta jsem uložila do polosedu s pokrčenými

podloženými koleny. Tato poloha mu vyhovovala. Poučila jsem nemocného o fixaci operační rány při kašli.

Hodnocení ošetrovatelské péče

- nemocný udává snížení intenzity bolesti (VAŠ 1-2), což mu umožňuje lepší pohyb v lůžku
- nemocný pochopil příčinu bolesti i to jakým způsobem může bolest sám ovlivnit
- cíl byl částečně splněn, přesto je nutné i nadále pokračovat v intervencích

2. Únava z důvodu opakovaného operačního výkonu

Cíl ošetrovatelské péče

- nemocný bude udávat subjektivně snížení pocitu únavy
- nemocný se bude cítit připravený k denním aktivitám a rehabilitačnímu cvičení

Plán ošetrovatelské péče

- zajistit nemocnému dostatečný klid a pohodlí k odpočinku (pohodlná poloha, dostatečná délka monitorovacích kabelů a infuzních setů, zajištění soukromí)
- poskytnout pomoc při běžných denních aktivitách a mezi jednotlivými výkony dopřát nemocnému dostatek odpočinku
- domluvit se s fyzioterapeutem na přiměřené rehabilitace

Realizace plánu ošetrovatelské péče

- nemocnému jsem zajistila klid v rámci možností JIP (upravené lůžko, vyhovující poloha, dostatečně dlouhé infuzní sety), poskytla jsem mu zástěnu ke zvýšení pocitu soukromí. Veškeré úkony včetně hygieny byly provedeny s mou pomocí. Fyzioterapeut přizpůsobil průběh RHB stavu nemocného.

Hodnocení ošetrovatelské péče

- přes všechna opatření pocit únavy u nemocného přetrvává
- nemocný se necítí dobře, je slabý a nemá chuť k denním činnostem
- cíl nebyl splněn, je proto nutné nadále pokračovat v započatých intervencích

3. Strach z budoucnosti, úzkost z důvodu závažného onemocnění

Cíl ošetrovatelské péče

- nemocný bude udávat zvýšení psychické pohody a zmírnění strachu
- pacient bude mít informace o průběhu léčby, o onemocnění, o změnách životního stylu

Plán ošetrovatelské péče

- podat nemocnému dostatek informací o jeho stavu, průběhu léčby a změnách životního stylu
- získat důvěru nemocného, mluvit klidně, užívat jasné a jednoznačné věty
- naslouchat, hovořit s nemocným a zmírnit jeho obavy
- zaměstnat a rozptýlit nemocného (nabídnout literaturu, poslech hudby)

Realizace plánu ošetrovatelské péče

- nemocnému jsem objasnila léčebná opatření a předpokládaný průběh léčby. Zprostředkovala jsem rozhovor s lékařem, který nemocného ujistil, že výkon proběhl bez komplikací, vysvětlil mu nutnost založení stomie. Také ho informoval o dietním a pohybovém režimu a o nadcházející rekonvalescenci. Za pomoci metody zpětné vazby jsme si ověřili, že nemocný informacím porozuměl. Pacient měl možnost pomocí signalizačního zařízení kdykoliv přivolat ošetřující personál. Pro ukrácení chvíle jsem nemocnému nabídla časopisy a poslech rádia. Během odpoledne ho navštívila manželka.

Hodnocení ošetrovatelské péče

- nemocný i nadále připouští obavy, přestože udává zlepšení psychické pohody
- na čtení nemocný neměl náladu, ale poslech rádia uvítal
- návštěva manželky nemocného potěšila, donesla mu křížovky a knihu
- cíl byl částečně splněn, ale je třeba pokračovat v intervencích

4. Porucha spánku z důvodu rušení nočním provozem oddělení

Cíl ošetrovatelské péče

- nemocný bude v noci spát nejméně 6 hodin bez probuzení (24-6 hodin)
- nemocný se bude ráno cítit odpočatý

Plán ošetrovatelské péče

- omezit rušivé vlivy na oddělení (hluk, světlo)
- zajistit soukromí nemocného v možnostech JIP (zástěna, žaluzie)
- zajistit dostatečné pohodlí (pohodlná poloha, upravené lůžko)
- aplikovat hypnotika dle ordinace lékaře
- dostatečně zaměstnávat nemocného přes den

Realizace plánu ošetrovatelské péče

- nemocnému jsme po večerní hygieně upravily lůžko na noc, bylo použito noční osvětlení, zajistily jsme klidné prostředí v rámci možností JIP. Poskytly jsme mu zástěnu. Na noc jsme dle ordinace lékaře podali analgetika, hypnotika nemocný odmítl.

Hodnocení ošetrovatelské péče

- nemocný usnul bez podání léků na spaní kolem půlnoci

- v noci se opakovaně budil z důvodu alarmujícího monitoru a infuzních pump
- po páté hodině se probudil a již nemohl usnout
- cíle splněny nebyly, je nutné pokračovat ve stanovených intervencích

5. Deficit sebezpečí a omezení tělesné hybnosti z důvodu zhoršeného zdravotního stavu po operačním výkonu

Cíl ošetrovatelské péče

- nemocný chce zvýšit rozsah pohybu v rámci lůžka, bude se zapojovat do každodenních činností
- nemocný bude soběstačný v rámci lůžka, dokáže se sám napít a najíst
- nemocný provede 2x denně hygienickou péči v lůžku s dopomocí sestry

Plán ošetrovatelské péče

- vyhodnotit úroveň soběstačnosti dle Barthelové testu soběstačnosti a výsledek zaznamenat do dokumentace
- motivovat pacienta k denním činnostem, dostatečně ho chválit a povzbuzovat
- věci denní potřeby (pití, emitní miska, kapesníky, brýle) umístit v bezpečném dosahu nemocného
- zajistit stravování nemocného v lůžku (poloha, servírovací stůl)
- zajistit provedení hygienické péče v lůžku 2x denně s dopomocí sestry
- zajistit návštěvu fyzioterapeuta, který alespoň 1x denně provádí s nemocným dechovou a pohybovou rehabilitaci, včetně postupné vertikalizace
- aktivizovat nemocného v průběhu celého dne a poskytnout mu dostatek času k vykonávání jednotlivých činností
- zajistit prevenci vzniku dekubitů (polohování, úprava lůžka, péče o kůži a kožní záhyby)

Realizace plánu ošetrovatelské péče

- zhodnotila jsem stupeň závislosti nemocného v oblasti denních aktivit dle Barthelové testu soběstačnosti – 40 bodů (vysoce závislý) Výsledek jsem zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace. Nemocného jsme povzbuzovali k denním činnostem. Všechny věci denního použití jsme umístili na nočním stolku tak, aby na ně bez problému dosáhl a mohl je kdykoliv použít. Pomohla jsem nemocnému s hygienickou péčí na lůžku, včetně péče o dutinu ústní a oholení vousů. Byla při ní zajištěna pacientova intimita. Provedla jsem výměnu osobního i ložního prádla. Kůži jsem ošetřila tělovým mlékem a záda namazala kafrovou masťou. Stravu jsme nemocnému podávali na servírovací stolek vsedě na lůžku s nohama na zemi. Pití jsme mu umístili v dosahu na nočním stolku u lůžka. Rehabilitace probíhala pod vedením fyzioterapeuta. Nemocný měl v dosahu k dispozici signalizační zařízení k přivolání pomoci v případě potřeby.

Hodnocení ošetrovatelské péče

- nemocný se dle svých možností zapojoval do denních aktivit
- byl schopen se v rámci lůžka napít a používat pomůcky k běžné denní obsluze
- nemocný se zvládl v lůžku s dopomocí sestry umýt a oholit
- za pomoci ošetrujícího personálu je nemocný schopen se posadit a postavit u lůžka
- bolestivost v okolí operační rány, infuzní sety a monitorovací kabely i nadále omezují nemocného v pohybu
- cíle byly splněny částečně, je nutné nadále pokračovat v uvedených intervencích

6. Nedostatek informací týkajících se ošetřování ileostomie z důvodu neznalosti této problematiky

Cíl ošetřovatelské péče

- nemocný bude edukován o způsobu ošetřování ileostomie a způsobu výměny stomického systému
- nemocný bude informován o možných komplikacích ileostomie (krvácení, nekróza, zapadnutí stomie)

Plán ošetřovatelské péče

- informovat nemocného o ošetřování stomie, zajistit kontakt se stomickou sestrou
- poučit nemocného o nutnosti dostatečného příjmu tekutin a o dodržování předepsané diety
- pravidelně kontrolovat vzhled stomie a funkčnost stomického systému
- sledovat okolí stomie (neporušenost integrity kůže, vyrážka, začervenání)

Realizace plánu ošetřovatelské péče

- nemocného jsem poučila o funkci ileostomie. Objasnila jsem mu možné komplikace týkající se ileostomie, aby byl schopen sám je včas rozpoznat. Vysvětlila jsem mu nutnost péče o okolní kůži. Stomická sestra mu vysvětlila a ukázala postup při výměně stomického systému. Prováděla jsem pravidelnou kontrolu ileostomie a funkčnosti odvodného systému. Nemocného jsem poučila o nutnosti dostatečného příjmu tekutin a o dodržování předepsané diety.

Hodnocení ošetřovatelské péče

- nemocný má dostatek informací, chápe význam pravidelných kontrol stomie i jejího okolí
- nemocný nepozoruje žádné známky komplikací v oblasti stomie
- nemocný se zatím nechce sám aktivně zapojit do ošetřování stomie

- plán ošetrovateľskej péče byl splněn částečně, je i nadále nutné pokračovat ve stanovených intervencích

7. Porucha kožní integrity z důvodu operační rány, ileostomie, CŽK a drénů

Cíl ošetrovateľskej péče

- operační rána, ileostomie, zavedené invaze (CŽK, drén z rekta, drén z retroperitonea) při převazu nebudou jevit známky zánětlivých komplikací (zduření, zarudnutí, lokální sekrece, bolestivost)
- CŽK bude volně průchodný, lze odebrat krev ze všech portů
- drén z retroperitonea i z rekta bude průchodný, okolí bez zjevných známek zánětu

Plán ošetrovateľskej péče

- 1x denně či dle potřeby provádět sterilní převazy invazí a operační rány
- při převazech kontrolovat známky možných komplikací
- pravidelně sledovat průchodnost a funkčnost invazivních vstupů
- kontrolovat v pravidelných intervalech funkčnost drénů, množství a vzhled odváděného sekretu
- zaznamenat veškeré provedené úkony a naměřené odvody do ošetrovateľskej dokumentace

Realizace plánu ošetrovateľskej péče

- po provedení hygienické péče jsme spolu s lékařem nemocnému sterilně převázali invazivní vstupy a operační ránu. Během dne jsem pravidelně kontrolovala průchodnost vstupů a drénů. Měřila jsem a zapisovala do dokumentace množství a vzhled odvedeného obsahu z drénů a z ileostomie. Kontrolovala jsem stav sterilního krytí a eventuelní prosáknutí obvazu operační rány.

Hodnocení ošetrovatelské péče

- operační rána je klidná, bez známek krvácení či zánětlivých komplikací
- ileostomie je funkční, bez zjevných známek komplikací
- CŽK je volně průchodný, okolí klidné bez známek zánětu, sutura je klidná
- drén z retroperitonea odvádí zkalenou nahnědlou tekutinu
- drén z rekta odvádí minimální množství hnědavé tekutiny
- cíle ošetrovatelské péče byly splněny, přesto je i nadále potřeba pokračovat v zavedených intervencích

2.4.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy

1. Riziko pádu z důvodu celkové slabosti a užívání rizikové skupiny léků

Cíl ošetrovatelské péče

- nedojde k pádu a poranění pacienta

Plán ošetrovatelské péče

- zhodnotit riziko pádu, označit nemocného barevným náramkem dle standardů nemocnice
- edukovat pacienta o léčebném a pohybovém režimu
- umístit signalizační zařízení v dosahu pacienta
- poučit nemocného o tom, aby sám neopouštěl lůžko
- sledovat účinky a působení podávaných léků

Realizace plánu ošetrovatelské péče

- nemocnému bylo stanoveno riziko pádu, byl označen červeným identifikačním náramkem. Pacient byl poučen o tom, aby sám nevstával z lůžka, dále byl poučen o používání signalizačního zařízení. Noční stolek byl umístěn tak, aby na něj nemocný bez problémů dosáhl. Vertikalizace probíhala pod dohledem fyzioterapeuta či ošetřující sestry.

Hodnocení ošetrovatelské péče

- k poškození nemocného v důsledku pádu nedošlo
- cíl ošetrovatelské péče byl splněn

2. Riziko vzniku TEN z důvodu omezení hybnosti, varixů a závažného operačního výkonu

Cíl ošetrovatelské péče

- pacient nebude jevit známky TEN
- včas odhalit známky TEN
- nemocný bude mít informace o možnostech vzniku a prevence TEN

Plán ošetrovatelské péče

- zajistit bandáže DK a kontrolovat jejich funkčnost
- podávat antikoagulantia dle ordinace lékaře
- sledovat pravidelně stav DK (zarudnutí, otok, bolestivost)
- aktivizovat a dle možností vertikalizovat nemocného
- informovat nemocného o možnosti a preventivních opatřeních vzniku TEN
- všechny provedené úkony zaznamenávat do ošetrovatelské dokumentace

Realizace plánu ošetrovatelské péče

- vzhledem k přítomnosti varixů DK jsem nemocného poučila o možnostech a prevenci vzniku TEN. Bandáže DK jsem nemocnému vyměnila po provedení hygienické péče a následně jsem pravidelně kontrolovala jejich funkčnost a stav DK. Během dopoledne fyzioterapeut s nemocným prováděl fyzioterapii dechovou a pohybovou (sed a stoj u lůžka). Ve 22 hodin jsme nemocnému aplikovali Fraxiparine 0,6 ml s.c. Vše jsme zaznamenali do dokumentace.

Hodnocení ošetrovatelské péče

- nemocný nejeví známky TEN
- nemocný chápe význam preventivních opatření a zná příznaky TEN
- cíl ošetrovatelské péče byl splněn

3. Riziko vzniku dekubitů z důvodu omezení hybnosti, deficitu sebepéče a zhoršeného zdravotního stavu

Cíl ošetrovatelské péče

- nemocný nebude mít dekubit

Plán ošetrovatelské péče

- pravidelně po 24 hodinách hodnotit riziko vzniku dekubitů dle Nortonové
- vysvětlit nemocnému význam polohování a kontroly predilekčních míst
- zvýšená hygienická péče o kůži
- polohování nemocného a provádění cvičení v lůžku
- udržovat suché a čisté lůžko
- sledovat stav hydratace a výživy
- případný vznik dekubitu zaznamenat do ošetrovatelské dokumentace

Realizace ošetrovatelské péče

- nemocný byl poučen o důležitosti polohování a kontroly ohrožených míst (paty, sacrum, lokty). Jednou za 24 hodin bylo vyhodnoceno riziko vzniku dekubitů a výsledek byl zaznamenán do ošetrovatelské dokumentace. Nemocný byl aktivizován a podporován v pohybu a nácviu soběstačnosti v rámci lůžka, byla mu umožněna změna polohy dle potřeby. Byla prováděna hygienická péče v lůžku 2x denně spolu s výměnou osobního a ložního prádla. Pacient měl zajištěn dostatečný přívod tekutin parenterální i enterální cestou.

Hodnocení ošetrovatelské péče

- nemocný chápe význam polohování a mobilizace
- u pacienta nedošlo ke vzniku dekubitu
- cíl ošetrovatelské péče byl splněn

4. Riziko infekce močových cest z důvodu zavedení PMK

Cíl ošetrovatelské péče

- katétr je průchodný, odvádí čistou moč bez patologických příměsí
- nemocný chápe nutnost pečlivé hygieny genitálu
- nemocný zná a chápe důvod zavedení PMK

Plán ošetrovatelské péče

- sledovat příznaky vzniku komplikací (změna vzhledu či množství moče, pálení a řezání v oblasti močové trubice, tlak v podbříšku)
- zajistit správnou polohu a pravidelně kontrolovat jeho průchodnost
- měřit každou hodinu množství moče a výdej dokumentovat, sledovat bilanci tekutin po 6 hodinách a průběžně informovat lékaře
- zajistit důkladnou hygienu genitálu
- vysvětlit nemocnému nutnost zavedení PMK

Realizace plánu ošetrovatelské péče

- pacienta jsem informovala o nutnosti přesného měření diurézy a eliminování problému s močením v lůžku vzhledem k hypertrofii prostaty. Pravidelně jsem kontrolovala správnou polohu katétru a sledovala jeho průchodnost. Měřila jsem hodinový výdej moči a po 6 hodinách jsem počítala příjem a výdej tekutin. Informace jsem zapisovala do ošetrovatelské dokumentace. Nemocného jsem poučila o možných obtížích a komplikacích, zároveň jsem ho edukovala ohledně hygieny genitálu.

Hodnocení ošetrovatelské péče

- PMK odvádí dostatečné množství jasně žluté moči bez patologických příměsí
- hodinová diuréza se pohybuje kolem 150 ml/hodinu, bilance tekutin je vyrovnaná
- nemocný neudává obtíže v okolí močové trubice, objektivně nejsou zřejmé známky komplikací
- problém přetrvává i nadále z důvodu nutnosti monitorace hodinové diurézy

2.5 Dlouhodobý ošetrovatelský plán

U většiny stanovených ošetrovatelských cílů nedošlo k jejich splnění, i když některé byly pozitivně ovlivněny. Bylo třeba se na ně i nadále zaměřit.

Vzhledem ke komplikovanému průběhu a závažnosti onemocnění, byl nemocný dlouhodobě unavený. Dá se předpokládat, že rekonvalescence bude probíhat dlouhodoběji a pomaleji, i vzhledem k vyššímu věku pana R.V. Po dobu hospitalizace byl nemocný zatěžován pozvolna a přes den mezi jednotlivými činnostmi často odpočíval. S tímto problémem je spojena i porucha spánku, která se částečně upravila již po přeložení nemocného na standardní oddělení. Můžeme očekávat, že po propuštění do domácího ošetřování se spánkový režim brzy sám spontánně upraví.

Dalším významným problémem byl pacientův strach z budoucnosti. Zaměřili jsme se hlavně na to, udržet pokud možno nemocného v dobrém psychickém stavu. Byl kladen důraz na komunikaci a podávání dostatečného množství potřebných informací. Rodina byla podporována v návštěvách nemocného, ať už při hospitalizaci na JIP či následně na standardním oddělení. Z návštěv manželky i ostatní rodiny měl nemocný viditelnou radost, usnadňovaly mu dlouhodobý pobyt v nemocnici. Také přispívaly ke snížení jeho obav z budoucnosti.

Po odstranění PMK (15. den po jeho zavedení) došlo k vyřešení problému se změnou vylučování moče. Diuréza byla dostatečná, bez obtíží. Postupně došlo k odstranění ostatních invazivních vstupů. 8.10. byl vytažen CŽK, pacient byl

nadále ponechán bez infuzní terapie. Tím se vyřešil problém s omezením hybnosti. Operační rána se hojila uspokojivě, 16.10. byly odstraněny stehy. Nemocný byl edukován o jejím dalším ošetřování, obzvláště po propuštění do domácího ošetřování. Dostal informace o tom, že má operační ránu již nechat bez krytí, že má nosit bavlněný nedráždivý oděv a sledovat vznik možných komplikací. Bylo mu doporučeno po odstranění stehů jizvu promazávat a jemně masírovat.

Po přeložení nemocného na standardní oddělení došlo i k vyřešení problému ohledně deficitu sebekpěče i rizika dekubitů. Pacient byl soběstačný, byl schopný pečovat o svůj zevnějšek, samostatně prováděl hygienickou péči. Mohl se volně pohybovat po oddělení i mimo něj. Byl poučen o šetrném režimu a nezatěžování břišní stěny.

Nadále však přetrvával problém se samostatným ošetřováním ileostomie. I přes systematickou, opakovanou edukaci a spolupráci se stomickou sestrou nebyl nemocný stále schopen sám stomii řádně ošetřit. Do edukace v péči o stomii byla zapojena i manželka. Nemocný byl vybaven vhodnými stomickými pomůckami a informačními brožurami. Byl poučen, kam se má obrátit v případě obtíží. Při propuštění do domácího ošetření byla proto domluvena spolupráce s agenturou domácí péče. Takto uklidněn byl pan R. V. propuštěn do domácího ošetřování.

2.6 Péče o stomiku a edukace nemocného v péči o stomii

Stomie znamená umělé vyústění dutého orgánu před stěnu břišní, může být dočasné či trvalé. Dělí se na stomie:

- výživné – gastrostomie, jejunostomie
- derivační – ezofagostomie, tracheotomie, urostomie, ileostomie, kolostomie, cékostomie, sigmoideostomie, transversostomie (13)

Ileostomie je vyústění terminální části tenkého střeva, nejčastěji v pravém epigastriu, vždy přechází stěnu břišní. Odchází z ní nepřetržitě řídký, agresivní obsah. Adaptuje se několik týdnů. Důležité je proto sledování bilance tekutin a hladiny iontů. Po stabilizaci odchází denně 800 - 1500 ml střevního obsahu.

Používají se jednodílné (šetrné v pooperačním období) či dvoudílné (vhodné u pacientů delší dobu po operaci) výpustné pomůcky. Po výkonu upřednostňujeme sáčky průhledné.

Stomické pomůcky jsou u nás k dispozici od 4 firem: B – Braun, Coloplast, Convatec, Dansac. K základním požadavkům na moderní stomické systémy patří tvarová a velikostní variabilita, flexibilita, ochrana kůže v okolí stomie, eliminace zápachu, snadná manipulace, diskrétnost a dostupnost.

První edukace nemocného stomickou sestrou by měla proběhnout co nejdříve po operačním výkonu. Ke každému jednotlivci je třeba přistupovat individuálně, je nutné akceptovat jeho požadavky a přání. Přítomnost střevního vývodu může být pro nemocného psychicky velmi náročné. Je potřeba mu pomoci srovnat se s nově vzniklou situací. Do edukace ho v případě nezájmu nenutíme, ale kontakt nepřerušujeme. Celý postup ošetřování a výměny slovně komentujeme a vysvětlujeme. Pacient může pomůcky dle potřeby různě kombinovat.

Hlavním cílem je dosáhnout u nemocného soběstačnosti při ošetřování ileostomie. Edukace je postupná. Nejprve sestra provádí výměnu pomůcek a vysvětluje, pacient se dívá. V další fázi provádí výměnu nemocný a sestra mu pomáhá, radí, opakuje. V poslední fázi zvládne výměnu pomůcek bez pomoci sestry. Důležitá je pochvala. (13)

Postup při výměně jednodílného systému:

- šetrně odstraníme použitý sáček, ileostomický nejdříve vypustíme
- okolí stomie otřeme buničinou
- stomii osprchujeme či omyjeme vodou a mýdlem, osušíme
- odmastíme okolí stomie a kůži ošetříme ochranným filmem
- nalepíme sáček a přitlačíme ho ke kůži
- několik minut zahříváme podložku rukama v poloze kde je nalepen

Sáčky mohou být průhledné, neprůhledné, s filtrem nebo bez, nevýpustné či výpustné.

Postup při výměně dvoudílného systému (podložka zůstává nalepena 3-5 dní):

- šetrně odstraníme původní systém
- otřeme stomii a následně omyjeme vodou a mýdlem či mycí pěnou
- osušíme, čistícím roztokem odmastíme okolní kůži
- nanese ochranný film a necháme zaschnout (1 minutu)
- nahřejeme podložku, sejmeme krycí podložku a přitlačíme
- nasadíme sáček na spojovací kroužek, zkontrolujeme těsnost
- přitlačíme systém k tělu a zahříváme

Systém lze doplnit přídržným páskem kolem těla.

Systém adhezivní technologie – podložka a sáček se spojují nalepením sáčku na podložku. Výhodou je diskrétnost a flexibilita. (13)

Ochranné a čistící prostředky

- čistící roztok, odstraňovač náplastí, ochranný film, pasta 30gramová (nelepící, chrání a hojí kůži), pasta 60gramová (lepící, vyrovnává kožní řasy a nerovnosti), ochranný krém a pudr, pohlcovače pachů, Ileo Gel (zahušťuje řídký obsah, vkládá se do sáčku, nepolyká se!), mycí pěny.

Mezi časně pooperační komplikace patří nekróza či otok stomie, parastomální absces, kožní komplikace, časná retrakce či nevhodně umístěná stomie. K následným komplikacím řadíme výhřez či stenózu stomie, kožní komplikace, píštěle okolo stomie, krvácení ze stomie. (13)

2.7 Stravování ileostomiků

Dieta má být kaloricky vydatná a chutná. Je vhodné vyvarovat se kořeněných, pálivých a nadýmavých potravin. Upřednostňovat raději bílé maso. Nepít alkohol a černou kávu. Je nutné dodržovat pitný režim (denně 2,5 – 3 litry tekutin). Dostatečně solit (příjem soli by neměl klesat pod 6-9 gramů denně). Je potřeba konzumovat listovou zeleninu, ovoce bez slupek, zeleninové a ovocné šťávy. Jíst pravidelně 5 – 7x denně malé porce, dobře rozkousané či rozmixované

potravy. K dobré funkci ilea přispívá duševní klid a dostatečný pohyb na čerstvém vzduchu.

- vláknina zvyšuje plynatost a způsobuje řídkou zapáchající stolicí
- objem stolice zvětšují zelí, čokoláda, sušené ovoce, alkohol
- zácpu mohou způsobit ořechy, kukuřice, kokos
- kořeněná jídla mohou vyvolat průjem, naopak banány průjem upravují
- fenyklový, mátový čaj působí proti nadýmání
- jogurty snižují zápach a plynatost
- při námaze a horku se doporučuje hodně pít a solit (13)

2.8 Psychologická problematika nemocného

Člověk se v průběhu života ocitá v náročných situacích, které ho zatěžují. Jestliže nemá dostatek sil adaptovat se na negativní vlivy, narušují jeho rovnováhu, vyvolávají napětí a strach. V náročných situacích se mění prožívání a chování jedince. Z ošetřovatelského hlediska má největší význam hlavně:

- **strach**, který se projevuje rozličnou intenzitou a způsobem. Doprovází ho obvykle narušení duševní rovnováhy. Zpravidla je součástí choroby (strach z diagnostických, terapeutických výkonů, z bolesti, z nepříznivých výsledků vyšetření, strach ze smrti). Sestra by měla umět identifikovat a vhodně eliminovat tento emoční stav.
- **konflikt** představuje střetnutí protichůdných zájmů. Člověk se musí rozhodnout mezi dvěma nepřijatelnými alternativami.
- **frustrace** znamená překážku při uskutečňování něčeho, na čem člověku záleží. Osoba prožívá zklamání a často reaguje agresivně.
- **deprivace** znamená neuspokojení potřeb, které jsou pro člověka subjektivně důležité.
- **stres** znamená, že se jedinec dostává do situace, která přesahuje jeho psychické síly. Na zvládnutí stresové situace použije způsoby, které ho psychicky a somaticky ohrožují.

Psychické obranné mechanismy

- racionalizace (zdůvodňování vlastního chování, které člověku vyhovuje)
- popření (zaměření pozornosti na určité skutečnosti a odmítání jiných)
- vytěsnění (aktivní zapomínání nepříjemných skutečností)
- kompenzace (vyrovnání osobního nedostatku a neúspěchu)
- regrese (chování jedince, které neodpovídá jeho věku)
- snížení horizontu vědomí (pacient se ve svém vědomí zaobírá převážně onemocněním a sebou samým)
- snížené sebevědomí (ztráta sebeúcty, nezávislosti, zhoršené ovládnání psychických a tělesných funkcí) (4)

Pan R.V. byl srozuměn se svým onemocněním, před nástupem do nemocnice absolvoval radioterapii. Vzhledem k závažnosti diagnózy pociťoval velký strach jak z nadcházející operace, tak z dalšího průběhu nemoci a následné prognózy. Snažil se však s danou skutečností vyrovnat a aktivně se zapojoval do léčby.

Pro insuficienci anastomózy byla nutná operační revize, což značně poznamenalo pacientovu psychiku. Před druhým výkonem byl pacient z důvodu sepse a vysokého stresu neklidný s postupně se prohlubující dezorientací v čase i prostoru. Byla nutná intervence psychiatra, který nasadil medikaci. Po pravidelném podávání psychofarmak se pacientův psychický stav upravil ve smyslu orientace v čase a místě, nicméně nemocný byl unavený, skeptický, s minimální ochotou spolupracovat. Ještě více se prohloubila jeho nejistota v budoucnost. Bylo nutné ho aktivizovat a dostatečně komunikovat a podávat mu jasné a srozumitelné informace. Lékař mu opakovaně podal doplňující informace ohledně dalšího postupu.

Velký problém měl nemocný srovnat se, se založenou ileostomií. Jeho obavy, že se nedokáže samostatně postarat o ošetření vývodu, ho velmi znepokojovaly. Sebepéče v tomto směru opravdu nebyla dostačující i přes opakované intervence stomasestry. S postupně se lepším fyzickým stavem se pomalu vylepšoval i stav psychický. Pacient se nadále cítil unavený a nejistý, ale

již se aktivněji zapojoval do léčby a rehabilitace. Z vlastní iniciativy zahajoval rozhovor s ošetřujícím personálem, evidentně k němu postupně získal důvěru.

Velkou oporou panu R.V. byla rodina, hlavně manželka, na kterou se nemocný každý den těšil. Návštěvy ho motivovaly a psychicky podporovaly. Udržoval s nimi jak osobní, tak telefonický kontakt po celou dobu hospitalizace.

Pan R.V. si uvědomoval závažnost svého onemocnění, byl seznámen s prognózou a nutností další terapie. Jeho cílem bylo zotavit se co nejdříve na tolik, aby mohl být propuštěn do domácího ošetřování.

2.9 Sociální problematika nemocného

Pan R.V. je ženatý, má dva syny a vnoučata. Žije s manželkou v rodinném domě. Momentálně je ve starobním důchodu, ale aktivně vypomáhá synovi s firmou. Dříve pracoval jako administrativní pracovník. S dětmi a vnoučaty se vídá pravidelně a údajně má s nimi dobré vztahy. Má i stálé přátele, se kterými se stýká. Provozuje turistiku a pravidelně chodí plavat. I ve svém věku je stále poměrně aktivní, proto ho současná omezení nemocí trápí. Je si vědom toho, že bude muset nyní více odpočívat.

2.10 Edukační plán

Edukace zahrnuje vzdělávání a výchovu. Je nedílnou součástí diagnostického, léčebného či ošetřovatelského procesu (viz.příloha č.4). Základní podmínkou úspěšné edukace je znalost faktorů, které ovlivňují schopnost učit se (intelektuální výkonnost, věk, fyziologický stav nemocného, psychosociální problémy). Edukační proces ve zdravotnictví má řadu specifík.

Pět fází edukace:

1. Fáze počáteční diagnostiky – snaha o odhalení úrovně znalostí, dovedností, postojů a návyků edukanta. Zjištění edukačních potřeb. Využívá se pozorování či rozhovoru.
2. Fáze projektování – snaha o naplánování cíle, volba metody, formy, obsahu edukace.

3. Fáze realizace
 - motivace (vnitřní, vnější)
 - expozice (zprostředkování nových poznatků)
 - fixace (procvičování a opakování získaných vědomostí, dovedností)
 - průběžná diagnostika (prověření a testování pochopení učiva)
 - aplikace (snaha o to, aby edukant dokázal použít a využít získané dovednosti a vědomosti)
4. Fáze upevnění a prohlubování učiva – opakování a procvičování učiva, aby došlo k jeho fixaci.
5. Fáze zpětné vazby – snaha zhodnotit výsledky edukanta i naše, hodnocení nám dává možnost zpětné vazby. (8)

Edukační cíle

- lze rozdělit na krátkodobé, dlouhodobé, nižší a vyšší. Mezi podmínky, na které musíme pamatovat při formulaci edukačních cílů, patří přiměřenost, jednoznačnost, kontrolovatelnost a komplexnost.

Didaktické zásady edukace

- zásada názornosti
- zásada spojení teorie s praxí
- zásada vědeckosti
- zásada přiměřenosti, aktuálnosti
- zásada uvědomělosti a aktivity
- zásada zpětné vazby
- zásada individuálního přístupu
- zásada soustavnosti a trvalosti
- zásada kulturního kontextu (8)

Metody edukace v sesterské praxi

Pro lepší účinnost edukace je vhodné využívat v praxi dostupných edukačních pomůcek (např. audiovizuální technika, letáky, brožury, odborná literatura, osobní konzultace, počítačové programy a internet) (9)

U nemocného byla průběžně prováděna edukace po celou dobu hospitalizace. Jelikož je edukace nedílnou součástí léčby, podílí se na ní celý ošetřující tým (lékaři, sestry, stomické sestry a fyzioterapeuti). V počáteční fázi se jednalo hlavně o informace ohledně předoperační přípravy, operačního výkonu, o probíhající léčbě a souvisejících léčebných opatřeních. Bylo potřeba nemocného dostatečně edukovat o infuzní terapii, dietě, pohybovém režimu, o technice správného dýchání a odkašlávání. Velká pozornost byla věnována ošetřování a péči o ileostomii a pacientově psychice.

Další edukace byla zaměřena na opatření, která by měl pacient dodržovat po propuštění do domácího ošetřování. Týkala se zejména dietních opatření, pohybového režimu, farmakoterapie, ošetřování jizvy a ileostomie. Pacient byl poučen kdy, kam a ke komu se má dostavit na pravidelné kontroly do proktologické poradny. Věděl, kam se může obrátit v případě obtíží či nutnosti získání informací. Byl vybaven firemními kontakty, které mohl dle svého uvážení využívat. Dále byl vybaven stomickými pomůckami na 1 měsíc a žádostí o sociální příspěvek. Dostal informaci o klubech stomiků (České ILCO) a lázeňské léčbě. Byla zajištěna spolupráce s agenturou domácí péče.

ZÁVĚR

Ve své práci jsem se zabývala problematikou kolorektálního karcinomu. Toto onemocnění je v současné době v naší populaci poměrně časté, což je ovlivněno zejména životním stylem a vlivy prostředí.

Zabývala jsem se rizikovými faktory, prevencí, příznaky, diagnostikou a léčbou onemocnění. Značná část práce je věnována edukaci, neboť život se střevním vývodem je pro pacienta velmi zatěžující situací. Je tedy zapotřebí, aby sestra pokud mu má pomoci, měla dostatek teoretických i praktických znalostí. Zároveň je důležité, aby k nemocnému a jeho problémům zaujala vstřícný a empatický postoj.

V tomto případě byl pacient i jeho rodina v plné šíři informován ohledně diagnózy i dalšího průběhu léčby. Snažila jsem se v rámci svých možností zmírnit jejich obavy a starosti a podat dostatek informací, aby přechod do domácího ošetřování byl pro ně co nejméně stresující. Což se mi doufám, alespoň částečně povedlo.

SEZNAM ZKRATEK

amp - ampule

APTT – aktivovaný parciální tromboplastinový čas

BMI – body mass index

cm - centimetr

CRP – C-reaktivní protein

CT – počítačová tomografie

CŽK – centrální žilní katétr

DF – dechová frekvence

DK – dolní končetiny

EKG - elektrokardiografie

FR1/1 – Fyziologický roztok

g - gram

GCS – Glasgow Coma Scale

HMR – Humulin R

ICHS – ischemická choroba srdeční

i.m. - intramuskulární

i.v. - intravenózní

JIP – jednotka intenzivní péče

kg - kilogram

KO – krevní obraz

MAP – střední arteriální tlak

min - minuta

ml - mililitr

mmHg – milimetr rtuťového sloupce

P - puls

PMK – permanentní močový katétr

p.o. - perorální

R1/1 – Ringerův roztok

RHB - rehabilitace

RTG - rentgen

s.c. - subkutánní

str - strana

tbl - tableta

TEN – tromboembolická nemoc

TK – tlak krve

TT – tělesná teplota

VAS – vizuální analogová škála

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BECKER, Horst Dieter. HOHENBERGER, Werner. *Chirurgická onkologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0720-9
2. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2*. 1. vydání. Praha: Avicenum, 1988. ISBN 88 9040-735-21-08/4
3. DYLEVSKÝ, Ivan. TROJAN, Stanislav. *Somatologie 2*. 2. vydání. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0063-6
4. FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetrovatel'stvo- teória*. Martin: Osveta, 2005. ISBN 80-8063-182-4
5. FERKO, Alexander. VOBOŘIL, Zbyněk. ŠMEJKAL, Karel. BEDRNA, Jan. *Chirurgie v kostce*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0230-4
6. FIALA, Pavel. VALENTA, Jiří. EBERLOVÁ, Lada. *Anatomie pro bakalářské studium ošetrovatel'ství*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0804-9
7. HOCH, Jiří. LEFFLER, Jan. *Speciální chirurgie*. Praha: Maxford, 2001. ISBN 80-85912-44-9
8. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2
9. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatel'ství v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9
10. LANGMEIER, Miloš a kolektiv. *Základy lékařské fyziologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2526-0
11. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatel'ství I*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0429-9
12. MERKUNOVÁ, Alena. OREL, Miroslav. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1521-6

13. OTRADOVCOVÁ, Iva. KUBÁTOVÁ, Lucie. Komplexní péče o pacienta se stomií. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-432-6
14. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. Modely ošetřovatelství v kostce. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1211-3
15. ROKYTA, Richard. Fyziologie. 1. vydání. Praha: ISV nakladatelství, 2000. ISBN 80-85866-45-5
16. STAŇKOVÁ, Marta. České ošetřovatelství 4, Jak provádět ošetřovatelský proces. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-283-3
17. ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kolektiv. Základy ošetřovatelství. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1091-4
18. TRACHTOVÁ, Eva. Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. 2. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-324-8
19. VALENTA, Jiří. ŠEBOR, Jindřich. MATĚJKA, Jiří. RUNT, Václav. Chirurgie pro bakalářské studium ošetřovatelství. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0644-5
20. ZEMAN, Miroslav. Krška, Zdeněk. Chirurgická propedeutika. 3. vydání. Praha: Grada Publishing, 2011, ISBN 978-80-247-3770-6

Další zdroje:

21. MEDICAL TRIBUNE BREVÍŘ 2010, 19. vydání. Praha, 2010. ISBN 978-80-87135-21-1
22. Dušek, L. a kolektiv. Epidemiologie kolorektálního karcinomu v ČR. [online]. © 2012 kolorektum.cz. [cit. 2012-04-12]. Dostupné z:
<http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-odborniky--epidemiologie-kolorektalniho-karcinomu--epidemiologie-kolorektalniho-karcinomu-v-cr>

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Tabulka č.1 - biochemický soubor	18
Tabulka č.2 - krevní obraz	18
Tabulka č.3 - koagulační vyšetření	19
Tabulka č.4- údaje o stavu nemocného	32
Tabulka č.5 - bilance tekutin	34

SEZNAM PŘÍLOH

1. Hodnocení nutričního stavu
2. Hodnocení rizika pádu
3. Hodnocení rizika dekubitů – rozšířená stupnice dle Nortonové
4. Edukační záznam
5. Barthelové test základních všedních činností
6. Ošetřovatelská anamnéza
7. Plán ošetřovatelské péče
8. Souhlas s použitím formulářů FN Motol

Příloha č. 1 – Zdroj: chirurgická klinika FN Motol.

hodnocení nutričního stavu

Jméno: R V
 Rodné číslo: _____

Pohlaví	Mž	x	Žena	CZ Ztráta hmotnosti za 3 měsíce	0-3 kg	1
Hmotnost	75 kg			3-6 kg	2	2
Výška	170 cm			Více než 6 kg	3	
Příjmová diagnóza	kolická			D/Jidlo za poslední 3 týdny	Množství bez změny	0
	Laxativa				Položení porce	1
					II občasná nebo nejí	2
BMI	Vypočítaná hodnota			E/ Projevy nemoci v současné době	Zádné	0
A/ Věk	Do 65 let	0			Bolesti břicha, nevolnosti	1
	Nad 65 let	1			Zvracení	2
B/ BMI	20-35	0		Nežije zjištěn body B, C, D	Příjem > 6 za den	3
	18-20, nad 35	1		F/ Strés	Zádný	0
	Pod 18	2			Střední (chr. nem., DM, ment., nekomplikovaný chir. zákl.)	1
					Vysoký (ak. dekompenzované onemocnění, rozsáhlý chirurg. výkon, pooperační komplikace, UPV, popáleniny, trauma, hospitalizace ARO, JIP, GIT kvírcí)	2
Nežije zjištěn zvlášť		2		Celkový součet bodů		8

Nutriční riziko:			
Skupina A	Malé riziko	0-3 body	Bez nutnosti zvláštní intervence
Skupina B	Střední riziko	4-7 bodů	Nutně vyšetření dietní testem, speciální dieta
Skupina C	Vysoké riziko	8-13 bodů	Nutně speciální nutriční intervence

Příloha č. 2 – Zdroj: chirurgická klinika FN Motol.

HODNOCENÍ RIZIKA PÁDU

Pracoviště: _____ Oddělení: _____
 Jméno pacienta: R V

Pohyb	Nacomený	0	Smyslové poruchy	Zádné	0
	Používá pomůcky	1		Vizuální, smyslové, Smyslový deficit	1
	Potřebuje pomoc k pohybu	1	Mentální status	Orientován	0
	Neschopen přejítu	1		Občasná noční dezorientace	1
	Nevyžaduje pomoc	0		Dřívější dezorientace/demenoe	1
Vyprazdňování	V anamnéze	1	Věk	18-75	0
	Nykturie/inkontinence	1		75 a vyšší	1
	Vyžaduje pomoc	1			
Medikace	Neužívá rizikové léky	0	Pád v anamnéze		1
	Užívá následující léky: ■ Diuretika ■ Antiepileptika ■ Antiparkinsonika ■ Anti hypertenziva ■ Psychotropní látky ■ Benzodiazepiny		Celkové skóre		

Skóre vyšší než 3 – postupujte podle metodického pokynu „Riziko pádu“


Datum zhodnocení: 7. 11. 2011
 Podpis sestry, která provedla hodnocení: _____

Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice podle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoci podle stupně	Tělesný stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
úplná 4	do 10 let 4	normální 4	žádné	dobry 4	dobry 4	chodí 4	úplná 4	není 4
malá 3	do 30 let 3	alergie 3	*	zhoršený 3	apatický 3	doprovod 3	částečně omezená 3	občas 3
částečná 2	do 60 let 2	vlhká 2		špatný 2	zmatený 2	sedáčka 2	velmi omezená 2	převážně 2
žádná 1	nad 60 let 1	suchá 1		velmi špatný 1	bezvědomí 1	upoután na lůžko 1	žádná 1	stolice i moč 1

* diabetes, horečka, anémie, kachexie, onemocnění cév, obezita, karcinom atd. podle stupně závažnosti 3–1 bod.
Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitů je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko!).

Příloha č. 4 – Zdroj: chirurgická klinika FN Motol.



EDUKAČNÍ ZÁZNAM
FN MOTOL, V ÚVALDĚ 48, PRAHA 5

Identifikační štítek: *Pat. 21*

Účel:

Datum/čas	Datum/čas	Datum/čas	Datum/čas
4.10.2019			
Edukovaná osoba: <input checked="" type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník Téma edukace: <input checked="" type="checkbox"/> Práva pacientů <input checked="" type="checkbox"/> Stomie <input checked="" type="checkbox"/> Domácí řád odd. <input checked="" type="checkbox"/> Polybytový režim <input type="checkbox"/> Diagnostika <input type="checkbox"/> Péčování <input type="checkbox"/> Léčebný postup <input type="checkbox"/> Ovládnutí pomůcek <input type="checkbox"/> Modifikace <input checked="" type="checkbox"/> Návěť ADL <input type="checkbox"/> Výživa <input checked="" type="checkbox"/> Prevence TBS <input checked="" type="checkbox"/> Respirační terapie <input type="checkbox"/> Prevence KCHS <input type="checkbox"/> Příprava před výkonem <input type="checkbox"/> Diabeta <input checked="" type="checkbox"/> Péče po výkonu <input type="checkbox"/> Rehabilitace <input checked="" type="checkbox"/> Péče o tříti vstup <input type="checkbox"/> Edukace diabetika <input checked="" type="checkbox"/> Péče o ruku <input type="checkbox"/> Péče v terénu <input checked="" type="checkbox"/> Monitorování bolesti <input checked="" type="checkbox"/> Signalizační zařízení <input checked="" type="checkbox"/> Identifikační náznak <input checked="" type="checkbox"/> Prevence pádu <input type="checkbox"/> Inkontinence <input type="checkbox"/> Kamerový systém	Edukovaná osoba: <input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník Téma edukace: <input type="checkbox"/> Práva pacientů <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> Domácí řád odd. <input type="checkbox"/> Polybytový režim <input type="checkbox"/> Diagnostika <input type="checkbox"/> Péčování <input type="checkbox"/> Léčebný postup <input type="checkbox"/> Ovládnutí pomůcek <input type="checkbox"/> Modifikace <input type="checkbox"/> Návěť ADL <input type="checkbox"/> Výživa <input type="checkbox"/> Prevence TBS <input type="checkbox"/> Respirační terapie <input type="checkbox"/> Prevence KCHS <input type="checkbox"/> Příprava před výkonem <input type="checkbox"/> Diabeta <input type="checkbox"/> Péče po výkonu <input type="checkbox"/> Rehabilitace <input type="checkbox"/> Péče o tříti vstup <input type="checkbox"/> Edukace diabetika <input type="checkbox"/> Péče o ruku <input type="checkbox"/> Péče v terénu <input type="checkbox"/> Monitorování bolesti <input type="checkbox"/> Signalizační zařízení <input type="checkbox"/> Identifikační náznak <input type="checkbox"/> Prevence pádu <input type="checkbox"/> Inkontinence <input type="checkbox"/> Kamerový systém	Edukovaná osoba: <input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník Téma edukace: <input type="checkbox"/> Práva pacientů <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> Domácí řád odd. <input type="checkbox"/> Polybytový režim <input type="checkbox"/> Diagnostika <input type="checkbox"/> Péčování <input type="checkbox"/> Léčebný postup <input type="checkbox"/> Ovládnutí pomůcek <input type="checkbox"/> Modifikace <input type="checkbox"/> Návěť ADL <input type="checkbox"/> Výživa <input type="checkbox"/> Prevence TBS <input type="checkbox"/> Respirační terapie <input type="checkbox"/> Prevence KCHS <input type="checkbox"/> Příprava před výkonem <input type="checkbox"/> Diabeta <input type="checkbox"/> Péče po výkonu <input type="checkbox"/> Rehabilitace <input type="checkbox"/> Péče o tříti vstup <input type="checkbox"/> Edukace diabetika <input type="checkbox"/> Péče o ruku <input type="checkbox"/> Péče v terénu <input type="checkbox"/> Monitorování bolesti <input type="checkbox"/> Signalizační zařízení <input type="checkbox"/> Identifikační náznak <input type="checkbox"/> Prevence pádu <input type="checkbox"/> Inkontinence <input type="checkbox"/> Kamerový systém	Edukovaná osoba: <input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník Téma edukace: <input type="checkbox"/> Práva pacientů <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> Domácí řád odd. <input type="checkbox"/> Polybytový režim <input type="checkbox"/> Diagnostika <input type="checkbox"/> Péčování <input type="checkbox"/> Léčebný postup <input type="checkbox"/> Ovládnutí pomůcek <input type="checkbox"/> Modifikace <input type="checkbox"/> Návěť ADL <input type="checkbox"/> Výživa <input type="checkbox"/> Prevence TBS <input type="checkbox"/> Respirační terapie <input type="checkbox"/> Prevence KCHS <input type="checkbox"/> Příprava před výkonem <input type="checkbox"/> Diabeta <input type="checkbox"/> Péče po výkonu <input type="checkbox"/> Rehabilitace <input type="checkbox"/> Péče o tříti vstup <input type="checkbox"/> Edukace diabetika <input type="checkbox"/> Péče o ruku <input type="checkbox"/> Péče v terénu <input type="checkbox"/> Monitorování bolesti <input type="checkbox"/> Signalizační zařízení <input type="checkbox"/> Identifikační náznak <input type="checkbox"/> Prevence pádu <input type="checkbox"/> Inkontinence <input type="checkbox"/> Kamerový systém
Byl/a jsem informován/a o tom, že odměra určovaná k odměření této dávky je v souladu se dleba na hospitalizaci ve FN Motol je zdravotnickou příslušenstvím. <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Odměra této dávky se na tomto místě používá, přestože se zde používá odměra. <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Klíč od monitoru bolesti, který používá pacient/ka <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE (úroveň či stavu sítě péče) Operační výkon: Klíč do šachy <input type="checkbox"/> ANO	Poznámky: 	Poznámky: 	Poznámky:
Použitá metoda: <input type="checkbox"/> neschopen edukace <input checked="" type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> audio, video Benčce edukované osoby: <input type="checkbox"/> odborná edukace <input checked="" type="checkbox"/> pomocní/á/evlaři <input type="checkbox"/> nežijem v edukaci <input type="checkbox"/> pokračuje dovednost <input type="checkbox"/> nepochopila Podpis edukujícího: <i>[Podpis]</i> Podpis edukované osoby:	Použitá metoda: <input type="checkbox"/> neschopen edukace <input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> audio, video Benčce edukované osoby: <input type="checkbox"/> odborná edukace <input type="checkbox"/> pomocní/á/evlaři <input type="checkbox"/> nežijem v edukaci <input type="checkbox"/> pokračuje dovednost <input type="checkbox"/> nepochopila Podpis edukujícího: Podpis edukované osoby:	Použitá metoda: <input type="checkbox"/> neschopen edukace <input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> audio, video Benčce edukované osoby: <input type="checkbox"/> odborná edukace <input type="checkbox"/> pomocní/á/evlaři <input type="checkbox"/> nežijem v edukaci <input type="checkbox"/> pokračuje dovednost <input type="checkbox"/> nepochopila Podpis edukujícího: Podpis edukované osoby:	Použitá metoda: <input type="checkbox"/> neschopen edukace <input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> audio, video Benčce edukované osoby: <input type="checkbox"/> odborná edukace <input type="checkbox"/> pomocní/á/evlaři <input type="checkbox"/> nežijem v edukaci <input type="checkbox"/> pokračuje dovednost <input type="checkbox"/> nepochopila Podpis edukujícího: Podpis edukované osoby:

FN Motol 488 výtisk - 04/02/2019 11:00:19

Barthelův test základních všedních činností (ADL-activities daily living)

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5. kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6. kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

0–40 bodů vysoce závislý

45–60 bodů závislost středního stupně

65–95 bodů lehká závislost

100 bodů nezávislý



812415/026
877651/026/3
OHLJ: 413P

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA / PROPOUŠŤECÍ ZPRÁVA

FN MOTOL, V ÚVALU 84, PRAHA 5



Jméno: <i>Jan Z.</i> Datum / čas příjmu: <i>4. 10. 2019 9^h hod.</i> Alergie: <i>neudává</i>	PROPUSTĚN Z: ZMĚNA
1. SMYSLE – OSMĚHENÍ ZRAK: <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO SLUCH: <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NEVÝDOMÝ <input checked="" type="checkbox"/> TWYLA <input type="checkbox"/> KONT. ČOČKY <input type="checkbox"/> NEMYSLEŠKÉ <input type="checkbox"/> SLUCHADLO	
2. KOMUNIKACE: <input checked="" type="checkbox"/> BEZ PROBLÉMŮ <input type="checkbox"/> S PROBLÉMY	
3. VĚDOMÍ: <input checked="" type="checkbox"/> PŘI VĚDOMÍ <input type="checkbox"/> POBLUHA VĚDOMÍ Skóre GCS: <i>15</i> <input checked="" type="checkbox"/> ORIENTOVÁN <input type="checkbox"/> DEORIENTOVÁN <input type="checkbox"/> NEKLIDNĚ	
4. DÝCHÁNÍ <input checked="" type="checkbox"/> BEZ POTÍŽÍ <input type="checkbox"/> DOŠNOST <input type="checkbox"/> KAŠEL <input type="checkbox"/> KŮRŮSKÝ <input type="checkbox"/> INHALACE <input checked="" type="checkbox"/> KYSLIČKOVÁ TERAPIE <input type="checkbox"/> TRACHEOSTOMICKÁ KANÝLA <input type="checkbox"/> ENDOTRACHEÁLNÍ KANÝLA <input type="checkbox"/> UMĚLÁ PULSNÍ VENTILACE	
5. KATÉTRY, DRŽENY, SONDY <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> PERIFERNÍ ŽILNÍ KATÉTRA <input checked="" type="checkbox"/> CENTRÁLNÍ ŽILNÍ KATÉTRA <input checked="" type="checkbox"/> PERMANENTNÍ MOČOVÝ KATÉTRA JINÉ: <i>EF 2201</i>	
6. VÝŽIVA Skóre nutričního stavu: <input type="checkbox"/> NÍZKÉ <input type="checkbox"/> STŘEDNÍ <input checked="" type="checkbox"/> VYSOKÉ VÝŠKA: <i>170 cm</i> VÁHA: <i>65 kg</i> BMI skóre: <i>23</i> ostatní krevní / 3 měs.: <i>6 kg</i> ZVYKY, OMEZENÍ (např. vegetariánská strava): <i>ne</i> ZUBNÍ PROTEZA: <input type="checkbox"/> FIKSNÍ <input type="checkbox"/> IMPLANTELNÁ <input type="checkbox"/> FIKSNÍ <input type="checkbox"/> VOLNÁ ŽIVNOST: <input type="checkbox"/> CENTRÁLNÍ <input type="checkbox"/> PERIFERNÍ <input checked="" type="checkbox"/> PER OR	Tekoucí za 24h: <input type="checkbox"/> SNÍŽENÝ příjem <input type="checkbox"/> ZVÝŠENÝ příjem <input checked="" type="checkbox"/> NORMÁLNÍ příjem
7. KŮŽE, SLIZNICE KŮŽE: <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO SLIZNICE: <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO Skóre NORTON: <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO OČI: <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO ŠERCOVÝ VŘED: <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO VYRAŽKA: <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO VAKELY: <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO DEGRADACE: <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO, lokalizace + stupeň: OPERAČNÍ RÁNA: <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO ŠERCE: <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
8. AKTIVITA, SOBĚSTAČNOST <input type="checkbox"/> SOBĚSTAČNÝ <input checked="" type="checkbox"/> NE SOBĚSTAČNÝ V <input type="checkbox"/> KURTY <input checked="" type="checkbox"/> SKÓR BARTHEL: <i>40</i> <input type="checkbox"/> POMŮCKY JAKÉ <input checked="" type="checkbox"/> RIZIKO PÁDU (Skóre 2 a vyšší) <input checked="" type="checkbox"/> BANDÁŽE DK <input type="checkbox"/> AMPUTACE HK / DK	
9. VYLÉČOVÁNÍ / VYMĚŠOVÁNÍ <input checked="" type="checkbox"/> BEZ PROBLÉMU <input type="checkbox"/> INKONTINENCE MOČI <input type="checkbox"/> INKONTINENCE STOLICE <input type="checkbox"/> ZÁCPA <input type="checkbox"/> PRŮJEM <i>PHK + HEDŽOVNÍK</i>	

FN Motol, Úřad pro péči o pacienty - 84800002/0001/0001

10. SPANĚK: VĚZE <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO 11. SOCIÁLNÍ ZÁZEMÍ BYDÍ: <input type="checkbox"/> SAM <input checked="" type="checkbox"/> S RODINOU <input type="checkbox"/> DĚLN <input type="checkbox"/> DOMOV DŮCHODCŮ <input type="checkbox"/> ZÁJEM RODINY <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO JINÉ:	12. PŮDE: USE SPIRITUÁLNÍ PÉČI <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO 13. KONTAKTOVAT SOCIÁLNÍ SLUŽBU: <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
LÉKY: <input type="checkbox"/> POSLEDNÍ MEDIKACE NÁPOJITELNOST: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	OŠETŘENÍ: <input type="checkbox"/> ČERNO <input type="checkbox"/> ŽELTÝ <input type="checkbox"/> BÍLÝ
POLEDNÍ STRAVA: <input type="checkbox"/> SNÍDANĚ <input type="checkbox"/> OBĚD <input type="checkbox"/> VEČEŘE <input type="checkbox"/> DIETA	Datum / čas propuštění:
PŘILOŽEN: <input type="checkbox"/> LON <input type="checkbox"/> JINÉ ZDRAV. ZÁŘÍZENÍ	

VSTUPNÍ ZÁZNAM PŘEVZAL/A:

Anna Dvořáková

VSTUPNÍ ZÁZNAM PŘEVZAL/A:

DATUM / ČAS:

INFORMACE PŘEVZAL/A:


DATUM / ČAS:

šittek

7.2.2019

PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

I. chirurgická klinika 2. LF UK, FN Motol, V Úvalu 84, Praha 5



	datum	Podpis	datum	Podpis	datum	Podpis	datum	Podpis	datum	Podpis	
1. BOLEST <input checked="" type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická Cíl: Pacient je bez bolesti											
Hodnoťte a zaznamenávejte intenzitu bolesti	X	Alena STANKEOVA									
Sledujte úlevu od bolesti a dokumentujte vývoj	X										
Doporučte pacientovi úlevovou polohu	X										
2. PÉČE O SEBE SAMÁ NEDOSTATEČNÁ v souvislosti s <input checked="" type="checkbox"/> pooperačním stavem <input type="checkbox"/> jiné Cíl: Deňit selfpéče eliminován											
„Jistěte míru soběstačnosti pacienta – Barthel skóre	40	Alena STANKEOVA									
Přizpůsobte prostředí	X										
Aktivizujte pacienta – zapojte ho do jednotlivých činností	X										
3. ZMATENOST Cíl: Pacient klidný, orientovaný											
Spolupracujte s rodinou pacienta											
Kontrolujte pacienta, změny dokumentujte											
4. INFEKCE, riziko vzniku Cíl: Nedojde k infekci											
Dodržujte aseptické postupy	X	Alena STANKEOVA									
Zhodnoťte a dokumentujte stav kůže v místech invazivních vstupů	X										
5. TĚLESNÉ TEKUTINY, stavko deňitů Cíl: Nedojde k deňitů tělesných tekutin											
Informujte pacienta o nutnosti dodržování pitného režimu											
Sledujte stav kůže a sliznic											
Aktivně nabízejte tekutiny											

šittek
pan R. V.

PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

I. chirurgická klinika 2. LF UK, FN Motol, V Úvalu 84, Praha 5



datum	Podpis	datum	Podpis	datum	Podpis	datum	Podpis	datum	Podpis	datum	Podpis
10. 10. 2019											

6. PORUCHA VYPRAZDŇOVÁNÍ <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> inkontinence stolice <input type="checkbox"/> inkontinence moči											
Cíl: Bez poruchy vyprazdňování											
Zaznamenejte frekvenci stolic											
Tekutiny při deficitu aktivně nabízejte, doporučte vhodný jídelníček											
Věnujte pozornost kůže v perianální oblasti											
Zajistěte pomůcky pro inkontinenci, edukujte pacienta o jejich používání											
7. <input type="checkbox"/> NAUZEJA <input type="checkbox"/> ZVRACENÍ											
Cíl: Nausea/zvracení eliminováno											
Zajistěte vhodnou polohu, prevence aspirace											
Informujte pacienta/doprovod/návštěvy o dietním opatření											
Dokumentujte frekvenci											
8. PORANĚNÍ, riziko vzniku											
Cíl: Nedojde k poranění, úrazu pacienta											
Vyhodnoťte míru rizika poranění a zaznamenejte	X										
Zajistěte pomůcky ke zvýšení bezpečnosti (např. vhodná obuv)	X										
Edukujte pacienta/rodinu/návštěvy	X										
Upravte prostředí (např. postranice, funkční zvonek, funkční brady)	X										
Zvyšte dohled nad pacientem	X										
9. PORUCHA KOŽNÍ INTEGRITY, riziko vzniku											
Cíl: Nedojde k poruše kožní integrity											
Hodnoťte stupeň rizika – Norton skóre	X										
Polohujte pacienta a dokumentujte (polohu, čas)	X										
10. PRŮCHODNOST DÝCHACÍCH CEST zhoršená, riziko											
Cíl: Bez poruch průchodnosti											
Sledujte příznaky respirační tísně (neklid)											
Dle potřeby pacienta odsávejte											
Uložte pacienta do vhodné polohy											
Edukujte pacienta o nutnosti vykašlávat											

Alena STANKOVÁ

Věc: souhlas s použitím formulářů studentkou 3. LF UK

Souhlasím s použitím formulářů FN Motol:

- ošetřovatelská anamnéza
- plán péče
- nutriční skóre
- riziko pádu
- edukační záznam

Tyto by byly použity při zpracování bakalářské práce studentky Aleny Stankeové, 3. ročník, obor – všeobecná sestra.

Dokumentace nebude nijak kopírována ani šířena mimo rámec bakalářské práce.



Podpis studentky

Souhlas vydávám na základě žádosti studentky 3. LF UK Aleny Stankeové.

IČP 05 002 167	FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLU 150 06 Praha 5 - Motol, V Ústřední CHIRURGICKÁ KLINIKA Přednosta: Prof. MUDr. J. Macháček tel.: 224 434 101 fax: 224 434 102 e-mail: 801.IČO: 0024263 IČO: 0024263
-------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Vrchní sestra
Chirurgická klinika
FN v Motole

dr. Růžena MACHÁČKOVÁ



V Praze, dne 17.4.2012