

Univerzita Karlova v Praze
3.lékařská fakulta

Ústav pro lékařskou etiku a ošetřovatelství

Bakalářská práce

Ošetřování nemocného
s dg. divertikulitis

Případová studie

Květen 2006

Formánková Libuše
Bc. studium: Ošetřovatelství
Všeobecná sestra

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně. Použitou literaturu uvádím v seznamu odborné literatury na konci práce.

Ráda bych poděkovala PhDr. Radomile Drozdové, MUDr. Miloši Volemanovi
a doc. MUDr. Jiřímu Šimkovi, CSc. za pomoc při vypracování této práce.

OBSAH

1	Úvod	5
2	Klinická část	6
	2.1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva.....	6
	2.2 Divertikulární choroba tlustého střeva.....	9
3	Údaje o nemocném	13
	3.1 Osobní údaje.....	13
	3.2 Lékařská anamnéza a diagnózy.....	13
	3.3 Průběh hospitalizace.....	14
	3.4 Poučení pacienta při přijetí.....	14
	3.5 Souhrn provedených dg. vyšetření.....	15
	3.5.1 Předoperační vyšetření.....	15
	3.5.2 Vyšetření při přijetí, poučení.....	16
	3.5.3 Pooperační vyšetření.....	16
	3.6 Léčebná opatření.....	17
	3.6.1 Předoperační léčba.....	17
	3.6.2 Operace.....	17
	3.6.3 Pooperační léčba.....	18
	3.7 Farmakoterapie.....	21
4	Ošetrovatelská část	24
	4.1 Teorie ošetrovatelského procesu.....	24
	4.2 Model Marjory Gordonové.....	25
	4.3 Ošetrovatelská anamnéza.....	26
	4.4 Ošetrovatelské diagnózy stanovené k 2. pooperačnímu dni ..	29
	4.5 Krátkodobý ošetrovatelský plán, realizace a hodnocení.....	30
	4.6 Průběh hospitalizace.....	35
	4.7 Psychologická a sociální část ..	37
	4.8 Edukace pacienta.....	40
5	Závěr	42
6	Seznam odborné literatury	43
7	Seznam použitých zkratk	45
8	Seznam příloh	45
9	Přílohy	

1 ÚVOD

Cílem práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče nemocného Z.K., který byl přijat 14. 12. 2005 na chirurgické oddělení k plánované operaci tlustého střeva pro přetrvávající bolesti podbřišku vlevo v důsledku recidivujících divertikulitid. U pacienta došlo k postdivertikulární deformující stenóze sigmatu. Následující den byl Z.K. operován a vzhledem k možnému riziku komplikací převezen na chirurgickou JIP. Na standardní oddělení byl přeložen pátý pooperační den a desátý pooperační den byl propuštěn z nemocnice domů. Pooperační stav probíhal bez komplikací.

Obsah práce

Klinická část popisuje anatomii a fyziologii tlustého střeva, patofyziologický obraz nemoci, vyšetřovací metody vedoucí k diagnostice onemocnění a prognózu onemocnění.

V ošetrovatelské části je popsána metoda ošetrovatelského procesu. Sběr informací a hodnocení nemocného vychází z modelu Funkčního zdraví M. Gordonové. Informace o nemocném jsou zaznamenány do formulářů zpracovaných pro potřeby výuky. Analýzou informací ze zdravotní dokumentace, informací získaných od pacienta, od rodinných příslušníků a od ostatních členů týmu, jsou stanoveny aktuální a potenciální ošetrovatelské problémy (ošetrovatelské diagnózy). Vzhledem k omezenému rozsahu práce je uvedena podrobně zpracovaná ošetrovatelská péče dle stanovených diagnóz pouze k jednomu dni. Stručně je dále uveden průběh ošetřování, léčba a stav pacienta po další dny pobytu v nemocnici.

Součástí práce je kapitola zabývající se stavem a terapií sledovaného pacienta, kapitola věnovaná psychologické problematice pacienta a kapitola o edukaci pacienta. Vše uzavírá seznam zkratk, seznam odborné literatury, seznam příloh a přílohy.

2 Klinická část

2.1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva

Tlusté střevo člověka (colon, intestinum crassum) je dlouhé 1,2 – 1,5 m. Počíná slepým rozšířením (caecum) v pravé jámě kyčelní, pokračuje vzestupnou částí (colon ascendens), příčnou částí (colon transversum), sestupnou částí (colon descendens) a esovitou kličkou (colon sigmoideum). Pro techniku chirurgických výkonů mají význam dvě ohbí – vpravo jaterní (flexura hepatica) a vlevo slezinné (flexura lienalis). Terminální část tlustého střeva se nazývá konečník (rectum). Tlusté střevo je uloženo intraperitoneálně (caecum, colon transversum a sigmoideum), colon ascendens a descendens jsou uloženy z části retroperitoneálně.

Z chirurgického hlediska je problematika onemocnění konečníku relativně samostatná.

Stěnu tlustého střeva tvoří:

- Vnitřní vrstva: sliznice – *mukóza*
produkuje velké množství hlenu (mucinu). Mucin chrání vnitřní povrch trávicí trubice. Epitel kryjící sliznici se obměňuje jednou za 4 až 5 dní.
- Podslizniční vrstva: *submukóza*
obsahuje krevní cévy, nervovou pletěň (plexus submucosus Meissneri) a žlázky odpovědné za sekreci trávicích enzymů.
- Vnitřní vrstva svaloviny: *svalovina cirkulární*
zodpovídá za místní pohyby trávicí trubice.
- Vnější vrstva svaloviny: *svalovina podélná*
je zodpovědná za peristaltické pohyby.

- *Serózní blána* (v dutině břišní peritoneum)

Mezi vnitřní a vnější vrstvou svaloviny je druhá nervová pleteň (plexus myentericus Auerbachí).

Tlusté střevo má, podobně jako tenké střevo, mezokolon (závěs), kterým ke střevu přistupují krevní a mízní cévy. Krevní zásobení tlustého střeva je z arteria mesenterica superior (její větve a.ileocolica, a.colica dextra a a.colica media) a arteria mesenterica inferior (větve a.colica sinistra, aa.sigmoideae a a.rectalis superior), jejichž větve mezi sebou vytvářejí spojení tzv. anastomosis magna Halleri v oblasti slezinného ohbí. Jednotlivé větve hlavních artérií zásobujících střevo mezi sebou vytvářejí arkády. Žilní odtok zajišťují stejnojmenné žíly ústící do vena mesenterica superior a vena mesenterica inferior. Lymfatickou drenáž tlustého střeva tvoří lymfatické cévy a uzliny vytvářející skupiny (uzliny epikolické, parakolické, mesokolické, v radixu mesenteria a paraaortální). Cévní a lymfatické zásobení je rozhodující pro stanovení rozsahu operačních výkonů na tlustém střevu.

Hlavní funkce tlustého střeva je vstřebávání iontů a vody, skladování zbytků chymu, tvorba a vylučování formované stolice. V colon se netvoří trávicí šťáva, ale produkuje se zde, jako ve všech ostatních částech trávicí trubice vazký hlen, který chrání stěnu tlustého střeva před poškozením a pomáhá tvořit formovanou stolici. Jako v celém trávicím systému se pohyby tlustého střeva dělí na místní (mísící) a celkové (peristaltické).

Do tračníku (colon) prochází trávenina ileocekálním svěračem (4 cm dlouhý), který brání překotnému vyprázdnění tenkého střeva a současně návratu tráveniny. Funkci rezervoáru zajišťuje cékum (slepé střevo) a colon ascendens. Střevní obsah zde pomocí antiperistaltiky cirkuluje a přitom se zahušťuje.

V colon transversum se dále vstřebává voda s elektrolyty, střevní obsah houstne. Funkci převážně uskladňovací má colon descendens. Stolice se zde hromadí až do doby předcházející defekaci.

Tlak 2,5 až 5,5 kPa vyvolá pocit nucení na stolicí. Po zvýšení tlaku na 5,5 až 6,5 kPa (asi 50 torrů) vzniká defekační reflex. Dva sfinktery (svěrače) brání samovolnému odchodu stolice. Vnitřní svěrač je z hladké svaloviny, vůlí neovlivnitelný. Zevní svěrač z příčně pruhované svaloviny je vůlí ovlivnitelný. Svěrače při defekačním reflexu ochabují a zapojují se břišní svaly a bránice. Kontrakce se účastní i hrudní svaly při inspiriu (nádechu). Denně se vyloučí 100 až 300 g stolice v závislosti na charakteru stravy.

Vyprázdnění stolice je výsledkem souhry CNS a řady reflexů vedoucích k relaxaci svěračů, kontrakci hladké svaloviny konečníku a zvýšení nitrobřišního tlaku kontrakcí břišních svalů.

Tlusté střevo na rozdíl od tenkého střeva má bohatou bakteriální flóru. Činností bakterií vznikají vitaminy, především K, ale také thiamin (B1) a riboflavin (B2). Dále zde vznikají střevní plyny složené z CO₂, vodíku, sirovodíku a metanu.

Tlusté střevo a konečník nejsou pro život nezbytné a je možné je chirurgicky odstranit.

2.2 Divertikulární choroba tlustého střeva

Jako divertikulární choroba tlustého střeva (dále DChTS) jsou označovány stavy, jejichž společným jmenovatelem je střevní divertikl. Termínem divertikl obecně označujeme vrozené či získané vychlípení dutého orgánu (např. stěny jícnu, střeva, močového měchýře). Výchlipky stěny tračníku mohou mít velikost od několika milimetrů do 2 centimetrů, jen zřídka jsou větší.

Vrozené divertikly (pravé) mají stěnu se všemi střevními vrstvami. Jsou méně časté a většinou se vyskytují v pravém tračníku. Získané divertikly (nepravé) jsou častější, jejich stěnu tvoří pouze sliznice, která roztlačuje střevní svalovinu a vyklenuje serózu. Tyto divertikly nemají vyprazdňovací schopnost. Jejich krčky bývají obklopeny zesílenou cirkulární svalovinou, obsah divertiklů se nesnadno vyprazdňuje a spíše se postupně zahušťuje. Divertikly mohou postihnout celé střevo. Nejčastější lokalizací je esovitá klička (80 – 95 %) a sestupný tračník. Asi 30 % naší populace ve věku 40 - 60 let trpí DChTS a přibližně až 60 % lidí starších šedesáti let.

Příčina choroby

Jednoznačná příčina není známá. DChTS zřejmě vyvolává dlouhodobě zvýšený intraluminární tlak způsobený hypertonií svaloviny střevní. Ve střevě je nedostatečně objemná náplň zapříčiněná konzumací stravy s malým obsahem zbytků (především vlákniny), což způsobuje takzvané usilovné kontrakce naprázdno. Proto dochází ke zvýšení tlaku a následně k prolapsu divertiklů střevní stěnou. K význačnému nárůstu onemocnění dochází od dvacátých let tohoto století, kdy se zavedlo vymílání mouky. V naší stravě převládá takzvaná potrava civilizovaného světa, která se vyznačuje nedostatečným příjmem potravin s dostatečným množstvím vlákniny.

Klinický obraz

Příznaky závisí na rázu postižení. Prostá nekomplikovaná divertikulóza nemusí působit potíže. Pouze 10 – 20 % lidí má obtíže, které odpovídají dráždivému tračníku (nepravidelnou stolicí se sklonem k zácpě, zvýšenou plynatostí, pocitem plnosti či bolesti břicha, zejména v levém kvadrantu).

Komplikace

Lze je dělit na zánětlivé a krvácivé.

Zánětlivá komplikace - **divertikulitida** vzniká nejspíše infekcí ze stázy stolice v divertiklu. Stolica se nemůže úzkým krčkem vyprázdnit a tlakem vznikne v divertiklu dekubitální nekróza. Zánět se v této fázi projevuje bolestmi břicha (typicky levého hypogastria), někdy zástavou odchodu stolice a větrů, zvýšenou teplotou a tachykardií. Laboratorně se odhalí leukocytóza, zvýšené hodnoty CRP a FW. (Někdy se o klinických příznacích divertikulitidy hovoří jako o „levostranné appendicitidě“). Přestupem zánětu do okolí vznikne perikolický infiltrát, který je dobře prokazatelný palpací. Dojde-li ke zkolikvování infiltrátu, vznikne para (peri)kolický absces. Tento se může vyprázdnit do střevního lumen, ale také za nepříznivých okolností perforovat do volné břišní dutiny. Při perforaci divertiklu vznikne ohraničená či difúzní peritonitida, vylíje-li se střevní obsah do břicha vznikne sterkorální (fekální) peritonitida s vysokou úmrtností (30 – 70 %). Provalí-li se absces do některého z okolních orgánů (např. močový měchýř, kůže, vagina, tenké či tlusté střevo), vytvoří se píštěl, která může perzistovat. Pokud se záněty často opakují, střevní stěna se hojí fibrózní jizvou, což vede k zužování střevního lumen a k vytvoření stenózy. Je velmi obtížné tento stav odlišit od karcinomu.

Krvácení se zpravidla dělí do dvou kategorií. Z drobného, ale vytrvalého krvácení vznikají chronické krevní ztráty, které vedou k chronické anemizaci.

Náhlá masivní krevní ztráta se projeví enterorhagií tekuté krve a koagul. Může přivést nemocného rychle do šokového stavu. Diferenciálně diagnosticky připadá v úvahu krvácení při nádoru tlustého střeva či angiektáziích (rozšířené cévy).

Diagnostika

Kromě anamnézy a klinického vyšetření se uplatňuje řada dalších vyšetření DChTS. Suverénní metodou při zjišťování choroby je irrigografie (rentgenové vyšetření tlustého střeva po podání kontrastní látky nálevem do konečníku). Znázorní predivertikulární stádium i typické divertikly různých velikostí, tvarů a uložení. Zánětlivé změny lze prokázat až v pozdějším stadiu. Prokáže i střevní stenózu a únik kontrastní látky do abscesu nebo do píštěle. Při podezření na eventuální komplikaci (divertikulitida, krvácení) se doporučuje použití spíše vodné kontrastní látky (jodové) před baryovým kontrastním nálevem, i když je toto vyšetření méně průkazné.

Neinvazivní vyšetřovací metody (ultrasonografie a CT), se dobře osvědčily hlavně při diagnostice zánětlivých komplikací. Navíc tyto metody umožňují přímé sledování vodiče při eventuální perkutánní punkci a drenáži perikolického abscesu.

Koloskopie má v diagnostice menší význam. Uplatňuje se především při zjišťování krvácení (divertikly, angiektazie), pomáhá vyloučit Crohnovu chorobu, ulcerózní kolitidu a zejména nádor tlustého střeva.

Diferenciálně diagnosticky je třeba odlišit DChTS od jiných afekcí tlustého střeva, především od karcinomu, Crohnovy choroby, ulcerózní kolitidy a z mimostřevních chorob hlavně od adnexitidy a renální koliky.

Léčba

Nekomplikovaná DChTS se léčí konzervativně. Léčba spočívá v upravení dietního režimu. Pacientovi se doporučí, aby přijímal dostatečné množství tekutin, zvýšil příjem zeleniny, omezil nadýmavé potraviny (cibule, ředkvička, kapusta, kedlubna, aj.) a stravu doplnil o nevstřebatelnou vlákninu, například o pšeničné otruby.

U divertikulitidy je nutná hospitalizace. Podává se chemicky definovaná strava per os, popřípadě parenterální výživa, spazmolytika a antibiotika. Antibiotika se však podávají až po poradě s chirurgem. Chirurg tak může posoudit stav nezastřený léčbou a rozhodnout se o vhodnosti léčby či operace.

Absolutní indikací k chirurgické léčbě je perforace, ileus při zánětlivé stenóze, nemožnost odlišení od karcinomu a vznik píštěle. Relativní indikací jsou obtíže při řádné konzervativní léčbě, recidivující divertikulitidy či časté krvácení.

Opakované divertikulitidy, střevní stenózy a píštěle se řeší elektivní operací. Profúzní krvácení, peritonitidy a ileózní stavy se operují urgentně.

Elektivní operace spočívá v resekci postiženého úseku střeva a anastomóze zdravého střeva s rektum. Při urgentní operaci nebývá primární anastomóza vždy vhodná, a proto výkon končí dočasnou kolostomií a zpravidla slepým uzavřením rekta (Hartmannova operace). Později lze provést rekonstrukci k obnově normální střevní pasáže. Kolomyotomie (ke snížení intraluminárního tlaku) se provádí spíše výjimečně.

Prognóza

Závisí na druhu komplikací. 85 % nemocných je u nekomplikované DChTS při užívání zbytkové stravy bez potíží. Při opakovaných projevech divertikulitid a jejich komplikací je třeba chirurgická operace ve 20 – 30% případů. Okolo 10 % nemocných na komplikace umírá.

3 Údaje o nemocném

3.1 Osobní údaje

Jméno: Z.K.

Rok narození: 28. 3. 1937 (69 let)

Pohlaví: Muž

Národnost: Česká

Místo bydliště: Praha 9

Rodinný stav: Ženatý

Povolání: Zámečnick (důchodce)

Datum příjmu: 14. 12. 2005

Oddělení: Chirurgické oddělení, Chirurgické JIP od 15. 12. 2005

Osoba, kterou lze kontaktovat: Manželka

Pojišťovna: Všeobecná (111)

Náboženství: Bez vyznání

3.2 Lékařská anamnéza a diagnózy

(údaje jsem získala z chorobopisu)

OA: Hypertenze, prodělal běžná dětská onemocnění

FA: Při TK více než 150/100 mmHg podat 0,5mg Gopten 1 x denně 1 tbl.

AA: Pacient neudává žádnou alergii

SA: Žije s manželkou v rodinném domě v Praze. Nekouří, alkohol pije pouze příležitostně

Dříve pracoval jako zámečnick, nyní je v důchodu

RA: Otec zemřel na karcinom prostaty

NO: Recidivující divertikulitidy sigmoidea včetně abscesu. Divertikly jsou dle irrigografie na esovité kličce tračníku. Delší dobu pacient nesouhlasil s operací, ale pro přetrvávající obtíže ve smyslu bolestivosti v podbříšku vlevo, byl přijat k elektivní operaci – resekci sigmatu.

Důvod přijetí: Léčebný, plánovaná operace

Diagnóza při přijetí: Divertikulitis sigmoidea

Ostatní lékařské diagnózy: Hypertenze

3.3 Průběh hospitalizace

Pacient byl přijat 14. 12. 2005 na chirurgické oddělení k plánované elektivní operaci esovité kličky tlustého střeva. Následující den se podrobil operaci. Vzhledem k možnému vzniku pooperačních komplikací došlo k převozu nemocného na chirurgický JIP. Pátý pooperační den byl přeložen na standardní chirurgické oddělení.

3.4 Poučení pacienta při přijetí

Pacient podepsal:

- Souhlas s hospitalizací
- Informovaný souhlas s anestézií
- Informovaný souhlas s operací

Byl srozuměn s tím, že případně nepříznivého nálezu v dutině břišní není vyloučena nutnost dočasného vývodu střevního.

Účelem výkonu je v celkové narkóze na operačním sále odstranit postižený úsek střeva.

Rizika výkonu jsou krvácivé a zánětlivé nitrobřišní komplikace, infekce močových cest, pooperační plicní embolie a porucha střevní spojky.

Pracovní neschopnost: cca 1. měsíc

3.5 Souhrn provedených dg. vyšetření

3.5.1 Předoperační vyšetření

7. 12. 2005 Pacient je kardiopulmonálně kompenzovaný. Nutná kontrola tlaku a prevence TEN (miniheparinizace). Při TK více než 150/100 mmHg podat Gopten 0,5 mg 1x denně. Hlava a krk – nález přiměřený věku. Hrudník je symetrický, břicho měkké a prohmatné. Mírné bolesti v L podbříšku.

Akce srdeční pravidelná, dýchání čisté. Je schopen operace i anestézie.

RTG S + P: L hilus prominuje cévní složkou, jinak bez zřetelného patologického nálezu na nitrohručních orgánech.

Hematologické vyšetření

KO: všechny výsledky v normě

FW: 5/10

DUKE (krvácivost): 1 min. a 30 s.

Quick test: 13,3 s. (11–15s.)

Quick test INR: 0,98 s. (0,80 – 1,20)

APTT R: 1,04 (0,80 – 1,20)

APTT: 32,1 s. (26 – 40s.)

Sérologické vyšetření

BWR: negativní

Biochemické vyšetření

S, P ionty (Na, K, Cl, Ca): v normě

S, P bílkoviny (celková bílkovina, CRP): v normě

S, P enzymy (AST, ALT, ALP, GMT, amyláza): v normě

Glykémie: v normě (4,8 mmol / l)

3.5.2 *Vyšetření při přijetí, poučení*

- **Sérologie:** BWR
- **Hematologie:** DUKE, INR, APTT, KO+diferenciál, KS+Rh faktor
- **Biochemie:** urea, kreatinin, ionty (Na, K, Cl, Ca), amyláza, glykémie
- **Biochemie:** moč + sediment
- EKG
- RTG srdce + plic

Všechny výsledky vyšetření jsou v normě.

Pacient byl poučen, že 7 dní před přijetím do nemocnice nemá užívat Warfarin (antikoagulancia), Anopyrin a Acylpyrin (antiagregancia). Neholí si doma operační pole.

3.5.3 *Pooperační vyšetření*

Každý den odběr:

- KO
- S, P ionty: Na, K, Cl, Ca
- S, P metabolity: urea, kreatinin
- S, P bílkoviny: Celková bílkovina, CRP

Každý 3. den:

- kultivace + citlivost (sputum, drén, stěr z rány)

3.6 Léčebná opatření

3.6.1 Předoperační léčba

Po přijetí do nemocnice pacient přijímá pouze tekutiny. Je mu podáváno projímadlo Fortrans (4 litry). Navečer mu bylo provedeno očistné klyzma, aplikován Fraxiparin 0,3 ml s.c.(18 hod.), zavedena enterální sonda a periferní kanyla.

Těsně před výkonem se vymočil, byla mu aplikována premedikace a provedeny bandáže DK. Poté již z lůžka nevstával, do převozu na sál byl pod dohledem sestry.

Augmentin 2,4 g i.v. s premedikací

Premedikace:

- na noc Oxazepam 1 tbl.
- ráno 7⁴⁵ Dolsin 50 mg (i.m.), Atropin 0,5 mg (i.m.)

3.6.2 Operace

Operační vložka:

Čas výkonu: 8:30 – 10:15 hod.

Indikace: Deformující stenóza sigmatu postdivertikulární

DG: Divertikulosis et divertikulitis stenisans, adhaesiones pelvis minoris

Provedena resekce postiženého úseku tlustého střeva, kdy byly na stříženém preparátu nalezeny divertikly bez postižení sliznice a založena anastomóza termino terminální ve dvou vrstvách.

ATB profylaxe: Augmentine 2,4 g i.v.

3.6.3 Pooperační léčba (na JIP)

Pooperační dohled v den operace:

- zapisování FF (TK, P, dech, saturace O₂) každou hodinu, FF sledovány průběžně na monitoru
- TT měřena 3 x denně
- pacient má zaveden PMK, každou hodinu sledován P+V, zapisována hodinová diuréza
- kontrola rány (zda neprosakuje sterilní krytí) každou hodinu
- kontrola drénu a nazogastrické sondy, zapisování množství odpadu (sekrece) z drénu a sondy každou 3. hodinu (6 – 9 – 12 – 15 – 18 – 21 – 24 - 3 hod.)
- kontrola správného umístění rektální rourky každou 3. hodinu

(Čas: 18 hod.)

TK: 114/68 mmHg, P: 80/min., Dech: 18/min.

TT: 36,9 °C

Saturace: 98 %

Příjem per os: žádný , intravenózně: viz infuze

Výdej: 1540 ml

NGS: 100 ml (na svod)

Drén: 300 ml (na svod)

Dohled v následujících dnech:

(Pacientovi byla odstraněna rektální rourka, NGS a PMK 1. pooperační den)

- zapisování FF každou 3. hodinu
- TT měřena 3 x denně
- kontrola rány každou 3. hodinu (při zapisování FF)
- zapisování množství odpadu z drénu každou 3. hodinu
- sledování a zapisování P+V každou 3. hodinu

Dieta

První 3 dny po operaci byla nemocnému podávána dieta 0S a do enterální sondy 200 ml Nutrisonu za 24 hod. Čtvrtý pooperační den bylo podávání Nutrisonu enterální sondou ukončeno a pacient začal dostávat dietu č.0 tekutou a pátý den již přijímal dietu č.1 kašovitou.

Analgezie

Analgezie do epidurálu: 20 ml 0,5 % Marcain + Morphin 5 mg do 80 ml FR
Rychlost 5 ml / hod. Třetí pooperační den byl epidurální katétr odstraněn a naordinován: Novalgin 1 amp. / 6 hod. (6 – 12 – 18 – 24 hod.), Tramal při potížích

ATB, infúze a jiné léky

- V den operace: Augmentin 1,2 g.i.v. (16 – 24 – 8 hod., pak ex)
- Infúze:

Clinomel N 4 (2000 ml) + NaCl + KCl (lékař mění množství NaCl a KCl dle výsledků z biochemické laboratoře – vyšetření elektrolytového hospodářství)

Hartman 1/1 500 ml (6 – 12 – 18 hod)

- Paxirasol 1 amp. i.v. (12 – 18 – 6 hod)
- Fraxiparin 0,3 ml s.c. (6 hod)
- Inhalace: Bromhexin (2 ml) + Aqua pro injectione (3 ml) 3 x denně
- Helicid, Anacid při potížích

Ostatní provedená opatření

Denně:

- sterilní převaz operační rány
- převaz břišní spádové drenáže
- odběry krve (viz. 3.5.3 Pooperační vyšetření)
- kontrola epidurálního katétru a periferní kanyly (příznaky infekce)

K + C (stěry budou provedeny 2. pooperační den)

Převaz epidurálního katétru a periferní žilní kanyly 3. pooperační den
(dezinfekce Cutaseptem+sterilní fóliové krytí Tegaderm)

Periferní kanyla (změna umístění 7. pooperační den)

Vytaženo (ex):

- 1. pooperační den: rektální rourka, NGS, PMK
- 3. pooperační den: epidurální katétr
- 4. pooperační den: enterální sonda, břišní drén

Rehabilitace

Pohybový režim se řídil stavem nemocného. 1. a 2. pooperační den procvičoval pacient s rehabilitační sestrou dechovou rehabilitaci a vstávání z lůžka. 3. pooperační den došlo k nácviku chůze po pokoji s doprovodem a od 4. dne i po chodbě.

Pacientovi se obnovila pasáž plynů 3. den po operaci a první stolici měl 5. pooperační den. Drén byl odstraněn 4. pooperační den. Hojení rány probíhalo bez komplikací.

3.7 Farmakoterapie

Marcaïne 0,5% inj.

IS: lokální anestetikum

I: různé techniky regionální anestezie (např. infiltrační anestezie, menší a větší nervové blokády, epidurální blokáda a artroskopie)

Nežádoucí účinky: při předávkování lze pozorovat toxické příznaky ze strany CNS, nověji je zdůrazňována toxicita vůči myokardu (ve srovnání s lidocainem je sice 4 x účinnější, avšak zároveň 17 x toxičtější zejména vůči buňkám převodního systému)

Morphin inj.

IS: analgetika – anodyna

I: tlumení silných bolestí, AIM, pulmonální edém, premedikace před anestézií

Nežádoucí účinky: nauzea, zvracení, zácpa, útlum dechového centra, ospalost, hypotenze, sucho v ústech, tachykardie, palpitace, pocení, mióza, alergické kožní reakce

Tramal inj.

IS: analgetika – anodyna

I: tlumení středně silných až silných akutních i chronických bolestí různého původu

Nežádoucí účinky: nauzea, zvracení, útlum, závratě, sucho v ústech, pocení, riziko vzniku závislosti

Novalgin inj.

IS: analgetikum – antipyretikum

I: přípravek se užívá při silné akutní nebo chronické bolesti poraněných tkání (úraz, operace), při bolesti hlavy, bolesti zubů, při nádorových onemocnění a při dalších bolestivých stavech, jako například bolest kloubů

Nežádoucí účinky: nauzea, zvracení, alergické kožní reakce

Augmentin inj.

IS: antibiotika, virostatika

I: Je indikován pro krátkodobou léčbu bakteriálních infekcí, které jsou vyvolány mikroorganismy citlivými na Augmentin – např. infekce horních dýchacích cest, dále se podává profylakticky při rozsáhlých chirurgických zákrocích, u nichž existuje riziko infekce např. v gastrointestinální, kardiální či renální oblasti.

Nežádoucí účinky: nauzea, zvracení, průjem, alergické kožní reakce, anafylaktický šok, pseudomembranózní kolitida

Fraxiparin inj.

IS: antikoagulancia

I: prevence TEN v perioperačním období, zejména v oblasti ortopedie a všeobecné chirurgie

Nežádoucí účinky: podkožní krvácení v místě aplikace, nelze zcela vyloučit riziko trombocytopenie

Paxirasol inj.

IS: mukolytikum a expektorans

I: nemoci dýchacích cest spojené s poruchou tvorby a evakuace sekretu

Nežádoucí účinky: ojediněle gastrointestinální potíže, po delším podávání vede k nadměrné stimulaci pohárkových buněk s jejich následnou atrofií

Helicid, anacid

IS: antiulcerózní látky

Helicid cps. – inhibitory vodíkové pumpy

Anacid susp. - antacida

I: při žaludeční a duodenální vředové chorobě, funkční gastropatie, dráždivý žaludek, žaludeční obtíže a prevence jejich vzniku

Nežádoucí účinky: zřídka nauzea, průjem, bolesti hlavy, alergické kožní reakce

Clinomel N 4

I: parenterální výživa (vak „All in One“) obsahující jednotlivé složky živin např. glukózu, aminokyseliny a tuky

Nutrison

I: enterální výživa

Hartmann 1/1

I: alternativa fyziologického roztoku, nosný roztok pro léčiva

Nežádoucí účinky: nejsou při obvyklém dávkování uváděny

4 Ošetrovatelská část

O pana Z.K. jsem pečovala na chirurgickém pooperačním oddělení (JIP). Při hodnocení nemocného je použit model Funkčního zdraví Marjory Gordonové. Vzhledem k omezenému rozsahu práce uvádím zpracované ošetrovatelské diagnózy pouze ke 2. pooperačnímu dni. Dále se ve zkratce zabývám průběhem ošetřování, léčbou a stavem pacienta po další dny pobytu v nemocnici.

4.1 Teorie ošetrovatelského procesu

Teorie ošetrovatelského procesu pronikla do Evropy na konci 60. let z USA. Střednědobý program WHO pro rozvoj ošetrovatelství v Evropě charakterizuje ošetrovatelský proces jako soubor specifických ošetrovatelských zákroků v péči o zdraví jednotlivce, rodin anebo celých komunit.(5) Sestra zhodnotí zdravotní stav pacienta, ve spolupráci s ním stanoví cíle, určí priority a navrhne potřebnou péči. Ošetrovatelskou péči poskytuje buď přímo, nebo zprostředkovaně. Následně zhodnotí účinnost ošetrovatelské péče.

Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je systematická racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Skládá se z pěti fází. Jednotlivé fáze se vzájemně prolínají:

1. fáze – zhodnocení nemocného pomocí rozhovoru, pozorování, testování, měření
2. fáze – stanovení ošetrovatelských potřeb, problémů a diagnóz
3. fáze – plánování ošetrovatelské péče, stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů ošetrovatelské péče, návrh vhodných opatření pro jejich dosažení, dohoda s nemocným o pořadí naléhavosti jejich provedení
4. fáze – realizace, uplatnění plánovaných ošetrovatelských zásahů na pomoc pacientovi při dosahování jeho cílů
5. fáze – vyhodnocení, objektivní změření účinku péče, zhodnocení fyzického a psychického komfortu nemocného (5)

4.2 Model Marjory Gordonové

V práci je použit model Funkčního zdraví Marjory Gordonové. Tento model je z hlediska holistické filozofie to nejkompexnější pojetí člověka v ošetrovatelství, které bylo zatím vytvořeno. Sestra může kvalifikovaně zhodnotit zdravotní stav jak zdravého, tak i nemocného člověka. Zdravotní stav pacienta může být funkční či dysfunkční a při použití tohoto modelu sestra získá komplexní informace k sestavení ošetrovatelské anamnézy, pak stanoví aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy a může efektivně naplánovat i realizovat svoji péči. (9)

Základní strukturu tohoto modelu tvoří celkem dvanáct oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu člověka:

- Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví
- Výživa a metabolismus
- Vylučování
- Aktivita, cvičení
- Spánek, odpočinek
- Vnímání, poznávání
- Sebekoncepce, sebeúcta
- Plnění rolí, mezilidské vztahy
- Sexualita, reprodukční schopnost
- Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance
- Víra, přesvědčení, životní hodnoty
- Jiné (zde je možné zařadit důležité informace, které nejsou obsaženy v předchozích oblastech)

4.3 Ošetřovatelská anamnéza

Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Pacient měl poslední dobou časté bolesti břicha. Doktoři mu navrhovali situaci řešit elektivní operací – resekcí sigmatu. Pan Z.K. operaci dlouho odmítal, ale pro stále se opakující bolesti nakonec souhlasil. Kromě bolesti břicha ho nic jiného netrápilo. Nekouří, alkohol pije jen příležitostně.

Aktivně nesportuje, ale chodí na procházky. Snaží si udržet stávající tělesnou váhu a kondici. Uvědomuje si, že se nestravuje zcela dle zásad správné výživy, což je rizikovým faktorem pro vznik této choroby.

Po operaci se cítí zesláblý, většinu dne prospí. Bolest nepocítuje, dostává analgezii do epidurálního katétru.

Výživa a metabolismus

Nejraději obědvá vepřové maso a knedlíky. Těstoviny, rýže, ovoce či zelenina se v jeho jídelníčku vyskytuje zřídka. Přijímá dostatečné množství tekutin okolo 2 litrů denně.

Jeho výška je 180 cm, váží 82 kg. BMI: 25,31 v normě. Hmotnost se v poslední době nezměnila. Kůže není defektní. Chrup má vlastní, pravidelně navštěvuje zubního lékaře. Prozatím má dietu 0S, dostává parenterální i enterální výživu.

Vylučování

Doma neměl žádné problémy při vylučování moči či stolice. Den po operaci mu byl odstraněn PMK, po jeho vytažení moči spontánně bez potíží. U lůžka má podložní mísu a močovou láhev.

Aktivita a cvičení

Pan Z.K. aktivně nesportuje, ale chodí denně na procházky. Snaží si udržet tělesnou váhu. Rád pracuje na zahradě.

Po operaci se cítí slabý, ale jeho fyzická kondice se den ode dne zlepšuje. První pooperační den s rehabilitační sestrou provádí dechovou gymnastiku a nacvičuje správné vstávání z lůžka. Při hygieně potřebuje prozatím pomoc, protože je po operaci zesláblý.

Spánek a odpočinek

Doma mu stačí 6 hodin spánku, aby se cítil odpočatý. Okolo 5. hodiny ranní vstává.

Zde většinu dne prospí, protože je po operaci zesláblý.

Vnímání a poznávání

Pacient udává potíže se sluchem. Na pravé ucho téměř neslyší. Naslouchadlo nenosí, přestože ho vlastní, neboť mu prý v uchu překáží. Je krátkozraký, brýle má s sebou.

Sebekoncepce a sebeúcta

Nemocný měl strach, že mu bude provedena kolostomie. Po ujištění, že tomu tak není, se mu ulevilo. Je si však vědom toho, že se choroba může vrátit a stomii lze dodatečně provést.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Bydlí v rodinném domě s manželkou. Má dvě dospělé děti, které již založily rodiny. Nejsou příliš vzdáleni místu bydliště svých rodičů. Pravidelně se vzájemně navštěvují. Pan Z.K. je již třikrát dědečkem a další vnouče se brzy narodí. Moc se na něj těší. Po odchodu do důchodu se věnuje svým koníčkům (práci na zahradě, chování domácích zvířat, rybaření) a těší se z vnoučat.

Sexualita a reprodukční schopnost

S ohledem na věk a situaci pacienta jsem uznala za vhodné se o tomto tématu nezmiňovat.

Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Pacient delší dobu trpěl bolestí břicha a z operace, kterou mu lékaři navrhovali, měl strach. Báł se, že nedopadne dobře. Při rozhodování zda zákrok podstoupí či ne, mu pomohla jeho žena, která stála v této těžké situaci při něm. Přiměla ho zákrok podstoupit, byla mu oporou. Po operaci se ihned informovala u lékaře na manželův zdravotní stav a nechala ho pozdravovat.

Pan Z.K. se v nemocničním prostředí necítí dobře. Nechápe, proč je na samostatném pokoji, má strach, že zemře.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Nevyznává žádnou víru. Momentálně je jeho cílem se co nejdříve uzdravit, věnovat se znovu svým zálibám a rodině.

4.4 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

stanovené k 2. pooperačnímu dni

Aktuální:

1. Ztížená komunikace z důvodu smyslové poruchy (snížená kvalita sluchu nemocného)
2. Strach z neznámého prostředí z důvodu hospitalizace
3. Deficit soběstačnosti při hygieně z důvodu pooperačního stavu
4. Snížená samočisticí schopnost dutiny ústní v důsledku výživy parenterální cestou

Potencionální:

5. Potenciální riziko vzniku bolesti v místě operační rány z důvodu provedeného operačního zákroku
6. Potenciální riziko krvácení z operační rány z důvodu provedeného operačního zákroku
7. Potenciální riziko vzniku infekce operační rány, zavedené periferní žilní kanyly, epidurálního katétru a břišního drénu z důvodu nedodržování zásad asepse
8. Potenciální riziko vzniku dekubitu sliznice nosní z důvodu tlaku zavedené enterální sondy
9. Potenciální riziko vzniku tromboembolické nemoci z důvodu omezené pohyblivosti pacienta po operaci
10. Potenciální riziko vzniku poruchy vyprazdňování stolice z důvodu provedeného operačního výkonu (resekce sigmatu)

4.5 Krátkodobý ošetrovatelský plán

Plán je stanoven na dobu 24 hodin, byl podrobně vypracován na 2. pooperační den.

Diagnóza č.1

Ztížená komunikace z důvodu smyslové poruchy (snížená kvalita sluchu nemocného na pravé ucho)

Cíl: Zajistit efektivní komunikaci s pacientem během pobytu na oddělení

Plán: Při komunikaci s pacientem mluvit nahlas, srozumitelně a z levé strany

Realizace: Při každém rozhovoru s pacientem bylo mluveno nahlas, pomalu, srozumitelně a přistupovalo se k němu z levé strany

Efekt poskytnuté péče: Pacient slyšel a rozuměl všemu, co bylo řečeno

Diagnóza č.2

Strach z neznámého prostředí z důvodu hospitalizace

Cíl: Zmírnit pacientovi obavy

Plán: Komunikovat s pacientem ve 13. hod., informovat ho o léčebném plánu a seznámit s novým prostředím. Poté s ním promluvit o jeho pocitech, zodpovědět dotazy a eventuelně zajistit konzultaci s lékařem.

Realizace: Ve 13. hodin proběhla komunikace s pacientem. Byl informován o léčebném plánu a seznámen s prostředím. Došlo i k diskuzi o pacientových obavách a zodpovězení jeho dotazů.

Efekt poskytnuté péče: Pacient nechápal, proč je na jednolůžkovém boxu, měl strach, že zemře. Po vysvětlení, že na JIP odděleních je více jednolůžkových pokojů, protože po operaci potřebuje nemocný individuální péči a klid, se pan Z.K. zřetelně uklidnil. (podrobněji popsáno viz kapitola 4.7)

Diagnóza č.3

Deficit soběstačnosti při hygieně z důvodu pooperačního stavu

Cíl: Zajistit dostatečnou hygienu pacienta (při ranní a večerní hygieně nebo dle potřeby)

Plán: Je třeba zajistit všechny pomůcky na hygienickou péči k lůžku. Při potřebě pomoci pacientovi s hygienou.

Realizace: Při hygienické péči byly pacientovi k lůžku připraveny všechny pomůcky k celkové hygieně i k hygieně dutiny ústní. Rovněž bylo pacientovi dodáno čisté nemocniční oblečení („anděl“). Následně mu byly sundány obinadla k prevenci tromboembolické nemoci (bandáže), aby se mohl řádně umýt. Prozatím není soběstačný při mytí zad a nohou a vyžaduje jen částečnou pomoc při ostatních hygienických úkonech (např. nanést zubní pastu na kartáček či dolít sklenici s vodou k výplachu dutiny ústní). Při těchto činnostech mu bylo pomozeno. Dále mu byla promazána záda kafrovou mastí a hýždě krémem (Menalind) k prevenci vzniku dekubitů.

Efekt poskytnuté péče: Pacient je s hygienou spokojen, jelikož se na ní sám částečně podílel.

Diagnóza č.4

Snížená samočisticí schopnost dutiny ústní v důsledku výživy parenterální cestou

Cíl ošetrovatelské péče: Pacient nebude obtěžován nepříjemnými pocity v dutině ústní

Plán: Zajistit nemocnému pomůcky pro péči o dutinu ústní - kartáček, zubní pastu, sklenici s vodou, emitní misku a ručník.

Realizace: Pacientovi k lůžku byly dodány pomůcky pro péči o dutinu ústní. Při ranní a večerní hygieně si pacient vyčistil dutinu ústní kartáčkem se zubní pastou. Během dne si vyplachoval ústa vodou. Při potřebě si dutinu ústní čistil častěji.

Efekt poskytnuté péče: Pacient je spokojen s pocitem v dutině ústní

Diagnóza č.5

Potenciální riziko vzniku bolesti v místě operační rány z důvodu provedeného operačního zákroku

Cíl: Včas rozpoznat příznaky nastávající bolesti

Plán: Sledovat psychický stav nemocného při zapisování fyziologických funkcí (každou sudou hodinu), ptát se nemocného na jeho pocity. Informovat ho o způsobu změny polohy na lůžku (komprese rány při otáčení), aby nedocházelo k případným bolestem. Při vzniku bolesti založit záznam sledování bolesti a informovat lékaře o stavu pacienta.

Realizace: Průběžně docházelo ke sledování psychického stavu pacienta. Nemocný byl informován o důležitosti správného způsobu změny polohy na lůžku. Nepocítuje bolest, a proto záznam o sledování bolesti nemusel být založen.

Efekt: Pacient prozatím bolest nepocítuje

Diagnóza č.6

Potenciální riziko krvácení z operační rány z důvodu provedeného operačního zákroku

Cíl: Včas odhalit krvácení rány

Plán ošetrovatelské péče: Kontrolovat prosakování sterilního krytí operační rány při zapisování fyziologických funkcí každou třetí hodinu (6 – 9 – 12 – 15 – 18 – 21 – 24 - 3 hod.), při krvácení informovat lékaře

Realizace: Vždy při zapisování fyziologických funkcí byly pravidelně prováděny kontroly sterilního krytí operační rány

Efekt poskytnuté péče: Rána kontrolována několikrát denně, nekrváčí

Diagnóza č.7

Potenciální riziko vzniku infekce operační rány, zavedené periferní žilní kanyly, epidurálního katétru a břišního drénu z důvodu nedodržování zásad asepse

Cíl: Nemocný nebude ohrožen infekční komplikací

Plán ošetrovatelské péče: Snaha aseptickým postupem zabránit vzniku infekce a rozpoznat místní příznaky infekce. Po ranní hygienické péči provést sterilní převaz rány a břišního drénu (Cutasept + sterilní krytí). Kontrola periferní kanyly a epidurálního katétru, při potřebě bude proveden převaz. Periferní kanyla bude odstraněna 7. pooperační den, dle potřeby bude zavedena nová.

Realizace: Po hygienické péči byla operační rána zkontrolována (zda se neobjevily příznaky infekce) ošetřena a sterilně převázána. Poté došlo ke sterilnímu převazu a kontrole okolí zavedeného břišního drénu. Dále bylo kontrolováno místo zavedené periferní kanyly a epidurálního katétru. Převaz není potřeba. Bude proveden dle standardu oddělení 3. pooperační den.

Efekt poskytnuté péče: Příznaky infekce se neprojeví

Diagnóza č.8

Potenciální riziko vzniku dekubitu sliznice nosní z důvodu tlaku zavedené enterální sondy

Cíl: Zamezení vzniku dekubitu

Plán: Po ranní hygieně provést převaz enterální sondy a změnu jejího místa (mírné posunutí). Je nutná opatrnost, aby nedošlo k nechtěnému vytažení.

Realizace: Po ranní hygieně došlo na převaz enterální sondy. Byla odstraněna náplast, která chránila před jejím vytažením a odmaštěno okolí nosu (tampónem smočeným v lihobenzínu), kde byla náplast fixována. Poté se sonda opatrně posunula (aby nedošlo k otlaku sliznice nosní) a znovu přelepila (fixovala) náplastí.

Efekt poskytnuté péče: Nosní sliznice je bez dekubitu

Diagnóza č.9

Potenciální riziko vzniku tromboembolické nemoci v důsledku omezené pohyblivosti pacienta po operaci

Cíl: Nedojde k tromboembolické nemoci

Plán: Časná mobilizace pacienta. Informovat nemocného o nezbytnosti cvičení DK na lůžku. Sledovat příznaky tromboembolické nemoci. Podávat léky dle ordinace lékaře (Fraxiparin 0,3 ml s.c. v 6.hod.). Bandáže DK.

Realizace: S pacientem cvičila rehabilitační sestra. Během dne byl upozorňován na důležitost samostatného procvičování DK na lůžku. V 6 hodin ráno mu byl aplikován dle ordinace Fraxiparin. Po celý den měl nemocný bandáže dolních končetin, které byly sundány jen při hygienické péči, aby se mohl řádně umýt.

Efekt poskytnuté péče: Pacient si sám procvičuje DK na lůžku, s rehabilitační sestrou probíhá dechová rehabilitace a nácvik vstávání z lůžka. Příznaky tromboembolické nemoci se neobjevily.

Diagnóza č.10

Potenciální riziko vzniku poruchy vyprazdňování stolice z důvodu provedeného operačního výkonu

Cíl: Včas rozpoznat poruchu střevní pasáže

Plán: Zjišťovat u pacienta flatulenci (odchod plynů), všímat si a zapisovat četnost, množství, barvu a příměsi stolice

Realizace: Pacient byl dotazován na flatulenci a na potřebu vyprazdňování stolice

Efekt poskytnuté péče: Nemocnému začínají odcházet plyny, ale prozatím nemá potřebu na stolici.

4.6 Průběh hospitalizace

Některé aktuální ošetrovatelské diagnózy byly vyřešeny, ale jiné nadále přetrvávají. Se změnou zdravotního stavu nemocného dojde ke změnám v terapeutických opatřeních a ošetrovatelských intervencích. Vyvstanou nové problémy, které bude nutné řešit. Úkolem sestry, bude nyní pečovat o klienta při hygienické péči, sledovat příznaky bolesti (ptát se pacienta jak se cítí), krvácení z rány, vzniku infekce (v oblasti operační rány, zavedení periferní žilní kanyly, epidurálního katétru a břišního drénu), změny na sliznici nosní, příznaky tromboembolické nemoci a poruchy ve vyprazdňování.

V operační den u pacienta probíhalo zapisování fyziologických funkcí každou hodinu (stav nemocného byl sledován průběžně) a tělesná teplota měřena třikrát denně. Pacient měl zaveden permanentní močový katétr a každou hodinu se zapisovala diuréza. Dále se sledoval u nemocného příjem a výdej, stav rány a funkčnost břišního drénu. Každou třetí hodinu se zapisovalo množství odpadu z drénu a nasogastrické sondy. První pooperační den byla nemocnému odstraněna rektální rourka, NGS a PMK.

První 3 dny po operaci dostával nemocný dietu 0S a do enterální sondy Nutrison. 4. pooperační den bylo podávání Nutrisonu enterální sondou ukončeno a pacient začal dostávat dietu č.0 tekutou a pátý den již přijímal dietu č.1 kašovitou. Od 7. pooperačního dne dostával dietu č.4 s omezením tuků.

Třetí pooperační den byla ukončena analgezie do epidurálu (epidurální katétr odstraněn), pacient začal pociťovat bolest. Lékař naordinoval 1 amp. Novalginu po šesti hodinách a při potížích Tramal. Byl založen záznam o sledování bolesti.

Pohybový režim se řídil stavem nemocného. První a druhý pooperační den procvičoval pacient s rehabilitační sestrou dechovou rehabilitaci a vstávání z lůžka. Třetí pooperační den došlo k nácviku chůze po pokoji s doprovodem a od čtvrtého dne i po chodbě. Další dny se nemocný pohyboval po oddělení samostatně, bez nutnosti doprovodu.

Třetí pooperační den se nemocnému obnovila pasáž plynů a pátý pooperační den byl již na stolici.

Čtvrtý pooperační den byl odstraněn břišní drén. Sedmý pooperační den mu byla vytažena polovina stehů a desátý den vytažen zbytek stehů z rány.

V komunikaci s pacientem se neobjevily žádné problémy. Hovor probíhal nahlas a z levé strany. Nemocný všem sdělením rozuměl. Povedlo se zmírnit jeho obavy z nemocničního prostředí.

Na standardní oddělení byl přeložen pátý pooperační den. Desátý pooperační den byl nemocný propuštěn z nemocnice do domácího ošetřování.

Pooperační stav probíhal bez komplikací.

4.7 Psychologická a sociální část

Nemoc či vážnější úraz je pro člověka zdrojem svízelných situací. Již sám přechod ze zdraví do nemoci znamená množství nových a neznámých situací, se kterými se obtížně vypořádává. Průběh nemoci je ovlivněn psychickým stavem nemocného, jeho náladou, obavami, znalostmi a neznalostmi o jeho chorobě, osobní charakteristikou, působením rodiny, zdravotnických pracovníků a spolupacientů. Každý nemocný prožívá chorobu odlišně, podle svých individuálních rysů osobnosti i sociální situace, ve které se nachází. V nemocnici dochází k omezení styku s rodinou a přáteli, což pro člověka bývá stresující.

Nedbáme-li u klienta komplexně o biologickou, společenskou i psychickou stránku osobnosti, narušíme jeho vztah k lékařům, sestřám i k ostatnímu zdravotnickému personálu. Takový člověk totiž může mít dojem, že se s ním zachází jako s věcí, nikoho nezajímá co ho trápí. Se svými starostmi je opuštěný a sám. V dnešní době také stále méně dochází k osobnímu kontaktu nemocného se zdravotnickým personálem, zbývá málo času na rozhovor.

Jednou z mnoha potřeb člověka, která je v nemocnici narušena, je i potřeba sociálního kontaktu. Při příchodu do nemocnice se pacientovi může zdát velkou výhodou jednolůžkový pokoj, protože zde má větší soukromí a nemusí se přizpůsobovat ostatním. Při delším pobytu však může být celodenní samota velmi tíživá. Vícelůžkový pokoj sice nemocného omezuje nedostatkem intimity, ale zvyšuje možnost společenských kontaktů. Někdy v nemocničním zařízení dokonce vznikají nová přátelství.

Problematika stomií je velmi závažná. Jedná se o velký zásah do životního stylu nemocného. Pacient si často neumí představit, co pro něj takový výkon znamená a propadá panice. Často neví, jak se má rozhodnout a tak někdy navrhovanou operaci odmítne. Při rozhovoru s lékařem (díky stresu) nemusí nemocný všechny informace o jeho chorobě a nutnosti provedení stomie pochopit, proto je nutno s klidem a rozvahou vše znovu opakovat.

Dále je vhodné, aby se sestra takového rozhovoru zúčastnila a spolupracovala s lékařem na poskytování dalších užitečných informací. Pozornost by měla být věnována také příbuzným, kteří mohou klienta podpořit. Doporučuje se pohovor s odborníkem v oboru psychologie.

Pan Z.K. před hospitalizací vedl klidný život. Přestože je v důchodu, vstával okolo 5. hodiny ranní, chvíli poslouchal rádio a pak šel nakrmit domácí zvířectvo. S manželkou posnídali, popovídali si a potom začali dělat, co bylo třeba. Skoro každý den spolu chodili na procházku a nejvíce se těšili na odpoledne, kdy jim jejich dcera přivede vnuka Tomáška. Byli pyšní na roli prarodičů. Pak však pana Z.K. začaly obtěžovat bolesti podbřišku v důsledku recidivujících divertikulitid. Zašel za lékaři a ti mu doporučili stav řešit operací. Delší dobu pacient s navrhovaným výkonem nesouhlasil, ale pro přetrvávající obtíže nakonec k zákroku svolil. 14. 12. 2005 nastoupil na chirurgické oddělení a následující den byla provedena resekce esovité kličky tračnicku. Dopředu lékař nemocného poučil, že v případě nepříznivého nálezu v dutině břišní, může být přechodně proveden střevní vývod. Po zákroku byl převezen na jednolůžkový pokoj oddělení JIP.

Na oddělení jsem nastoupila praxi v první pooperační den pacienta. Po výkonu se cítil velice zesláblý, ale také šťastný. Přežil a hrozba se stomií se nevyplnila. Zákrok nechtěl podstoupit právě ze dvou důvodů, bál se smrti a nechtěl se smířit s myšlenkou, že bude mít „pytlík“.

Druhý pooperační den ho dobrá nálada opustila. Začal si uvědomovat prostředí, ve kterém se nachází. Všude okolo jsou přístroje, má zavedenou enterální sondu, z břicha drén, na hrudníku svody pro měření EKG, periferní kanylu, epidurální katétra a perimanetní katétra, kterým odchází moč. Na pokoji je sám a sestra přijde pouze tehdy, když mu podává léky či zapisuje fyziologické funkce. Vše si spojil s myšlenkou, že jeho stav je velmi vážný a možná dokonce umírá. Proto je na jednolůžkovém pokoji.

Při ranní hygienické péči jsem s nemocným promluvila a zeptala se, co ho trápí. Ten mi sdělil své obavy. Nechápal, proč je na samostatném pokoji. Dříve vážněji nestonal, a tak nikdy tuto situaci nezažil. Pacientovi jsem ukázala prostředí, ve kterém se nachází a vysvětlila mu, že na JIP odděleních je více jednolůžkových pokojů, jelikož nemocný potřebuje individuální péči a dostatečný klid. Dále jsem mu pověděla, že přístroje měří fyziologické funkce a „pípáním“ signalizují sebemenší výkyvy, které nemusí znamenat nic špatného. A ty všechny „hadičky s drátky“ má do doby, než se bude cítit po operaci dost silný, aby již zase zvládal vše sám. Nemocný se uklidnil. Mimo to jsem zaregistrovala, že velmi špatně slyší na pravé ucho. Dozvěděla jsem se od něj, že vlastní naslouchadlo, ale nenosí ho, protože mu překáží. Při rozhovoru jsem se snažila k pacientovi mluvit z levé strany. Tento přístup se osvědčil. Všem, o čem jsme se bavili, rozuměl. Odpoledne téhož dne byl panu Z.K. odstraněn permanentní katétr a začal spontánně močit do močové lahve, kterou měl u postele. Čtvrtý pooperační den byla odstraněna enterální sonda a nemocný konečně přijímal potravu ústy. Začal se znovu cítit jako „fungující“ člověk. Lékař mu sdělil, že následující den bude přeložen na standardní oddělení. Nemocný to velmi vítal, pověděl mi, že za ním přijde konečně jeho žena s rodinou, která denně volala na oddělení, ptala se na manželův stav a nechala ho pozdravovat. Znovu se začal těšit na roli dědečka.

4.8 Edukace

Pod pojmem edukace rozumíme výchovu pacienta k samostatnější péči o svůj zdravotní stav. Má nezastupitelné místo v léčbě onemocnění. Kvalitně prováděná edukace nemocného vede ke zlepšení stavu a k prevenci komplikací.

Pacientovi byly informace podávány srozumitelně a jednoduše. Nové poznatky mu byly sděleny několikrát, aby si vše dobře zapamatoval. Edukace probíhala odpoledne, kdy byl dostatek času na sdělení všech důležitých informací.

Nemocný byl seznámen se správným postupem při pohybu, otáčení a posazování na lůžku po operaci. Při změně polohy na lůžku si položí dlaň ruky na ránu, s výdechem ránu stlačí a snaží se otočit. Při posazování na lůžku nejdříve nemocný pokrčí nohy v kolenou, přitlačí levou ruku na operační ránu, aby byla chráněna. Obrátí se nalevo tak, že tlačí levou nohu do matrace lůžka a pravou rukou se chytne pelesti (postranice, tyče) na levé straně lůžka. Opatrně se přitáhne rukou a přeloží pravou dolní končetinu. Posadí se tak, že hlavní tlak vyvíjí na pravou ruku a pravé rameno, které tlačí do matrace lůžka. Pacient měl operační ránu vedenou středem břicha a zavedený břišní drén vpravo, proto vstával přes levou stranu.

S pacientem byla denně prováděna dechová cvičení (prevence imobilizačních komplikací), která jsou podrobně rozebrána v příloze č. 3.

Byl seznámen s nutností pohybu dolních končetin na lůžku (prevence tromboembolických komplikací). Střídal dorzální a plantární flexi chodidla, střídavě krčil a narovnával nohy v kolenou, zdvihal a pokládal vždy jednu dolní končetinu na lůžku (druhá končetina pokrčena v koleně, aby nedocházelo k napínání břišní stěny a tím k zvyšování břišního tlaku).

Dále byl seznámen s ošetřováním rány po odstranění stehů. Prevencí keloidní (neesteticky působící) jizvy jsou správně prováděné masáže, které uvolní reflexní napětí kolem operační rány.

Na zacelenou ránu se nanese krém. Nejprve se rána masíruje krouživými pohyby a následně jemným stlačováním.

Tyto masáže je vhodné provádět několikrát denně i po propuštění do domácího ošetřování. Nemocný si musí uvědomit, že jizva je součástí jeho tělesného povrchu a je nutné o ni pečovat.

Pacient se nestravuje dle zásad správné životosprávy (racionální strava). Tu by měl při své chorobě co nejvíce dodržovat, jelikož za vyvolávající prvek nemoci je považován nedostatek vlákniny ve stravě. Pokládám proto za důležité s nemocným o tomto tématu dále hovořit.

Nedostatek vlákniny je spojován s celou řadou chorob trávicího ústrojí (poruchy střevní motility, divertikulární choroba, obstipace), chorob kardiovaskulárních (ateroskleróza, ICHS) a nemocí metabolických (DM, obezita). Ochuzení naší potravy o vlákninu nastalo především počátkem tohoto století vlivem průmyslového zpracování potravin, zvláště vymíláním mouky. Spotřeba vlákniny v ČR se současně odhaduje na 12 – 25 g/den. Doporučená spotřeba je však více jak 30 gramů, a to v poměru nerozpustné k rozpustné vláknině 3:1. Nerozpustná vláknina je vláknina obilnin (cereální). Zdrojem rozpustné vlákniny je například ovoce, brambory a zelenina. Vláknina nesporně zrychluje střevní pasáž. Objem stolice a zrychlení střevní pasáže více ovlivňuje nerozpustná vláknina a zvláště velikost jejích částic (např. otrub).

Nemocný po operaci zpočátku přijímá dietu tekutou, poté kašovitou, šetřící (s omezením tuků) a později jí již běžnou racionální stravu (viz příloha č.1).

Nemocnému bylo nutné zdůraznit, že má postupně zvýšit konzumaci ovoce, zeleniny (nenadýmavé), celozrnných výrobků a dodržovat pitný režim. Pro představu 100 gramů vícezrnného chleba obsahuje 1,55 g vlákniny. Neméně důležité bylo edukovat ženu nemocného, jelikož mu vaří. Měla by u něj podporovat změnu životního stylu ve smyslu stravování. Sdělené informace přijala kladně a přislíbila, že jídelníček změní nejen manželovi, ale i sobě.

5 Závěr

Cílem práce bylo komplexně zpracovat ošetrovatelskou péči u nemocného Z.K., který byl přijat na chirurgické oddělení k plánované operaci tlustého střeva, pro přetrvávající bolesti podbřišku vlevo v důsledku recidivujících divertikulitid. Pacient byl operován a pro možnost vzniku pooperačních komplikací převezen na JIP. Před operací byl lékařem srozuměn s tím, že v případě nepříznivého nálezu v dutině břišní není vyloučena nutnost dočasného střevního vývodu. Naštěstí k provedení stomie nedošlo.

5. pooperační den byl nemocný přeložen na standardní oddělení a 10. pooperační den byl propuštěn do domácího ošetřování. Pooperační stav probíhal bez komplikací, což umožnilo jeho návrat do běžného života. Toto onemocnění se však může znovu obnovit, a tím provedení stomie není vyloučeno.

6 ODBORNÁ LITERATURA

1. ČECHOVÁ V., MELLANOVÁ A., ROZSYPALOVÁ M.: Speciální psychologie. IDVPZ, Brno 1999. ISBN 80-7013-243-4
2. ČECHOVÁ V., ROZSYPALOVÁ M.: Obecná psychologie. IDVPZ, Brno 1996. ISBN 80-7013-231-0
3. ČERNÝ V., ŠEVČÍK P., VÍTOVEC J. et al.: Intenzivní medicína. Karolinum 2000. ISBN 80-246-0107-9
4. DOENGES M., MOORHOUSE M.: Kapesní průvodce zdravotní sestry. Grada publishing, spol. s r. o., Praha 1996. ISBN 80-7169-294-8
5. HYNIE S.: Farmakologie v kostce. Triton, Jihlava 2001. ISBN 80-7254-181-1
6. CHROBÁK L. a kol.: Propedeutika vnitřního lékařství. Grada publishing, spol. s.r.o., Praha 1998. ISBN 80-247-0609-1
7. JAROŠOVÁ D.: Teorie moderního ošetřovatelství. ISV nakladatelství, Ostrava 2000. ISBN 80-85866-55-2
8. JOBÁNKOVÁ M., BOUCHAL M., HÁJKOVÁ J., ŠOPEK J.: Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti. IDVPZ Brno 1996. ISBN 80-7013-209-4
9. JUŘENÍKOVÁ P., HŮSKOVÁ J., PETROVÁ J., TOMÁNKOVÁ D.: Ošetřovatelství 2. část. Uherské Hradiště 1999.
10. KÁBRT J., KÁBRT jr.: Lexicon medicum. Galén, Praha 2001. ISBN 80-7262-067-3
11. KELLER U., MEIER R., BERTOLI S.: Klinická výživa. Scientia medica, spol. s.r.o., Praha 1993. ISBN 80-85526-08-5
12. KLENER P.: Vnitřní lékařství I. Informatorium, Praha 2000. ISBN: 80-86073-53-X
13. MAŘATKA Z.: Gastroenterologie. Karolinum, Praha 1999. ISBN 80-7184-561-2
14. MIKŠOVÁ Z., FROŇKOVÁ M., HERNOVÁ R., ZAJÍČKOVÁ M.: Kapitoly z ošetřovatelské péče I. Grada Publishing, a. s., Praha 2006. ISBN 80-247-1442-6
15. PACOVSKÝ V.: Vnitřní lékařství. Osvěta – Avicenum, Praha 1993. ISBN: 80-217-0558-2
16. ROZSYPALOVÁ M., STAŇKOVÁ M. a kolektiv: Ošetřovatelství I/1. Informatorium, Praha 1996. ISBN: 80-85427-93-1
17. TRACHTOVÁ E., a kol.: Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. IDVPZ, Brno 2001. ISBN 80-7013-324-8
18. VÍŠEK V.: Vnitřní lékařství 2.díl. Scientia medica, Praha 1995. ISBN 80-85526-46-8
19. VUČKOVÁ J.: Ošetřovatelství II. Fortuna, Praha 1995. ISBN 80-7168-260-8
20. ZEMAN M. et al.: Speciální chirurgie. Karolinum, Praha 2001. ISBN 80-246-0244-X

21. ZEMAN M. a kolektiv: Chirurgická propedeutika. Grada publishing a.s., Praha 2000. ISBN 80-7169-705-2

Jiné zdroje:

22. www.aspczech.cz

23. www.catkf.cz

24. www.dietologie.cz

25. zpracované přednášky po dobu studia na SZŠ a VŠ

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

APTT	aktivovaný parciální tromboplastinový test
BMI	body mass index
BWR	sérologické vyšetření (syfilis)
CNS	centrální nervový systém
CRP	C reaktivní protein
CT	počítačová tomografie
DK	dolní končetiny
FF	fyziologické funkce
FR	fyziologický roztok
FW	sedimentace
K + C	kultivace + citlivost
KO	krevní obraz
KS	krevní skupina
NGS	nasogastrická sonda
P	puls
P + V	příjem plus výdej tekutin
PMK	permanentní močový katétr
PŽK	periferní žilní katétr
QUICK	protrombinový čas (dnes INR)
RTG	rentgenologické vyšetření
S+P	srdce plus plíce
TEN	tromboembolická nemoc
TK	tlak krevní
TT	tělesná teplota
s.c.	podkožní injekce
i.v.	nitrožilní injekce
i.m.	nitrosvalová injekce

8 SEZNAM PŘÍLOH

1. Racionální strava
2. Vlákna
3. Dechová rehabilitace
4. Návuk vstávání z lůžka
5. Ošetřovatelský záznam I.
6. Ošetřovatelský záznam II.

Příloha č.1

Racionální strava

Racionální strava je vhodnou prevencí proti nejrůznějším civilizačním chorobám, jako je například vysoký krevní tlak nebo diabetes mellitus. Energie, kterou přijmeme potravinami a energie kterou vydáme, rozhoduje o tom, zda bude naše tělesná hmotnost narůstat či ubývat. Čím více pohybu máme, tím více energie můžeme přijmout jídlem. Základní živiny, které se vyskytují v naší stravě jsou bílkoviny, tuky a sacharidy.

Rozumné stravování patří mezi základní součást zdravého způsobu života.

Složení stravy by mělo být následující:

- Bílkoviny 15 %
- Tuky 30 %
- Sacharidy 55 %

Ve zdravé výživě by měly hradit živočišné tuky asi 10 % celkové energetické potřeby a z 20 % by měla strava obsahovat rostlinné tuky. Dále by se ve zdravé výživě měly objevovat sacharidy a to 55 % z celkové energetické potřeby. Tyto sacharidy by měly být plnohodnotné, složité škroby rostlinného původu. Je dobré omezit sladká jídla, která jsou připravená z bílé mouky a dávat více přednost pokrmům připraveným z tmavé a celozrnné mouky. Do stravy je nutné více zařazovat zeleninu.

Jestliže množství sacharidu převedeme na potřebné množství gramu za den, tak pro průměrného člověka lehce fyzicky pracujícího by mělo stačit kolem 225 g. Sacharidy by se neměly přijímat naráz, ale měly by být rozděleny do několika denních dávek. Dávku sacharidu lze překročit například pivem. Pivo obsahuje rychle vstřebatelné sacharidy. Pokud se množství sacharidu překračuje, zvýší se energetické zásoby a člověk tloustne.

Další důležitou složkou ve výživě jsou bílkoviny. Dnešní dávka bílkovin je u nás a v západních zemích velmi překračována. Doporučená dávka by měla činit u dospělého člověka asi 0,8 g na 1 kg tělesné hmotnosti.

Vhodný výběr potravin při racionální stravě

Do jídelníčku je vhodné zařazovat maso, které není příliš tučné jako jsou například ryby, kuře, krůta, králík, hovězí zadní a jiné.

Jak je to s přijímáním mléka a mléčných výrobků? Do stravy by se mělo zařadit mléko nízkotučné, bílý jogurt, ovocný jogurt a jogurty označené jako DIA. V obchodech se nejčastěji vyskytují produkty firmy Madeta, které jsou vhodné i pro diabetiky, (Diavita jogurt, diavita mléčný nápoj, Diavita ochucený tvaroh). Vhodné jsou zakysané mléčné výrobky jako je kefir, acidofilní mléko, podmáslí, tvaroh, sýry do 30 % t.v.s.

Příkrmy – vhodné dávky

150 g brambor = 4 polévkové lžíce

120 g vařených těstovin = 6 polévkových lžic

100 g dušené rýže = 5 polévkových lžic

100 g bramborového knedlíku = 3 plátky

80 g houskového knedlíku = 3 plátky

140 g vařených luštěnin = 13 polévkových lžic

200 g bramborové kaše = 6 polévkových lžic

Je vhodné konzumovat dostatek zeleniny, lze ji použít i jako přílohu k hlavnímu jídlu. Mrkev, květák, ředkvička, hrášek, celer, fazolka, okurky, hlávkový salát, paprika, pórek, rajčata, červená řepa, špenát, zelí, petržel. Zeleninu můžeme zařadit i sušenou, mraženou, sterilovanou.

Z ovoce vybíráme především to, které obsahuje menší množství sacharidu. Mezi hodně sladké ovoce patří banány, višně, hrozny, švestky, ryngle, hrušky. Vhodné jsou jablka, meruňky, broskve, kiwi, černý a červený rybíz, pomeranč, ořechy, meloun, maliny, jahody, borůvky, angrešt a ananas.

Rozdělení jídla během dne závisí často na osobních zvyklostech a na druhu zaměstnání, na zdravotním omezení jako je například diabetes mellitus nebo žaludeční problémy. Obecně se říká, že jídlo by se mělo dělit do pěti denních dávek. Zaměstnaným lidem postačí tři kvalitní jídla denně.

Například:

Snídaně – dáváme přednost celozrnnému pečivu, rostlinným tukům, spíše nízkotučnějším bílkovinným potravinám jako jsou různé druhy sýru, tvarohu, jogurtu, mléka, mléčným nápojům. Můžeme také použít vejce nebo libovou drůbeží šunku. Snídani vždy doplníme vhodnou zeleninou.

Oběd – se začíná většinou polévkou, ta je docela důležitou součástí stravy, dodá organismu vodu a minerální látky. Nejlépe je podávat vývary nebo nezahuštěné polévky moukou. Polévky se mohou zahušťovat třeba zeleninou nebo lisovaným bramborem. Hlavní jídlo může, ale nemusí obsahovat maso. Většinou se doporučuje vepřové nebo hovězí maso zařadit 1 x týdně. 4 x týdně se doporučuje zařadit rybí maso a 2 x týdně drůbeží maso. Obědy mohou být i zeleninové či luštěninové bez přítomnosti masa.

Večeře – by měly být lehké. Ve většině případu se můžeme řídit skladbou potravin jako u snídaně, nezapomínáme omezovat dávky pečiva na noc, pečivo by mělo být opět celozrnné. Jestliže jsme měli maso k obědu maso, večeře by měla být bez masa. Vše opět doplníme vhodnou zeleninovou přílohou, ale ne moc nadýmavou (vhodná je mrkev, rajče).

Během těchto tří hlavních chodů můžeme zařadit přesnídávku (mezi snídaní a obědem) a svačinu (mezi obědem večeří).

Pokud jsme se nestačili doma pořádně nasnídat, uděláme si větší přesnídávku, která by měla obsahovat i bílkovinné potraviny a mléko. Jinak zařadíme jen ovoce a zeleninu nebo zeleninové saláty. Na svačinu podáváme opět ovoce nebo zeleninu. (Jiné zdroje: č.24)

Příloha č.2

Vláknina

O tom, že vláknina je pro lidský organismus nesmírně důležitá, jistě nikdo nepochybuje. Co tato složka potravy dokáže ukázat zajímavý pokus kanadských vědců. Dva týdny nechali jíst skupinu dobrovolníků stravu, kterou zřejmě jedli pravěcí sběrači plodů: ovoce, zeleninu a oříšky. Dobrovolníci nedostávali maso, sýry ani máslo. Za týden jim klesl cholesterol až o třiatřicet procent.

Podle Davida Jenkinse, vedoucího týmu vědců z univerzity v Torontu, to bylo víc než hodnoty dosažené za tuto dobu u osob, které užívají určité léky na snížení cholesterolu a než hodnoty dosahované lidmi, kterým odborníci předepsali stravu s nízkým podílem tuků a bohatou na obiloviny. Kanadští vědci však zároveň uznávali, že tato prehistorická dieta je trochu drastická pro lidi, kteří jedí vlákniny trvale málo.

Jejich experiment však naznačuje, bez ohledu na zmíněný fakt, jak velký význam může mít pro současného člověka vláknina. Podobně jako aktivní pohyb a racionální strava.

Vláknina navíc umí mnohem víc než jen snižovat cholesterol. Přesto je stále málo známou a stále nedoceňovanou součástí naší potravy. Obsahují ji zejména ovoce, zelenina, luštěniny, obiloviny, černý chléb, ale také houby a otruby, sója nebo výrobky z ní. Jíst potraviny s vysokým obsahem vlákniny je důležité i pro obezitu a pro lidi s nadbytečnými kily. Mohou jim pomoci v tom, aby shodili, tělo totiž nedokáže vlákninu strávit a nezíská z ní tedy žádné kalorie.

Vláknina v sobě zadržuje vodu, v trávicím traktu nabobtná a zasytí člověka na delší dobu. Zlepšuje činnost střev, stimuluje pravidelnost stolice, kterou změkčuje, takže je dobrou prevencí proti zácpě. Vláknina také brzdí vznik nebo zhoršování hemeroidů, vytváří v trávicím systému substrát pro přátelskou střevní mikroflóru a umožňuje vznik látek, které usnadňují činnost a regeneraci střevní stěny.

Rozpustná vláknina (zejména v ovoci, ale částečně i v zelenině) na sebe dokáže vázat cholesterol a odvést ho z těla pryč. Snižuje tak jeho hladinu v organismu. Nerozpustná vláknina na sebe nabaluje řadu odpadních látek a podporuje jejich vylučování z těla ven a navíc čistí střevní stěny.

Pokud jíme hodně vlákniny, měli bychom také hodně pít. Právě proto, že na sebe váže vodu. Dostatek tekutin je důležitý pro normální chod organismu.

Pozoruhodné vlastnosti vlákniny by měli zajímat i diabetiky, případně lidi s vysokým rizikem cukrovky. Nejen proto, že 90 % z nich má velkou nadváhu nebo je obézních, ale také proto, že nedostatek vlákniny dokáže diabetes vyvolat anebo urychlit jeho vznik. Potraviny s vysokým obsahem rozpustné vlákniny dovedou snížit spotřebu inzulínu, zpomalují vstřebávání cukrů a pomáhají zmenšit prudké výkyvy krevní hladiny cukrů. Je to tím, že snižují glykemický index (GI) potravin. Ten udává, jak výrazně zvedne určitá potravina hladinu krevních cukrů. Čím vyšší ho potravina má, tím intenzivnější pocit hladu dokáže vyvolat při opětovném poklesu krevních cukrů. Vláknina, která zpomaluje vstřebávání látek, zároveň snižuje GI a následný hlad.

Odborníci doporučují jíst 25 – 30 g vlákniny denně. Podle výzkumu doc. MUDr. Pavla Kohouta, Csc. a Evy Chocenské vyhoví tomuto doporučení pouze dvě procenta lidí. Je čas alarmovat veřejnost.

Na nedostatek vlákniny v našich jídelničkách reagují i někteří výrobci. Na trhu se objevil například jogurt, který jeho výrobce obohatil o vlákninu. Obsahuje jí tolik, kolik jí mají asi dva krajíce černého chleba. V jogurtu vedle toho najdeme probiotické bakterie, vápník a řadu dalších užitečných látek.

(Jiné zdroje: č.23)

Příloha č.3

Dechová cvičení

Vždy otevíráme okno jelikož studenější vzduch vede ke kvalitnějšímu a hlubšímu dýchání. Vyjimku tvoří pouze zimní období, kdy silně mrzne.

Cviky se provádějí vleže nebo vsedě, je nutné je několikrát opakovat. Snažíme se o to, aby se nádech uskutečňoval nosem a výdech ústy.

Výdech by měl být co nejpomalejší, stejnoměrný a pokud možno mít ústa do kroužku. Jestliže některé požadavky nemocný nezvládá, dýchá jak umí.

1. cvik:

Nádech - zvednout ruce nad hlavu

Výdech - ruce podél těla

2. cvik:

Ruce spojit nad hlavu, lokty pokrčeny

Nádech – rozvinout lokty

Výdech – sklopit hlavu na prsa, lokty přitisknout k hlavě

3. cvik:

Nádech – otočit hlavu vpravo

Výdech – pomalu foukat na rameno

4. cvik:

Nádech, při výdechu sklopit hlavu a pomalu vydechovat na hrudník

5. cvik

Sestra položí ruku na břicho pacienta pod bránicí, pacient dýchá proti odporu ruky

6. cvik

Sestra položí ruku na hrudník pacienta, pacient dýchá proti odporu ruky

7. cvičení s pomůckami

- Do určité vzdálenosti před ústa pacienta umístíme papír, který přidržujeme a pacientův výdech jej rozechvívá

- Probublávání vody brčkem

- Nafukování balónku

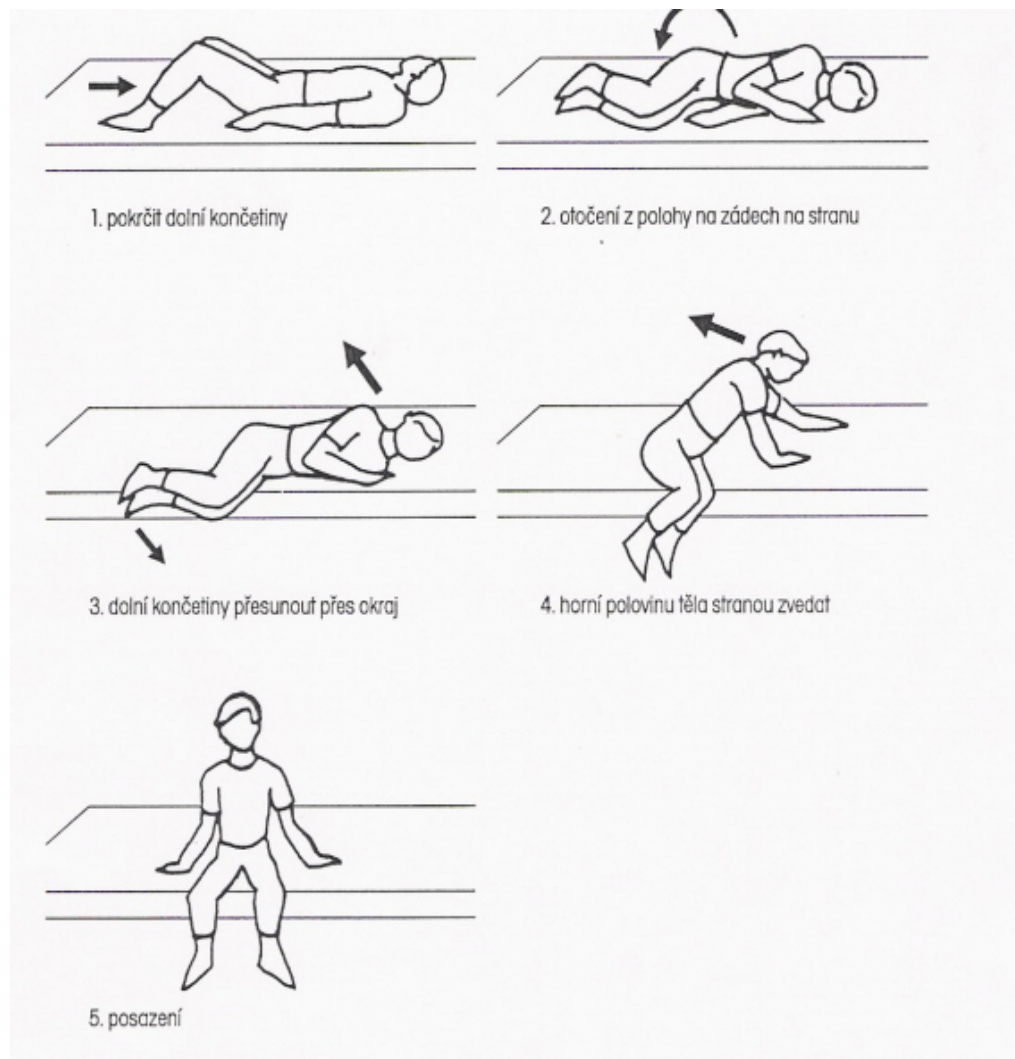
- Pískání na píšťalku

(Jiné zdroje: č. 25)

Příloha č.4

Nácvik správného vstávání z lůžka

Při vstávání z lůžka v pooperačním období je nutné přesné vysvětlení jednotlivých kroků. Při správném vedení je nemocný schopen sám, bez pomoci a bez větší námahy a bolesti vstávat z lůžka.



(Jiné zdroje: č. 25)

Příl. č. 5 - OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

Souhlasím se získáváním informací na základě rozhovoru, fyzikálního vyšetření, dokumentace a od ošetřujícího personálu. veškeré uvedené informace jsou důvěrné a budou použity ve prospěch klienta a k pedagogickým účelům.

PODPIS KLIENTA

Základní údaje o klientovi

<i>Iniciály klienta</i>	Pohlaví	Nejbližší příbuzný (jeho vztah ke klientovi)	Důvod přijetí slovy klienta	
	Věk(v letech)			
	Stav			
Aktuální lékařské diagnózy vztahující se k hospitalizaci		Jiné lékařské diagnózy		
1.	4.	1. Diabetes mellitus – dieta PAD inzulín	4.	
2.	5.	2. Kardiovaskulární onemocnění	5.	
3.	6.	3. Nádorová on.	6.	

Alergická anamnéza, farmakologická anamnéza a návyky klienta

alergie	ANO	NE	Chronická léková medikace			Návyky od kdy frekvence / množ.		
			název	dávkování	užívá sám	kouření		
léky, dezinfekce								
potraviny						alkohol		
jiné						drogy/ typ		

Údaje o probíhající hospitalizaci klienta

Datum přijetí	Den hospitalizace	Pohybový režim				Dieta
Datum operace	Den pooperační	chodí bez pomoci	bez	pohyb na lůžku	dojde na WC	
Typ operačního výkonu		chodí s pomocí		ležící	jiný	

Údaje o invazních vstupech klienta

Jiné: arteriální vstup, intubace, aj.

Močový katétr	Žilní vstup	Sonda	Drén/drenáž	Stomie		
od (datum)	od (datum)	od (datum)	od (datum)	od (datum)		
	typ	typ	typ	typ		
	lokalizace	lokalizace	lokalizace	typ stom. systému		

Vnímání, zdraví	Výživa, metabolismus	Vylučování	
Váš zdravotní stav je dobrý částečně dobrý narušený špatný	Změna hmotnosti je za poslední rok menší o .....kg větší o .....kg	Způsob močení: WC plenkové kalhotky podložní mísa močová láhev permanentní močový katétr	Způsob defekace: WC plenkové kalhotky podložní mísa stomie NE ANO lokalizace..... ovládá ošetř. stomie NE ANO
Zdraví si udržujete zdravou výživou sportem	Máte nějaká dietní omezení? NE ANO jaká	Mikce: .....(počet) / za 24 hod	frekvence
vitamíny relaxací jiné:	Váš příjem jídla je:	obtíže	pravidelná nepravidelná
Za poslední rok jste prodělal(a): nemoci úrazy	snídaně svačina oběd svačina večeře druhá večeře	Vyšetření moči: barva..... příměs	Vyšetření stolice: barva příměs konzistence
Příčina současného onemocnění je podle Vás	Zvláštnosti, přání, zvyky	Inkontinence moče: není je částečně je úplná	Inkontinence stolice: není je částečně je úplná
Po objevení příznaků nynějšího onemocnění jste navštívil lékaře se poradil s jinými osobami užil léky dle vlastního	Přijem stravy per os sondou jiným způsobem:..... Problémy s přijímáním stravy: NE ANO s polykáním s kousáním	typ Léky k ovlivnění močení:	Obtíže při defekaci:

uvážení (a to)	jiné obtíže	Zvracení: NE ANO frekvence množství příměs	Léky k ovlivnění defekace:
Lékařská doporučení dodržujete důsledně dodržujete nedodržujete proč	Příjem tekutin: druh množství za 24/h pocit žízně ANO NE	Drén, drenáž: NE ANO množství charakter	Pocení: přiměřené nadměrné kdy odor
S mírou poskytovaných informací zdravotníky jste spokojen (a) nespokojen (a) proč	Schopnost hojení ran: dobrá narušená	Odsávání bronchiálního sekretu: frekvence charakter	NE ANO jiné
Aktivita , cvičení	Spánek, odpočinek	Vnímání	Sebepojetí
Cvičení: NE ANO typ cvičení pravidelnost	Spánek: spíte: celou noc bez přerušení celou noc, ale budíte se .....x za noc hůře usínáte kolem .....hodiny - proč budíte se časně kolem .....hod. - proč	Paměť: neporušená narušená dlouhodobá narušená krátkodobá zhoršená výbavnost Pozornost: udrží neudrží stálá roztržitá	Vnímáte se jako: optimista pesimista introvert extrovert Sám sobě důvěřujete: plně

práce okolo domku/bytu jiné	spíte přes den hodin	Styl učení: logické napodobováním	mechanické	někdy málo málo vůbec ne
Faktory bránící aktivitě: dušnost	Jiné obtíže se spánkem: noční můry spánková inverze	Řeč: plynulá narušená		Míváte často pocit: hněvu
parézy/plegie..... křeče		němý (á)		zlosti
Onemocnění:	Po probuzení jste:	Bolest: NE ANO		deprese
plic	odpočatý(á)	akutní	trvá od	strachu
srdce	nevyspalá(á)	chronická	trvá od	smutku
pohyb. aparátu	rozlámán(á)	lokalizace		jiné
jiné	jiné	co ji zhoršuje		
		co ji zmírňuje		co je vyvolává?
		Intenzita bolesti: bolesti: stupeň na škále 0 – 10	vnímání přiměřené snížené zvýšené	co je odstraňuje?
Volný čas trávíte: aktivně	Faktory ovlivňující spánek: co zlepšuje	Zrak		Býváte nervózní? přiměřeně
pasivně	co zhoršuje	normální		spíše vůbec
		zhoršený na L – P oko		velmi často

	Léky podporující spánek: název jak dlouho dávka	nevidomý kompenzační pomůcky NE ANO brýle na kontaktní čočky oční protéza onemocnění	jak nervozitu řešíte?
Role, mezilidské vztahy	reprodukční schopnost		Stres, zátěžová situace
Bydlíte: sám s partnerem s partnerem a dětmi s dětmi s rodiči v rodině je vás	Menstruace: začátek pravidelnost: pravidelná nepravidelná bolestivost mírná přiměřená silná intenzita krvácení slabá střední silná	Žena Klimakterium: NE ANO Gynekolog.prevence: samovyšetření prsů jak často preventivní prohlídky u gynekologa jak často Gyn. záněty: kdy	Ve „Stresu“ jste: často přiměřeně málo kdy stres si nepřipouštím co ho vyvolává? co ho snižuje? Jak reagujete na náročné životní situace (například hospitalizaci)?
Jak rodina reaguje na Vaše onemocnění? má o mne zájem snaží se pomoci nejeví příliš zájmu V kontaktu s jinými lidmi jednáte spíše: asertivně agresivně pasivně jinak	Antikoncepce: hormonální bariérová obtíže NE ANO	Gyn. operace: kdy typ Počet těhotenství Počet porodů	Náboženství je pro Vás: důležitá hodnota občasná potřeba nevím jiné Jste věřící? NE ANO katolík evangelík jiné Přejete si zprostředkovat kontakt s: knězem pastorem jinou osobou Máte jiné přání týkající se vaší víry?
			rodina partner

.....	.....	Počet potratů	přátelé	drogy	.....
Se svým zaměstnáním	Máte problémy v oblasti sexuálního života?		jiné		.....
(školou) jste: spokojen(a) „jak kdy“ zcela nespokojen(a)	.....		.....		.....
	MUŽ		Byl jste již hospitalizován?		Jak by jste seřadil(a) dle důležitosti pro Vás:
	Onemocnění urogenitálního traktu:		NE ANO		zdraví
	kdy		jak jste na pobyt v nemocnici reagoval (a)?		rodina
	typ .....		.....		víra
	Operace na urogenitálním traktu:		.....		práce
	kdy		Významné změny za poslední rok		peníze
	typ .....		.....		záliby
	Máte problémy v oblasti sexuálního života?		.....		cestování
	.....		.....		jiné

