**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

Ústav pro lékařskou etiku a ošetřovatelství

# Ošetřovatelská péče o nemocného se stomií

*Nursing care of the patient with stoma*

**případová studie**

***bakalářská práce***

Praha, květen 2007

Adéla Hrubcová
bakalářský studijní program: Ošetřovatelství
studijní obor: Všeobecná sestra

**Autor práce:** **Adéla Hrubcová**

**Studijní program:** **Ošetřovatelství**

**Bakalářský studijní obor:** **Všeobecná sestra**

**Vedoucí práce:** Mgr. Jana Sedlářová

**Pracoviště vedoucího práce:** Ústav pro lékařskou etiku a ošetřovatelství

**Odborný konzultant:** MUDr. Miloš Voleman

**Pracoviště odborného konzultanta:** Chirurgická klinika FNKV

**Datum a rok obhajoby:**

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala paní Mgr. Janě Sedlářové,
MUDr. Miloši Volemanovi za ochotu, cenné rady a odborné vedení mé práce.

Prohlášení

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

V Praze, dne 17. května 2007 Podpis:

# Obsah

**SEZNAM ZKRATEK..... 7**
**1. ÚVOD..... 8**
**2. KLINICKÁ ČÁST..... 9**
2.1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva..... 9
2.1.1 Anatomie..... 9
2.1.2 Fyziologie..... 11
2.2 Charakteristika a patogeneze divertikul. choroby tlustého střeva... 12
2.2.1 Charakteristika onemocnění.....12
2.2.2 Etiologie a etiopatogeneze (patofyziologie)..... 13
2.2.3 Klinický obraz..... 13
2.2.4 Diagnostika..... 14
2.2.5 Léčba a prognóza..... 15
2.2.6 Operační technika..... 15
2.3 Péče o stomika..... 17
**3. KAZUISTIKA.....20**
3.1 Základní údaje o nemocném.....20
3.2 Lékařská anamnéza a diagnostický závěr.....20
3.3 Přehled diagnostických vyšetření..... 22
3.4 Operační výkon.....22
3.5 Pooperační terapie.....22
3.5.1 Farmakoterapie..... 23
3.5.2 Průběh hospitalizace..... 25
**4. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....27**
4.1 Ošetřovatelství..... 27
4.2 Model obecně..... 27
4.3 Model M. Gordonové..... 28
4.4 Ošetřovatelské diagnózy.....32

4.5 Psychologie nemocného - reakce na nemoc..... 39
4.6 Prognóza..... 40
**5. NÁVRH EDUKACE NEMOCNÉHO V PÉČI O KOLOSTOMII 41**
**6. ZÁVĚR..... 45**
**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY..... 46**
**SEZNAM PŘÍLOH..... 48**
**PŘÍLOHY..... 49**

# Seznam zkratek

ALT - alanin aminotransferáza

AST - aspartát aminotransferáza

ATB - antibiotika

BMI - body mass index

CRP - C reaktivní protein

CT - počítačová (výpočetní) tomografie

FW - sedimentace

GIT - gastrointestinální (zažívací) trakt

GMT - glutamát dehydrogenáza

i.m. - intramuskulárně (nitrosvalově)

JIP - jednotka intenzivní péče

KJ - kilo joul

ORL - ušní nosní krčí (otorinolaryngologie)

P - puls, tep

p.o. - per os (ústy)

TK - krevní tlak

TT - tělesná teplota

WHO - světová zdravotnická organizace

# 1 Úvod

Cílem mé práce je zpracování případové studie u nemocné A.K. ve věku 60 let, která byla hospitalizována na chirurgickém oddělení ve FNKV s diagnózou chronické divertikulitidy tlustého střeva a s následným vyvedením kolostomie.

V klinické části se zabývám anatomií a fyziologií tlustého střeva. Dále pak charakteristikou a patogenezí divertikulární choroby tlustého střeva a v neposlední řadě i péčí o stomika.

Následuje kapitola, ve které jsou zpracovány údaje o nemocném, přehled diagnostických vyšetření, operační výkon a pooperační péče, farmakoterapie a samozřejmě i průběh hospitalizace.

V ošetřovatelské části používám metodu ošetřovatelského procesu. Kapitola věnována samotnému ošetřovatelskému procesu o pacientku s kolonostomií vychází z modelu funkčního zdraví M. Gordonové. Podrobně se zabývám odebráním ošetřovatelské anamnézy, určením ošetřovatelských diagnóz a cílů ošetřovatelské péče, jejich plánováním, realizací a hodnocením. Aktuální i potenciální ošetřovatelské diagnózy jsem stanovila modelově k jednomu určitému dni hospitalizace.

Součástí samostatné kapitoly je i návrh edukace nemocného se stomií. Práce je doplněna seznamem zkratek, které byly použity, seznamem odborné literatury a přílohami.

# 2 Klinická část

## 2.1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva

### 2.1.1 Anatomie

Tlusté střevo (intestinum crassum) je posledním, 1,2-1,5 metrů dlouhým úsekem trávicí trubice. Šířka tlustého střeva značně kolísá, je závislá na okamžitém funkčním stavu stěny střeva. Na začátku bývá střevo široké 5-8 cm, a jeho průsvit se postupně zmenšuje až na 4 cm.

Tlusté střevo začíná v pravé kyčelní jámě jako vakovité rozšíření (caecum - slepé střevo), na které navazuje hlavní úsek tlustého střeva (colon - tračník). Tračník se dále podle průběhu dále člení na: colon ascendens (tračník - vzestupný), který je zadní plochou fixovaný na zadní stěnu břišní a přecházející pod játry v pravé ohbí tračníku (flexura coli dextra) do tračníku příčného - colon transversum, který je pohyblivý, jelikož má široký závěs (mesocolon transversum), který přechází zprava zpod jater přes sestupnou část duodena doleva ke slezině. V levém ohbí (flexura coli sinistra) přechází do sestupného tračníku - colon descendens, který je opět fixovaný na zadní stěnu břišní a v oblasti levé jámy kyčelní přechází do esovité kličky - colon sigmoideum.

***Sliznice*** tlustého střeva má nažloutlou, bledou až popelavou barvu. Je pokryta jednovrstevným cylindrickým epitelem bez klků, složena v poloměsíčité řasy (plicae semilunares). Ve sliznici je velké množství žláz, které v podobě Lieberkühnových krypt zasahují do značné hloubky sliznice. Hojné a typické jsou pro tlusté střevo pohárkové buňky produkující hlen.

***Podslizniční vazivo*** tvoří poměrně silnou, posunlivou vrstvu, do které zasahují mízní uzlíky sliznice. Právě v této vrstvě probíhají cévní a nervové pleteně střeva.

***Svalovinu*** tlustého střeva tvoří slabší, ale souvislá vnitřní, cirkulárně probíhající svalová vrstva, a nekompletní podélná, zevní vrstva. Podélná vrstva hladké svaloviny je zhuštěna ve tři, 8-10 mm široké bělavé pruhy- taeniae coli. Na obvodu jednotlivých úseků tlustého střeva mají tyto pruhy typické uložení, které se popisuje podle jejich polohy na příčném tračníku. Tahem ténií je stěna tlustého střeva nakrčena a stahem cirkulární svaloviny zaškrcena, takže na ní vznikají přechodná vyklenutí - výpuky - haustra. Výpuky dávají tlustému střevu typický vzhled a okamžitý vzhled střevní stěny se tím pádem nazývá haustrace.

***Serosa*** je tenká, jemná pobřišnice, kterou prosvítá svalovina střeva. Pobřišnice vybíhá na volném povrchu stěny střeva ve stopkaté a ploché výběžky, appendices epiploicae vyplněných podle stavu výživy různým množstvím tuku, který jim dodává žlutou barvu.

**Cévy a nervy tlustého střeva**

Tepny tlustého střeva jsou větve z *arteria mesenterica superior et inferior*. Arteria mesenterica superior zásobuje svými větvemi slepé střevo, vzestupný a příčný tračník  Arteria mesenterica inferior vysílá větve pro sestupný a esovitý tračník a pro horní část konečníku. K dolní části konečníku jdou větve z a. iliaca interna. Všechny tři tepenné oblasti spolu anastomozují. Nejvýznamnější anastomosa je mezi větvemi a. mesenterice superior a a. mesenterica inferior - anastomosis magna Halleri, nachází se v oblasti slezinného ohbí tračníku. Anastomosy probíhají v peritoneálních závěsech střeva. Žíly tlustého střeva sledují tepny. Za hlavou slinivky břišní se spojují a vstupují do v. portae.

Míza odtéká přes předsunuté uzliny u stěny střeva do coeliackých uzlin, z rekta pak do uzlin v malé pánvi.

### 2.1.2 Fyziologie

Hlavní funkcí tlustého střeva je vstřebávání iontů a vody, skladování zbytků chymu, tvorba a vylučování formované stolice. Mimo jiné se zde díky činnosti bakterií produkuje vitamín K. Tlusté střevo je osídleno množstvím různých bakterií, které jsou schopné štěpit část rostlinné vlákniny. Činností bakterií, jak už bylo zmíněno výše vznikají vitamíny a to především vitamín K, ale také B1-thiamin a B2-riboflavin. Kromě toho zde vznikají plyny složené z CO2, vodíku, sirovodíku a metanu. *Trávenina (chymus)* se postupně prostupem tlustým střevem zahušťuje resorpcí vody a iontů, formuje ve stolici a prochází do rekta. Denně se vyloučí 100 - 300 g stolice v závislosti na charakteru stravy. /6/

## 2.2 Charakteristika a patogeneze divertikulární choroby tlustého střeva

### 2.2.1 Charakteristika onemocnění

Divertikly tračníku vznikají vychlípením sliznice tlustého střeva v místech oslabených průchodem vasa recta střevní stěnou. Divertikly jsou nejčastěji lokalizovány v sigmatu a colon descendens, mohou se však také nacházet po celé délce tračníku. V levé polovině tračníku jsou pravidlem mnohočetné divertikly, v pravé bývají divertikly solitární. Divertikly jsou jedním z nejčastějších patologických nálezů na tlustém střevě, patří mezi tzv. civilizační onemocnění. Divertikly jsou přítomny cca.u 30% obyvatelstva ve věku 40-60 let a u cca. 60% obyvatelstva ve věku nad 70 let. Výskyt choroby narůstá s věkem. Postižení střeva divertikly bez projevů zánětu se označuje jako divertikulóza. V naprosté většině případů je divertikulóza asymptomatická. Divertikulitida, čili zánět výchlipky sliznice tlustého střeva, je nejzávažnější komplikací už zmíněné divertikulózy.

***Klasifikace:***

***1. divertikulóza prostá*** - asi u 90% nositelů divertiklů se jedná o náhodný nález, divertikly nejsou zdrojem obtíží.

2***. divertikulární nemoc*** - jedná se o divertikulózu, která je provázena patrnou symptomatologií.

***3. divertikulitida a peridivertikulitida*** - v tomto případě jsou už zánětlivými komplikacemi, které mohou vzniknout, jak u divertikulózy symptomatické, tak i u dosud klinicky se neprojevující divertikulózy. Vyskytnou se asi u 5% nositelů divertiklů.

### 2.2.2 Etiologie a etiopatogeneze (patofyziologie)

Významným etiologickým faktorem při vzniku divertikulózy je nedostatek vlákniny v potravě, což spolu se zadržováním stolice a plynů vede ke zvýšení intraluminálního tlaku. Ve střevě je nedostatečně objemná náplň, propulze takového obsahu vede k usilovným kontrakcím svaloviny ("kontrakce na prázdno"), zvýšení tlaku následně k prolapsu divertiklů střevní stěnou. Dnes je toto onemocnění natolik rozšířené, že i název je mezi laiky pod uvedeným označením dobře znám. Zánět výchlipek může probíhat i pod obrazem dočasného zánětu a někdy jej nositel ani nevnímá. Takový zánět je pak provázen tvorbou vaziva a v budoucnu může zapříčinit až neprůchodnost střeva.

### 2.2.3 Klinický obraz

Příznaky závisí na rázu postižení. Nekomplikované divertikly nepůsobí závažnější obtíže, nemocní mají obvykle zácpu a někdy meteorizmus. Mohou být bolesti v levém podbřišku. Klinickými příznaky se choroba většinou přihlásí až při komplikacích. Nejčastější komplikací je zánět - divertikulitida s přestupem do okolí, kde může vzniknout abces nebo střevo může perforovat a vznikne peritonitida. V této fázi se zánět projeví bolestmi břicha obvykle v levém hypogastriu, nauzeou, zvracením, zástavou odchodu větrů a stolice, zvýšenou teplotou a tachykardií. Kromě bolestivé palpace lze někdy vyhmatat i bolestivou válcovitou rezistenci. Laboratorní vyšetření odhalí leukocytózu, zvýšení C-reaktivního proteinu, vysokou sedimentaci (FW). Dojde-li k perforaci divertiklu, vznikne ohraničená nebo difúzní perforační peritonitida. Vylije-li se střevní obsah do břicha vznikne peritonitida sterkorální (fekální). Převládají známky peritoneální se svalovým stažením, tachykardie, hypotenze, rychle nastupující septický šok.

Dalšími akutními komplikacemi divertikulární choroby jsou střevní obstrukce a krvácení. Příčinou obstrukce je fibrózní stenóza úseku postiženého divertikulitidou. Krvácení může být chronické, ale i akutní a masivní. Další komplikací divertikulární choroby jsou píštěle, obvykle do močového měchýře nebo do pochvy.

### 2.2.4 Diagnostika

Základem pro diagnózu je podrobná anamnéza nemoci a fyzikální vyšetření břicha. Laboratorní vyšetření moči může vyloučit onemocnění močových cest, vyšetření gynekologem vyloučí onemocnění ženského pohlavního systému a zvýšená hladina leukocytů v krevním obraze podpoří spolu se zvýšenou sedimentací podezření na zánět.

V diagnostice mají místo všechny metody vyšetření tlustého střeva. Suverénní metodou při zjišťování choroby je irigografie, kterou lze ale provést jen mimo ataku akutního zánětu, protože by jinak mohlo dojít k perforaci zaníceného divertiklu střeva do volné dutiny břišní. To by mělo za následek těžký zánět pobřišnice. K diagnostice komplikací se vedle fyzikálního vyšetření využívají rentgenová vyšetření včetně kontrastních vyšetření, ultrazvuk a zejména CT. Kolonoskopie má v případě divertikulární nemoci menší význam – u tohoto vyšetření je obvykle příliš vysoké riziko perforace postiženého střeva.

Diferenciální diagnostika je důležitá, jelikož možnosti záměny divertikulózy tračníku a jejich komplikací, jsou časté. Zánět divertiklu může napodobovat urolitiázu, adnexitidu u žen, ischemickou kolitidu nebo střevní záněty. Obtížné bývá odlišit perikolitické změny při divertikulitidě a zánětlivou stenózu střeva od zhoubného nádoru a to i v průběhu operace.

### 2.2.5 Léčba a prognóza

Léčba divertikulární choroby záleží na příčině Mnoho nositelů divertiklů na tlustém střevu je zcela bez obtíží a proto nejsou léčeni. Asymptomatická divertikulóza nevyžaduje léčbu, vhodná je vysokozbytková strava (zejména vláknina), dostatek tekutin. Léčba zánětlivých komplikací je nejdříve konzervativní, to znamená klid na lůžku, nic per os, podávání infuzí, antibiotik (ATB) nebo klyzmat s nevstřebatelným ATB.

Operační léčba je akutní a elektivní.

Akutní je nezbytná při peritonitidě nebo střevní obstrukci a při krvácení. Řešením je resekce postiženého úseku střeva nebo jeho vyřazení stomií a obvykle drenáž. Jako elektivní se operují stenózy, píštěle či případy po dvou a více atakách komplikací divertikulární choroby, včetně divertikulitidy.

Prognózu choroby nelze předvídat. Divertikly nevymizí, ale vhodnou stravou s dostatkem vlákniny a tekutin, defekačními návyky,lze udržet onemocnění bez progrese. Chirurgická léčba by neměla být odkládána. Časem a věkem vzrůstá riziko komplikací. Divertikulární choroba nezvyšuje pravděpodobnost vzniku nádorů.

### 2.2.6 Operační technika

Schematicky lze výkony na střevech rozdělit na: resekce, by-passy a stomie. Následný text se zaměřuje na stomie, protože pacientka se stomií je i předmětem kazuistiky této práce.

Stoma je slovo řeckého původu. Znamená ústa či ústí, v přeneseném významu otvor, vývod, vyústění něčeho někam. První známka o odchodu stolice stěnou břišní pochází již z Bible. Jako první doporučil stomii při ileu a to v roce 1710 Litre a v roce 1783 uskutečnil francouz Pillore první nástěnnou stomii. Náš chirurg Maydl provedl v roce 1884 první

dvouhlavňovou kolostomii. V této době se již používaly různé stoma pomůcky, skleněné, kožené a kovové jímače. Začátek skutečné péče o nemocné se datuje do 50. - 60. let minulého století v USA a v Anglii. V roce 1953 bylo v New Yorku otevřeno první specializované pracoviště s péčí o stomiky. Na počest prvního klubu stomiků v Americe byl 2. říjen vyhlášen, jako - ***Mezinárodní den stomiků***. V současné době mezi námi žije stále více nositelů stomie, je to asi 11 tisíc nemocných a toto číslo neustále stoupá.

Stomie se dělí na výživné, kam patří gastrostomie a jejunostomie, dále pak na derivační, kam patří ileostomie, už zmíněná kolostomie a urostomie, dočasné - přechodné vývody a trvalé - nevratné. Kolostomie je tedy, jak už jsem zmínila umělé vyvedení tlustého střeva mimo dutinu břišní a jeho vyústění na kůži. Díky tomuto vývodu je obsah tlustého střeva, který má formovanou konsistenci vyprazdňován do jímače fixovaného na kůži v místě vývodu. Záleží na způsobu vyvedení střeva navenek, buď může být nad slepým střevem, příčným tračníkem nebo esovitou kličkou a to jako vývod jednohlavňový - koncový (terminální), dvouhlavňový (axiální) nebo nástěnný. Kolostomie je nejčastějším druhem vývodu. Střevo může být vyvedeno v různých místech, názvy kolostomií se odvozují od místa vyvedení. Sigmoideostomie - vývod na esovité kličce, může být založena jako dvouhlavňová - axiální, nebo jako terminální. Bývá umísťována do levé dolní části břišní stěny. Transversostomie - vývod na příčném tračníku. V tomto případě se většinou jedná o dvouhlavňovou stomii. Coecostomie - vývod na přechodu tenkého a tlustého střeva, často bývá dočasná, důvodem je odlehčit zbývající části tlustého střeva. Používá se výjimečně, v indikaci coekostomie se spíše nyní provádí ileostomie.

Stomie musí být chirurgem vytvořena tak, aby splnila účel odvedení obsahu orgánu, současně umožnila bezproblémové ošetřování včetně

přiložení stomických pomůcek a v neposlední řadě, co nejméně omezovala život pacienta.

## 2.3 Péče o stomika

Stomický systém se aplikuje obvykle již na sále. Na operačním sále je připevněn pacientce na stomii průhledný sáček, který umožňuje kontrolu stomie. Stomie je vyšitá vstřebatelným šicím materiálem. Otvor v destičce se vystřihuje o něco větší, aby vznikl prostor pro operační otok. Bezprostředně po operaci se soustředíme na péči o vlastní vývod, kontrolu průchodnosti a péči o kůži v okolí stomie. Dále pak na pomoc nemocnému přizpůsobit se co nejdříve nové situaci a pomáhat mu v osvojení základní péče o stomii, psychicky ho podporovat. Stejně tak je důležitá spolupráce s rodinou. Adaptace nemocného na nové podmínky může trvat různě dlouho a proto vyžaduje individuální a kvalifikovanou pomoc, aby se nemocný stal soběstačným a nezávislým. Sestra musí tedy pracovat tak, aby se nemocný dokázal v co nejkratším čase o stomii starat sám.

Z vývodu odchází samovolně plyny a stolice, proto jsou používány sáčky pro zachycení výměšků. Kolostomie není citlivá na bolest, jelikož se ve sliznici nenacházejí nervová zakončení, při ošetřování je ale nutná opatrnost, protože se sliznice může snadno poranit a začne krvácet. U stomatu musíme sledovat barvu, případný otok, krvácení, kvalitu a kvantitu stolice. Pacienty se střevní vývodem učíme zacházet s ochrannými a čistícími prostředky a doporučujeme jim i vhodný výběr netěsného oblečení, aby mohla stomie bez problémů odvádět.

Samotné ošetřováni stomie nestačí, velice podstatná je i péče o okolí stomatu, jelikož může dojít ke komplikacím, nejen stomickým. Stomické komplikace jsou časné a pozdní. Mezi časné komplikace stomie patří (nekróza, nevhodné umístění stomie, nedostatečná péče a s tím spojená

špatná volba pomůcek) a pozdními komplikacemi může být (stenóza a retrakce, krvácení ze stomie, parastomická kýla, prolaps střevních kliček vedle stomie, granulace okrajů stomie a iritace kůže v okolí stomie).

Jedny z prvních stomických pomůcek na světě začala vyrábět firma Squibb-ConvaTec. Základem všech stomických pomůcek ConvaTec je adhezní vrstva z hmoty Stomahesive, která dobře lpí na suché, mírně vlhké i zanícené kůži. Stomické pomůcky se dělí do tří systémů podle způsobu nasazení:

- na systém nové adhezní technologie (podložka a sáček se k sobě připevňují bez přírubového kroužku pouze nalepením)
- jednodílný systém (želatinová pomůcka je pevně spojena se sáčkem a vždy se mění celý sáček, systém je flexibilní)
- dvoudílný systém (je nejčastěji používaným systémem skládá se z podložky a sáčku, které jsou vzájemně spojeny přírubovým kroužkem./viz. příloha č. 5/ Podložky (Combihesive, Stomahesive, Duoflex, Convex tvarovatelná) jsou základem dvoudílného systému a lze je kombinovat se všemi druhy sáčků tohoto systému za předpokladu stejného průměru přírubového kroužku. (více viz. kapitola 5)

Kolostomické sáčky béžové bez filtru jejichž zadní strana je tvořena vrstvou z netkané textilie, zpříjemňuje pocit nošení. Sáčky béžové s uhlíkovým filtrem, které pohlcují pachy. Minisáčky bez filtru na krátkodobé použití (např.:sport, lázně atd.). A krytka stomie, která je opatřena uhlíkovým filtrem, ale má malou kapacitu, takže je opět vhodná ke krátkodobému použití. Sáčky velkoobjemové, které jsou rovněž opatřeny filtrem, který lze měnit.

Kromě podložek a sáčků se používají i ochranné prostředky. Ochranná pasta, ochranný film, ochranná destička, adhezivní pasta, zásypový pudr, odstraňovač náplastí, pohlcovač zápachu, přídržný pásek a vkládací kroužky u zapadlých stomií.

Další velice podstatnou věcí v životě stomika je strava. Dieta by v zásadě neměla urychlovat střevní činnost, dráždit a nadýmat. Správným výběrem potravin může pacient ovlivnit činnost střeva. Pro stomika neplatí jednoznačná dieta. Zásady výživy kolostomiků - je důležité vypěstovat si určitý stereotyp vyprazdňování, nejlépe ráno. Proto je podstatné jíst třikrát denně ve stejnou dobu, přičemž by snídaně a obědy měly být vydatné.

Důležitou roli hraje i pitný režim, který by měl za den činit 1,5-2l vhodných tekutin. Není nutné striktní omezování v jídle, většinou potraviny které jedl pacient před založením stomie a nečinili mu problémy nebudou ani poté. Vhodné je vyhýbat se potravinám i nápojům, které působí projímavě.

# 3 Kazuistika

## 3.1 Základní údaje o nemocném

Pacientka A.K. byla plánovaně přijata na chirurgickou kliniku z důvodu chronické divertikulitidy tlustého střeva s akutní exacerbací s rozpadem jednoho z divertiklů a s následným abcesem a sterkorální píštělí. Dne 14.12.2006 byla paní A.K. provedena resekce postiženého úseku tlustého střeva a následně vyvedena kolostomie (postup dle Hartmanna).

***Identifikační údaje:***

Jméno a příjmení: A.K.

Pohlaví: žena

Věk: 67

Stav: vdova

Trvalé bydliště: Praha

Povolání: v důchodu

Vyznání: ateistka

Osoba, kterou lze kontaktovat: sestra, dcery

## 3.2 Lékařská anamnéza a diagnostický závěr

***Rodinná anamnéza:*** bezvýznamná

***Osobní anamnéza:*** běžné dětské choroby, operace v dětství - strabismus, operace hernie v jizvě. Po apendektomii, cholecystektomii a hysterektomii to vše asi před dvaceti lety. Kuřácká bronchitis.

***Alergická anamnéza:*** neguje

***Abusus:*** kuřačka, od mládí minimálně 30 cigaret denně, alkohol příležitostně.

***Nynější onemocnění:*** Zhruba měsíc pobolívání břicha, především v podbřišku, plus bolesti zad v lumbální a sakrální oblasti. Výrazné zhoršení bolestí až křečovité bolesti podbřišku, celý měsíc dieta, skoro nic nejí. Stolice bolestivá, naposled ráno v den příjmu, plyny, nauzea, nezvracela, močení bez obtíží, teplota, celý měsíc subfebrilní.

***Sociální anamnéza:*** Pacientka je ve starobním důchodu, vdova. Žije sama (se psem) ve dvoupokojovém bytě v Praze. Stýká se svými dvěma dcerami a jejich rodinami, má jedno vnouče. Občas se vídá se sestrou.

***Gynekologická anamnéza:*** Menarche asi ve 13 letech. Měla dva porody, šestkrát abortus.

***Objektivně při přijetí:*** Orientovaná, při vědomí, eupnoická, obesitas BMI 31, TK 110/60, P 60', TT 36,9°C

Břicho nad úrovní hrudníku, volně prohmatné, dýchá v celém rozsahu, palpačně bolestivé v celé podbřišku. Peristaltika, šplíchoty. Per rectum: tonus svěračů normální. RTG bez hladinek, smíšený obsah střevní.

***Závěr:*** Akutní divertikulitida perforacio susp.

## 3.3 Přehled diagnostických vyšetření

Laboratorní vyšetření ze dne 18.12. 2006

Všechna laboratorní vyšetření jsou ve fyziologickém rozmezí, pouze je zvýšená hladina CRP, AST, Cl. Celková bílkovina nad hranicí (blíže viz. příloha č. 2).

## 3.4 Operační výkon

15.12.2006 Resectio coli sigmoidei sec. Hartmann, drainage (odstranění postiženého úseku esovité kličky tlustého střeva se založením terminální sigmoideostomie a slepým uzávěrem pahýlu rekta - tzv. diskontinuitní operace).

## 3.5 Pooperační terapie

***Dieta*** - zprvu čajová, posléze 1A (pouze tekutiny), definitivní pak č. 2 - šetřící, která se indikuje při dlouhodobých poruchách trávicího systému. Je dietou plnohodnotnou a řídí se zásadami šetřící diety to znamená stravy šetřící po stránce chemické, mechanické a tepelné. Omezení tuků, sacharidů, koření. Složení: bílkovin 80 g, tuků 70 g, sacharidů 320 g, 9500 KJ.

***Pohybový režim*** - rehabilitace, která je prováděna vertikalizací, sed, stoj následně chůze.

***Převazy stomie***

### 3.5.1 Farmakoterapie

## Augmentin 1,2 g (600 mg) 1-1-1 po osmi hodinách

***indikační skupina*** - bakterocidní širokospektré ATB penicilínového typu.
***hlavní účinek*** - k léčbě bakteriálních infekcí a to zejména v oblasti ORL, dýchacích cest a plic, infekce kůže a měkkých tkání, infekce močového a pohlavního ústrojí. Podává se profylakticky při rozsáhlých chirurgických zákrocích u nichž existuje riziko infekce, např.: v gastrointestinálním traktu, kardiální nebo renální oblasti.
***nežádoucí účinky*** - GIT potíže (nauzea, zvracení, průjem), zvýšení hodnot jaterních testů, zřídka hepatitis. Kandidóza (kvasinkové onemocnění), nejčastěji na sliznici pohlavních orgánů nebo v dutině ústní. Alergické reakce, především kopřivka, vyrážky.

## Cerucal - 1 ampule po osmi hodinách

***indikační skupina*** - prokinetikum, antiemetikum.
***hlavní účinek*** - odstraňuje nevolvost, nucení na zvracení různého původu.
***nežádoucí účinky*** - občas, zejména při zvýšeném dávkování, může dojít k únavě, bolestem hlavy, závrati, neklidu, úzkosti a průjmu.

## Metronidazol - 0,5 g po osmi hodinách

***indikační skupina*** - chemoterapeutikum
***hlavní účinek*** - léčba a prevence infekcí, které jsou či mohou být vyvolány anaerobními bakteriemi, pooperační stavy kolorektální chirurgie a infekce v GIT
***nežádoucí účinky*** - na gastrointestinální trakt, příležitostně se může vyskytnout kovová chuť v ústech, tlak v epigastriu, nevolnost, nauzea, ztráta

chuti k jídlu, průjem, povlak jazyka, glossitida a stomatitida. Vzácně poruchy jaterních funkcí, kožní reakce (svědění, kopřivka) a léková horečka.

## Ambrobene sirup (15 mg/ 5 ml) 15-15-15 gtt

***indikační skupina*** - expectorans s mukolytickým účinkem.

***hlavní účinek*** - vyvolává zvýšenou tvorbu hlenu a zároveň jej zřeďuje, podporuje pohyb řasinek a tím čistí sliznici, usnadňuje vykašlávání hlenu.

***nežádoucí účinky*** - slabost, bolesti hlavy, žaludeční obtíže, průjem, zvracení, kožní vyrážka

## Stilnox

***indikační skupina*** - hypnotikum, sedativum

***hlavní účinek*** - zkracuje dobu nástupu spánku, snižuje počet probuzení, prodlužuje celkovou dobu spánku a zlepšuje jeho kvalitu.

***nežádoucí účinky*** - závratě, ospalost, pocit slabosti, nauzea, zvracení, bolesti hlavy, noční můry, neklid, deprese, poruchy chování, diplopie, průjmy, třes...

***dávkování*** - před spaním jedna tableta

## Coxtral 1-0-1

***indikační skupina*** - antirevmatika, antiflogistika, antiuratika

***hlavní účinek*** - určen k léčbě bolestivé artrózy (degenerativní onemocnění kloubů kyčelních nebo kolenních), protizánětlivé účinky.

***nežádoucí účinky*** - v průběhu léčby se může vyskytnout průjem, nevolnost a zvracení. Zřídka se mohou vyskytnout zácpa, nadýmání nebo zánět sliznice žaludku (gastritida), bolesti hlavy, ospalost, závratě. Výjimečně

zmatenost, poruchy vidění, podrážděnost, nervozita a nespavost. Vzácně se může objevit vyrážka, zarudnutí, kopřivka a svědění.

### Tramal 50 mg

***indikační skupina*** - analgetikum, anodynum

***hlavní účinek*** - k léčbě středně silných až silných bolestí, lék, který patří do skupiny opiátů ovlivňujících centrální nervový systém.

***nežádoucí účinky*** - pocit na zvracení, závratě, které se vyskytují u více než jednoho pacienta z deseti, srdeční a oběhové poruchy.

***dávkování*** - i.m. při bolestech.

**Infúzní léčba:** Glukóza 10% 500 ml

+ 12 jednotek Humulinu R

+ KCL 20 ml

+ MgSO4 10% 10 ml

Plazmalyte 1000 ml - izotonický elektrolytový roztok

### 3.5.2 Průběh hospitalizace

Paní A.K byla přijata na chirurgické oddělení dne 15.12. 2006 po operaci, kde ji byla provedena resekce postiženého úseku tlustého střeva (sigmoideum) a vyvedena terminální sigmoideostomie postup dle Hartmanna. Po operaci pacientka na JIP - sledovány vitální funkce, výsledky krevních odběrů a podávány ordinované léky. Po operaci prováděna u pacientky s chronickou bronchitidou intenzivní dechová rehabilitace. Pacientka byla schopná provádět hygienu sama za částečné asistence sester, převazy operační rány zatím prováděla sestra dvakrát denně

a jinak podle potřeby. Stomie funkční, třetí pooperační den, čili pátý den hospitalizace, byla stolice pravidelná. Pacientka měla zaveden periferní žilní katetr na levé horní končetině, ošetřován v souladu s prevencí infekce, po dobu aplikce žliního kateru se komplikace nevyskytly. Kůži v okolí stomie byla bez defektu. Prováděna prevence vzniku dekubitů, v tomto ohledu k žádným komplikacím nedošlo, riziko vzniku je minimální. Pacientka rehabilituje postupnou zátěží nejprve na lůžku, následně stoj a chůze, rehabilitace probíhala rychle a úspěšně.

Dne 21.12.2006 došlo ke komplikaci celkového stavu, vzestupu teploty a zánětlivých markerů. Provedeným CT vyšetřením zjištěna kolekce tekutiny v oblasti malé pánve – podezření na absces. Provedena punkce a evakuace cestou transanální – evakuován hnis a provedeno mikrobiologické vyšetření. Následně pokračováno v terapii antibiotiky, operační revisi dutiny břišní nebylo nutno provést. Komplikace neměla vliv na funkci stomie a celkový výsledek léčby, ale došlo k prodloužení hospitalizace.

Pacientka byla v celkově dobrém stavu propuštěna 12.1.2007

# 4 Ošetřovatelská část

## 4.1 Ošetřovatelství

Ošetřovatelství je integrovanou disciplinou, jejímž účelem je poskytování zdravotní péče zdravým a nemocným jedincům, rodinám a celým komunitám. Ošetřovatelství se především zaměřuje na zdraví, jeho udržení a ochranu, na prevenci vzniku chorob, na co nejrychlejší obnovu zdraví, pokud již k nemoci došlo a popřípadě na pomoc při důstojném umírání.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje ošetřovatelství jako systém typicky ošetřovatelských činností týkající se jednotlivce, rodiny a společenství, v němž žijí, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu. /2/

***Ošetřovatelský proces***

Je charakterizován, jako systematická racionální metoda plánování a poskytování péče. Ošetřovatelský proces je průběh ošetřovatelské činnosti, způsob práce s nemocným, probíhá v několika fázích. Zhodnocení nemocného, potom stanovení ošetřovatelské diagnózy, následně pak stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů ošetřovatelské péče, provedení navržených opatření nebo-li realizace plánu a v neposlední řadě zhodnocení efektu poskytnuté péče.

## 4.2 Model obecně

Model je vědecká konstrukce, představa, obraz nebo popis zkoumaného jevu či předmětu. Modely se používají ve spojitosti s ošetřovatelským procesem, poskytují jakousi všeobecnou směrnici pro ošetřovatelskou praxi. Existuje celá řada ošetřovatelských modelů. Já jsem

si vybrala modely interpersonálních vztahů, kam patří i model funkčních vzorců zdraví M. Gordonové.

Individualizovaná ošetřovatelská péče o nemocného byla prováděna metodikou ošetřovatelského procesu. Pro zhodnocení pacientky byl použit model "fungujícího zdraví" sestry Majory Gordonové.

## 4.3 Model M. Gordonové

Je odvozený z interakcí osoba- prostředí. Zdravotní stav jedince je vyjádřením bio-psych-sociální interakce. Základní strukturou modelu je dvanáct oblastí které sama autorka označuje jako funkční vzorce zdraví. Každý vzorec pak představuje určitou část zdraví a ta může být buď funkční nebo dysfunkční. /5/

***Dvanáct vzorců zdraví***

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

Ošetřovatelskou anamnézu jsem stanovila ke dni 18.12. 2006 (3. pooperační den). Anamnézu jsem sbírala 2. den po přijetí pacientky na standardní oddělení.

***Vnímání zdraví***

Pacientka je svou diagnózou seznámena. Hospitalizace je pro ni sama o sobě nepříjemná a zatěžující, má starosti o byt, psa, ale zároveň si uvědomuje, že je pro ni hospitalizace důležitá a i přínosná. Chápe, že operace byla nutná, ale dělá ji potíže vyrovnat se se stomií. I když ji bylo o ošetřování střevního vývodu vše vysvětleno a názorně ukázáno. Má trochu obavy, jestli bude bez problémů zvládat péči o stomii.

***Výživa - metabolismus***

Paní A.K. má zubní protézu a bolesti ústní dutiny. Při jídle jí občas ruší jen ta bolest dutiny ústní, na protézu si nestěžuje. Ví, že má nadváhu, její BMI je 31, během hospitalizace se její hmotnost radikálně nezměnila,zhubla o dvě kila. V průběhu hospitalizace se chuť k jídlu změnila. Před příchodem do nemocnice jí přestávalo chutnat jíst. Obvykle byla zvyklá jíst knedlíky s omáčkou, smažené maso (kuřecí, vepřové) a sladké, hlavně zákusky. V nemocnici má šetřící dietu, na stravu si nestěžuje, jen nemá ráda rizoto. Je si vědoma toho, že po propuštění bude muset dodržovat dietu. Co se týče tekutin, denně vypije přibližně 1 - 1,5l. Chutná jí černá káva s mlékem. Alkohol pije příležitostně. Příjem tekutin se v nemocnici nezměnil, má k dispozici dostatek tekutin, především nesycené vody, kterými ředila oblíbené džusy.

***Vylučování***

Obvykle chodila paní A.K na stolici jednou denně v průběhu dne a stolici hodnotí jako normální. Žádná projímadla neužívala. Zhruba tak čtrnáct dní před hospitalizací měla paní A.K. problémy se stolicí, odchod

stolice byl bolestivý. V současné době má potíže s odchodem stolice díky stomii, které se ale v průběhu hospitalizace a to především díky stravě upravily.

Močení bez problémů.

***Aktivita - cvičení***

Paní A.K. je v důchodu. V domácnosti je zvyklá zvládnout vše sama, postará se i o psa. Mezi její záliby patří pletení, čtení a hlavně procházky s pejskem. V průběhu hospitalizace ji navštěvuje fyzioterapeut, který s ní rehabilituje postupnou zátěží,sed, stoj, chůze. Paní A.K. se po rehabilitaci cítí unavená a vysílená, jelikož má coxartrózu pravého kyčle a s tím spojené bolesti a pohybová omezení.

***Spánek - odpočinek***

Pacientka A.K. neměla se spánkem před příchodem do nemocnice žádné problémy. Nebrala žádné léky ani neměla vyloženě nějaké návyky, které by jí pomáhaly usnout. Během hospitalizace se však dostatečně nevyspala, nemohla usnout, budila se několikrát za noc, tudíž si dostatečně neodpočinula. Pacientka tvrdila, že za její problémy se spánkem může změna prostředí. V nemocnici spí spíše přes den.

***Vnímání - poznávání***

Zhruba patnáct let používá pacientka A.K. brýle na čtení, je krátkozraká. Se sluchem potíže nemá, slyší dobře. Při ošetřování vývodu je dobré, když paní A.K. používá brýle.

***Sebepojetí - sebeúcta***

Pacientka je se svou diagnózou seznámena. Když má vyjádřit, jak tuto skutečnost vnímá, je všemi smysly soustředěna na stomii. Má obavy,

jak vše bude zvládat po propuštění z nemocnice. Její obavy se především týkají zápachů a zvuků způsobených střevní peristaltikou. Uznává, že bude muset změnit stravovací návyky a věří tomu, že vhodná skladba stravy napomůže zmírnění jejich obav. Nejvíc jí ale zatěžuje sama hospitalizace, což se projevuje změnami nálad a chování. Jinak je spolupráce bez problémů, pacientka se sama aktivně zapojuje do péče o stomii.

***Role - vztahy***

Paní A.K. žije sama se psem ve dvoupokojovém bytě v Praze. Nejbližší osoby jsou pro ni dcery a vnučka a její sestra se kterou se, ale bohužel nevídá tak často, jelikož žije mimo Prahu. Všichni jí navštěvují a to jí hodně pomáhá v přijetí současného stavu a uvědomění, že život stomií nekončí.

***Reprodukce - sexualita***

Otázky na tuto problematiku se mi vzhledem k onemocnění a dané situaci paní A.K. nezdály vhodné.

***Stres - zátěžové situace***

Pro paní A.K. je sám o sobě už zatěžující příjem do nemocnice a následná hospitalizace. Změna prostředí jí stresuje a deprimuje, má obavy o byt, psa a o to jak to vše bude dál, jak bude zvládat sama péči o stomii a dodržovat určité stravovací návyky.

***Víra - životní hodnoty***

Paní A.K. je ateistka.

***Jiné***

Pacientka nepovažovala za důležité sdělovat nějaké další informace.

## 4.4 Ošetřovatelské diagnózy

1. Bolest z důvodu operační rány
2. Porucha sebepojetí z důvodu vytvoření stomie
3. Porušení integrity kůže z důvodu operačního zákroku
4. Změna ve vyprazdňování stolice z důvodu vytvoření stomického vývodu
5. Porucha tělesné hybnosti z důvodu bolesti pravého kyčle (coxartróza)
6. Poruchy spánku z důvodu změny prostředí

***Další potenciální ošetřovatelské diagnózy*** **-** Riziko vzniku infekce z důvodu vytvoření stomie a periferní žilní kanylace, deficit informací o ošetřování stomie a jejího okolí z důvodu nedostatečné edukace, poruchy sociální interakce z důvodu stomie (nekontrolovaný odchod stolice, zápach).

Aktuální ošetřovatelské problémy a plán ošetřovatelské péče jsme si s paní A.K. stanovily v průběhu prvního dne ošetřování čili 3. pooperační den k datu 18.12. 2006.

***1. Bolest z důvodu operační rány a coxartrózy***

Cíl ošetřovatelské péče - krátkodobý i dlouhodobý: Pacientka bude bez bolesti.

Plán ošetřovatelské péče

- úprava polohy, úprava lůžka, poučení o mobilizaci
- zajistit klid, podpora psychiky
- určení intenzity bolesti na hodnotící analogové škále (0-100)
- sledovat nonverbální projevy pacientky
- podání analgetik dle ordinace lékaře
- sledování účinku analgetik

Realizace ošetřovatelské péče

Předložila jsem pacientce analogovou škálu hodnocení bolesti (0 až 100), také jsem jí objasnila důležitost správného zhodnocení bolesti. Intenzitu bolesti pacientka hodnotila stupněm 50. Vysvětlila jsem jí možnosti, kterými lze bolest snížit. Nejdříve jsem jí upravila lůžko, poučila jí o správném postupu, jak vstávat. S paní A.K. jsem komunikovala, snažila se podpořit její psychiku. Dále jsem podala analgetika dle ordinace lékaře (Tramal i.m.) a sledovala jejich účinek.

Hodnocení

Pacientka A.K. do půl hodiny udává menší bolest, analgetika tedy měla správný účinek. Na hodnotící škále pacientka označovala zmírnění bolesti zpravidla o dva stupně (1stupeň = 10). Cíle bylo dosaženo.

***2. Porucha sebepojetí z důvodu vytvoření stomie***

Cíl ošetřovatelské péče - krátkodobý i dlouhodobý: Aktivní účast na vlastním ošetřování stomie, smíření a přizpůsobení se danému stavu (stomie).

Plán ošetřovatelské péče

- podávat dostatek informací, kontinuální edukace, pomoc v péči o stomii
- seznámit paní A.K. s pomůckami, kluby, stejně postiženými
- komunikovat srozumitelně, jasně formulovat věty i otázky
- zajistit kontakt s rodinou a i jim podat potřebné informace
- ve vhodné chvíli nemocné ukázat stomii a s tím spojené ošetřování, jak stomie samotné, tak i jejího okolí
- sledovat neverbální projevy
- spolupracovat se stomasestrou

Realizace ošetřovatelské péče

Domluvily jsme se s paní A.K., kdy za ní přijdu a vysvětlím a zodpovím vše co se týká ošetřování stomie a vůbec života se stomií. Ukázala jsem jí všechny potřebné pomůcky pro stomiky. Edukace paní A.K. probíhala po celou dobu hospitalizace. Byla v kontaktu se stomasestrou, která jí samozřejmě poskytla potřebné informace a kontakty na bezplatnou stoma linku, stoma kluby, možnost odebírání časopisů např.: ILCO, RADIM, aby pacientka pochopila, že stejně postižených jako ona je víc.

Hodnocení

Pacientka A.K. byla schopna nabídku na pomoc přijmout, aktivně spolupracovala při ošetřování stomie. Cíle bylo dosaženo.

***3. Změna ve vyprazdňování stolice z důvodu vytvoření stomického vývodu***

Cíl ošetřovatelské péče - krátkodobý i dlouhodobý: Pacientka nebude mít průjem ani zácpu, bude si umět vybrat vhodné potraviny a nápoje, bude bez problémů používat stomické pomůcky i po návratu do domácího prostředí.

Plán ošetřovatelské péče

- sledovat stolici, jak po kvalitativní, tak po kvantitativní stránce a vše zaznamenávat
- dodržovat pečlivě hygienickou péči o stomii a okolí
- informovat pacientku o vhodném výběru potravin
- včasná výměna sáčku, vybavení vhodnými pomůckami
- edukace pacienta stomasestrou i ostatním ošetřovatelským personálem

Realizace ošetřovatelské péče

Stoma-sestra poskytla první informace, které se týkaly ošetřování stomie. Odstranila jsem plný stomický sáček, šetrně a důkladně ošetřila okolí stomie, okraje natřela ochrannou pastou Stomahesive a použila zásypový pudr Stomahesive. Pak jsme společně se stomasestrou nalepily novou podložku a přiložily nový sáček (dvojdílný systém). Podložka může zůstat klidně několik dní, sáček se mění dle potřeby. Přinesla jsem pacientce seznam vhodných potravin a vysvětlila jí po kterých potravinách se může objevit nepříjemný zápach, nadýmání, průjem či zácpa.

Hodnocení

Pacientka měla snahu, co nejdříve se naučit ošetřovat stomii, vybírat vhodné potraviny, stolice za pár dní odcházela pravidelná. Cíle bylo dosaženo.

***4. Porucha integrity kůže potenciální i akutní z důvodu vytvoření stomie***

Cíl ošetřovatelské péče - krátkodobý i dlouhodobý: pacientka nebude pociťovat pálení a svědění v okolí stomie po přiložení stomické pomůcky, rána je v čistotě, suchu, hojení rány bez známek infekce, operační rána se hojí per primam.

Plán ošetřovatelské péče

- dodržovat šetrný postup při ošetřování stomie a jejího okolí
- provádět řádnou hygienu, kůži dostatečně osušit, promasírovat
- sledovat proces hojení rány
- lůžko udržovat v čistotě a suchu

Realizace ošetřovatelské péče

Při ošetřování stomie jsem pečlivě dodržovala šetrný postup, používala pomůcky k tomu určené a na jedno použití. Lůžko jsem udržovala v čistotě a suchu. Poučila paní A.K. o řádné a dostatečné hygieně.

Hodnocení

Operační rána se úspěšně hojila, nevznikly žádné komplikace. Cíle bylo dosaženo.

***5. Porucha tělesné hybnosti z důvodu bolesti pravé kyčle (coxartróza)***

Cíl ošetřovatelské péče - krátkodobý i dlouhodobý: pacientka A.K. nebude pociťovat nesnesitelnou bolest při rehabilitaci chůzí, nebude jí unavovat a vyčerpávat každý pohyb.

Plán ošetřovatelské péče

- vysvětlit pacientce důležitost rehabilitace
- ukázat nemocné pomůcky, které usnadňují udržování i změnu polohy postižených částí těla
- dodržovat bezpečnostní opatření (možnost zranění během chůze)
- střídat rehabilitaci s odpočinkem
- tlumit bolest podáváním analgetik dle ordinace lékaře (Coxtral p.o.)

Realizace ošetřovatelské péče

Pacientce jsem vysvětlila průběh rehabilitace, poučila jí o správném vstávání z lůžka a vhodných pomůckách k usnadnění pohybu. Podala jsem lék proti bolesti kyčelního kloubu (podle ordinace lékaře Coxtral p.o.). Pomáhala jsem paní A.K.

Hodnocení

Pacientka za pár dní dobře zvládá chůzi za pomoci fyzioterapeuta. Díky lékům je téměř bez bolesti, lépe se jí pohybuje a už se necítí tak unavená. Pohyb jí svědčí, cítí se dobře i po psychické stránce, těší se už co nejdřív domů a úspěšná rehabilitace tomu nasvědčuje. Cíle bylo dosaženo.

***6. Poruchy spánku z důvodu změny prostředí***

Cíl ošetřovatelské péče

- krátkodobý cíl: paní A.K. se nebude několikrát za noc budit.
- dlouhodobý cíl: bude prodloužena celková doba kvalitního fyziologického spánku, pacientka se bude cítit odpočatá.

Plán ošetřovatelské péče

- zajistit večerní hygienu, úpravu lůžka, polohy a prostředí (dostatečně vyvětráno, klid, tlumené osvětlení, signalizační zařízení na dosah).
- zjistit, jestli je pacientka v psychickém klidu
- zjistit zda nemá bolesti
- vyměnit stomický sáček, popřípadě podložku (viz. dvojdílný systém)
- podat léky na spaní (hypnotika) dle ordinace lékaře (v tomto případě STILNOX).
- zaměstnat pacienta přes den

Realizace ošetřovatelské péče

Před usnutím paní A.K. vykonala večerní hygienu. Upravila jsem jí lůžko, vyvětrala, zkontrolovala těsnost stomické podložky a sáčku.

Hodnocení

I když si pacientka vzala před usnutím hypnotikum, tak se v noci budila a dostatečně se nevyspala nikdy v průběhu hospitalizace. Bylo to dáno změnou prostředí, pacientka doufá, že potíže s nespavostí se v domácím prostředí upraví. Cíle nebylo dosaženo.

## 4.5 Psychologie nemocného - reakce na nemoc

Každý člověk se jinak vyrovnává s náročnou situací, kterou nemoc rozhodně je. Život se stomií přináší řadu problémů. Stomický pacient se musí s těmito změnami vyrovnat, zvláště pokud jde o stomii trvalou, jako v tomto případě. S psychickou podporou ze strany lékaře a především ze strany sestry je třeba začít již před operací. Zde hraje nezastupitelnou roli sestra a lékař, kteří by se měli aktivně podílet spolu s pacientem a jeho rodinou na řešení všech problémů.

Pacientka A.K. se smířila s danou situací podstatně dobře, pochopila, že stomií život nekončí. Jen jí trochu činily problémy spojené s adaptací spojené s hospitalizací. V průběhu hospitalizace spolupracovala, aktivně se podílela na zvládnutí ošetřování stomie. Komunikace s ní byla bez problémů, pacientka byla hovorná, sdílná a přizpůsobivá, jak k personálu, tak k spolupacientům. Paní A.K. důvěřuje zdravotnickému personálu, je velice důležité si důvěru udržet.

Psychika nemocného je v takové situaci na prvním místě, velice záleží, jak se pacient vyrovná se stomií, jak příjme svůj daný stav. Zkušenosti ukazují, že čím lépe je nemocný informován o všech aspektech péče o stomie a života se stomií, tím kvalitněji se sám o sebe stará a příznivěji se adaptuje na život se stomií.

Možnosti sociální péče nebyly nastíněny, nebylo toho zapotřebí.

## 4.6 Prognóza

Z medicínského hlediska

Pacientka A.K. byla seznámena se svým onemocněním, chápe jeho důsledky a je srozuměna s dalším způsobem života. Pacientka bude sledována, musí absolvovat pravidelná kontrolní vyšetření. Pacientce byla vytvořena stomie trvalá.

Z ošetřovatelského hlediska

Pacientka se smířila s danou situací, chápe kolostomii jako součást svého těla, ale přesto měla potíže s psychickým zvládnutím stomie. Během našich rozhovorů pochopila, že stomií život nekončí. Dobře se orientuje ve všech dostupných pomůckách a je seznámena s prevencí možných komplikací, které mohou nastat.

# 5 Návrh edukace nemocného v péči o kolostomii

Péče o stomika začíná již předoperační přípravou a pokračuje pooperační edukací stomasestrou. Edukaci musí ale umět každá sestra, stomasestra koordinuje, řídí a radí sestrám i pacientům, také zajišťuje stomické pomůcky pro pacienty. Stomasestra (stomaterapeutka) edukuje stomika denně (kontinuálně). Seznamuje stomiky s novými možnostmi pomůcek, řešením komplikací vyskytujících se při ošetřování stomatu, jedná vlídně a vstřícně, získává jej ke spolupráci. Během hospitalizace se pacient musí naučit být soběstačný. Sestra se mu věnuje individuálně, zohledňuje především aktuální potřeby, to znamená, že edukace neprobíhá vždy podle stejného schématu. Snaží se navázat spolupráci s rodinou, samozřejmě se souhlasem pacienta. Po ukončení hospitalizace by měl pacient docházet do ambulance stomasestry, díky pravidelným kontrolám je možné zabránit vzniku komplikací.

Kvalita života stomiků se v posledních patnácti letech výrazně zlepšila. Napomohly tomu hlavně nové stomické pomůcky, které jsou vyvíjeny řadou firem (Convatec, Dansac, Braun, Coloplast). U všech systémů jsou sáčky průhledné, neprůhledné, výpustné a nevýpustné, s filtrem a bez filtru. Sortiment doplňují ochranné a čistící prostředky, které se používají podle typu stomie a při komplikacích. Měly by zadržovat zápach, chránit kůži před poškozením, být nenápadné pod oblečením.

Z hlediska použití se dělí na jednodílný systém což je želatinová pomůcka, která je pevně spojena se sáčkem a vždy se mění celý sáček, systém je flexibilní.

Dvoudílný systém se skládá z lepící želatinové destičky s plastikovým přírubovým kroužkem na něj se nasazují sáčky, které lze měnit dle potřeby. Podložka zůstává nalepená 3 - 7 dní.

Systém adhezivní technologie, kde se podložka a sáček k sobě připevňují bez přírubového kroužku, pouze nalepením. Tento systém je diskrétnější a flexibilnější než dvoudílné pomůcky.

Stomasestra si připraví pomůcky. Přiložení stomické pomůcky začíná změřením velikosti stomie a upravením šablony, správný průměr by měl být o půl centimetru větší než je vystřižená šablona. Pacient si umyje ruce, důkladně umyje kůži teplou až vlažnou vodou, osuší a ošetří již zmíněnými ochrannými prostředky. Nepoužívá olej, tuk, tělové mléko do okolí přiložení podložky, kůži zbytečně neodmašťuje. Poté se sejme s aplikační strany destičky ochranný papír a přiloží se na suchou stomii a přitiskne prsty tak, aby dobře přilnula k pokožce. Na závěr se odstraní z okrajů podložky krycí papíry a dokončí se přilepení podložky. Zvolí se sáček odpovídajícího průměru přiložené podložky, pacientka se nadechne a zatne břišní svaly, sáček se nasadí na podložku a zacvakne se. Mírným tahem za sáček se přesvědčíme, že byl správně připevněn. Je možné připevnit přídržný pásek.

Výměna se provádí tehdy, když je sáček z jedné třetiny až z jedné poloviny naplněn a nebo, když dojde k úniku tekutin či exkretů. Podložku je nutné přidržovat jednou rukou a druhou tahem shora dolů oddělovat sáček od kroužku podložky. Kolostomický vývod se očistí kruhovými pohyby z vnějšku dovnitř dvěma mulovými rouškami s vlažnou vodou bez mýdla. Následně se kůže osuší a připevní nový sáček již zmíněným způsobem.

Podložku vyměňujeme v rozmezí 3 - 7 dnů nebo dle potřeby. Při odlepení podložku odstraňujeme postupně tahem shora dolů a druhou rukou přidržujeme okolní kůži, můžeme k tomu použít speciální odstraňovače. Nikdy se však k odstraňování podložky nepoužívá benzín. Okolí stomie umyjeme vlažnou vodou  a přilepíme podložku novou.

V případě potřeby můžeme využít ochranných prostředků (pasta, pudr, odstraňovač náplastí, přídržný pásek).

Doma lze doporučit zřízení odděleného místa pro aplikaci pomůcek aby bylo zajištěno soukromí a všechny pomůcky byly na jednom místě tak, aby nebylo nutné odbíhat.

Při ošetřování stomie v domácí péči je vhodné použít zrcadla v dostatečné výšce, aby pacient na stomii dobře viděl. Nepostradatelné je také kvalitní osvětlení a věšák na šaty. Stomické pomůcky jsou na lékařský předpis a jsou hrazeny pojišťovnou. Bude-li pacient se stomií potřebovat jakoukoli radu může se obrátit na svou stomasestru či zavolat na bezplatnou stoma linku.

Stravování stomiků

Pro stomika neplatí žádná jednoznačná dieta, může jíst v podstatě vše, co má rád, jestliže mu to nečiní problémy. Správným výběrem potravin může pacient ovlivnit činnost střeva. Nejčastěji se volí strava nenadýmavá, bez nestravitelných zbytků, netučná. Potraviny tepelně upravujeme, meleme, dusíme a vaříme. Mechanicky upravíme potraviny tím, že budou bez slupek, kůrek a zrníček, tím se usnadní trávení. Doporučuje se tedy netučná, nekořeněná strava, především bílá masa, ryby, drůbež, těstoviny, tvaroh, rostlinné tuky, vařená zelenina, kompotované ovoce.

Nadýmavý účinek mají luštěniny, čerstvý chléb, vejce, cibule, perlivé nápoje, pivo. Naopak proti nadýmání jsou vhodné potraviny jako brusinky, jogurt. Zápach tlumí špenát, petržel, brusinky a brusinková šťáva, jogurt. Zatímco zápach podporují vejce, maso, ryby, cibule, česnek, koření, květák a značné bolesti mohou způsobit již zmíněná cibule a ananas. Potraviny, které mohou vést k průjmu jsou káva, cukr, alkohol, švestky, mléko, kapusta, šumivé nápoje a naopak průjem tlumí svařené mléko, čokoláda, červené víno, brambory, rýže.

Podstatné je doplnění stopových prvků a vitamínů, jelikož úpravou zeleniny a ovoce se  stopové prvky a vitamíny ztrácí.

# 6 Závěr

Cílem mé případové studie bylo na kazuistice ukázat, jak probíhá péče o pacienta se stomií. Zpracováním ošetřovatelské péče u paní A.K. po operaci, kde jí byla provedena resekce postiženého úseku tlustého střeva a následně vyvedena terminální kolostomie. Většiny cílů, které jsme si stanovily v průběhu mé praxe se nám podařilo dosáhnout. Paní A.K. byla propuštěna do domácí péče jako plně soběstačná, seznámena s prognózou svého onemocnění a nutností dodržování správné životosprávy. Během své praxe jsem pochopila některé reakce pacientky na danou situaci. Podstatnou součástí bylo navázání kontaktu, získání důvěry ze strany pacienta a uvědomění si výhody ošetřovatelského procesu v praxi.

Ošetřovatelská péče o stomii vyžaduje nejen somatické, ale i psychologické a edukační znalosti. Sestra by měla mít dostatek praktických zkušeností, empatie a porozumění. Stomie představuje hluboký zásah do pacientova osobního života. Po operaci se zásadně mění hodnotový žebříček nemocného. Stomie, ale dnes není důvodem k odchodu do invalidního důchodu a vyřazení ze společnosti. Stomik může pracovat, cestovat, vychovávat děti a zcela plnohodnotně žít.

# Seznam použité literatury

1. Hoch, J., Leffler, J. a kol.: Speciální chirurgie. Praha, MAXDORF, 2001, s.101-107, ISBN 80-85912-44-9.

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

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

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

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

6. Rokyta, R. a kol.: Fyziologie. Praha, ISV, 2000, s.139,
ISBN 80-85866-45-5.

7. Staňková, M.: Základy teorie ošetřovatelství. Praha, KAROLINUM, 1996,
193s., ISBN 80- 7184-243-5.

8. Šváb, J.: Operace tlustého střeva. Praha, TRITON, 2000, 25-34s., ISBN 80-7254-122-6.

**Jiné zdroje:**

Časopis stomiků - RADIM, Praha, 2006/1, ConvaTec

Rozhovor s paní A.K.

Dokumentace

**internetové zdroje:**

Ladislav Horák, Stomie v léčbě kolorektální rakoviny, (cit. 10.5. 2007), dostupné na: www: http//www.chirweb.cz/

# Seznam příloh

Příloha č.1: Ošetřovatelský záznam

Příloha č.2: Laboratorní vyšetření - výsledky

Příloha č.3: Analogová škála bolesti

Příloha č.4: Barthelův test

# Příloha č.2: Laboratorní vyšetření - výsledky

HEMATOLOGICKÁ VYŠETŘENÍ

| | | | |
|---|---|---|---|
| Leukocyty | 14,7 x $10^9$/l | fyziologická hodnota | 3,6 - 9,6 x $10^9$/l |
| Erytrocyty | 4,3 x $10^{12}$/l | fyziologické hodnota | 4,2 -5,4 x $10^{12}$/l |
| Trombocyty | 422 x $10^9$/l | fyziologická hodnota | 140 - 440 x $10^9$/l |
| Hemoglobin | 11,6 g/l | fyziologická hodnota | 120 - 160 g/l |
| Hematokrit | 0,35 | fyziologická hodnota | 0,39 - 0,49 |

BIOCHEMICKÁ VYŠETŘENÍ

| | | | |
|---|---|---|---|
| Na | 138 mmol/l | fyziologická hodnota | 133 - 150 mmol/l |
| K | 4,4 mmol/l | fyziologická hodnota | 3,8 - 5,5 mmol/l |
| Cl | 110 mmol/l | fyziologická hodnota | 97 - 108 mmol/l |
| Ca | 2,3 mmol/l | fyziologická hodnota | 2,0 - 2,75 mmol/l |
| P | 0,76 mmol/l | fyziologická hodnota | 0,7 - 1,5 mmol/l |
| Celková bílkovina | 46,0 | | |
| Bilirubin | 4,7 umol/l | fyziologická hodnota | do 20 umol/l |
| AST | 0,21ukat/l | fyziologická hodnota | do 0,5 ukat/l |
| ALT | 0,38 ukat/l | fyziologická hodnota | do 0,55 ukat/l |
| GMT | 0,98 ukat/l | fyziologická hodnota | do 0,6 ukat/l |
| CRP | 164 | | |

# Příloha č.4: Barthelův test základních všedních činností

(ADL - activity daily living)

| | |
|---|---|
| 1. Najedení a napití | |
| samostatně bez pomoci | 10 |
| s pomocí | 5 |
| neprovede | 0 |
| 2. Oblékání | |
| samostatně bez pomoci | 10 |
| s pomocí | 5 |
| neprovede | 0 |
| 3. Koupání | |
| samostatně nebo s pomocí | 5 |
| neprovede | 0 |
| 4. Osobní hygiena | |
| samostatně nebo s pomocí | 5 |
| neprovede | 0 |
| 5. Kontinence moči | |
| plně kontinentní | 10 |
| občas kontinentní | 5 |
| trvale inkontinentní | 0 |
| 6. Kontinence stolice | |
| plně kontinentní | 10 |
| občas inkontinentní | 5 |
| trvale inkontinentní | 0 |
| 7. Použití WC | |
| samostatně bez pomoci | 10 |
| s pomocí | 5 |
| neprovede | 0 |
| 8. Přesun lůžko - židle | |
| samostatně bez pomoci | 15 |
| s malou pomocí | 10 |
| vydrží sedět | 5 |
| neprovede | 0 |

9. Chůze po rovině

| | |
|---|---|
| samostatně nad 50 m | 15 |
| s pomocí 50 m | 10 |
| na vozíku 50 m | 5 |
| neprovede | 0 |

10. Chůze po schodech

| | |
|---|---|
| samostatně bez pomoci | 10 |
| s pomocí | 5 |
| neprovede | 0 |

Hodnocení stupně závislosti:

| | |
|---|---|
| 0 - 40 | vysoce závislý |
| 45 - 60 | závislost středního stupně |
| 65 - 95 | lehká závislost |
| 96 - 100 | nezávislý |