



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

Tereza Hůlková

**Ošetrovatelská péče o nemocného s diagnózou
akutní perforované divertikulitidy**

*Nursing care of a patient with a diagnosis of acute
perforated diverticulitis*

Bakalářská práce

Praha, červen 2011

Autor práce: **Tereza Hůlková**

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Renata Vytejková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetrovatelství 3. LF UK**

Odborný konzultant: **MUDr. Pavel Kupka**

Pracoviště odborného konzultanta: Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN Praha

Datum a rok obhajoby: září 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům. Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému jsou totožné.

V Praze dne 20.6.2011

Tereza Hůlková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí práce Mgr. Renatě Vytejškové, svému odbornému konzultantovi MUDr. Pavlovi Kupkovi a vedoucímu lékaři chirurgického oddělení MUDr. Pavlovi Zárubovi za cenné rady, trpělivost,

profesionální podněty a čas, který mi věnovali v přípravě mé bakalářské práce.

OBSAH

1. ÚVOD	7
2. KLINICKÁ ČÁST	8
2.1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE TLUSTÉHO STŘEVA	8
2.2 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ.....	11
2.2.1 <i>Divertikulární choroba tlustého střeva</i>	11
2.2.2 <i>Epidemiologie divertikulární choroby tračniku</i>	13
2.2.3 <i>Klinické příznaky</i>	15
2.2.4 <i>Diagnostika</i>	16
2.2.5 <i>Terapie</i>	18
2.2.6 <i>Prognóza</i>	20
2.2.7 <i>Komplikace</i>	20
3. ZÁKLADNÍ INFORMACE O NEMOCNÉ.....	23
3.1 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A DIAGNÓZA.....	23
3.2 PRŮBĚH HOSPITALIZACE.....	24
3.3 FARMAKOTERAPIE.....	32
4. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	37
4.1 ÚVOD OŠETŘOVATELSKÉ ČÁSTI.....	37
4.2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	37
4.3 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL MARJORY GORDONOVÉ.....	39
4.4 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA.....	43
4.5 PŘEHLED OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ.....	51
4.6 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY.....	52
4.7 DLOUHODOBÝ PLÁN PÉČE.....	63
4.8 PSYCHOLOGICKÁ STRÁNKA.....	65
4.9 SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA.....	67
5. KAPITOLA EDUKACE	69
5.1. EDUKACE.....	69
5.2. EDUKACE STOMIKA.....	70

5.3 STOMICKÉ POMŮCKY.....	71
5.4 VÝMĚNA STOMICKÝCH POMŮCEK.....	71
5.5 STRAVOVÁNÍ KOLOSTOMIKŮ.....	73
5.6 EDUKACE NEMOCNÉ Z.Č.....	74
6. ZÁVĚR.....	79
SEZNAM LITERATURY	80
SEZNAM ZKRATEK	82
SEZNAM TABULEK	84
SEZNAM PŘÍLOH	85

1. ÚVOD

Cílem mé práce je zpracování případové studie u pacientky Z.Č., která byla hospitalizována s diagnózou akutní perforované divertikulitidy. Pacientka byla hospitalizována na chirurgické klinice, kdy bylo v den příjmu indikováno akutní chirurgické řešení zdravotního stavu.

V klinické části se věnuji anatomii a fyziologii tlustého střeva, epidemiologii a klinickému obrazu onemocnění. Dále se zabývám diagnostikou a terapií divertikulitidy. Popisuji průběh hospitalizace pacientky. V ošetrovatelské části používám metodu ošetrovatelského procesu. Pro ošetrovatelskou anamnézu a zhodnocení pacientky jsem použila Model funkčního zdraví podle Marjory Gordonové. V této kapitole se podrobně věnuji odebrání ošetrovatelské anamnézy, stanovení ošetrovatelských diagnóz a cílů ošetrovatelské péče. Popisuji plánování, realizaci a hodnocení ošetrovatelského plánu péče. V této práci se také věnuji posouzení psychické problematiky nemocné a rovněž edukaci v oblasti sebepéče, zvládnutí péče o stonii a změně životního stylu. Závěrem práce uvádím seznam použitých zkratk, seznam použité literatury a přílohy práce.

2. KLINICKÁ ČÁST

2. 1. Anatomie a fyziologie tlustého střeva

Anatomie tlustého střeva

Tlusté střevo (intestinum crassum, colon) je konečným, asi 1,5 metru dlouhým oddílem trávicí trubice. První oddíl tlustého střeva – slepé střevo (coecum) je nejobjemnější. Dalšími oddíly střeva jsou: vzestupný tračník (colon ascendens), příčný tračník (colon transversum), sestupný tračník (colon descendens), esovitý tračník (colon sigmoideum) a konečník (rectum).

Vzestupný tračník probíhá podél pravého obvodu břišní dutiny, příčný tračník kříží břišní dutinu zprava doleva, sestupný tračník jde podél levé břišní stěny do levé kyčelní jámy, kde esovitou kličkou sestupuje do pánve. Stěna tlustého střeva je poměrně tenká. Redukována je převážně vrstva svaloviny. Redukce podélné vrstvy svaloviny se projevuje výdutěmi stěny tlustého střeva – haustrací.

Ve sliznici střeva je velké množství trubicovitých hlenových žlázek, jejichž produkt se účastní na ochraně vnitřního povrchu střeva při tvorbě a posunu výmětů. Na sliznici tlustého střeva jsou nízké řasy s malým množstvím resorpčních buněk. Cévní a mízní pleteně jsou vytvořeny těsně pod sliznicí, které vytvářejí rozsáhlé síť schopné resorbovat velké množství vody a minerálních látek.

Červovitý přívěsek (appendix vermiformis) je slepá výchlípka tlustého střeva – cécka. Appendix je silný asi jako tužka, dlouhý 10-15 cm. Ve stáří je často neprůchodný. Stavba stěny appendixu je v principu shodná se stavbou stěny tlustého střeva. Pouze pod sliznicí je nakupeno velké množství mízní tkáně. Konec červovitého přívěsku může zaujímat jakoukoliv polohu v břišní a pánevní dutině.

Konečným úsekem tlustého střeva je v pánvi probíhající 10 až 12 cm dlouhý konečník. Konečník probíhá pod křížovou kostí a ústí na povrch těla análním otvorem. V pánevní dutině se rektum vyklenuje v prostornou ampulu. Sliznice ampulární části je složena do tří příčných řas. Střední řasa je tvořena

nahromaděnou hladkou kruhovou svalovinou, která tvoří přídatný svěrač rekta. Další dva svěrače jsou uloženy v zevním ústí análního kanálu v místě, kde rektum prochází svalovým dnem pánve. Vnitřní z těchto dvou svěračů je z hladké svaloviny, zevní je ze svalstva příčně pruhovaného a má proto volní inervaci. V podkoží análního otvoru probíhají bohaté žilní pleteně.

(DYLEVSKÝ I., TROJAN S., Somatologie, 1990)

Fyziologie tlustého střeva

Tlusté střevo se skládá anatomicky z colon ascendens, colon transversum, colon descendens, colon sigmoideum a rekta. Tlusté střevo má charakteristickou anatomickou stavbu danou lokalizací podélné svaloviny, tzv. ténie, které spolu s cirkulární svalovinou vytváří haustra (výdutě). Sliznice tlustého střeva nemá klky a je zde umístěno značné množství lymfatické tkáně. V tlustém střevě je secernován především hlen, podporující hladký pohyb tráveniny. Význam tlustého střeva tkví zejména v jeho skladovací funkci a schopnosti regulovat objem výraznou vstřebávací kapacitou pro vodu. Z objemu 1,5 litru chymu, který přijde do tlustého střeva, zbude objem mající přibližně kolem 60-120 ml vody.

Vlastní pohyby tlustého střeva jsou charakterizovány posunem obsahu směrem k rektu. Jsou stimulovány jednak nervově pasy, jednak některými chemickými látkami nebo mechanickými podněty (např. Velikost objemu). Naopak sympatikus působí na motilitu tlustého střeva inhibičně. Mezi GIT hormony, které stimulují motilitu patří gastrin, sekretin a CCK (cholecystokinin).

Významné jsou některé reflexy, které se projevují typickou motilitou tlustého střeva. Je to gastrokolický reflex, tj. zvýšená motilita tlustého střeva při naplnění žaludku. Podobně lze definovat i reflex duodenokolický.

Rychlost posunu obsahu v tlustém střevě závisí na kvalitě jeho složení. Tam, kde je v obsahu hodně vláknin, se posun urychluje a obsah v tlustém střevě přetrvává cca 25 hodin. Tam, kde v potravě není vláknina, což je charakteristické spíše pro evropskou stravu, obsah v tlustém střevě přetrvává 48-70 hodin. Vlákna totiž svou nestravitelností a velikostí objemu podporuje motilitu tlustého střeva.

Velmi důležitá je resorpce v tlustém střevě. Tvorba stolice souvisí s výraznou

resorpcí – až 90 %. Jde o aktivní resorpci vody a elektrolytů.

Velmi významnou fyziologickou skutečností je přítomnost saprofytických bakterií v tlustém střevě. Tyto bakterie jsou až na malou výjimku anaerobní a mohou bakteriálně štěpit sacharidy, malé množství celulózy a pektinu nebo hnilobně rozkládat bílkoviny a tím se podílet na konečné úpravě stolice. Některé bakterie syntetizují i vitamíny. U člověka jde především o vitamin K, který je nezbytnou podmínkou pro syntézu některých hemokoagulačních faktorů v játrech.

(MOUREK J., Fyziologie, 2005)

Patologicko-anatomické poznámky

Stěna tlustého střeva a zejména esovitě kličky je tvořena slizniční vrstvou (s tenkou vrstvou muscularis mucosae), vrstvami svalovými a serózou. Vnitřní svalová vrstva je tvořena cirkulárními snopci vytvářejícími kolem celého střeva svalový válec. Podélně probíhající svalová vlákna, která jsou uložena periferněji, tvoří mnohem tenčí vrstvu, ale jsou soustředěna do tří svalových snopců – tení, které probíhají od céka až k sigmoideorektální junkci. Zde se všechny tři tenie spojují a distálněji – na rektu – již tvoří souvislou silnou vrstvu. Svalové vrstvy jsou mezi sebou některými snopci svalových vláken spojeny. Odtud pramení jen relativní nezávislost samostatné činnosti obou vrstev. Tento vzájemný vztah dovoluje při kontrakci vytvářet na střevě haustraci.

Mezi teniemi je střevní stěna zeslabena a tato tenčí vrstva je ještě navíc oslabována cévami probíhajícími cirkulární svalovou vrstvou, uloženými v dosti pravidelných vzdálenostech. V místě průniku cév cirkulární svalovinou je porušena celistvost této vrstvy a vytváří se tak predilekční místo pro herniaci sliznice – ve dvou řadách, tj. po obou stranách střeva. Tyto cévy pouze determinují nejčastější úsek pro vznik divertikulů, ale samy nejsou odpovědné za jejich vytvoření.

(ANTOŠ F., Divertikulární choroba tlustého střeva, 1990)

2.2. Charakteristika onemocnění

2. 2. 1. Divertikulární choroba tlustého střeva

Divertikly tračniku jsou výchlípky sliznice a submukózy střeva vznikající zvýšeným tlakem ve střevě. Nejčastěji je postiženo sigma a levý tračník. Ve věku 80 let se divertikly tlustého střeva nacházejí v 65 % jde o tzv. civilizační chorobu, na etiologii se podílí životní styl a hlavně složení stravy (nedostatek vlákniny, převažující podíl živočišných bílkovin, nedostatek pohybu).

(VALENTA J., et al., Základy chirurgie, 2007)

Divertikulární nemoc tračniku

Divertikulární nemoc tračniku je jako nozologická jednotka definována etiopatogeneticky hyperfunkcí svaloviny tračniku a její zvýšenou dráždivostí na fyziologické a farmakologické podněty. Následkem toho vzniká v luminu tlustého střeva periodicky až trvale vysoký tlak, vytlačující do štěrbin svaloviny podél cév sliznici, která pak vytvoří nepravé divertikly.

Divertikl

Divertikl je kuželovitá, válcovitá až vakovitá výchlípka stěny dutého orgánu. Osa divertiklu svírá s osou orgánu, z něhož odstupuje, ve směru peristaltiky pravý nebo ostrý, nikdy tupý úhel. Dovoluje to plnění divertiklu obsahem střeva a je podmínkou jeho zvětšování.

(KAZIL P., et al., Divertikulární nemoc tračniku, 2007)

Vývoj divertiklu se jako každá herniace děje postupně. Zpočátku jsou výchlípky sliznice kryty několika snopci svaloviny, která však atrofuje a divertikly se stávají výchlípkou sliznice, jež je kryta jen pojivovou tkání a serózou. V typické podobě jde tedy o divertikly nepravé. Nemají schopnost vypuzovací a jejich krčky bývají obkrouženy a zúženy snopci cirkulární svaloviny, takže obsah divertiklu se špatně vyprazdňuje a postupně inspisuje. Takto vzniklé fěkolity dráždí sliznici k zánětu a výsledkem je divertikl fixovaný fibrózní tkání jako ireparabilní stav.

(ANTOŠ F., Divertikulární choroba tlustého střeva, 1990)

Pravý divertikl je vrozená výchlipka všech vrstev stěny orgánu, z něhož odstupuje. Je to morfologická (popřípadě genetická) porucha, někdy jako zbytek regredujících rudimentárních orgánů a embryonálních duplikatur. Je většinou solitární. Během života svého nositele se může zvětšovat a působit specifické komplikace podle své lokalizace a anatomické stavby.

Nepravé, získané divertikly, pseudodivertikly vznikají na dutých orgánech následkem patologických tlakových změn. Na tračniku se vytvářejí v průběhu divertikulární nemoci. Pseudodivertikly jsou u divertikulární nemoci tračniku nejnápadnější, ale ne prvotní abnormalitou. Čím jsou větší, tím více se v jejich stěně ztrácejí obě vrstvy svaloviny střeva a další struktury. Podobají se tím kýlnímu vaku a získaným divertiklům močového měchýře. Jsou převážně mnohočetné, protože vznikají poruchou funkce jednoho až více segmentů tračniku.

Kompletní, plně vyvinutý divertikl se také nazývá transmurální, protože proniká až do tunica adventicia tračniku pod serózu. Skládá se z krčku, collum, probíhajícího svalovinou stěny. Krček bývá u svého intraluminárního odstupu zúžen zářezy svalových snopců, které mohou působit jako ventil při jeho plnění nebo vyprazdňování. Větší část divertiklu tvoří kulovitá až vejčitá dutina – fundus, v plně rozvinutém stavu převyšující svým vrchlíkem – apexem serózu sousedícího tlustého střeva. Stěnu divertiklu tvoří zbytky ztenčených vrstev svaloviny, sliznice, adventiciální tuk a adventicie. Podle své velikosti a náplně vyklenuje serózu až mimo střevo.

Divertikly inkompletní, intramurální jsou menší než 3-4mm, takže nepřesahují tloušťku svalové vrstvy. Protože ještě nevytvořily extramurální kulovitou dutinu, mají válcovitý až kuželovitý tvar. Na jejich extraluminálním pólu mohou zůstat zbytky svaloviny, která u kompletních divertiklů chybí.

(KAZIL P., et al., Divertikulární nemoc tračniku, 2007)

Divertikulóza

Divertikulóza je charakterizována přítomností více divertiklů ve střevě.

(VALENTA J., et al., Základy chirurgie, 2007)

Divertikulární chorobu tlustého střeva můžeme rozdělit na asymptomatickou a symptomatickou, bolestivý hypersegmentační syndrom. Symptomatickou formu rozlišujeme nekomplikovanou a komplikovanou.

Bolestivým hypersegmentačním syndromem nazýváme takovou formu, která se projevuje prudkými bolestmi převážně v levém podbříšku. Tyto bolesti mají ráz podobný tzv. dráždivému či spastickému tračníku a mohou vyústit až do těžkých kolikových bolestí. Příjem potravy bolesti většinou zhorší. Odchod plynů a stolice bývá doprovázen bolestí. Dalším příznakem je nepravidelnost stolice, střídání zácpy s průjmy spojené s odchodem krve a hlenu.

Nekomplikovaná divertikulóza

Divertikulóza tlustého střeva může být asymptomatická a je náhodným nálezem při RTG vyšetření, které provádíme pro jiné onemocnění, při operaci či při pitvě. Vzhledem k tomu, že tento patologickoanatomický nález nijak pacienta neobtěžuje, nelze přesnou incidenci onemocnění zjistit. Předpokládá se ovšem, že u více než dvou třetin pacientů s divertikulózou jsou přítomny některé symptomy, které proto onemocnění svědčí. Příznaky jsou nespecifické, jde o různé stupně dyspepsie, anorexie, nauzey, pocitu plnosti. Jedním z vedoucích příznaků je zácpa. (ANTOŠ F., Divertikulární choroba tlustého střeva, 1990)

2. 2. 2. Epidemiologie divertikulární nemoci tračníku

Věk

Věk nejvýznamněji ovlivňuje výskyt nemoci u osob podobné výživy a stejné rasy. S věkem roste také podíl všech druhů komplikací. Divertikulitida postihuje pacienty do padesáti let v 11,8 %, u starších 50 roků vznikají zánětlivé komplikace v 39 %. Krvácení z divertiklů, které tvoří až čtvrtinu všech komplikací, ale nedosahuje u osob mladších padesáti let 2 %, nad padesát roků se vyskytuje v 16,9 %. Nemocní s divertikulární nemocí tračníku krvácejí o to častěji, čím jsou starší.

Složení potravy

Dlouhodobě nedostatečná náplň tlustého střeva má ověřený kvantitativní vztah k prevalenci divertikulární nemoci tračníku. Kolektivy osob, které požívají stravu s malým nestravitelným zbytkem a mají trvale menší náplň tračníku, jsou signifikantně častěji postiženi divertikulární nemocí tračníku.

Rasové rozdíly

Při podobné výživě nebyly nalezeny žádné rozdíly mezi prevalencí a lokalizací u černé a bílé rasy. Podstatně menší postižení černochů žijících ve třetím světě je patrně způsobeno vysokým podílem rostlinné potravy. Výrazně jiná je lokalizace pseudodivertikul u žluté rasy. Divertikulární nemoc tračníku postihuje žlutou rasu v současné době méně než bílou nebo černou.

Geografické vlivy

U osob migrujících ze zemí nízké prevalence divertikulární nemoci tračníku se každou dekádu pobytu v místě s vysokou prevalencí počet postižených stupňovitě zvyšuje. Příčinou je patrně převzetí místního způsobu stravování s nízkým obsahem nestravitelných součástí.

Pohlaví

Vazba divertikulární nemoci tračníku na pohlaví je sporná. Rozdíl v postižení pohlaví komplikacemi lze odůvodnit jen rozdílným věkem, jehož se ženy a muži dožívají. Proto jsou ženy, které se dožívají průměrně vyššího věku než muži, postiženy divertikulární nemocí tračníku častěji.

Nedostatek tělesné námahy

Nedostatek tělesné námahy, pohybu a nadměrná tělesná váha jako spolufaktor vzniku divertikulární nemoci tračníku prokázal na obrovském souboru 47 678 vyšetřovaných osob různého věku Aldoori..

Imunosuprese

Imunosuprese jako přímá příčina divertikulární nemoci tračníku nebyla dosud prokázána, ale významně zvětšuje počet jejích komplikací. U

imunokompetentních bylo třikrát více perforací. Příčinou imunokompetence bylo dlouhodobé užívání vysokých dávek steroidů, chemoterapie, malignita, uremie a kachexie. Podobný, i když slabší, je účinek nesteroidních antirevmatických léků. Perforací divertikulů je také víc u nemocných užívajících opiátová analgetika, patrně pro prokazatelné zvýšení tlaku v tračníku a vysoký defekační tlak při jimi způsobené zácpě. Imunosupresivní účinek má podle několika autorů u divertikulární nemoci tračníku také alkohol.

Rakovina tlustého střeva

Rakovina tlustého střeva se nachází společně s divertikulární nemocí tračníku a jejími komplikacemi poměrně často, nejméně v 8 %. Protože epidemiologie obou nemocí je podobná, předpokládají se společné nebo vzájemné příčiny. Rakovina tlustého střeva vzniká signifikantně častěji u osob jak s asymptomatickou, tak symptomatickou formou divertikulární nemoci tračníku než bez ní. Obě choroby dosahují nejvyšší incidence samostatně i při společném výskytu v šesté a sedmé dekádě věku. Příčinná souvislost obou chorob není dosud přesvědčivě prokázána. Možnost současného postižení tlustého střeva divertikulární nemocí tračníku a rakovinou je ale nepochybným argumentem pro úplné koloskopické vyšetření před každou operací pro divertikulární nemocí tračníku a pro důsledné dovyšetření pacienta po úspěšné konzervativní léčbě nekomplikované divertikulitidy.

(KAZIL P., et al., Divertikulární nemoc tračníku, 2007)

2. 2.3. Klinické příznaky

Akutní divertikulitida je charakterizována bolestí břicha, při nejčastějším výskytu divertikulů v sigmatu v levém podbřišku. Teplotami, někdy hmatnou rezistencí v levém podbřišku. Jde o zánět divertiklu, který může perforovat. Zánět se pak rozšíří na celé postižené střevo. K bolestem se přidružuje nauzea, zvracení, zácpa či průjem. Mezi příznaky dále patří krvácení, zimnice, třesavka. Při perforaci pozorujeme celkové i místní známky akutní peritonitidy.

2. 2. 4. Diagnostika

Vyšetření nemocného, terapeutická rozvaha a příprava nemocného k operaci představuje počátek kontinuální péče o nemocného. Opomenutí nebo podcenění některých kroků během těchto fází může vést k omylu v diagnostice, k neadekvátnímu zhodnocení aktuálního stavu nemocného vzhledem k plánovanému výkonu a k možnosti operování psychicky i fyzicky nepřipraveného nemocného. Mezi základní diagnostické vyšetřovací metody řadíme anamnézu pacienta a fyzikální vyšetření. Pro upřesnění diagnózy se provedou další paraklinická diagnostická vyšetření, kam řadíme laboratorní vyšetření, zobrazovací metody a speciální vyšetření.

Anamnéza pacienta je soubor všech údajů o zdravotním stavu nemocného od narození do současné doby. Získání anamnézy je důležitou součástí vyšetření pacienta a zjištění diagnózy. Anamnéza má několik základních částí: osobní data nemocného, současné obtíže, rodinná anamnéza (RA), osobní anamnéza (OA), pracovní anamnéza (PA) a sociální anamnéza (SA). V osobní anamnéze zjišťujeme informace o dřívějších nemocech, dále nejen o nynějším zdravotním stavu pacienta (NO), ale také informace týkající se medikace (FA), případné alergie (AA). Anamnestická data získáváme pomocí rozhovoru s pacientem a event. s jeho příbuznými a pozorováním. K pacientovi přistupujeme individuálně s přihlédnutím na jeho současný zdravotní i duševní stav.

K základním **fyzikálním vyšetřovacím** metodám patří vyšetření pohledem (inspekce), pohmatem (palpace), poklepem (perkuse), poslechem (auskultace) a zhodnocení celkového stavu nemocného. V případech akutní bolesti břicha tvoří vyšetření břicha samostatnou a velmi důležitou kapitolu. Především palpační vyšetření bolestivosti, příznaky peritoneálního dráždění, přítomnost jizev v břišní oblasti a dále vyšetření per rectum a poruchy rytmu stolice.

Laboratorní diagnostika doplňuje klinické hodnocení fyzického a psychického stavu nemocného a patří k pomocným vyšetřením v diagnostice. Provádí se

odběry krve na základní biochemické a hematolokoagulační vyšetření. Další laboratorní vyšetření se provádějí na základě ordinace lékaře podle závažnosti aktuálního zdravotního stavu pacienta. Základní laboratorní vyšetření při podezření na divertikulitidu zahrnuje především počet leukocytů a kvantitativní určení CRP (cardioreaktivní protein).

K diagnostice divertikulární nemoci tračníku nám dále slouží základní **zobrazovací metody**. Radiologie je nejdůležitější diagnostickou metodou při stanovení diagnózy divertikulární choroby a jejich komplikací.

Prostý **RTG snímek** břicha ve stoje

Vyšetření pomocí rentgenových paprsků, které jsou elektromagnetickým zářením o poměrně krátké vlnové délce. Jejich značná energie umožňuje průchod organismem a po dopadu na citlivou vrstvu vznik obrazu. Různé orgány mají odlišnou schopnost absorpce těchto paprsků, což vede k různé míře kontrastu při vytváření konečného obrazu. Nativní snímek břicha může prokázat při perforaci střeva pneumoperitoneum v podbráničních prostorech a při velkém zánětu s obstrukcí jsou přítomny známky ileu.

Irrigografie, rentgenové vyšetření s podáním kontrastní látky do tlustého střeva. Užívá se zejména k diagnóze zánětů a nádorů tlustého střeva. V akutní fázi onemocnění se toto vyšetření neprovádí.

V dnešní době stále více používané vyšetření je nebolestivé vyšetření pomocí **ultrasonografie**. Vyšetření ultrazvukem je založeno na schopnosti ultrazvuku procházet tkáněmi a odrážet se na jejich rozhraních. Tyto echa lze registrovat a vyhodnocovat. Ultrazukové vyšetření se u divertikulární choroby uplatňuje především při diagnostice zánětlivých komplikací.

Při nejasném klinickém nálezů využíváme **CT vyšetření**, kdy nám výsledek usnadní diagnózu. Počítačová tomografie (CT) je rentgenologické vyšetření založené na zobrazování příslušné části těla ve vrstvách a na počítačovém vyhodnocení. Výsledný obraz zachycuje i drobné rozdíly podle pohlcování rentgenového záření. Ke zvýraznění rozdílů se používá kontrastní látka. Tato vyšetřovací metoda, se podobně jako ultrazvuk, uplatňuje u divertikulární choroby především v diagnostice komplikací. CT lze s vysokou účinností zobrazit samotné

divertikly, parakolické abscesy, ztlustění střešní stěny, píštěle, obstrukce, ale i volný vzduch v peritoneální dutině při perforaci.

Další zobrazovací metodou jsou **endoskopická vyšetření**. Koloskopie se provádí většinou až po odeznění akutních příznaků, její přínos je především v rozlišení zánětlivých změn a karcinomu. V případě akutní NPB se koloskopie neprovádí. Pokud podstata onemocnění nebyla ostatními vyšetřovacími metodami objasněna, přistupujeme někdy k **diagnostické laparoskopii**. Jedná se o chirurgické otevření dutiny břišní pro stanovení diagnózy.

2. 2.5. Terapie

Léčba divertikulární choroby tlustého střeva zahrnuje konzervativní i chirurgické postupy. **Konzervativní terapii** začínáme vždy, pokud nejsou známky rozvinuté NPB (perforace a difúzní peritonitidy). Terapie spočívá v klidu, parenterální výživě, podávání antibiotik a v lokálním chlazením levého podbříšku. Po odeznění příznaků akutního stavu nastupuje pozvolna perorální příjem s dostatečným přísunem bezsezbytkové stravy. V další době dovyšetření pomocí koloskopie. V případě akutní perforované divertikulitidy se jedná o náhlou příhodu břišní a zde se indikuje vždy akutní operační řešení.

Chirurgická terapie je indikována rovněž při známkách peritonitidy či rozvinutém ileu tračnicku. Nejvýhodnějším výkonem je resekce střeva s primární anastomózou. Z důvodu zánětlivých změn je ale založení primární spojky často nejisté, proto se většinou postižené střevo odstraňuje, orální část se vyvádí jako terminální stomie, aborální část se slepě uzavírá. Tento výkon je nejčastějším typem výkonu tzv. Hartmannova resekce. Po zvládnutí celkového stavu se ve druhé době operačně obnoví kontinuita střeva. Méně často se akutně zakládá pouze odlehčující stomie nad postiženým místem a vlastní resekce se provede s odstupem v klidu. Chirurgická terapie je vždy doplněna antibiotickou terapií.

Hlavní operační postupy při řešení divertikulární choroby tlustého střeva

Resekce

Tato operační metoda je doporučována použít vždy, když zánětlivá či krvácivá komplikace divertikulární choroby je většího, život ohrožujícího rozsahu a výrazně morfologicky mění funkční zdatnost postiženého střevního segmentu.

Resekce jednodobá je nejvýhodnější jak pro pacienta, tak pro operátora a též z ekonomického hlediska. Možnosti tohoto operačního postupu jsou limitovány možnostmi založit bezpečnou anastomózu. Dehiscence anastomózy je zatížena vysokou mortalitou a morbiditou. Příčin dehiscencí je několik. Ve vztahu k divertikulární chorobě je třeba zdůraznit příčiny celkové (těžký předoperační stav pacienta, operační trauma, hypoproteinémie, anémie, elektrolytová dysbalance, porušení jaterních funkcí apod.), ale i velmi důležité příčiny místní (špatná a nefyziologická operační technika, založení anastomózy v zánětlivém terénu, místní hematomy, bakteriální kontaminace, napětí anastomózy, nesprávné uložení drénů apod.) Zvláště opatrná a pozorná operační technika je velmi důležitá jelikož operační oblast, ve které provádíme resekci, nebývá následkem zánětlivých změn příliš přehledná. K založení bezpečné anastomózy je potřebné oba okraje střeva uvolnit a epiploické apendixy resekovat. Obava z dehiscencí je hlavním důvodem, proč byla propagována vícedobá resekční taktika. Při **dvojdobé resekci** má chirurg několik možností postupu:

- a) I. založení dvouhlavňové kolostomie
II. resekce postiženého úseku střeva a uzávěr kolostomie
- b) I. založení dvouhlavňové kolostomie a provedení resekce i s anastomózou
II. uzavření kolostomie
- c) I. resekce střeva bez primární anastomózy. Vyvedení terminální kolostomie a mukózní píštěl
II. střevní anastomóza
- d) I. resekce střeva bez primární anastomózy. Aborální část střeva uzavřena podle Hartmanna
II. střevní anastomóza

Trojdobá resekce probíhá v těchto etapách:

- I. založení kolostomie
- II. po přípravě střeva resekce postiženého úseku s provedením anastomózy

III. po irigografickém ověření dobré průchodnosti anastomózy uzavření kolostomie

Divertikulózou je většinou postižena značně velká část tlustého střeva, takže resekční metoda, je-li nutné ji použít, bývá technicky dosti náročná a nese v sobě všechna operační i pooperační nebezpečí. Další operační metodou je proto **kolomyotomie**. Operačně jde o podélné protěti zesílených snopců cirkulární svaloviny, aniž by byla porušena střevní sliznice. Tímto postupem se zvětší střevní průměr.

(ANTOŠ F., Divertikulární choroba tlustého střeva, 1990)

2. 2.6. Prognóza

U akutní divertikulitidy 25 % nemocných podstoupí chirurgickou terapii. Recidivy po konzervativní terapii se vyskytují téměř ve třetině případů, po chirurgické terapii jsou vzácné.

2. 2.7 Komplikace divertikulární choroby tlustého střeva

Divertikulární choroba tlustého střeva bývá komplikována stavy ohrožujícími život, které často vyžadují chirurgické řešení. Jedná se o zánět a krvácení. Komplikace všeobecně můžeme rozdělit na akutní a chronické. Mezi akutní řadíme perforace s difúzní nebo lokalizovanou peritonitis a parakolický absces, do chronických patří píštěl, stenóza a tumor v zánětu.

Zánět

Divertikulitida značí zánětlivé postižení jednoho či více divertiklů, jinými slovy divertikulitida je postižení divertiklu zánětem, jedná se o nečastější komplikaci divertikulozy. V podstatě jde vždy o perforaci divertiklu, kdy infekční agens pronikne tenkou stěnou divertiklu krytou jen serózou. Perforovaný divertikl kontaminuje svým obsahem přilehlou část peritoneální dutiny kdy se lokálně vytvoří mikroabsces a další rozvoj zánětu je závislý na individuální reakci organismu. Většinou je perforace ohraničena okolními tkáňovými strukturami a

drobný absces se vyprázdní zpět do střevního lumen a perforační otvor se zajizví. Jestliže však dojde k perforaci většího počtu divertiklů nebo se zánět rozšíří podél střeva vzniká perikolitida. Ochranou proti rozšíření zánětu je fixace postiženého sigmatu k parietálnímu peritoneu, ale i k sousedním orgánům. Zde může pokračující zánětlivý proces vést k vytvoření píštěle. V některých případech perikolický absces perforuje do dutiny břišní a tím vzniká purulentní peritonitida. Jestliže je perforační otvor ve střevě dostatečně velký dochází k vylévání střevního obsahu do dutiny břišní což má za následek velmi nebezpečnou sterkorální peritonitidu. Opakované záněty mají za následek fibrózní ztluštění střevní stěny a zúžení jejího lumen, což může vést při dalším zánětlivém edému k úplnému uzavření, čímž vzniká obstrukce provázená ileózním stavem. Akutní divertikulitida nejčastěji vede k vytvoření perikolických abscesů. Při rychlém průběhu zánětu, při snížené odolnosti pacienta následkem jiné choroby nebo u starých nemocných může tento zánět vést k difúzní peritonitidě. Difúzní peritonitida může být hnisavá nebo sterkorální. Zánětlivá komplikace divertikulózy tlustého střeva může v případě ohraničeného zánětu postihovat ve formě píštělí i okolní orgány. Nejčastěji vznikají píštěle kolokutánní, kolovezikální, kolovaginální či kolokolické.

Krvácení

Patogeneze krvácení z divertiklů není jednoznačně vysvětlena, incidence krvácení je uváděna v literatuře různě. Jednou či několikrát krvácelo asi 30 % pacientů se zjištěnými divertikly. Jako nejpravděpodobnější mechanismus, který vyvolává krvácení, se nabízí možnost, že krvácení je vyvoláno místním mechanickým traumatem divertiklu, nejspíše inspisovaným fékolitem. U ještě nefixovaných divertiklů může svalovou činností dojít i k jejich inverzi a pak působí ve střevě jako polyp. Důležitým faktorem účastnícím se na krvácení z divertiklů je celkový stav pacienta, zvláště jeho oběhové soustavy. Krvácení většinou postihuje pacienty s určitým stupněm aterosklerózy, hypertenzní chorobou, ischemickou chorobou srdeční a s diabetem. Krvácení můžeme rozdělit na akutní, projevující se jako masivní enterorrhagie a krvácení chronické, způsobující postupnou anemizaci pacienta. Podle ztracené krve a podle doby krvácení lze krvácení dělit

na krváčení lehké a masivní.

(ANTOŠ, F., Divertikulární choroba tlustého střeva, 1990)

3. ZÁKLADNÍ INFORMACE O NEMOCNÉ

3.1. Lékařská anamnéza a diagnóza

Pacientka Z. Č. narozena 1922, ve věku 88 let, byla přijata na oddělení chirurgie dne 29.7. 2010 přes oddělení emergency – pohotovostní a úrazovou ambulanci ÚVN Praha.

Anamnéza:

- OA: Běžné dětské nemoci, v mládí záškrť, spála
ICHS St. p. Infarktu myokardu 2000
Arteriální hypertenze III. st.
Diabetes mellitus 2. typu na dietě
Hiátová hernie
St. p. Flebotrombóze vlevo 1998
Coxartrosa bilaterálně
St. p. Appendektomii a cholecystektomii 1962
St. p. Operaci varixů PDK 1980
Sledované onemocnění – krv. stavy, nádorové onemocnění, TBC – vše neguje
- RA: otec se léčil s diabetes mellitus 1. typu na inzulínu, zemřel ve věku 88 let stářím, matka se léčila s ICHS, zemřela na CMP ve věku 75 let, sourozence nemá, dcera zdráva
- FA: Simgal 20 mg 0-0-1 tbl p. o.
Geratam 1200 mg 1-1-0 tbl p. o.
Prestarium Neo 5 mg 1-0-0 tbl p. o.
Preductal MR 1-0-1 tbl p. o.
Stilnox 1/2 tbl p. o. při nespavosti
- AA: Salicyláty, Codein, Mydocalm, jodové preparáty, Diazepam, náplast
- PSA: starobní důchodkyně, rozvedená, žije s dcerou v rodinném domku
- Abusus: nekouří, alkohol výjimečně
- NO: pacientka vyšetřena na pohotovosti na chirurgické ambulanci pro asi 5 dnů trvající bolesti levého podbřišku. Vysloveno podezření na divertikulitidu,

kteřá potvrzena na CT vyšetřeni. Pacientka přijata akutně k hospitalizaci a k akutnímu operačnímu řešení.

3. 2. Průběh hospitalizace

29. července 2010 – 1. den hospitalizace

Pacientka přivezena rodinou na pohotovostní a úrazovou ambulanci nemocnice pro bolesti břicha v 15,15 hodin. Na pohotovosti vyšetřena lékařem, změřeny fyziologické funkce (viz. dále), provedeny odběry krve (viz tabulka č. 1, č. 2. a č. 3.) a odeslána na CT vyšetřeni (výsledek viz. níže). Dále byly provedeny stěry MRSA z krku, nosu a perinea (Výsledek znám dne 3.8. 2010, výsledek negativní). Po zhodnocení výsledků bylo vedoucím lékařem rozhodnuto o přijetí pacientky na lůžkové chirurgické oddělení a o operačním řešení zdravotního stavu. Lékař s pacientkou sepsal informovaný souhlas s hospitalizací a operací. Pacientka byla řádně poučena o navrhovaném léčebném postupu, o operaci i o riziku vyvedení střevní stomie. K hospitalizaci na oddělení byla pacientka odeslána v 16,00 hodin. Fyziologické funkce v 15, 40 hodin:

TK = 126/54 mmHg, P = 81/minutu, TT = 36,4°C

Výsledky vyšetřeni:

Tabulka č.1. Krevní obraz

Leukocyty	8,2 10 ⁹ /l	3,6 – 10,0
Erytrocyty	3,83 10 ⁹ /l	3,80 – 4,80
Hemoglobin	120 g/l	112 – 158
Hematokrit	0,36	0,36 – 0,48
Objem erytrocytů	94,0 fL	78 – 94
Koncentrace Hb v ery	0,32	0,30 – 0,37
Obsah Hb v ery	29,7 pg/1 ery	26,0 – 32,0
Trombocyty	194 10 ⁹ /l	120 – 350
Tromb.stř.obj.	11,4 fL	6 – 10 *

Tabulka č. 2. Koagulační vyšetření

Quick – INR	0,96 arb.jed.	0,80 – 1,20
APTT	36,0 s	26,0 – 38,0

Tabulka č. 3. Biochemie

Na Sodík	137 mmol/l	132,0 – 150,0
K Draslík	4,6 mmo/l	3,40 – 5,40
Cl Chloridy	112,2 mmo/l	94,0 – 110,0 *
Močovina	5,4 mmol/l	1,7 – 8,3
Kreatinin	62 umol/l	44 – 80
Kyselina močová	249 umol/l	143 – 339
Bilirubin celkový	12,3 umol/l	> 17,1
ALT	0,16 ukat/l	> 0,6
AST	0,31 ukat/l	> 0,6
Glukóza	12,42 mmol/l	3,60 – 5,70 *
CRP	92,6 mg/l	> 5,0 *

CT vyšetření: nativní vyšetření, pacientka alergická na kontrastní látku

Závěr: Divertikuloza rektosigmoidea a kolon descendens s divertikulosou na přechodu sigmoidea a kolon descendens a zánětem v mesenteriálním tuku. Hiátová hernie, spondylosa, osreochondrosa plot. L3-L5, hyperplasie levé nadledviny.

Na oddělení byla pacientka přijata v 16,10 hodin. Uložena na lůžko a poučena o klidovém režimu a signalizaci. Pacientka byla označena identifikačním náramkem na zápěstí pravé ruky.

Pacientce byla aplikována periferní žilní kanyla a zahájena infuzní terapie dle ordinace lékaře.

Na oddělení byl dále doplněn RTG srdce + plíce, natočeno EKG a následně uskutečněno interní vyšetření se závěrem k operačnímu zákroku. Po indikaci pacientky k operačnímu výkonu proběhlo vyšetření anesteziologem.

S pacientkou bylo sepsáno vstupní ošetrovatelské vyšetření a naplánována ošetrovatelská péče. Jelikož byla pacientka indikována k akutní operaci nebyly v tuto dobu ještě stanoveny ošetrovatelské diagnózy.

U pacientky byla provedena předoperační příprava. Bylo provedeno oholení operačního pole, základní hygienická péče, provedeny bandáže dolních končetin a před odjezdem na operační sál sejmuty šperky a vyjmuta zubní protéza. Pacientce byl oblečen na transport na operační sál jednorázový empír. Paní Z.Č. byla odvezena na operační sál v 19,15 hodin.

Lékařské ordinace při příjmu na oddělení:

Dieta: nic per os

Infuze:

Plazmalyte roztok 1000 ml i.v. na 5 hodin, rychlost podání 200 ml/ hodinu

Léky: Alteana 1 amp 0,5ml i.m.

Clexane 0,4 ml s.c. á 24 hodin v 18,00 hodin

chronická medikace EX (nepodávat)

Objednat 2* TU EBR k operaci

Veškeré lékařské ordinace byly řádně a bez komplikací splněny, pacientce byl proveden odběr krve na křížový pokus pro zajištění krevní transfuze, pokud by bylo její nutné podání v průběhu operace. Nemocná byla přeočkována proti tetanu, jelikož si nepamatovala datum posledního očkování.

Paní Z. Č byla poučena, že nesmí nic jíst a pít.

Výsledky vyšetření

RTG hrudníku na lůžku:

Srdce hraniční, s klenutou levou komorou, hily, MO bez městnání, plíce rozvinuté, čisté, mírný emfysem, výpotek není patrný.

Interní předoperační konsilium:

Závěr: t.č. z interního hlediska schopna výkonu v CA z vitální indikace

Anesteziologické vyšetření:

Zhodnocení celkového stavu nemocné (anamnesa, fyzikální vyšetření, dostupná vyšetření) Klasifikace ASA III

Plán anesteziologické péče: celková anestézie, zavedení CŽK a epidurálního katétru

Premedikace: sine, aplikace na sále

Závěr: schopna operace v celkové anestézii s vyšším rizikem, akutní výkon

Anesteziolog pacientku poučil a sepsal s ní informovaný souhlas.

Nemocná byla přivezena na centrální operační sály v 19,25 hodin. Na operačním sále před zahájením operace je pacientce anesteziologem zaveden centrální žilní katétr a epidurální katétr. Déle je pacientce zavedena permanentní močová cévka. Veškeré výkony proběhly bez komplikací. Správné zavedení CŽK do v. jugularis int. dx. je ověřeno RTG kontrolou, poté je odstraněna periferní žilní kanyla.

Operační protokol

Operace: Resekce sigmatu dle Hartmanna

Diagnóza: K573 Akutní divertikulitida sigmatu s perforací

Trvání: 110 minut

Průběh výkonu:

Pacientku se známkami peritoneálního dráždění s maximem v podbřišku a na CT obrazem akutní divertikulitidy sigmoidea indikujeme k akutní operaci. Proveden předoperační bezpečnostní proces. V celkové anestézii dutina břišní otevřena dolní střední laparotomií protaženou vlevo od pupku. Pneumoperitoneum není přítomno ve shodě s CT. Rovněž není přítomen hnisavý výpotek. Po rozrušení srůstů omenta po předchozích operacích nacházíme ztlustělé sigma při divertikulitidě přitažené do malé pánve vlevo se zkráceným a silně ztlustělým mesosigmatem. Jasnou perforaci do volné dutiny břišní nenacházíme. Po uvolnění laterálního závěsu sigmatu je v jeho orální části zánětlivý tumor s předpokládanou

perforací do mesosigmatu. Po vizualizaci levého močovodu ve zkráceném mesenteriu skeletizujeme sigma, které cca 10 cm nad pánevní řasou přerušujeme lineárním staplerem a přešíváme. Orálně přerušujeme kolon cca 5 cm nad zánětlivým tumorem a vyšíváme terminální stomii. Opakovaně kontrola hemostázy z oblasti mesosigma a retroperitonea. Zavádíme jedno raménko Penrose drénu do Douglasu a druhé proximálně parakolicky. Po sečtení roušek a nástrojů, které souhlasí dutina břišní uzavřena po vrstvách.

Peroperačně Unasyn 1,5 g i.v. a Metronidazol 500 mg i.v. - dále pokračovat.

Resekát ad histologie.

Pacientka ad JIP.

Jednotka intenzivní péče, chirurgie

Po ukončení operace byla pacientka přijata k další léčbě na oddělení JIP chirurgie ve 22,15 hodin.

Zde je pacientka napojena na monitor. U pacientky je měřen TK, P, TT, SaO₂, dechová frekvence á 1 hodina. Dále je sledován stav vědomí, operační rána a stomie, sekret z drénu. Zdravotní sestry sledují bilanci tekutin a podávají léky dle ordinace lékaře. Pacientce je podávána pomocí infuzních dávkovačů kontinuální parenterální výživa Nutriflex lipid peri rychlostí 50ml/h, Insulinoterapie Humulin R 50 jednotek do 50 ml FR rychlostí 0,5ml/hod dle hladiny glykémie a Ringer 1/1 + 10 ml 7,45 % KCl do každých 500 ml Ringeru 1/1 rychlostí 80ml/hod. U pacientky se dále pokračuje v podávání antibiotik Unasyn 1,5 g i.v. á 8 hodin a Metronidazol 0,5mg i.v. á 12 hodin. Bolest je tlumena podáváním analgezie do epidurálního katétru pomocí infuzního dávkovače – Fentanyl 6 ml + Marcain 0,5 % 10 ml + 34 ml FR rychlostí dle stupnice bolesti VAS 2 – 7 ml/hod. Pokud by tlumení bolesti bylo nedostatečné je dále možnost aplikovat další analgetika o to Novalgin 1 amp 5 ml i.v. á 6 hodin a Dipidolor 1 amp 2 ml á 6 hodin dle stupnice bolesti VAS. V 18,00 hodin byl pacientce aplikován Clexane 0,4 ml s.c. jako prevence tromboembolické nemoci a profylakticky Helicid 40mg i.v.

30.července – 2. den hospitalizace, 1. pooperační den

Pacientka v noci spala a cítí se uspokojivě. Při ranní vizitě s pacientkou hovořil

lékař, který ji plně seznámil s diagnózou a operačním výkonem. Pacientka je ležící v lůžku, při vědomí zvládá jen minimální úkony. Péči o hygienu plně přebírají sestry. Obvaz operační rány je mírně prosáklý a proto je operační rána převázána. Rána je klidná, bez zarudnutí, bez známek komplikací. Penrose drén odvádí serosangvinolentní sekret v množství 75 ml/ 24 hodin. Stomie je kryta průhledným stomickým sáčkem, odvádí minimální množství krvavého sekretu. Monitorace zůstává stejná, pacientka je normotenzní (hodnoty v rozmezí 112/58 – 145/88 mmHg), ranní tělesná teplota je změřena na 37,5 C. Nadále je pokračováno v plné parenterální výživě a je dovolen pacientce čaj po lžičkách ke svlažení úst. Léčba bolesti zůstává stejná a epidurální analgezie je 2* denně doplněna aplikací Novalginu 1 amp 5ml i.v. Bolest je pacientkou hodnocena na stupnici VAS maximálně hodnotou 6. Pacientka je edukována fyzioterapeutkou o správném pooperačním dýchání a polohování. U nemocné sestry sledují a pečují o invazivní stupy – CŽK, PMK a epidurální katétr. Kontrolují jejich funkčnost a sledují zda-li nedochází ke komplikacím. U pacientky byly provedeny kontrolní odběry krve na hematologické a biochemické vyšetření. U paní Z.Č. je pravidelně á 4 hodiny sledována hladina glykémie, podle které je upravována rychlost podání inzulinoterapie. Přes den hladina kolísá v rozmezí 4,6 – 9,3 mmol/l. Pokračuje se v podávání antibiotik a profylakticky podávání Helicidu 40 mg i.v.. Nově je pacientce naordinován Cerucal 1 amp i.v. á 8 hodin.

31. červenec – 3. den hospitalizace, 2. pooperační den

Monitorace zůstává stejná, hodnoty v normě, bez teploty. Parenterální výživa je nadále podávána do CŽK. Ranní hygiena provedena na lůžku, pacientka se cítí slabá. S fyzioterapeutkou zvládla nemocná posazení v lůžku a byla seznámena se správným postupem při posazování v pooperačním období. Pokus o vertikalizaci – postavení nemocné u lůžka se nezdařil. Pacientka odmítla z důvodu únavy a nejistoty. Dnes pacientku prvně navštívila stomická sestra, která u pacientky zahájila edukaci a vyměnila stomický sáček. Stomie vitální, zatím odvádí pouze krvavý sekret v minimálním množství. Sestry provedly převaz CŽK a jeho krytí transparentní fólií. PMK odvádí čistou moč, je sledována bilance tekutin. Bilance za 24 hodin je vyrovnaná, plus 220 ml/ 24 hodin. Operační rána dnes bez převazu.

Penrose drén nadále ponechán, odvádí 30 ml/ 24 hodin. Při převazu epidurálního katétru zjištěno, že je povytažen a z tohoto důvodu byl katétr odstraněn. Medikamentózní ordinace nezměněny. Pacientka přijímá per os čaj a popíjí Diasip 1 kus. K pacientce dnes přišla na návštěvu rodina.

1. srpen - 4. den hospitalizace, 3. pooperační den

Nemocná zvládla bez větších obtíží vertikalizaci a s dopomocí ošetrovatelského personálu chůzi po pokoji. Hygiena prováděna s pomocí personálu. Bolest tlumena analgetiky dostatečně, pacientka se cítí celkem dobře, bolest hodnotí na stupnici VAS maximálně číslem 5. Stěžuje si jen na nedostatečný spánek. Stomie odvádí plyny, stolici zatím ne. Proveden převaz operační rány, rána se hojí per primam, kryta sterilními čtverci. Penrose drén bez převazu, odvedl 20ml/ 24 hodin, krvavé tekutiny. Dietu má pacientka nadále tekutou, dostává bujon a sipping Diasip 2 kusy na 24 hodin. Monitorace zůstává stejná. Infuzní terapie dle ordinace lékaře beze změny. Pacientce je opět podávána její chronická medikace.

2. srpen - 5. den hospitalizace, 4. pooperační den

Monitorace i léčba stejná. Pacientka dostává kašovitou stravu, kterou dobře toleruje. Chůzi po pokoji zvládá jen za pomoci ošetrovatelského personálu. Penrose drén odvedl 20 ml/ 24 hodin. Stomie odvádí plyny a začíná odcházet tekutá stolice. Pokračuje edukace stomickou sestrou, kdy pacientka zvládá bez obtíží sledovat výkon v zrcadle a má zájem se péči naučit. Psychicky situaci toleruje velmi dobře.

3. srpen - 6. den hospitalizace, 5. pooperační den

Dnes překlád na standardní chirurgické oddělení. Paní Z.Č. se cítí celkem dobře. Tlumena infuzní terapie, ordinovány infuze Ringer 1/1 500ml i.v. rychlost 250 ml/ hodinu a Glukóza 10% 500 ml + 12j inzulinu Humulin R i.v. rychlost 125 ml/ hodinu. Nadále podávána antibiotika a analgetika (viz. kapitola farmakoterapie). Přetrvává preventivní podávání Clexane 0,4 ml s.c. a aplikace Cerucalu 1 amp i.v. na podporu střevní peristaltiky. Kontrola glykémie je prováděna 3x denně. Bolest tlumena podáváním analgetik Novalgin 1 amp 5 ml i.v. 3x denně a na noc

Dipidolor 1 amp 2 ml i.m. Operační rána je kryta neprosakujícím obvazem, Penrose drén kryt drenážním sáčkem, odvedl 15ml/ 24 hodin serózní tekutiny. PMK odvádí čirou moč, 2300ml/ 24 hodin. CŽK kryt vyhovující fólií, funkční, bez známek komplikací. Hygienu provádí pacientka s pomocí ošetřovatelského personálu. Dnes domluvena první edukace rodiny v péči o stomii. Proběhlo sociální šetření.

4. srpen - 7. den hospitalizace, 6. pooperační den

Proveden převaz operační rány, rána kryta Opsite spray. Odstraněn Penrose drén, který odvedl 15 ml/ 24 hodin, místo vstupu kryto sterilními čtverci. Na oddělení dále odstraněn močový katétr a pacientka edukována o nutnosti sledování diurézy. Ukončena infuzní terapie a pacientka poučena o dostatečném pitném režimu. Odstraněn CŽK a ukončena antibiotická léčba. Stomie odvádí řídkou stolicí. Proběhla další edukace rodiny stomickou setrou, spolupráce je velmi dobrá. Pacientka má vyhovující sociální zázemí. Zvládá chůzi samostatně po pokoji.

5. srpen - 8. den hospitalizace, 7. pooperační den

Analgetika podávána již jen v tabletové formě – pacientka hodnotí jako dostačující. Dieta je podávána bezezbytková strava č. 4Ba za nemocnou přišla nutriční terapeutka s edukačním materiálem o stomické dietě. K dnešnímu dni je znám výsledek histologie, který potvrdil diagnózu, kdy mikroskopický nálezní odpovídá divertikulose s divertikulitidou.

6. srpen - 9. den hospitalizace, 8. pooperační den

Obnovena plně střevní pasáž, stomie je vitální, funkční a odvádí stolicí. Nemocná se cítí dobře, bez nutnosti podávání analgetik. Nejdůležitější je edukace v péči o stomii a nácvik maximální soběstačnosti. Pacientka i přes svůj pokročilý věk je velmi šikovná a učenlivá. Má velkou podporu rodiny. Jelikož byla u pacientky provedena akutní operace, bez možnosti řádné střevní přípravy, je pacientce podáno očistné klyzma.

7. srpna - 10. den hospitalizace, 9. pooperační den

Pokračuje edukace stomickou sestrou, která hodnotí pacientku jako soběstačnou s drobnou pomocí. S pacientkou a její rodinou je plánováno propouštění a zajištěna agentura domácí péče pro prvních 14 dní po propuštění.

8. srpen - 11. den hospitalizace, 10. pooperační den

Nemocná v pořádku, naplánováno propuštění pacientky do domácího ošetřování.

U nemocné naplánována kontrola na chirurgické ambulanci k odstranění stehů.

Do budoucna je v plánu kolonoskopické vyšetření a zanoření stomie.

Pacientka vybavena stomickými pomůckami

3.3. Farmakoterapie k 5. pooperačnímu dni

Cerucal 1 amp i.v. á 8 hodin, ředěno do 20 ml FR

Indikační skupina: antiemetikum, prokinetikum

Indikace: poruchy motility horní části gastrointestinálního traktu, nauzea a vomitus různého původu, např. při onemocněních jater a ledvin, zraněních lebky a mozku, migréně a nesnášenlivosti léčiv. Diabetická gastroparéza. K usnadnění duodenální a jejunální sondáže, k urychlení evakuace žaludku a pasáže tenkým střevem při rentgenologickém vyšetření žaludku a tenkého střeva.

Nežádoucí účinky: průjem, únava, bolesti hlavy, závratě, úzkost a neklid. Zřídka se může objevit vyrážka.

Clexane 0.4 ml s.c. á 24 hodin

Indikační skupina: antitrombetikum, antikoagulans

Indikace: profylaxe tromboembolické nemoci, léčba hluboké žilní trombózy, prevence tvorby trombů v mimotělním oběhu při dialýze.

Nežádoucí účinky: krvácivé projevy, trombocytopenie, kožní a celková alergická reakce

Dipidolor 1 amp 2 ml i.m. na noc ve 21 hodin

Indikační skupina: analgetikum, anodynum

Indikace: silné a velmi silné pooperační a neoplastické bolesti, u nichž jsou indikovány opioidy.

Nežádoucí účinky: sedace a ospalost, účinky na zažívací trakt (nauzea, zvracení, zácpa). Může docházet k navození fyzické nebo psychické závislosti typické pro opioidy.

Fyziologický roztok na ředění léků

Izotonický infuzní roztok 0,9 % NaCl

Indikace: použití jako vehikulum nebo rozpouštědlo léčiv pro parenterální podání

Nežádoucí účinky: bez nežádoucích účinků

Geratam 1200 mg p.o. 1-1-0 tbl

Indikační skupina: nootropní léčivo

Indikace: symptomatická léčba chronických organických mozkových poruch v rámci léčby demence, podpurná léčba následků mozkové ischemie.

Nežádoucí účinky: hyperkineze, zvýšení tělesné hmotnosti, nervozita, ospalost, deprese a asténie. Dále závratě, bolesti břicha a nadbříšku, průjem, nevolnost, zvracení.

Glukóza 10% 500ml i.v. rychlost podání

Infuzní roztok 125ml/ hodinu

Indikace: používána jako zdroj energie, výživa

Nežádoucí účinky: otok kůže tváře, rtů a otok krku, obtíže při dýchání, kožní vyrážka, zarudnutí kůže. Porucha rovnováhy elektrolytů, hyperglykémie

Helicid 40 mg i.v. á 12 hodin, ředěno do 100ml FR

Indikační skupina: antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy

Indikace: peptický vřed ve všech lokalizacích, refluxní ezofagitida a symptomatická refluxní choroba jícnu, prevence gastroduodenálních vředů a erozí v souvislosti s podáváním nesteroidních antirevmatik, eradikace *Helicobacter pylori* u vředové choroby gastroduodena a profylaxe aspirace žaludečního obsahu u rizikových pacientů během celkové anestézie.

Nežádoucí účinky: bolest hlavy, průjem, zácpa, bolest břicha, nucení na zvracení,
zvracení a plynatost.

**Humulin R 12j i.v. do infuze Glukóza 10% 500ml, rychlost podání
125ml/hodinu**

Indikační skupina: antidiabetikum, biosyntetický lidský inzulin

Indikace: léčba pacientů s diabetes mellitus, kteří vyžadují inzulin k udržení normální glukózové homeostázy.

Nežádoucí účinky: nejčastějším nežádoucím účinkem inzulinové terapie u pacienta s diabetem je hypoglykémie. Lokální přecitlivělost

Metronidazol 500mg i.v. á 12 hodin

Indikační skupina: chemoterapeutikum

Indikace: anaerobní infekce, septikemie, bakteriemie, mozkový absces, nekrotizující pneumonie, pánevní abscesy, peritonitis a pooperační ranné infekce

Nežádoucí účinky: teratogenní účinky, zvracení, nauzea, kovová chuť v ústech

Novalgin 5 ml i.v. á 6 hodin, ředěno do 100ml FR

Indikační skupina: analgetikum, antipyretikum

Indikace: silné při poraněních, operacích, kolikách, nádorových onemocněních, ke snížení horečky

Nežádoucí účinky: kožní a slizniční příznaky jako jsou svědění, pálení, zarudnutí, kopřivka, otoky

Preductal MR p.o. 1-0-1 tbl

Indikační skupina: cytoprotektivní antiischemikum

Indikace: dlouhodobá profylaktická léčba anginy pectoris

Nežádoucí účinky: Vzácně se mohou vyskytnout obtíže zažívacího traktu jako nevolnost a zvracení.

Prestarium Neo 5 mg p.o. 1-0-0 tbl

Indikační skupina: antihypertenzivum, ACE inhibitor

Indikace: léčba hypertenze, srdečního selhání, ke snížení rizika kardiovaskulárních příhod u pacienta s prokázanou ischemickou chorobou srdeční

Nežádoucí účinky: otok obličeje, rtů, úst, jazyka nebo krku, obtíže při dýchání, silné závratě nebo mdloby, neobvykle rychlý nebo nepravidelný srdeční tep.

Ringer 500ml i.v. rychlost podání 250ml/ hodinu

Infuzní roztok

Indikace: Krátkodobá náhrada intravaskulárních tekutin, nedostatek chloridů.

Nosič nebo rozpouštědlo pro kompatibilní léky a elektrolyty.

Nežádoucí účinky: při doporučeném používání nejsou známy

Simgal 20 mg p.o. 0-0-1 tbl

Indikační skupina: hypolipidemikum

Indikace: primární hypercholesterolemie, kombinované hyperlipidemie

Nežádoucí účinky: chudokrevnost, bolest hlavy, porucha čítí projevující se brněním, mravenčením nebo svěděním, závratě, postižení periferních nervů, trávicí potíže

Stilnox ½ tbl p.o. při nespavosti na noc ve 21 hodin

Indikační skupina: hypnotikum

Indikace: krátkodobá léčba nespavosti

Nežádoucí účinky: ospalost, bolesti hlavy, závratě, zvýšená nespavost, výpadky paměti někdy spojené s nevhodným chováním, halucinace, neklid, noční můry, únava, průjem, nevolnost, zvracení, bolesti břicha.

Unasyn 1,5g i.v. á 8 hodin, ředěno do 100 ml FR

Indikační skupina: širokospektré antibiotikum

Indikace: bakteriální infekce vyvolané citlivými mikroorganismy

Nežádoucí účinky: anémie, nauzea, zvracení a průjem, bilirubinémie, abnormální

játerní funkce, žloutenka.

(Medical Tribune Brevíř, Praha, 2006)

(Příbalové letáky uvedených léčivých přípravků)

4. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

4. 1. Úvod ošetřovatelské části

Pro svou práci jsem si vybrala nemocnou s divertikulitidou komplikovanou perforací, která podstoupila operační řešení resekce dle Hartmanna. Nemocná byla hospitalizována na standardním oddělení chirurgické kliniky ÚVN Praha.

Pacientku jsem si vybrala ze dvou důvodů. Prvním mě zaujal fakt, že v poslední době přibývá nemocných, u kterých je akutně proveden tento typ operace s nutností akutního a neplánovaného vyvedení stomie. Druhým důvodem byla samotná pacientka, která mě zaujala a pozitivně překvapila tím, jak ve svém věku 88 let se zvládala vyrovnat s nemocí a operací. Jak se nemocná aktivně zapojovala do zdravotní péče. Pro zpracování ošetřovatelské části jsem použila ošetřovatelský model Marjory Gordonové - „Model funkčních typů zdraví“.

4. 2. Ošetřovatelský proces

Komplexní ošetřovatelská péče se jako plánovaná a organizovaná činnost realizuje výlučně metodou ošetřovatelského procesu, který umožňuje stanovit zaměření a strukturu poskytované ošetřovatelské péče tak, aby odpovídala zdravotním potřebám a stavu jedince, rodiny i společnosti a řešila jejich biopsychosociální problémy. Komplexní ošetřovatelská péče identifikuje aktuální a potencionální zdravotní problémy, stanovuje priority ošetřovatelství a definuje specifickou zodpovědnost a autonomii sester při jejím poskytování.

(FARKAŠOVÁ D., a kol, Ošetřovatelství teorie, 2006)

Charakteristickým rysem moderního ošetřovatelství je systematické hodnocení a plánovité uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Uspokojování potřeb člověka se realizuje prostřednictvím ošetřovatelského procesu. Ošetřovatelský proces je jednak myšlenkovým algoritmem sestry při plánování ošetřovatelských aktivit a jednak systémem kroků a postupů při ošetřování

nemocného.

(TRACHTOVÁ E., a kol, Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, 1999)

Ošetrovatelský proces je systematický přístup k poskytování ošetrovatelské péče o pacienta. Má pět fází: zhodnocení pacienta, stanovení ošetrovatelské diagnózy, plánování, realizace a zhodnocení péče případně přehodnocení stavu pacienta. Slovo „proces“ znamená sled činností – v tomto případě série kroků, které provádí sestry v rámci ošetrovatelství.

Sestra spolu s pacientem a jeho rodinou stanoví potřeby a hodnotí dosažené výsledky. Aktivita pacientů v tomto procesu jim může pomoci dosáhnout většího stupně soběstačnosti a je důležitým kritériem pro hodnocení poskytnuté péče.

Každá fáze ošetrovatelského procesu se skládá z několika klíčových komponent:

Fáze 1. Zhodnocení pacienta

- získávání informací
- nejčastější metodou je rozhovor, fyzikální vyšetření, pozorování, studium zdravotnické dokumentace
- interpretace získaných informací týkajících se jeho potřeb

Fáze 2. Stanovení ošetrovatelské diagnózy

- určení aktuálních i potenciálních problémů pacienta a jeho potřeb
- vymezení priorit ošetrování
- projednání stanovených potřeb a priorit s pacientem (pokud je to možné)

Fáze 3. Plánování

- stanovení cílů ošetrovatelské péče společně s pacientem
- rozhodování o tom, které ošetrovatelské intervence pacient potřebuje
- projednání plánu s pacientem
- seznámení ostatních pracovníků s ošetrovatelským plánem

Fáze 4. Realizace plánu

- koordinace a vykonávání ošetrovatelské péče podle schváleného plánu
- úprava péče tak, aby byla vzata v potaz jak neplánovaná, ale poskytnutá péče, tak péče plánovaná, která poskytnuta nebyla
- poskytování péče podle dostupných vědeckých poznatků a standardů

- edukace pacienta a podpora v aktivní účasti pacienta na péči o své zdraví

Fáze 5. Hodnocení péče

- porovnání pokroku a dosažených výsledků s plánovanými cíli
- změření efektu plánovaných ošetrovatelských činností
- nové zhodnocení pacienta a úprava plánu v případě, že nebylo dosaženo kýženého efektu
- kritická analýza jednotlivých fází ošetrovatelského procesu a provedení nezbytných úprav

(LEMON 1, IDVPZ, Brno, 1997, ISBN 80-7013-234-5)

4. 3. Ošetrovatelský model Marjory Gordonové - „Model funkčních typů zdraví“

Modely a teorie ošetrovatelství hledají a ukazují cesty, jak dosáhnout ošetrovatelské cíle, charakterizují vztahy mezi metaparadigmatickými koncepcemi, to je zdravím, prostředím, osobou a ošetrovatelstvím. Pomáhají sestřám lépe pochopit souvislosti zjištěných problémů, snadněji plánovat ošetrovatelskou péči i zjišťovat výsledky intervencí. Proto se v praxi ošetrovatelské teorie a modely používají ve spojitosti s ošetrovatelským procesem. (PAVLÍKOVÁ S., Modely ošetrovatelství v kostce, 2006)

Model „Funkčního typu zdraví“, který je pojmenován podle vedoucí autorského týmu M. Gordonové je výsledkem výzkumu a standardizace v oboru ošetrovatelství. Tento model vyhovuje nejen ošetrovatelské praxi, ale i vzdělávání a výzkumu.

Pro sestry představuje systémový přístup a kritické myšlení v rámci profesní kompetence při realizaci jednotlivých fází ošetrovatelského procesu. Model funkčního typu zdraví M. Gordonové splňuje požadavek na rámcový standard pro systematické ošetrovatelské zhodnocení zdravotního stavu pacienta, v jakékoliv oblasti systému péče (primární, sekundární, terciární) a služeb (akutní, následné, lázeňské, domácí, komunitní apod.).

Stav zdraví pacienta může být funkční nebo dysfunkční v každé z 12 oblastí

modelu. Funkční typy zdraví jsou obecně odvozeny z interakce člověka a prostředí. Stav zdraví člověka je vyjádřením bio-psycho-sociální integrace. Poruchy v jedné oblasti narušují rovnováhu celého organismu. Funkční typy zdraví jsou ovlivněny biologickými, vývojovými, kulturními, sociálními a duchovními faktory.

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

(MASTILIAKOVÁ D., Úvod do ošetřovatelství, 2003)

Gordonová ve svém modelu vychází z toho, že všichni jedinci mají společné určité typy chování, které souvisí s jejich zdravím, kvalitou života, s rozvojem jejich schopností a dosažením lidského potenciálu. Popis a hodnocení typů zdraví umožňuje sestře rozpoznat funkční a dysfunkční chování, případně stanovit i ošetřovatelskou diagnózu. Typ je definovaný jako úsek chování v určitém čase. Dysfunkční typ může později vyvolat onemocnění.

(FARKAŠOVÁ D., a kol, Ošetřovatelství teorie 2006)

Model funkčních typů zdraví

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Tato oblast popisuje vnímání zdraví a pohody pacientem, jakož i způsob, jakým se o vlastní zdraví stará. Zahrnuje individuální zdravotní stav, jeho důležitost ve vztahu k současným aktivitám a plánům do budoucna. Zabývá se celkovou úrovní péče o zdraví, dodržování fyzických a mentálních preventivních činností, lékařských a ošetřovatelských nařízení i další péče.

2. Výživa a metabolismus

Tato oblast popisuje způsob příjmu stravy a tekutin vzhledem k metabolické potřebě, obsahuje individuální stravovací návyky, časové rozdělení stravování, typ a kvalitu jídla, preferování určitého druhu jídel, jakož i používání výživových a vitamínových náhrad.

3. Vylučování

Tato oblast zahrnuje informace o způsobu vylučování tlustého střeva, močového měchýře a kůže. Zahrnuje informace o individuálně vnímané pravidelnosti vyprazdňování, používání obvyklého postupu při vyprazdňování, používání projímadel. Zabývá se také potížemi a poruchami při vyprazdňování, tvarem, kvantitou a kvalitou exkretů.

4. Aktivita cvičení

V této oblasti se popisuje aktivita, cvičení a trávení volného času a odpočinku. Zahrnuje základní denní životní aktivity (sebepečce, soběstačnost), které vyžadují vynaložení energie a úsilí, jako je hygiena, vaření, nakupování, stravování, práce, udržování domácnosti atd. Zahrnuje údaje o typu, kvalitě a kvantitě cvičení, včetně sportování, které jsou typické pro jednotlivce. Patří sem i způsob trávení volného času a činnosti, které v něm jednotlivec vykonává.

5. Spánek, odpočinek

Tato oblast popisuje spánek, odpočinek a relaxaci v průběhu 24 hodin. Údaje se týkají vnímání kvality a množství spánku, usínání, přerušování doby spánku, obvyklými činnostmi před spaním, eventuálně užíváním medikamentů na spaní.

6. Vnímání, poznávání

Popisuje způsob smyslového vnímání a poznávání. Patří zde přiměřenost smyslového vnímání, jako je sluch, zrak, čich, chuť, dotek a používání kompenzačních pomůcek. Zabývá se také úrovní vědomí a mentálních funkcí, zahrnuje i vnímání bolesti, způsoby jejího tlumení, jakož i poznávací schopnosti (řeč, paměť, myšlení, schopnost rozhodovat se,...).

7. Sebekoncepce, sebeúcta

Popisuje emocionální stav a vnímání sebe sama, obsahuje individuální názor na sebe, vnímání svých schopností, zálib, celkového vzhledu, vlastní identity, celkového pocitu vlastní hodnoty, celkový způsob emocionální reakce. Zabývá se

také nonverbálními projevy, jako je držení těla, způsob pohybu, oční kontakt, hlas a způsob řeči.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Zabývá se způsobem přijetí a plnění životních rolí a úrovní mezilidských vztahů. Obsahuje vnímání hlavních rolí v běžných životních situacích, spokojenost nebo nespokojenost s rodinnými, pracovními a sociálními vztahy a zodpovědností, která z nich vychází.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

Informace popisují typ reprodukce a sexuality, spokojenost, změny v sexualitě nebo sexuálních vztazích a v reprodukci. U žen se zabývá premenstruálním, menstruálním cyklem, porody, potraty a postmenopauzou a problémy s tím souvisejícími.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

V této oblasti se uvádí nejdůležitější životní změny v posledních dvou letech. Popisuje celkový způsob tolerance a zvládnání stresových situací. Zahrnuje individuální rezervy či kapacitu schopnosti ve zvládnání narušování vlastní integrity, způsoby zvládnání stresu, podpora rodiny a jiných podpůrných systémů. Uvádí také vnímání vlastních schopností řídit a zvládat běžné situace.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Popisuje individuální vnímání životních hodnot, cílů či přesvědčení včetně duchovních, které řídí výběr a rozhodování. Zahrnuje informace o tom, co člověk v životě vnímá za důležité, jakož i o konfliktech v oblasti hodnot, náboženského přesvědčení, nebo očekávání v souvislosti se zdravím.

12. Jiné

(TRACHTOVÁ E., et al, Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu, 1999)

(FARKAŠOVÁ D., Ošetřovatelství teorie, 2006)

4. 4. Ošetrovatelská anamnéza

Údaje k ošetrovatelské anamnéze jsem sbírala 5. pooperační den mezi 9 a 11 hodinou dopoledne, kdy byla pacientka přeložena z jednotky intenzivní péče na standardní chirurgické oddělení. Ošetrovatelská anamnéza viz. příloha č.1. Pro zjištění informací jsem využila rozhovoru s pacientkou, pozorování a údaje z lékařské a ošetrovatelské dokumentace. Při zpracování informací jsem použila model Marjory Gordonové.

Tabulka č. 4. Základní informace o nemocné 5. pooperační den

Iniciály	Z. Č.
Rok narození	1922
Pohlaví	Žena
Stav	Rozvedená
Datum přijetí	1. 8. 2010
Sociální situace	Důchodkyně, žije v rodinném domě u dcery
Pracovní anamnéza	Dříve pracovala jako účetní
Abusus	Nekouří, alkohol výjimečně
Váha	65 kg
Výška	165 cm
BMI	23,9
Alergie	Salicyláty, Codein, Mydocalm, jodové preparáty, Diazepam, náplast
Diagnóza	Akutní divertikulární nemoc tlustého střeva s perforací
Další diagnózy	ICHS St. p. Infarktu myokardu 2000 Arteriální hypertenze III. st. Diabetes mellitus 2. typu na dietě

	<p>Hiátová hernie</p> <p>St. p. Flebotrombóze vlevo 1998</p> <p>Coxartrosa bilaterálně</p> <p>St. p. Appendektomii a cholecystektomii 1962</p> <p>St. p. Operaci varixů PDK 1980</p>
Operační výkon	1. 8. 2010, Resekce sigmatu dle Hartmanna
Medikace	<p>Simgal 20 mg 0-0-1 tbl p. o.</p> <p>Geratam 1200 mg 1-1-0 tbl p. o.</p> <p>Prestarium Neo 5 mg 1-0-0 tbl p. o.</p> <p>Preductal MR 1-0-1 tbl p. o.</p> <p>Stilnox ½ tbl p.o. při nespavosti ve 21 hodin</p> <p>Clexane 0,4 ml s. c. á 24 hodin</p> <p>Helicid 40 mg i. v. á 12 hodin</p> <p>Unasyn 1,5g i. v. á 8 hodin</p> <p>Metronidazol 500 mg i.v. á 12 hodin</p> <p>Cerucal 1 amp i. v. á 8 hodin</p> <p>Novalgín 5 ml i. v. á 6 hodin dle stupnice VAS</p> <p>Dipidolor 2 ml i. m. na noc dle stupnice VAS</p> <p>Infuze: Ringer 1/1 500ml i.v. rychlost 250 ml/ hodinu a Glukóza 10% 500 ml + 12j inzulínu Humulin R i.v. rychlost 125 ml/ hodinu</p>
Den hospitalizace	6. den
Pooperační den	5. den
Krevní tlak	133/62 mmHg
Pulz	72/ minutu, pravidelný, dobře hmatný
Dýchání	16 dechů / minutu, dýchání pravidelné,

	bez dušnosti na JIPu saturace krve O ₂ 93 %, v 6,00 hodin
Tělesná teplota	36,6 °C
Vědomí	Při vědomí, lucidní, orientována, komunikuje bez obtíží
Stav pokožky	Pokožka suchá, bez dekubitu v levém hypogastriu vyvedena terminální stomie na břicho dolní střední laparotomie, operační rána hojící se per primam
Dieta	Diabetická kašovitá, Diasip 2* denně
Spánek	Narušený, špatně usíná
Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové	Viz. Příloha č. 2., skóre 24 bodů nízké riziko
Hodnocení rizika pádu dle stupnice Morse	Viz. Příloha č. 3., skóre 60 bodů vysoké riziko
Bolest hodnocena dle vizuální analogové škály	Viz. příloha č.4., skóre 4
Soběstačnost dle stupnice Barthel testu základních všedních činností	Viz. příloha č.5., skóre 55 bodů, závislost středního stupně
Pomůcky	Požívá 2 francouzské hole, dioptrické brýle, zubní protézu
Centrální venózní katétr	6. den, zaveden na operačním sále zaveden do v. jugularis int. dx. funkční, bez komplikací
Permanentní močový katétr	6. den, 16 Fr, zaveden na operačním sále

	funkční odvádí čirou moč
Břišní drén	6. den, zaveden Penrose drén, jedno raménko do Douglasu a druhé proximálně parakolicky. Penrose na drenážní sáček, odvádí krvavou tekutinu, minimální množství
Stomie	Vitální, odvádí plyny a minimální množství hnědé tekutiny. Množství za dopoledne 300ml. Okolí stomie klidné. přilepen průhledný stomický sáček.

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Pacientka ve svém životě prodělala již několik operací a léčí se s celou řadou přidružených onemocnění. O své zdraví se vždy snažila pečovat. Nynější situaci vnímá jako další onemocnění, se kterým je třeba se vyrovnat. Lékařem je plně seznámena se svou diagnózou a další navrhovanou léčbou. Pacientka uvedla, že je především ráda, že se nejedná o nádorové onemocnění, kterého se obávala. Před hospitalizací byla s dopomocí rodiny v domácím prostředí soběstačná, na lékařské prohlídky chodila pravidelně, s dodržováním léčebného režimu nemá problémy.

V péči o stomii má obavy, jestli úkony zvládne, ale má snahu se sebezpečí naučit. Velkou motivací je i příslib lékařů, že nynější situace je dočasná a že nemocná podstoupí další operaci, při které se stomie zanoří.

2. Výživa a metabolismus

Nemocná má již několik let diagnostikován diabetes mellitus 2. typu na dietě. Diabetickou dietu doma celkem dodržovala, ale občas ji příležitostně porušila. Před operací jedla pravidelně, byla zvyklá svačit. Uvádí, že z hlavního jídla snědla vždy tak tři čtvrtě porce, velmi ráda má polévky. Nepozorovala před hospitalizací váhový úbytek. V pooperačním období je přechod k normální dietě pozvolný, vychází z ordinace lékaře. V prvních dnech byla pacientka pouze na parenterální výživě, dnes již přijímá kašovitou stravu. Nyní nemá pocit hladu, dieta pacientce nevádí, ale ráda by již pestřejší stravu. Je si vědoma, že přijímá méně tekutin, ale

nemá pocit žízně. Za dnešní den vypila 300 ml tekutin za 4 hodiny. Dle dokumentace má při infuzní terapii vyrovnanou bilanci. Lékařská ordinace infuzí : Ringer 1/1 500ml i.v. rychlost podání 250ml/ hodinu, Glukóza 10% 500ml + 12j inzulinu Humulin R i.v. rychlost podání 125ml/ hodinu. Pacientka má od operace zaveden centrální žilní katétr do v. jugularis int. dx. Katétr je sterilně kryt průhlednou fólií, místo vpichu je klidné bez známek zánětu. CŽK je funkční, bez komplikací. Stravu i tekutiny přijímá samostatně, má umělou horní i dolní zubní protézu. Během dne popíjí Diasip, 2 kusy na 24 hodin. Je si vědoma, že po operaci bude muset změnit stravovací návyky, že s vyvedením stomie je spojeno dietní omezení. Prozatím o tom více nepřemýšlela, nemá přesnou představu.

S nemocnou jsem dále hovořila o stavu pokožky. U pacientky je pravidelně prováděna hygienická péče o pokožku, její kontrola a prevence vzniku dekubitů. Kůže je suchá a je nutné její pravidelné ošetřování. Pokožka je bez známek porušení integrity v souvislosti s rizikem vzniku proleženin. Hodnocení rizika vzniku dekubitu dle stupnice Nortonové je dnes 24 bodů. Na dolních končetinách má pacientka elastické punčochy z důvodu prevence trombembolické nemoci. Operační rána, dolní střední laparotomie, je kryta neprosakujícím obvazem. Dopoledne převaz rány, kdy hodnocena jako hojí se per primam, v levém hypogastriu vyvedena terminální stomie, která je kryta stomickým sáčkem. Penrose drén kryt drenážním sáčkem.

3. Vylučování

Před operací měla pacientka s vylučováním obtíže. Problémy se stolicí, kdy se vyprazdňovala nepravidelně a trpěla především zácpou, byla zvyklá dle potřeby užívat projímadla. Několik let trpí lehkou částečnou inkontinencí moči a to při stresových situacích, kašli či smíchu. Používala pomůcky pro inkontinentní pacienty.

V pooperačním období má zaveden permanentní močový katétr, kdy je sledován výdej moči a měřena bilance tekutin. Moč je čirá bez viditelné patologické příměsi, bez známek zánětu. PMK pacientku obtěžuje při chůzi, bojí se, že si PMK omylem odstraní, chtěla by PMK již odstranit.

Od operace má pacientka nově vyvedenou terminální stomii. Stomie je kryta

průhledným výpustným sáčkem, abychom mohly sledovat nejen stomii a její okolí, ale i odpad ze stomie a odchod plynů. Stomie odvádí plyny a od včerejšího dne i řídkou stolicí. V době sběru informací má pacientka od rána ve stomickém sáčku 300ml. Pro pacientku je stomie zcela nová zkušenost. Byla sice o možnosti vyvedení stomie informována před výkonem, ale jelikož byla operována akutně neměla dostatek času se na danou situaci dostatečně psychicky připravit. Probíhá edukace v péči o stomii, na dnešní den je v plánu edukace rodiny. Nemocná v rámci edukace již zvládla bez obtíží pohled na stomii a sledování výměny sáčku v zrcadle. Dále pacientka umí pracovat se stomickými pomůckami, zvládne vystříhnout patřičný otvor do stomického sáčku a ovládá systémy uzavření sáčků. Pocení je fyziologické.

4. Aktivita cvičení

Před operací byla pacientka zvyklá každé ráno na lůžku pravidelně cvičit cviky, které ji byly doporučeny při onemocnění kloubů DK. V mládí chodila do Sokola. Před hospitalizací měla již několik let zhoršenou pohyblivost, chodila o 2 francouzských holích po bytě, venku jen minimálně. Bydlí s rodinou, která ji zajišťuje péči o domácnost, nákupy a vaření. Pacientka byla soběstačná při drobnějších úkolech, jako ohřátí jídla, základní hygiena apod.

K dnešnímu dni je pohyblivost pacientky omezena z důvodu pooperačního výkonu, cítí se slabá. Bojí se pádu. Hodnocení rizika pádu pro dnešní den dle stupnice Morse je 60 bodů. Tedy vysoké riziko pádu. Každý den navštěvuje pacientku fyzioterapeutka, která pacientku edukuje o správné pohybové aktivitě v pooperačním období. Pod dohledem fyzioterapeutky pacientka provádí cvičení. Pacientka se samostatně posazuje na lůžku, zvládá chůzi po pokoji jen s pomocí francouzských holí a ošetřovatelského personálu. Hygienickou péči zvládá s pomocí ošetřovatelského personálu. Dokáže si u umyvadla sama vyčistit dutinu ústní, učesat se, umýt si obličej a trup. Břicho se sama bojí mýt z důvodu operační rány a stomie. Celkovou koupel ve sprše sama nezvládá. Barthel test základních všedních činností pro dnešní den je 55 bodů.

Ve volných chvílích čte a luští křížovky. Sama říká, že se brzy cítí unavená a neudrží pozornost tak dlouho jako před operací. V domácím prostředí sledovala

ráda televizi, nyní se těší až bude opět sledovat oblíbené seriály.

5. Spánek, odpočinek

Paní Z.Č. uvádí, že doma spala s obtížemi, spánek měla narušený. Největší obtíže měla s usínáním. Užívala podle potřeby medikamenty na spaní (Stilnox ½ tbl p.o.). V nemocnici se obtíže zhoršily. Špatně spí, v noci se opakovaně budí při každém hluku na oddělení. Pro bolest operační rány nemůže spát na pravém boku jak je zvyklá z domova. Již dříve měla zhoršení nespavosti spojené se změnou prostředí, ráno se necítí dostatečně odpočínutá. Pospává během dne, především po fyzické námaze při cvičení.

6. Vnímání, poznávání

Vědomí je plné, kontakt bez omezení. Pacientka je plně orientována místem, časem a osobou. Hovoří plynule, hlas má přiměřený. Hůře slyší na pravé ucho, naslouchátko nepoužívá. Pacientka je krátkozraká, používá dioptrické brýle. Pacientka si je plně vědoma svých možností a omezení způsobených změnou zdravotního stavu. K chůzi používá francouzské hole. Své poznávací schopnosti hodnotí ke svému věku jako přiměřené, dobré. Problémy s pamětí udává minimální, někdy si nemůže rychle vzpomenout na konkrétní slovo. Paměť procvičuje četbou a luštěním křížovek. Je zvyklá o sobě samostatně rozhodovat, závažnější rozhodnutí činí po poradě s rodinou, v které má velkou oporu.

Nemocná udává tupou ohraničenou bolestivost na břicho v místě operační rány. Bolest hodnotí na stupnici VAS hodnotou 4. Bolest vyjadřuje verbálně, vyhledává úlevovou polohu s mírně pokrčenými dolními končetinami. Bolest se zhoršuje při vstávání lůžka a při cvičení. K tlumení bolesti využíváme analgezii dle ordinace lékaře. Včerejšího dne byla pacientce podána tato analgetika: Novalgin 1 amp 5 ml i.v. 3x denně a na noc Dipidolor 1 amp 2 ml i.m. Dnes požádala o analgetika zatím jednou dopoledne po rehabilitaci.

7. Sebekoncepce, sebeúcta

Nemocná sama sebe hodnotí jako vyrovnaného člověka se životními zkušenostmi. Je na sebe hrdá, že dokázala samostatně vychovat dceru. Před operací se snažila

být maximálně soběstačná a doufá, že i nyní nebude způsobovat rodině obtíže. Od operace se cítí více bezmocná v sebezpečí, je si vědoma zvýšených nároků na péči o svůj zdravotní stav. Má strach, že nebude moci vést plnohodnotný život. Uvádí, že se za stomii stydí před cizími lidmi, komunikace s rodinou ji obtíže nečiní. Oční kontakt navazuje bez přerušování, komunikuje bez obtíží.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacientka je velmi společenská, udržuje přátelské vztahy se sousedy a bývalými kolegyněmi z práce. Žije v rodinném domě u dcery, kde má vlastní zázemí. Je zvyklá na denní kontakt s příbuznými a přáteli. V nemocnici chodí rodina pravidelně na návštěvu. S přáteli udržuje telefonický kontakt, o návštěvu nemá prozatím zájem. Rodinné soužití hodnotí velmi kladně. Nyní se obává společenská izolace, jelikož se stydí za vyprazdňování do stomického sáčku a známé o této skutečnosti zatím nechce informovat. Těší se na propuštění do domácího ošetřování.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

Paní Z.Č. je dlouhodobě rozvedená, znovu se nikdy nevdala. Rodila jednou, má dceru, kterou samostatně vychovala. Od svých 47 let má postmenopauzu, kterou zvládla bez větších obtíží. Na poslední gynekologické prohlídce byla před dvěma roky.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance

V posledních dvou letech nezaznamenala nemocná žádnou výraznou životní změnu. Jako výrazný zásah do života hodnotí až nynější hospitalizaci a operaci. Během života hodnotí zvládnutí stresových situací dobře, bez výrazných problémů. Velkou oporou jí vždy byla rodina a to nejprve rodiče a následně dcera. Mezi ochranné mechanismy proti stresu udává rodinu, kontakt s přáteli, četbu a psa, který jí podle vlastních slov dodává životní energii.

V současné době má jen obavy, aby zvládla pooperační období bez komplikací a jak se vyrovnat se sníženou schopností sebezpečí.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pacientka není členkou žádné církve ani sekty. Vyjadřuje víru sama v sebe a nejbližší. Považuje se za ateistu, náboženství ji nezajímá. Uznává hodnoty jako život, zdraví a toleranci.

12. Jiné

S nemocnou jsem dále hovořila o plánování propuštění a její sociální situaci a zajištění následné péče. Velmi důležité pro pacientku je vědomí, že má rodinu, která zajistí návrat nemocné do domácího ošetřování. Pacientce jsme zajistili kontakt se sociální pracovnící, která ji seznámila s možností agentury domácí péče. Během hospitalizace byla nemocná a její rodina opakovaně edukována především v péči o stomii. Pacientku navštěvovala stomická sestra a poučení prováděl i ostatní ošetřovatelský personál. Použita byla nejen verbální komunikace ale i písemný materiál.

4. 5. Přehled ošetřovatelských diagnóz

Po rozhovoru s pacientkou, pečlivém sběru anamnestických dat a prostudování zdravotnické dokumentace jsem stanovila ošetřovatelské diagnózy. Při zhodnocení informací jsem se zaměřila na ošetřovatelské problémy, které se u pacientky vyskytují, nebo by se potencionálně vyskytnout mohly.

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dne 6. srpna, 5. pooperační den, v 11 hodin dopoledne, po překladi pacientky z jednotky intenzivní péče na standardní chirurgické oddělení. Ošetřovatelská diagnózy a plán péče byl stanoven na následujících 24 hodin.

Stanoveny byly následující **krátkodobé ošetřovatelské diagnózy**

Aktuální

1. Bolest z důvodu operačního výkonu
2. Snížená soběstačnost v oblasti hygieny, oblékání, vyprazdňování a oblasti pohybové aktivity z důvodu operačního výkonu

3. Deficit soběstačnosti v oblasti péče o stomii z důvodu nezvládnutí použití stomických pomůcek.
4. Nedostatek spánku z důvodu změny prostředí a bolesti

Potencionální

1. Riziko vzniku infekce v místě operační rány a z důvodu zavedení invazivních vstupů (CŽK, PMK, Penrose drén)
2. Riziko vzniku TEN z důvodu pooperačního stavu a snížení mobility
3. Riziko vzniku dekubitů z důvodu pooperačního stavu a snížení pohyblivosti
4. Riziko pádu z důvodu pooperačního stavu a snížení pohyblivosti

4.6. Ošetřovatelské diagnózy

Aktuální krátkodobé diagnózy

Diagnóza č. 1. Bolest z důvodu operačního výkonu

Cíl:

- nemocná nebude udávat intenzitu bolesti vyšší než 3 podle vizuální analogové škály na stupnici 0-10
- pacientka zná způsoby přinášející úlevu od bolesti a umí je využít
- bolest nebude omezovat pacientku v běžných denních aktivitách

Plán péče:

- zjistit lokalizaci, charakter a vyzarování bolesti
- zhodnotit intenzitu bolesti podle vizuální analogové škály v pravidelných intervalech
- aplikovat analgetika dle potřeby pacientky a ordinace lékaře a s pacientkou následně zhodnotit a zaznamenat jejich účinek
- edukace pacientky o úlevové poloze a předcházení bolesti kompresí operační rány při pohybu či odkašlání
- edukace a nácvik správného a bezpečného vstávání z lůžka

- při neúčinné léčbě bolesti analgetiky zajistit úpravu medikace ve spolupráci s lékařem

Realizace:

U paní Z.Č. jsem hodnotila bolest ihned po přeložení na standardní oddělení v dopoledních hodinách. K hodnocení intenzity bolesti jsem využila vizuální analogovou škálu s hodnotami 0-10. Použití této pomůcky znala pacientka již z oddělení JIP. Nemocná lokalizovala bolest na břicho do místa operační rány a na místo vyvedení Penrose drénu. Popisuje bolest jako ohraničenou tupou, na stupnici VAS jako 4. Pacientka udává nyní zhoršení bolesti po proběhlé rehabilitaci. Pomohla jsem pacientce zaujmout úlevovou polohu na lůžku s mírně pokrčenými dolními končetinami. Pacientku jsem poučila o metodě lepšího zvládnání bolesti prohloubením dýchání. Aplikovala jsem analgetika podle ordinace lékaře, Novalgin 1 amp 5 ml i.v. ve 100 ml FR, kapat 30 minut do centrálního žilního katétru.

Za 45 minut od podání analgetik jsem znovu hodnotila bolest u pacientky. Cítí úlevu, bolest hodnotí VAS 1-2. Nadále je bolest u pacientky hodnocena v pravidelných intervalech á 1 hodina. Během dnešního dne bolest u pacientky kolísá a podání analgetik do ukončení směny je nutné ještě jednou v časovém intervalu 6 hodin. Analgetika dobře zabírají a pacientka cítí úlevu vždy po 15 minutách. Bolest hodnotí na stupnici VAS maximálně 4 a úlevu pociťuje na VAS 1. Během služby jsem nepozorovala žádné nežádoucí účinky padávajících analgetik.

Provedla jsem vždy zápis do dokumentace nemocné a to do dekurzu o aplikovaném medikamentu, tak do karty bolesti s vyznačením křivky stupně, charakteru a lokalizaci bolesti a následně do hodnocení bolesti o úlevě.

Hodnocení:

Nemocná večer hodnotila bolest během celého dne jako snesitelnou, s rychlou úlevou po podaných analgetikách. Naučila se lépe využívat způsoby ulevující od bolesti a během dne nemocnou bolest neomezovala v denních aktivitách. Cílů ošetřovatelské péče bylo dosaženo, plán byl splněn. Z důvodu pooperačního stavu zůstává nadále diagnóza aktuální.

Diagnóza č. 2 Snížená soběstačnost v oblasti hygieny, oblékání, vyprazdňování a oblasti pohybové aktivity z důvodu operačního výkonu

Cíl:

- pacientka se nebude bát umýt si břišní oblast
- nemocná si samostatně dojde k jídelnímu stolu na pokoji
- u nemocné dojde ke zvýšení skóre Bartelova testu základních všedních činností

Plán péče:

- zjistit aktuální skóre Bartelova testu základních všedních činností a následné přehodnocení
- zajištění všech potřebných pomůcek a zajištění jejich snadné dostupnosti
- nácvik hygienické péče společně s pacientkou, provádět nácvik hygieny břišní oblasti, sprchování
- u pacientky provádět jen nezbytnou pomoc a tím podporovat její samostatnost
- s pacientkou nacvičovat změnu polohy v lůžku, sed na lůžku a vertikalizaci
- provádět nácvik chůze po pokoji
- do nácviku zapojit rodinné příslušníky
- spolupráce s fyzioterapeutem

Realizace:

Po překladu na oddělení jsem zhodnotila soběstačnost pacientky pomocí Barthel testu základních všedních činností. Výsledek v danou chvíli byl 55 bodů což znamená závislost středního stupně. Jelikož za pacientkou docházel fyzioterapeut již na oddělení JIP nebylo nutné jej nově objednávat, ale pouze jsem jej informovala o dnešním výsledku. Pacientce jsem vysvětlila důležitost cvičení a nácviku maximální soběstačnosti a to především v oblasti hygieny. Dále jsem pacientku poučila o možných komplikacích, které ji hrozí při zhoršení soběstačnosti. S pacientkou jsem provedla nácvik hygieny ve sprše, kdy jsem pacientce ukázala jak umývat břišní oblast s operační ránou, stomií a drénem. Při této činnosti byla zároveň procvičována i pohyblivost, jelikož s pacientkou jsem

do sprchy mimo pokoj došla za použití francouzských holí. Nejprve jsem pacientku nechala samostatně přes bok posadit na lůžku a následně postavit. Při chůzi jsem byla pacientce nápomocna a jistila jsem její nejistý krok před pádem. S nemocnou bylo domluveno, že při návštěva rodiny bude nadále trénovat chůzi po pokoji.

Hodnocení:

Pacientka velmi dobře spolupracovala. U lůžku v dosahu měla všechny potřebné pomůcky jak pro chůzi tak pro hygienickou péči. Změnu polohy v lůžku a posazení na lůžku zvládla večer samostatně bez pomoci. Při chůzi je nadále vhodné jištění a pomoc ošetrovatelského personálu a to především z nejistoty a celkové slabosti nemocné. V oblasti hygienické péče bylo dosaženo částečného pokroku, kdy pacientka se již nebojí mytí břišní oblasti, ale je si stále nejistá a žádá pomoc. Spolupráce s rodinou je bez obtíží, nemocnou podporují a při návštěvě s nemocnou trénují chůzi po pokoji. Večer byl přehodnocen Barthel test základních činností s výsledkem 65 bodů, klasifikováno jako lehká závislost.

Plán splněn částečně, diagnóza zůstává platná.

Diagnóza č. 3 Deficit soběstačnosti v oblasti péče o stomii z důvodu nezvládnutí použití stomických pomůcek.

Cíl:

- pacientka se podílí na péči o stomii, dokáže si sama připravit pomůcky potřebné k ošetření stomie
- včasné odhalení komplikací spojených se stomií

Plán péče:

- provádět pravidelnou kontrolu stomie a jejího okolí
- naučit pacientku rozeznávat a používat stomické pomůcky
- sledovat střevní peristaltiku, odchod plynů a stolice do stomického sáčku
- zapisovat vyprazdňování do dokumentace
- seznámit pacientku s úpravou stravy
- vysvětlit nemocné důležitost pitného režimu a fyzické aktivity

Realizace:

U paní Z.Č. jsem po přijetí na oddělení zkontrolovala stomii. Kontrolovala jsem její tvar, barvu, okolí, funkčnost stomie - obsah stomického sáčku. Stomii jsem kontrolovala pravidelně á 2 hodiny. Nemocnou jsem poučila o dostatečném pitném režimu a zajistila jsem, aby měla dostatek tekutin v dosahu lůžka. Seznámila jsem se s edukačním procesem u nemocné, zjistila jsem v jaké je fázi a co již pacientka zná a umí. Nemocná v rámci edukace již zvládla bez obtíží pohled na stomii a sledování výměny sáčku v zrcadle. Dále se pacientka učí pracovat se stomickými pomůckami, zvládne vystříhnout patřičný otvor do stomického sáčku a ovládá systémy uzavření sáčků. Věděla jsem, že na dnešní den je domluvena návštěva a edukace společně s dcerou. Během edukace jsem společně s edukační sestrou nemocné a rodině vysvětlila posloupnosti jednotlivých kroků při ošetření stomie a výměně sáčku. Nemocnou jsem seznámila s postupem jak si chronologicky za sebou připravovat pomůcky. Předala jsem jim písemné materiály o dietním opatření a domluvila návštěvu nutričního terapeuta. O prováděných kontrolách stomie a edukačním procesu byl vyhotoven zápis do dokumentace. Podrobněji se této problematice věnuji v kapitole edukace.

Hodnocení:

Ošetrovatelský plán pro dnešní den byl splněn, diagnóza pokračuje i pro následující dny. Během dne se nevyskytli žádné komplikace stomie. Stomie u pacientky byla funkční, odváděla plyny a řídkou hnědou tekutinu v množství 300 ml za dopoledne. U nemocné se dále množství obsahu stomie neměřilo. Okolí stomie bylo klidné, bez zarudnutí, pokožka bez macerace, stomie vitální, barvu měla růžovou. Úspěšně se během dne pokračovalo v edukaci v oblasti sebepéče o stomii. Pacientka zná stomické pomůcky, které se u nemocné používají a dokáže si pomůcky s pomocí připravit na výměnu sáčku. Viz. kapitola edukace nemocné.

Diagnóza č. 4 Nedostatek spánku z důvodu změny prostředí a bolesti**Cíl:**

- nemocná bez obtíží usne
- nemocná bude spát kvalitním spánkem bez probuzení alespoň 8 hodin

- po probuzení se bude pacientka cítit odpočínutá, bude udávat zlepšení celkové pohody

Plán péče:

- zajistit klidné prostředí bez rušivých elementů
- pomoci nemocné vykonat činnosti, na které je zvyklá před usnutím
- pomoci pacientce zaujmout vyhovující polohu, upravit lůžko
- rozvrhnout léčebnou a ošetrovatelskou péči tak, by nerušila spánek nemocné
- nabídnout nemocné hypnotikum a analgetikum dle ordinace lékaře

Realizace:

Příprava na splnění cíle této diagnózy byla započata již během odpoledne. S pacientkou jsem vedla rozhovor s cílem zjistit její návyky před usnutím. V průběhu dne jsem se snažila pacientku zaměstnat tak, aby nespala během dopoledne a na noc měla potřebu spánku. Před usnutím jsem pacientce pomohla provést hygienu, vyčistit zubní protézu. Zajistila jsem vyvětrání pokoje a podle přání pacientky jsem ji napolohovala lůžko do vodorovné polohy jen s mírnou elevací pod hlavou. Zkontrolovala jsem, že má nemocná čisté a ustlané lůžko. U paní Z.Č. jsem před spaním vyprázdnila stomický sáček, aby nebylo nutné nemocnou budít z důvodu výměny pomůcek. Infuze byly aplikovány dle ordinace lékaře během dne a antibiotika časově podávány ve 22 hodin a dále v 6 hodin, aby nebylo nutné buzení nemocné. Pacientce bylo nabídnuto podání analgetik a hypnotika dle ordinace lékaře. Nemocná možnost podání analgetik využila, hypnotika dnes odmítla.

Hodnocení:

Pacientka usnula do půl hodiny po aplikaci analgetik, v noci se vzbudila jen jednou z důvodu hluku na oddělení. Ráno probuzena až sestrou na ranní ordinace, nemocná spala 7,5 hodiny. Následující den se cítila dobře a odpočínutě.

Potencionální diagnózy

Diagnóza č. 1 Riziko vzniku infekce v místě operační rány a z důvodu zavedení invazivních vstupů (CŽK, PMK, Penrose drén)

Cíl:

- nedojde ke vzniku infekce v místě chirurgické rány, rána se bude hojit per primam
- nedojde ke vzniku infekce v místě zavedení invazivních vstupů
- včasné odhalení nežádoucích změn

Plán péče:

- poučení nemocné o důvodu zavedení invazivních vstupů o důležitosti kontroly operační rány a invazivních vstupů, poučení o možných komplikacích
- pravidelná kontrola operační rány a okolí invazivních vstupů min. 1x za službu
- u ČŽK kontrolovat místo vpichu, jeho okolí a funkčnost sterilního krytí, převaz dle standardu nemocnice
- u PMK kontrolovat funkčnost sběrného systému, vzhled, příměsí a množství moči, výměna dle standardu nemocnice
- u Penrose drénu kontrolovat okolí, odpad z drénu, množství a barvu sekretu, funkčnost sběrného sáčku.
- u operační rány kontrola vzhledu rány, okolí, možnou sekreci, otok, zarudnutí, bolestivost
- dodržovat aseptický přístup při převazech
- před manipulací provést hygienu a dezinfekci rukou
- sledovat vývoj celkových projevů infekce, měření tělesné teploty
- pravidelně provádět hygienu pacienta a výměnu osobního a ložního prádla
- provádět pravidelný záznam do dokumentace, hodnocení rány a invazivních vstupů

Realizace:

U nemocné jsem během dne zkontrolovala operační ránu a invazivní vstupy. Operační rána byla kryta suchým sterilním krytím Curapor 10x15 cm, okolí rány bylo klidné bez známek počínající infekce. Převaz byl proveden ráno na oddělení JIP. Sestry na JIP oddělení ránu zhodnotily jako operační ránu hojí se per primam, velikost rány 15 cm, bez sekrece, bez zarudnutí. Nebyl důvod ránu převazovat. Zavedený PMK byl během dne kontrolován, sledovala jsem množství a barvu

moči a dále zda-li není přítomna patologická příměs. U PMK jsem dále kontrolovala funkčnost a dbala jsem na správnou polohu sběrného systému, aby byla zajištěna správné funkce. Sběrný systém jsem neodpojovala, aby bylo zachováno sterilní prostředí. Sběrný sáček byl vyměněn ráno před překladem nemocné na oddělení chirurgie, sběrný systém dle standardu nemocnice vyměňujeme á 48 hodin. Výměna tedy podle plánu proběhne zítra ráno. CŽK byl kryt transparentní fólií, přes kterou šlo dobře sledovat a hodnotit místo vpichu i okolí katétru. Krytí vyhovovalo a splňovalo podmínky sterilního krytí, dle standardu nemocnice je převaz v plánu zítra. Zavedený penrose drén byl kryt sterilním sběrným sáčkem. Sáček byl průhledný a tak jsem mohla provést kontrolu bez nutnosti sáček odstranit. Průběžně byl drén sledován, odpad z drénu, množství a barva sekretu. Dále jsem sledovala okolí drénu, stav pokožky. Nemocné byla 2x denně změřena tělesná teplota. O všech výkonech i zjištěných skutečnostech jsem provedla záznam do dokumentace pacientky.

Hodnocení:

Ošetrovatelská diagnóza byla splněna. K invazivním vstupům i operační ráně bylo přistupováno za dodržení všech aseptických podmínek. Byly dodržovány platné ošetrovatelské standardy. Během dne u pacientky nebyly pozorovány známky vzniku infekce. Místo vpichu CŽK bylo bez zarudnutí, bez bolestivosti, katétr byl po celý den průchodný bez komplikací. PMK odváděla čirou moč, diuréza za 24 hodin byla 1800ml moči. Operační rána byla převázána dopoledne na oddělení JIP a po dobu dne neprosakovala. Nebyl důvod ránu znovu převazovat, okolí operační rány bylo klidné, bez otoku či zarudnutí. Penrose drén odvedl za 24 hodin 15 ml krvavé tekutiny. Měřená tělesná teplota byla v rozmezí 36,6 C – 36,8 C.

Diagnóza č. 2 Riziko vzniku TEN z důvodu pooperačního stavu a snížení mobility

Cíl:

- pacientka nejeví zn. TEN, včasné odhalení komplikací

Plán péče:

- edukace nemocné o riziku vzniku žilní trombózy a jejích komplikacích
- edukace nemocné o preventivních opatřeních – cvičení dolních končetin,

vertikalizace a chůze, použití elastických punčoch, aplikace nízkomolekulárního Heparinu

- kontrola funkčnosti bandáže dolních končetin – elastických punčoch
- kontrola prokrvení dolních končetin, citlivost, barva
- nácvik a dopomoc nemocné při vertikalizaci a chůzi
- aplikace medikace dle lékaře

Realizace:

Nemocná má již od operace elastické punčochy, které jsem sundala na hygienu. U nemocné jsem po proběhlé hygieně zkontrolovala dolní končetiny, prokrvení a stav pokožky. Poté jsem nemocné opět kompresní elastické punčochy nasadila. Zkontrolovala jsem, že jsou punčochy funkční a správně drží na dolních končetinách. Během dne jsem s nemocnou hovořila o žilní trombóze, o důležitosti preventivních opatřeních a o možných komplikacích. Nemocná se samostatně posazovala v lůžku a s pomocí se několikrát prošla po pokoji. Poučila jsem nemocnou o formě cvičení DK – dorsální a plantární flexe nohou po dobu alespoň jedné minuty několikrát denně. Večer jsem pacientce dle ordinace aplikovala nízkomolekulární Heparin.

Hodnocení:

Během 24 hodin nebyly u nemocné pozorovány příznaky komplikací TEN. Nemocná byla edukována o TEN a preventivních opatřeních, kdy pacientka tyto informace již znala a tak stačilo opakování. Kompresní bandáže dolních končetin hodnotím jako plně funkční, kdy nebylo shledáno žádných komplikací. Pokožka DK měla fyziologickou barvu i prokrvení. Nemocná během dne samostatně prováděla cvičení dolních končetin.

Diagnóza č.3 Riziko vzniku dekubitů z důvodu pooperačního stavu a snížení pohyblivosti

Cíl:

- u nemocné nedojde ke vzniku porušení kožní integrity

Plán péče:

- hodnocení rizika vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové
- kontrola pokožky, predilekčních míst
- péče o pokožku, udržování pokožky v suchu a čistotě, promazání pokožky
- poučení pacientky o riziku vzniku dekubitů a o prevenci
- zajištění suchého a čistého lůžka
- cvičení, polohování a vedení nemocné k fyzické aktivitě

Realizace:

Zhodnotila jsem u nemocné riziko vzniku dekubitů s výsledkem 24 bodů dle stupnice Nortonové. Pacientku jsem poučila o riziku vzniku dekubitů a preventivních opatřeních. Preventivně jsem ji vysvětlila důležitost polohování, změny polohy v lůžku, péči o pokožku a důležitost tělesné aktivity. Při provádění hygieny jsem zkontrolovala stav pokožky a to především predilekčních míst. nejvíce jsem se zaměřila na křížovou oblast a paty. Po osušení pokožky jsem pacientce pokožku promazala přípravkem, který zlepšuje prokrvení a je určen k prevenci dekubitů. U nemocné jsem udržovala lůžko v čistotě a během dne jsem kontrolovala, že nedošlo k jeho znečištění či není třeba upravit lůžkoviny. Nemocnou jsem vybízela k aktivní změny polohy v lůžku a s pomocí se pacientka opakovaně prošla po pokoji. Dále jsem u pacientky dohlížela na popíjení Diasipu, kterého vypila za 24 hodin 2 kusy. Tekutin vypila nemocná za den 1000ml.

Hodnocení:

Nemocná má suchou pokožku a tak bylo třeba věnovat velkou péči jejímu ošetření. Péči o pokožku vnímala nemocná jako příjemnou a aktivně se zapojovala do preventivních opatřeních. Během dne nedošlo u nemocné k porušení kožní integrity. Lůžko bylo udržováno v čistotě. Nemocná zvládla samostatně polohování v lůžku bez problémů a chůzi s dopomocí. Pokožka byla kontrolována á 4 hodiny a zároveň promazána.

Diagnóza č. 4 Riziko pádu z důvodu pooperačního stavu a snížení pohyblivosti

Cíl:

- u nemocné nedojde k pádu

Plán péče:

- hodnocení rizika pádu dle stupnice Morse
- poučení pacientky o riziku pádu a edukace o prevenci – signalizace, barevné označení identifikačního náramku, piktogram mokré podlahy
- kontrola bezpečného prostředí pacienta
- pomoc a zajištění bezpečnosti při chůzi
- nácvik správného používání kompenzačních pomůcek
- podle stavu se souhlasem nemocné event. použití pro bezpečnost v lůžku zábran
- pravidelná kontrola stavu pacientky

Realizace:

Dopoledne po překladu nemocné na oddělení chirurgie jsem provedla zhodnocení rizika pádu podle stupnice Morse. Výsledek byl 60 bodů což znamená vysoké riziko. Pacientka byla s tímto výsledkem seznámena a poučena o riziku pádu. Dále jsem pacientku edukovala o preventivních opatřeních. Byla ji umístěna signalizace v dosahu ruky a francouzské hole umístěny u lůžka tak, aby na ně pacientka bez obtíží dosáhla při posazení v lůžku. Dále jsem zkontrolovala a upravila prostředí nemocné s důrazem na bezpečnost. Zabrzdila jsem ji noční i jídelní stolek, lůžko bylo dáno do nižší polohy. Po dohodě s nemocnou jsem použila jednu zábranu na pravou stranu lůžka. Během dne při vstávání z lůžka a při chůzi nemocné pomáhal ošetřovatelský personál, který dohlížel na bezpečnost nemocné. Pacientka měla červený náramek, který v nemocnici značí riziko pádu a byla znovu s tímto opatřením seznámena. Nemocnou jsem průběžně během dne kontrolovala.

Hodnocení:

Paní Z.Č. plně rozuměla svému riziku pádu a spolupracovala. Používala signalizaci pokud chtěla vstát z lůžka. Při chůzi používala obě francouzské hole, dopomoc zajišťoval ošetřovatelský personál. Měla větší pocit jistoty. Během 24 hodin nedošlo u nemocné k pádu.

4. 7. Dlouhodobý ošetrovatelský plán

Pacientka paní Z.Č. byla hospitalizována v nemocnici celkem 11 dnů. V dlouhodobém plánu ošetrovatelské péče jsme se soustředili na naplňování potřeb nemocné podle stanovených ošetrovatelských diagnóz.

Bolest z důvodu operačního výkonu jsme sledovali za použití VAS, kdy jsme hodnotili intenzitu bolesti, lokalizaci a hodnotili reakci na analgetika. Nemocná se v pooperačním období naučila zvládat bolest, bolestivost postupně ustupovala. Analgetika dobře zabírala a mohli jsme proto dávku podávaných léků postupně snižována. Šestý a sedmý pooperační den bylo třeba aplikovat analgetika pouze na noc a od 8. pooperačního dne již nebylo vůbec nutné podání analgetik. Pacientka se cítila dobře a intenzitu bolesti hodnotila maximálně hodnotou VAS 1.

V oblasti soběstačnosti v hygieně, vyprazdňování a pohybové aktivity došlo ke zlepšení stavu, ale nebylo dosaženo plné samostatnosti a to především v oblasti pohybové aktivity. Jelikož byla i po propuštění indikována péče fyzioterapeutem bylo zajištěno pokračování v péči cestou agentury domácí péče. Nemocná od šestého pooperačního dne zvládla sama chůzi po pokoji, ale při delší chůzi se cítila nadále slabá a nejistá.

Největší změnou pro pacientku bylo vytvoření stomie. Po celou dobu hospitalizace probíhala u nemocné edukace v oblasti ošetřování stomie. Především díky podpoře rodiny se pacientka zvládla za pomoci stomické sestry naučit péči o stomii. Edukace byla započata již první dny po operaci a pacientka se nejprve naučila sledovat stomii v zrcadle a postupně získala zručnost při výměně stomických pomůcek. A se zajištěnou péčí agentury domácí péče mohla být propuštěna. Více se této problematice věnuji v samostatné kapitole o edukaci. Stomie se hojila bez komplikací a při propuštění byla stomie funkční, vitální, bez otoku. Šestý pooperační den odváděla stomie řídkou hnědou stolicí a k plné obnově střevní pasáže došlo u nemocné 8. pooperační den. V tento samý den bylo nemocné i podáno očistné klyzma, jelikož nemocná podstoupila akutní operaci a neproběhla tedy u ní standardní střevní předoperační příprava. U pacientky je v dlouhodobém plánu připravováno kolonoskopické vyšetření s odstupem 3 měsíců a v druhé fázi zanoření stomie s plnou obnovou kontinuity střev.

V oblasti spánku, pokud jsme chtěli aby pacientka spala kvalitním spánkem alespoň 8 hodin, bylo nutné podávat hypnotika nebo analgetika. Od osmého pooperačního dne, kdy jsme nepodávali analgetika, požadovala nemocná podávání hypnotik.

Invazivní vstupy a operační rána byly ošetřovány dle standardů nemocnice za aseptických podmínek a po dobu hospitalizace nedošlo ke vzniku infekce. CŽK, PMK a Penrose drén byly odstraněny bez komplikací 6. pooperační den. Místo vpichu po CŽK bylo sterilně překryto Curaporem a následující den bylo krytí odstraněno a vpich ponechán volně. Po odstranění PMK se nemocná spontánně vymočila za 6,5 hodiny. Místo zavedení Penrose drénu bylo po odstraněném drénu kryto sterilními čtverci. 7. pooperační den, po sprše nemocné, bylo ošetřeno sterilním krytím Curaporem a následující den již nebylo třeba ránu krýt. Místo po drénu bylo zhojeno. Operační ránu jsme 6. pooperační den převázali, rána byla klidná, hojila se bez komplikací per primam. K ošetření byl použit Opsite spray. 10. pooperační den při propuštění nemocné byly ponechány stehy operační rány a pacientka byla objednána za 5 dní na chirurgickou ambulanci k extrakci stehů.

U pacientky ve věku 88 let byly dále stanoveny ošetrovatelské diagnózy riziko vzniku TEN, riziko vzniku dekubitů a riziko pádu. Až do propuštění nemocné do domácího ošetřování zůstaly tyto diagnózy aktuální. U nemocné byla poskytována preventivní opatření dle plánu péče a u všech diagnóz byl cíl ošetrovatelské péče splněn. U nemocné nedošlo ke komplikacím v těchto oblastech.

Během hospitalizace byla pacientka převedena s parenterální výživy postupně na pevnou stravu. 5. pooperační den dostávala nemocná již kašovitou stravu a 2x Diasip. Sedmý pooperační den byla dieta změněna na bezezbytkovou. Diasip jsme nemocné podávali od 7. pooperačního dne 1x denně až do propuštění. O dietním opatření byla poučena nutriční terapeutkou, která seznámila nemocnou s dietním omezením a změnami, které je nutné dodržovat i v domácí péči. Úprava stravovacích návyků byla nutná nejen z důvodu vyvedení stomie, ale i z prvotní příčiny, tedy z důvod divertikulitidy.

Nemocná byla 10. pooperační den propuštěna. Nemocnou si odvezla vlastní dopravou rodina, byla zajištěna agentura domácí péče. Pacientka byla vybavena propouštěcí zprávou a stomickými pomůckami. Lékař nemocnou informoval, kdy

se má dostavit na chirurgickou ambulanci k odstranění stehů a naplánování další léčby a vyšetření. K praktickému lékaři se má nemocná dostavit do tří dnů.

4. 8. Psychologická stránka

Nemoc jako náročná životní situace

Duševní stránka nemocného, jeho způsob prožívání vlastní choroby a psychická reakce na nemoc, jsou důležitým článkem při léčbě a ošetřování nemocných, protože zpětně ovlivňuje průběh onemocnění. Tzv. psychogenní faktory jsou nezanedbatelným činitelem při vzniku, v průběhu a léčbě onemocnění.

Nemoc, která svým průběhem nebo ve svých důsledcích významněji snižuje kvalitu našeho života, je bezpochyby náročnou, svízelnou životní situací. Nemoc, stejně jako tělesné postižení, klade zvýšené nároky na adaptaci člověka, na jeho volní úsilí a motivaci, neboť u nemocného nejde jen o to smířit se s faktem svého onemocnění a přijmout pasivně vše, co sebou choroba přináší, ale nemocný je postaven před úkol překonávat problémy s nemocí spojené, před úkol vyrovnat se změněným zdravotním stavem, akceptovat ho i přijímat jako fakt další nutné nepříjemné i bolestivé diagnostické a terapeutické postupy. Pro nemocného je tedy jeho choroba obvykle těžkým břemenem, zátěží a jeho reakce na tuto zátěž nemusí být vždy v souladu s očekáváním zdravotníků stejně jako členů rodiny, přátel a spolupracovníků.

Psychologická problematika nemoci a léčby

Každý člověk má zkušenost s tím, jak na něj doléhá situace nemoci. Bolest je nejen nepříjemným, někdy i těžce snesitelným prožitkem doprovázejícím onemocnění nebo úraz, bolest nás také může znepokojovat, vyvolávat strach a úzkost. Často je to právě bolest, která jako první signalizuje, že s námi není něco v pořádku. Vnímavost vůči bolesti je výrazně individuální, vnímavost vůči bolestivým podnětům kolísá v souvislosti s celkovým zdravotním stavem a psychickým laděním. Na bolest se díváme jako na komplexní vjem, většinou negativní, který je mohutně ovlivněn předchozí zkušeností, (výchovou, vlivem sociálního prostředí, působením nadosobních hodnot a norem), ale nemusí vždy

vycházet z konkrétního poškození tkáně a naopak, ne každé poškození tkáně musí nutně vyvolat bolesti odpovídající intenzity. Bolest bývá v odborné literatuře vymezována jako sensorická informace o působení algického podnětu, o působení vlivů ohrožujících integritu či dokonce život tkáně nebo orgánu. Bolest vzniká při dráždění receptorů bolesti, tzv. algoreceptorů neboli noniceptorů. Bolest představuje nepříjemný stav s výraznou negativní, afektivní a emoční složkou. Pro organismus je však užitečná. Nutí jej ochránit své tělo před působením škodlivých vlivů, podněcuje řadu únikových reakcí, které omezují působení nociceptivních podnětů, signalizuje narušení funkce různých orgánů apod. Mezi psychologické metody mírnění bolesti patří především relaxační techniky. Důležitá je i podchycená anamnéza bolesti u nemocného a doplnění informací o osobních problémech, které se mohou na prožitku bolesti spolupodílet.

Rozdílnost přizpůsobení se chorobě u jednotlivých nemocných je dána jak závažností onemocnění, jeho prognózou a náročností léčby, tak i osobností nemocného a jeho sociální situací.

U akutních onemocnění předpokládáme častější výskyt neadekvátních reakcí, neboť obvykle nemocnému v počátku onemocnění chybí dostatek informací, které se týkají jeho zdravotního stavu. Vytržení pacienta z normálního životního rytmu mohou vést až k panickým reakcím, s výraznými motorickými, někdy agresivními projevy, nebo na druhé straně k uzavření se okolnímu světu, stažení se do sebe a rezignaci.

Chronické onemocnění, pokud nepředstavuje vitální ohrožení, skýtá obvykle nemocnému čas, aby se na ně přiměřeně adaptoval. Pokud nemocný není schopen přijmout fakt existence své choroby, můžeme se u něj setkat rovněž s řadou neadekvátních reakcí, jako je například bagatelizace nebo popření choroby, kdy nemocný snižuje závažnost svého onemocnění nebo ho odmítá, což se projevuje i v neochotě spolupracovat se zdravotníky, v nedodržování léčebného režimu až přímém odmítání léčby. Setkáváme se u těchto nemocných někdy s tzv. disimulací, kdy nemocný zastírá, zatajuje příznaky choroby. Naopak může také nemoc vyvolat nozofilní či hypochondrické reakce. Nemocný se výrazně soustřeďuje na svoje onemocnění, zvýšeně se pozoruje, kontroluje, dožaduje se dalších vyšetření, léčby a léků a pro jejich dosažení tzv. agravuje (vědomě či

nevědomě zveličuje své potíže a zdravotní problémy).

S agravací se častěji setkáváme u starších a opuštěných pacientů, pro něž je obtížnější naučit se sebeobslužnosti v nemoci, popřípadě u těch nemocných, kterým onemocnění přináší určité výhody. S disimulací se můžeme často setkat u nemocných, jejichž onemocnění je provázeno strachem ze ztráty.

Aktivní spolupráce pacienta se zdravotníky je vázána na pochopení jeho individuálních problémů a zvláštností. Rozdíly jsou dány sociálně psychologickými faktory, sekundárními důsledky onemocnění, premorbidní osobností, věkovými zvláštnostmi.

(JOBÁNKOVÁ M. Kapitoly z psychologie, 2006)

Psychologie z pohledu pacientky

Každý nemocný reaguje na hospitalizaci různě, ale pro všechny to vždy znamená změnu a zásah do běžného života. S danou situací se každý člověk vyrovnává odlišně.

Velkou roli u nemocné Z.Č. mělo to, že se jednalo o hospitalizaci nenadálou a tedy nečekanou. Nemocná neměla možnost se psychicky předem připravit. Ve stejné pozici byla i rodina nemocné. I přes tuto skutečnost, podle slov pacientky, zvládá hospitalizaci dobře. V nemocnici byla za svůj život již několikrát a tak ji hospitalizace nečiní velké obtíže. Obavy měla především z diagnózy, kdy se bála nádorového onemocnění. Teď se obává, aby dobře zvládla péči o stomii po propuštění. Velkou oporou je jí rodina, v kterých má podporu. Nemocná je komunikativní, reaguje přiměřeně.

4. 9. Sociální problematika

Sociální zázemí je velmi důležité pro každého člověka a v době nemoci stabilní zázemí má o to větší hodnotu. Znalost sociální situace nemocného je proto jednou ze složek, kterou se musí ošetřující personál zabývat. V nemocnici je nastaven systém, kdy již při příjmu v rámci ošetřovatelského vyšetření probíhá plánování propuštění. Sestra zjišťuje sociální situaci pacienta, je-li schopen vykonávat aktivity denního života samostatně, s kým bydlí, jestli jeho onemocnění vyžaduje následnou rehabilitaci apod. Podle situace kontaktuje sestra sociální pracovníci

nemocnice, která denně přichází na oddělení.

Paní Z.Č. má velmi dobré sociální zázemí. Žije v rodinném domku, kde má vlastní místnosti a hygienické zázemí. Bydlí s dcerou a vnučkou, je rozvedená. Dříve pracovala jako účetní, nyní je starobní důchodce. Je velmi společenská, má několik přátel, s kterými udržuje kontakt. Ráda čte, sleduje televizní seriály a luští křížovky. Společnost jí doma dále dělá pes, s kterým tráví čas na zahradě.

Již od přijetí nemocné k hospitalizaci rodina chodila na pravidelné návštěvy, aktivně se zapojovala do spolupráce o zdraví pacientky a projevila přání propuštění pacientky do domácího ošetřování. Během hospitalizace pacientku navštívila sociální pracovnice, s kterou bylo domluveno zajištění agentury domácí péče. Agentura byla zajištěna na prvních čtrnáct dní od propuštění, aby dohlédla a podle potřeby pomohla s péčí o stomii u pacientky.

5. KAPITOLA EDUKACE

5. 1. Edukace

Pojem edukace pochází z latinského slova educio, educare – vychovávat, vypěstovat. Vyjadřuje širše chápaný proces výchovy a vzdělávání, protože si klade za cíl nejen získání určitých poznatků či dosažení určité změny v chování, ale i vytváření hodnotových, vztahových postojů, citových, volních a vzdělanostních struktur osobnosti jedince. Edukací tedy lze rozumět zdravotní výchovu a činnost jedince.

Edukační činnost v širším slova smyslu patří mezi velmi žádoucí aktivity moderního ošetrovatelství. Při edukaci je nutné brát zřetel také na etické normy a principy, které udávají směr efektivního přístupu s ohledem na bio-psycho-sociální, ale i spirituální potřeby jednotlivce, neboť jedině se správně vedenou edukací se zvýší zdravotní osvěta obyvatelstva a tím i zdraví jedinců ve společnosti.

Edukační role sestry je mnohostranné zaměření na utváření a formování uvědomělého a zodpovědného chování a konání jedince i skupiny v zájmu podpory zachování a obnovení zdraví. Edukační ovlivnění se realizuje formou získávání nových vědomostí, změn postojů, přesvědčení, jako i změn motivace prožívání, chování a jednání člověka. Edukace pacientů a jejich následné zapojení do léčby zvyšuje šanci na dosažení celoživotní kontroly nemoci. Edukace se pokládá za jednu z funkcí ošetrovatelství. K úspěšné edukaci, jsou nezbytné tyto předpoklady: navázání kontaktu s pacientem, zájem pacienta, získání pacienta pro spolupráci, vhodné vlastnosti osobnosti sestry. Edukátor při edukaci poskytuje: informace o zdravotním stavu, dle svých kompetencí, o postupu při vyšetření, poučení o rizikových faktorech, správné životosprávě, naučné materiály, texty, brožurky, letáky, získání zručnosti naučením se správné techniky, rady, návody.

Struktura edukační lekce

1. Cíl (očekávaný výsledek) je základní kategorií vyučování. Pojem cíl znamená ideální představu toho, čeho má být v činnosti dosaženo. Cíle se obvykle dělí na kognitivní (poznávací – vzdělávací), psychomotorické (zručnostmi,

návykové – dovednostní) a afektivní (postojové – výchovné)

2. Obsah (učivo) – má tři základní podoby – formální (informační), realizované učivo a osvojené učivo. Osvojené učivo je výstupní kvalita edukačního procesu a tvoří jej vědomosti, dovednosti, schopnosti a postoje.

3. Metody – způsoby a činnosti, jimiž se jedinec učí danému učivu

4. Materiálně technické vybavení lekce, organizační podmínky

5. Kontrolní – evaluační systém – proces vyhodnocování, hodnocení a ocenění hodnoceného procesu, zjištění jakého jsme dosáhli efektu.

Druhy edukace

Primární edukace: je zaměřena na zdravé lidi. Jejím cílem je předcházet zdravotním problémům

Sekundární edukace: je založena na edukaci pacienta o jeho stavu a způsobu, jak nemoci čelit

Terciální edukace: týká se lidí dlouhodobě invalidních a těch, kteří nemohu být zcela vyléčeni. Učí jak využívat co nejvíce stávajících možností zdravého žití a jak se vyhnout zbytečným problémům a komplikacím.

(projekty.osu.cz/mentor/III-edukace.pdf)

5.2. Edukace stomika

V případě pacienta s operačním výkonem, při kterém dojde k vyvedení stomie je nejvýhodnější, pokud se jedná o plánovaný výkon a my můžeme zahájit edukaci již v předoperačním období.

V takovémto případě pacient navštíví stomasestru, která zahájí edukaci a dlouhodobou předoperační přípravu.

U nemocné Z.Č. se jednalo o akutní operaci a z tohoto důvodu mohla být edukace zahájena až v pooperačním období.

Pacienty se stomií edukujeme v oblasti péče o stomii, která zahrnuje nejen teoretický ale i praktický nácvik výměny stomického sáčku. Dále informujeme pacienta o stomických pomůckách. Učíme pacienta správným hygienickým

návykům. Pacienta učíme i znát a dodržovat zásady životosprávy.

Edukace je prováděna po celou dobu hospitalizace a podílejí se na ni lékaři, sestry a stomasestra. Důležité je do procesu edukace zapojit blízké pacienta.

5.3. Stomické pomůcky

Pomůcky pro stomiky prodělaly za poslední dobu velký vývoj a v současné době nabízí široký sortiment několik firem. Na stomické pomůcky máme několik požadavků. Pomůcky by měly jímat moč, stolicí, sekret, eliminovat zápach, neomezovat v pohybu, měly by být flexibilní, tvarově a velikostně variabilní. Očekáváme ochranu peristomální kůže, hypoalergení materiál, snadnou manipulaci, diskrétnost a množstevní a finanční dostupnost.

Stomické pomůcky dělíme na jednodílný systém, kde želatinová podložka je pevně spojena se sáčkem a na dvoudílný systém, kde podložku se sáčkem spojujeme pomocí plastového, přírubového kroužku.

Sáčky mohou být průhledné, neprůhledné, s filtrem či bez filtru, nevýpustné či výpustné na sponu nebo suchý zip. Důležitý je doplňující sortiment pomůcek, kam řadíme ochranné a čistící prostředky.

5.4. Výměna stomických pomůcek

Postup při výměně stomického sáčku

Péče o stomii by měla podle možností probíhat v diskrétním prostředí nejlépe v uzpůsobené koupelně. Je vhodné zde umístění zrcadel tak, aby si nemocný viděl na břicho jak vleže tak ve stoje.

Každý pacient by měl mít svůj košíček, ve kterém bude mít veškeré potřebné pomůcky pro péči o stomii. Velmi důležitý je klidný a laskavý přístup k pacientovi a trpělivost. Nezapomínáme na psychologickou stránku pacienta a snažíme se jej maximálně chválit a povzbuzovat. Ke každému pacientovi přistupujeme individuálně a vždy akceptujeme jeho přání a požadavky.

Výměna jednodílného systému

Jednodílný systém je šetrný, flexibilní a diskrétní, z těchto důvodů je vhodnější v pooperačním období. Sáček může zůstat nalepený 48 hodin pokud drží a nepodtéká.

1. Nejprve si připravíme pomůcky, které si rovnáme v pořadí za sebou tak, jak je budeme používat. Tímto systémem probíhá jeden z kroků edukace pacienta.
2. Vystříhneme do vhodného stomického sáčku otvor o 2 – 5mm větší, než jsme si změřili velikost stomie. Je vhodné vytvoření šablony, která nám pomáhá připravit otvor správné velikosti a tvaru.
3. Šetrně odstraníme použitý sáček shora dolů a vhodíme jej do igelitového sáčku na odpad.
4. Očistíme buničinou stomii od zbytků stolice
5. Stomii osprchujeme nebo omyjeme vlažnou vodou a mýdlem či použijeme jemnou mycí pěnu. Lehce osušíme a ošetříme okolí stomie ochrannými pomůckami.
6. Na kůži nepoužíváme mastné krémy a oleje. Nedoporučujeme pacientovi do okolí stomie aplikovat parfémované sprchové gely, tělová mléka.
7. Podložku jemně zahřejeme v dlani a odstraníme plastový kryt z podložky
8. Sáček nalepíme na kůži, přitlačíme jej nejprve těsně u stomie a potom přitlačíme celou plochu podložky. Pacient několik minut přilepený sáček zahřívá přiloženou dlaní.

Výměna dvoudílného systému

Dvoudílný systém je vhodný spíše pro pacienty delší dobu po operaci, kterým nevádí tlak na břišní stěnu. Podložka zůstává nalepená 3-5 dní, sáček se mění podle potřeby.

1. Postup při výměně dvoudílného systému začíná stejně jako u jednodílného. Připravíme si pomůcky. Patříčný otvor vystříhneme do podložky.
2. Sundáme podložku, stomii omyjeme, ošetříme pokožku v okolí.

3. U nerovností na kůži předem použijeme 60gramovou pastu k vyrovnání pokožky.
4. Nalepíme na kůži želatinovou podložku (destičku), kterou jsme předtím zahřáli v dlaních. Po nalepení po celé ploše destičku přitlačíme.
5. Nasadíme opatrně sáček na spojovací kroužek, zacvakneme systém a zkontrolujeme těsnost spojení po celém obvodu. Pacient několik minut přilepený systém zahřívá přiloženou dlaní.

Edukace stomika nekončí propuštěním pacienta z nemocnice, ale nadále dlouhodobě pokračuje. Nejideálnější je, pokud pacient navštěvuje ambulantně stomasetru, která mu nadále poskytuje informace, pomůcky a pomoc. Pacientovi předáváme informace o pomůckách, o úhradě pomůcek pojišťovny, o nároku na sociální příspěvek, o klubech stomiků, o vhodném oblečení, o fyzické aktivitě, o rehabilitaci a lázeňské péči a další dle potřeb nemocného.

5. 5. Stravování kolostomiků

Již během hospitalizace dostane pacient slovní i písemné informace o stravování. Informace poskytuje nejen stomasetra, ale i nutriční terapeut, který pacientovy doporučí úpravu stravy i s ohledem na další dietní omezení.

V prvních dnech po operaci se dieta řídí lékařskou ordinací a je především uzpůsobena pooperačnímu stavu. Trávicí trakt je zatěžován postupně, až dojde k úplné obnově pasáže. Přes tekutou a kašovitou stravu je pacient postupně převeden na bezsezbytkovou dietu, na které je propuštěn do domácího ošetřování. Později by měl pacient jíst pravidelně 5krát denně kaloricky vyváženou stravu. Velmi vhodné jsou bílkoviny, které urychlují hojení. Nové druhy potravin vždy zařazovat postupně a tak zjistit zda-li jsou vhodné. Kolostomik by měl do svého jídelníčku postupně zařazovat ovoce, zeleninu a celozrnné pečivo a vlákninu. Nesmíme opomenout pitný režim, kdy je důležité pít dostatečné množství tekutin a to minimálně 2 litry denně. Nevhodné jsou sycené perlivé vody, doporučujeme proto pacientům pramenitou vodu a ovocné čaje.

(OTRADOVCOVÁ I., KUBÁTOVÁ L. a kol. Komplexní péče o pacienta se stomií. 2006)

(MARKOVÁ, M., Stomie gastrointestinálního a močového traktu. 2006)

5.6. Edukace nemocné Z.Č.

Po dobu hospitalizace byla nutná edukace nemocné v péči o stomii. Pacientka a její blízcí byli postupně edukováni nejen v soběstačnosti v péči o stomii, ale i o změně životního stylu a úpravě stravovacích návyků. Před zahájením edukace poskytl lékař nemocné přesné a podrobné informace o operaci a o zdravotním stavu nemocné. Pacientka byla lékařem informována o nutnosti vyvedení stomie a dalším plánu péče.

Po celou dobu edukace byl průběžně veden edukační záznam. Během edukace byla pacientka povzbuzována a chválena. Postupováno v edukaci bylo individuálně s přihlédnutím k možnostem pacientky a ke zdravotnímu a psychickému stavu nemocné.

1.den edukace, 2. pooperační den

Plán edukace:

- návštěva a představení stomické sestry
- předání pacientce informačních letáků a brožůrek s tematikou stomie. Vyzvání nemocné, aby si označila nejasné informace, zapsala případné dotazy.
- výměna stomického sáčku stomickou sestrou a její slovní komentář a popis činnosti
- pacientka se může dívat, ale nemusí

Hodnocení edukace:

- všechny naplánované body proběhly bez obtíží. Pacientka výměnu stomického sáčku nesledovala, ale projevovala zájem o informace.

2. den edukace, 3. pooperační den

Plán edukace:

- kontrola stomie stomickou sestrou, zkontrolovat tvar, velikost otoku, změnu barvy, krvácení...
- rozhovor s pacientkou, poskytnout pacientce možnost klást dotazy, které pacientka má po prohlédnutí informačních letáků

Hodnocení

- kontrola stomie provedena přes průhledný stomický sáček, bez nutnosti výměny stomického sáčku
- nemocná vznesla dotaz ohledně bolestivosti stomie a frekvence vyprazdňování
-

3. den edukace, 4. pooperační den

Plán edukace:

- výměna stomického sáčku
- pacientka bude sledovat výměnu sáčku v zrcadle a dle potřeby se dotazovat
- seznámení nemocné s pomůckami, dát možnost si pomůcky „osahat“
- předání informací o druzích a typech pomůcek
- vysvětlení použití a účelu jednotlivých pomůcek
- dát pacientce úkol, na manuální zručnost, ať si během dne zkouší podle instrukce samostatně vystříhovat otvor do stomického sáčku, a dále zkouší uzavření sáčku pomocí různých systémů

Hodnocení edukace:

- pacientka bez obtíží sledovala výměnu stomického sáčku v zrcadle, pohled na stomii zvládla dobře
- vystříhování otvoru činilo nejprve pacientce obtíže, ale po několika pokusech se zlepšila. Vystříhuje otvor větší než je třeba.
- systémy uzavření sáčků zvládla pacientka velmi dobře, bez obtíží

4. den edukace, 5. pooperační den

Plán edukace:

- k edukaci přizveme rodinu
- vysvětlení nemocné a rodině posloupnosti jednotlivých kroků při ošetření

stomie a výměně sáčku

- domluvit návštěvu sociální pracovnice k zajištění následné péče
- předat písemné materiály o dietním opatření, domluvit návštěvu nutričního terapeuta

Hodnocení edukace:

- rodina nemocné se dostavila k edukaci. Dcera se aktivně vyptávala a sledovala postup výměny
- opakování přípravy pomůcek a pracovního postupu
- domluvena návštěva sociální pracovnice i nutriční terapeutky

5. den edukace, 6. pooperační den

Plán edukace:

- výměna sáčku ve speciální koupelně, přizpůsobené edukaci o stomii
- pacientka si s pomocí připraví veškeré pomůcky a zvládne je seřadit tak, v jakém pořadí se budou používat
- výměna sáčku proběhne ve stoje pacientky před zrcadlem
- přítomnost a další edukace rodiny
- opakování a doplnění informací o dietě, pitném režimu, prostor pro dotazy

Hodnocení:

- pacientka si zvládla sama připravit pomůcky, byla nutná jen drobná rada pro správné seřazení pomůcek
- pacientka vydržela výměnu sáčku ve stoje před zrcadlem v koupelně, po výměně byla na pokoj odvezena na vozíku
- přítomna dcera, která dobře zvládla připravit pomůcky

6. den edukace, 7. pooperační den

Plán edukace:

- opakování edukace stejně jako předešlý den
- výměna sáčku v koupelně ve stoje pacientky
- pacientka připraví samostatně pomůcky
- nemocná sleduje sestru při ošetření stomie a výměně sáčku
- sestra výměnu sáčku doprovází slovním popisem činnosti

Hodnocení:

- pacientka si správně připravila pomůcky
- edukace proběhla bez komplikací podle plánu

7. den edukace, 8. pooperační den

Plán edukace:

- pacientka si samostatně připraví pomůcky
- sestra slovně vede pacientku krok po kroku při ošetření stomie a výměně sáčku
- pacientka zvládne sama odstranit plný sáček
- pacientka správně ošetří stomii a okolí
- pacientka si nalepí nový stomický sáček
- předat informace o kontrole stomie, co je třeba sledovat, možné komplikace, kdy vyhledat lékaře

Hodnocení:

- pacientka si správně připravila pomůcky
- zvládla si odstranit stomický sáček
- správně očistila a ošetřila stomii a okolí
- při nalepení nového sáčku je nutná dopomoc sestry, pacientce činí obtíže nalepit sáček přesně na stomii

8. den edukace, 9. pooperační den

Plán edukace:

- nemocná zvládne výměnu samostatně, event. jen s malou slovní pomocí
- bez obtíží připraví pomůcky
- předat informace o klubech stomiků, o předepisování pomůcek
- připravit pomůcky do domácího ošetřování
- zajistit agenturu domácí péče

Hodnocení:

- pacientka zvládla bez obtíží přípravu pomůcek, odstranění použitého sáčku a ošetření stomie

- při nalepení nového sáčku je pacientka nejistá, požaduje kontrolu správného nalepení

9. den edukace, 10. pooperační den

Plán edukace:

- kontrola pacientky při výměně stomického sáčku
- zhodnocení soběstačnosti
- vybavení pomůckami
- objednání na kontrolu do stomické poradny

Hodnocení, závěr edukace:

- pacientka si správně a bez obtíží připraví pomůcky
- nemocná zvládla samostatně ošetření stomie a výměnu stomického sáčku
- Pacientka je hodnocena jako soběstačná, pro zajištění správné péče o stomii a odbornou kontrolu stomie zajištěna agentura domácí péče. Sestry z domácí péče pomůžou pacientce lépe zvládat novou životní situaci v domácím prostředí. Při potřebě bude edukační proces sestrami opakován.

6. ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem zpracovala případovou studii u nemocné s diagnózou akutní perforované divertikulitidy. V klinické části jsem popsala anatomii a fyziologii tlustého střeva, epidemiologii, diagnostiku a klinické příznaky divertikulární nemoci tračníků. Zaměřila jsem se na komplikace a operační postupy při chirurgické léčbě.

V klinické části jsem popsala konkrétní nemocnou, která byla hospitalizována na našem chirurgickém oddělení, popsala jsem průběh její hospitalizace. Zvláště jsem se zaměřila na pátý pooperační den.

V ošetrovatelské části jsem se zabývala ošetrovatelským procesem a zhodnotila jsem nemocnou podle modelu funkčních typů zdraví Marjory Gordonové. Na základě zjištěných informací jsem u nemocné k 5. pooperačnímu dni stanovila 8 ošetrovatelských diagnóz. V následující části práce popisuji cíle, plán péče, realizaci a hodnocení stanovených diagnóz za 24 hodin. Nedílnou součástí je psychologická a sociální problematika

Samostatnou kapitolu věnuji edukaci.

Ve své práci popisuji případ nemocné, která i přes svůj vysoký věk a přidružené nemoci zvládla hospitalizaci velmi dobře a mohla být opět propuštěna domů ke své rodině. Chtěla sem poukázat na skutečnost, že i u pacientky, která je přijata pro akutní diagnózu s provedením velkého operačního zákroku a je-li u pacientky postupováno za dodržování nejvyšších standardů péče, lze dosáhnout úspěchu.

Za velmi důležité považuji aktivní zapojení nemocné do plánování ošetrovatelské péče. A dále si cením spolupráce celého týmu, který se na péči podílí (fyzioterapeuti, nutriční terapeuti, sociální pracovníci, stomasestra a další. Za nedílnou součást považuji zapojení pacientky a jejích nejbližších.

Dnešní den již mohu říci, že nemocná Z.Č. má za sebou úspěšnou druhou operaci. Při této operaci byla stomie zanořena a došlo k obnově střevní kontinuity, nemocná se těší dobrému zdraví.

SEZNAM LITERATURY

ANTOŠ, F. Divertikulární choroba tlustého střeva. Praha, Avicenum, 1990. ISBN 08-028-90

DYLEVSKÝ, I., TROJAN, S. Somatologie. Praha, Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0063-6

FARKAŠOVÁ, D., ET AL. Ošetrovatelství teorie. Martin, Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8

CHROBÁK, L., ET AL. Propedeutika vnitřního lékařství. Praha, Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1309-0

JOBÁNKOVÁ, M., ET AL. Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. Brno, NCONZO, 2006. ISBN 80-7013-390-2

KAZIL, P., KAZILOVÁ, M. Divertikulární nemoc tračníku. Praha, Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1916-0

MARKOVÁ, M. Stomie gastrointestinálního a močového traktu. Brno, NCONZO, 2006. ISBN 80-7013-434-8

MASTILIAKOVÁ, D. Úvod do ošetrovatelství. Praha, Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0429-9

MOUREK, J. Fyziologie. Praha, Grada, 2005. ISBN 80-2471190-7

OTRADOVCOVÁ, I., KUBÁTOVÁ, L., ET AL. Komplexní péče o pacienta se stomií. Praha, Grada, 2006. ISBN 80-7262-432-6

PAVLÍKOVÁ, S. Modely ošetrovatelství v kostce. Praha, Grada, 2006. ISBN 80-

247-1211-3

RICHARDS, A., EDWARDS, S. Repetitorium pro zdravotní sestry. Praha, Grada, 2004. ISBN 80-247-0932-5

ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A. Ošetřovatelství I. Praha, Informatorium, 2002. ISBN 80-86073-96-3

TRACHTOVÁ, E., ET AL. Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. Brno, IDVPZ, 1999. ISBN 80-7013-285-X

TRACHTOVÁ, E., ET AL. Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. Brno, NCO NZO, 2006, ISBN 80-7013-324-4

VALENTA, J., ET AL. Základy chirurgie. Praha, Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-403-4

VENGLÁŘOVÁ, M. Problematické situace v péči o seniory. Praha, Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5

VOKURKA, M. Praktický slovník medicíny. Praha, Maxdorf, 1994. ISBN 80-85800-06-3

ZEMAN, M., ET AL. Chirurgická propedeutika. Praha, Grada, 2000. ISBN 80-7169-705-2

Další zdroje:

Medical Tribune Brevíř, Praha, 2006

Příbalové letáky uvedených léčivých přípravků

edukační materiál stomické sestry ÚVN Praha

LEMON 1. Brno, IDVPZ, 1997. ISBN 80-7013-234-5

SEZNAM ZKRATEK

AA	alergologická anamnéza
ATB	antibiotikum
BMI	body mass index (výpočet stavu výživy z tělesné váhy a výšky)
CA	celková anestézie
CMP	cévní mozková příhoda
CT	computer tomography (počítačová tomografie)
CŽK	centrální žilní katétr
DK	dolní končetina
EKG	elektrokardiograf
FA	farmakologická anamnéza
FR	fyzilogický roztok
HK	horní končetina
ICHS	ischemická choroba srdeční
i.m.	intramuskulárně
i.v.	intravenózně
JIP	jednotka intenzivní péče
KCl	kalium chloratum
NO	nynější onemocnění
NPB	náhlá příhoda břišní
OA	osobní anamnéza
P	pulz
PDK	pravá dolní končetina
PMK	permanentní močový katétr
p.o.	perorálně
PSA	pracovně-sociální anamnéza
PŽK	periferní žilní katétr
RA	rodinná anamnéza
RHB	rehabilitace
RTG	rentgenové vyšetření
s.c.	subkutánně

St.p. stav po
TBC tuberkulóza
tbl. tableta
TEN trombembolická nemoc
TK tlak krve
TT tělesná teplota
VAS vizuální analogové skóre (škála)

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Krevní obraz, výsledky vyšetření

Tabulka č. 2 Koagulační vyšetření, výsledky vyšetření

Tabulka č. 3 Biochemie, výsledky vyšetření

Tabulka č. 4 Základní informace o nemocné 5. pooperační den

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Ošetřovatelská anamnéza

Příloha č. 2: Hodnocení rizika vzniku dekubitu dle stupnice Nortonové

Příloha č. 3: Hodnocení rizika pádu dle stupnice Morse


Příloha č. 4: Vizuální analogová škála

Příloha č. 5: Hodnocení soběstačnosti dle Barthel testu základních všedních činností

Příloha č. 6: Plán péče

Příloha č. 7: Souhlas s použitím dokumentace

Příloha č. 1: Ošetrovatelská anamnéza

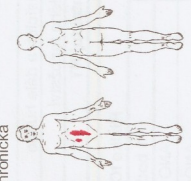
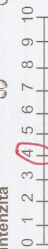
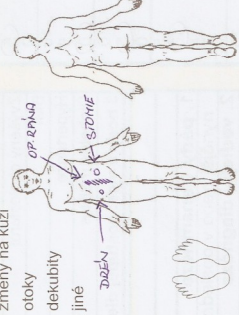


Ošetrovatelské vyšetření

Oddělení: *ONKURGENE*

Příjem: *18.2010* hod: *9:00*
 Jméno: *Z.* opakované přijetí: ano ne
 R.č.: *1982*

rodina informována: ano ne
 Fyziologické funkce při přijetí:
 TK: *102* P: *82* TT: *36* D: *16*

<p>Příjem / <i>PRELUD</i></p> <p>datum: <i>18.2010</i> hod: <i>9:00</i></p> <p>opakované přijetí: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>rodina informována: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>Fyziologické funkce při přijetí: TK: <i>102</i> P: <i>82</i> TT: <i>36</i> D: <i>16</i></p>	<p>Alergie</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>alergen, včetně potravinového: <i>SALICYLÁTY, JODOVÉ PŘEPARÁTY, CODEIN, HYDROCHLORID, DIPYRIFEN, NITROFENOL</i></p> <p>Bolest</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> chronická</p> <p>akutní <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>lokalizace: </p> <p>intenzita: </p> <p>Soběstačnost / pohyblivost</p> <p>hodnocení stupně závislosti</p> <p><input type="checkbox"/> 0-40 vysoce závislý <input checked="" type="checkbox"/> 45-60 závislost středního stupně <input type="checkbox"/> 65-95 lehká závislost <input type="checkbox"/> 96-100 nezávislý</p> <p>Významný handicap</p> <p><input type="checkbox"/> zrak <input type="checkbox"/> řeč <input type="checkbox"/> sluch <input type="checkbox"/> čizinec <input type="checkbox"/> jiné: _____ kontaktovat specialistu <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p>Pomůcky</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> brýle, čočky <input checked="" type="checkbox"/> berle / hůl <i>2x Ft</i> <input type="checkbox"/> naslouchátko <input checked="" type="checkbox"/> zubní protéza: <input type="checkbox"/> vozík <input checked="" type="checkbox"/> horní <input checked="" type="checkbox"/> dolní <input type="checkbox"/> jiné: _____</p>	<p>Výživa</p> <p>váha / výška: <i>65 kg / 165 cm</i> BMI: <i>23,9</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DM <i>DIETA</i> <input type="checkbox"/> sonda <input type="checkbox"/> PEG</p> <p><input type="checkbox"/> obezita (BMI >35) <input type="checkbox"/> riziko malnutrice</p> <p><input type="checkbox"/> speciální stravovací návyky (kulturní odlišnosti) kontaktovat NT <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>Vyprazdňování</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> problémy s močením: <i>MYNÍ PHK</i></p> <p><input type="checkbox"/> pálení <input type="checkbox"/> řezání <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> inkontinence</p> <p>vyprazdňování stolice <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input checked="" type="checkbox"/> sromie <input type="checkbox"/> inkontinence</p> <p>Kůže</p> <p><input type="checkbox"/> změny na kůži <input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> dekubity <input type="checkbox"/> jiné: <i>DEJEN</i></p> <p><i>OP. RYHA</i> <i>SDMIE</i> </p> <p>posouzení rizika SDN</p> <p>a) změna barvy a teploty nohy, edém nohy b) změny nehtů (zarůstající) c) ulcerace, zhojené defekty, amputace v anamnéze d) mykózy kožní i nehtové e) otlaky na plošce a hyperkeratózy f) nevhodná obuv g) drápaní a kladívkové prsty, kostní deformity a deformace nohy</p>	<p>Rizika</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> riziko péči součet: <i>60</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> riziko dekubitů součet: <i>14</i></p> <p>Norton < 25 - postupuj dle MN č. 1/2008</p> <p><input type="checkbox"/> riziko ICHS součet: _____</p> <p><input type="checkbox"/> SDN (postupuj dle MN č. 1/2005)</p> <p>Edukace</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> pacient <input checked="" type="checkbox"/> blízcí pacienta</p> <p>Potřeba <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>Schopnost <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>Ochota <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> informační proces <input type="checkbox"/> edukační proces</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> práva pacientů <input type="checkbox"/> anesteziologická péče <input checked="" type="checkbox"/> identifikace <input type="checkbox"/> perioperační péče <input checked="" type="checkbox"/> domácí řád <input type="checkbox"/> diabetologická péče <input checked="" type="checkbox"/> signalizace <input type="checkbox"/> podiatrická péče <input checked="" type="checkbox"/> další: <i>STOMICKÁ PÉČE</i></p> <p>Postupuj dle MN č. 8/2010 (Edukční záznam)</p> <p>Potřeba duchovních služeb</p> <p><input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p>Plánování propuštění</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> není schopen vykonávat aktivity denního života a sebepečí</p> <p><input type="checkbox"/> není orientován (čas, místo, osoba)</p> <p><input type="checkbox"/> problémy s medicací</p> <p><input type="checkbox"/> vyžaduje následnou rehabilitaci</p> <p><input type="checkbox"/> bydlí sám <input checked="" type="checkbox"/> bydlí s rodinou</p> <p><input type="checkbox"/> barierové bydlení</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> je v péči: <i>DEXERA</i></p> <p>Kontakt se sociálním pracovníkem</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>podpis a razítko sestry: <i>M. KOVÁŘ</i> datum: <i>18. 11 00</i> čas: <i>11 00</i></p>
---	--	--	--

Riziko vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové						Součet bodů		
Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružené onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
úplná	4	4	4	4	4	4	4	4
částečně omezená	3	3	3	3	3	3	3	3
velmi omezená	2	2	2	2	2	2	2	2
žádána	1	1	1	1	1	1	1	1

Riziko malnutriče		
0 bodů	1 bod	2 body
BMI	> 20,5	18,5 - 20,5
Nechtěné zhubnutí v posledních 3 měsících a dále hubne	< 3 kg	3 - 6 kg
Celkový denní příjem stravy, % obvyklého množství	> 3/4	< 1/4 - 3/4
2 body a více: informuj lékaře a kontaktuj NT		

Barthel test základních všedních činností	
Příjem potravy a tekutin	10
Oblékání	10
Koupání	5
Osobní hygiena	5
Kontinence moči	10
Kontinence stolice	10
Použití WC	10
Průesun na lůžko - židli	15
Chůze po rovině	15
Chůze po schodech	10
Součet:	55

Riziko ICHS	
1 bod	0 bodů
Kuřák	NE - vic jak 6 měsíců od poslední cigarety
Zvýšený cholesterol	NE
BMI	nad 30
Hypertenze	NE
Diabetes mellitus	NE
3 body a více: postupuj dle ošetrovatelského standardu č. G2	

Stupnice paží Morse	
Body	Body
1. pády v anamnéze:	6
2. vedlejší diagnóza	15
3. pomůcky k chůzi	0
4. i.v. vstup	15
5. chůze/pohyb	10
Celkem	
60	

60 - 100 postupuj dle RO - standard F1 - 6

Riziko vzniku dekubitu dle stupnice Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružené onemocnění	Fyzický stav
úplná	<10	4 normal	4 žádné	4 dobrý
částečně omezená	<30	3 alergie	3 DM TT	3 zhoršený
velmi omezená	>60	2 vlhká	2 anemie kachexie	2 špatný
žádná		1 suchá	1 trombóza, obezita	1 velmi špatný
			1 karcinom	1

Stav vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
bdělý	4 chodí	4 úplná	4 není
apatický	3 s doprov.	3 částečně	3 občas
zmatený	2 sedačka	2 omezená	2 převážně moč
bezvědomí	1 leží	1 velmi omezená	1 moč, stolice
		2 omezená	2
		1 žádná	1

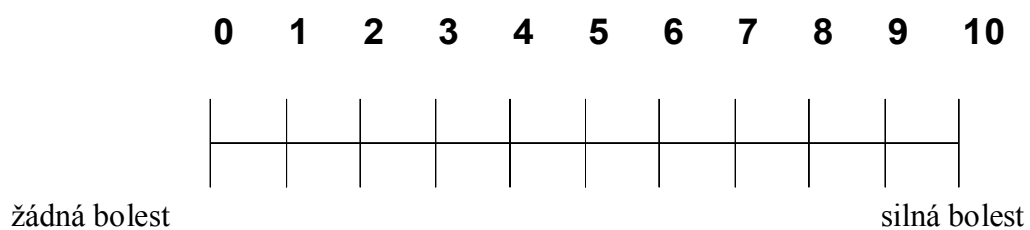
Součet bodů

Příloha č. 3: Hodnocení rizika pádu dle stupnice Morse

Stupnice pádů Morse			
	Body		Body
1. pády v anamnéze: nynější nebo v posledních 3 měs.	ne:0 ano:25		
2. vedlejší diagnóza	ne:0 ano:15	6. duševní stav vědomí si svých možností zapomíná na svá omezení	0 15
3. pomůcky k chůzi klid na lůžku/pomoc sestry berle/hůl/chodítka nábytek	0 15 30	Celkem	
4. i.v. vstup	ne:0 ano:20	Míry rizika bez rizika nízké riziko vysoké riziko	Opatření běžná ošetrovatelská péče SŘ 11/2010, čl. II odst. 2.2 SŘ 11/2010, čl. II odst. 2.3
5. chůze/pohyb normální/klid na lůžku/imobilní slabá chůze zhoršená	0 10 20	25 bodů a více: postupuj dle SŘ č. 11 / 2010	
Zdroj: Prevence pádů ve zdravotnictví, Cesta k dokonalosti a zvyšování kvality, Grada 2007, str. 79			

Příloha č. 4: Vizuální analogová škála

**VIZUÁLNÍ ANALOGOVÁ ŠKÁLA PRO HODNOCENÍ INTENZITY
BOLESTI**



Příloha č. 5: Hodnocení soběstačnosti dle Barthel testu základních všedních činností

Barthel test základních všedních činností		
Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
Kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
Kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
Použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Přesun na lůžko - židli	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku	5
	neprovede	0
Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Celkem		<input type="text"/>

- Soběstačnost / pohyblivost**
- hodnocení stupně závislosti**
- 0–40 vysoce závislý
 - 45–60 závislost středního stupně
 - 65–95 lehká závislost
 - 96–100 nezávislý

Příloha č. 6: Plán péče

Příjmení: _____ Č. _____
 Jméno: _____ Z. _____
 R.č.: _____ 1922 _____

Plán ošetrovatelské péče

Ošetrovatelský problém	Ošetrovatelský cíl	Ošetrovatelské intervence	Datum		
			ranní	odpo.	noční
oš. dg.					
<input checked="" type="checkbox"/> BOLEST <input checked="" type="checkbox"/> AKUTNÍ <input type="checkbox"/> CHRONICKÁ	<input checked="" type="checkbox"/> pacient bude udávat zmírnění bolesti na stupnici VAS <input checked="" type="checkbox"/> bolest nebude omezovat běžné denní aktivity <input checked="" type="checkbox"/> pacient zná způsoby úlevy <input type="checkbox"/> pacient bude klidně spát	hodnocení bolesti dle VAS, vedení karty bolesti poučení pacienta o možnostech tlumení bolesti aplikace fyzikálního chlazení, event. analgetik dlp. pacienta kontrola operační rány návčik bezpečného vstávání z lůžka	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
oš. dg.	<input checked="" type="checkbox"/> nedojde ke vzniku žilních komplikací <input checked="" type="checkbox"/> včasné odhalení žilních komplikací	kontrola projevů TEN kontrola funkčnosti bandáže dolních končetin kontrola prokrvení dolních končetin kontrola projevů krvácivosti aplikace medikace dle ordinace rehabilitační ošetřování dle oš. standardu správná edukace pacienta o riziku a prevenci TEN	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
oš. dg. <input checked="" type="checkbox"/> RIZIKO INFEKCE <input checked="" type="checkbox"/> PMK <input checked="" type="checkbox"/> CZK <input checked="" type="checkbox"/> operační rány <input checked="" type="checkbox"/> drén	<input checked="" type="checkbox"/> včasné odhalení komplikací <input checked="" type="checkbox"/> operační rána se hojí per primam <input checked="" type="checkbox"/> nedojde ke vzniku infekce	péče o invazivní vstup dle příslušného oš. standardu kontrola polohy a průchodnosti PMK kontrola vzhledu a množství moče kontrola okolí invazivního vstupu kontrola rány aseptický přístup kontrola TT	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
oš. dg. <input checked="" type="checkbox"/> DEFICIT SEBEPEČE... <input checked="" type="checkbox"/> STOMIE	<input type="checkbox"/> pacient se podívá na stomii <input checked="" type="checkbox"/> pacient si připraví stomické pomůcky <input checked="" type="checkbox"/> pacient umí ošetřovat stomii <input checked="" type="checkbox"/> včasné odhalení komplikací	kontrola stomie a okolí sledování funkčnosti stomie edukace pacienta o pomůckách edukace pacienta o postupu ošetřování stomie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
oš. dg. <input checked="" type="checkbox"/> NEDOSTATEK SPÁNKU	<input checked="" type="checkbox"/> pacient bez obtíží usne <input checked="" type="checkbox"/> pacient bude spát kvalitním spánkem alespoň 8 hodin <input checked="" type="checkbox"/> pacient se po probuzení bude cítit odpočinutý	zajištění klidného prostředí zajištění aktivit přes den uprava polohy pacienta, uprava lůžka	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
oš. dg. <input checked="" type="checkbox"/> RIZIKO PÁDU <input checked="" type="checkbox"/> operační stav <input type="checkbox"/> základní diagnóza	<input checked="" type="checkbox"/> zabránit pádu	zhodnocení rizika pádu při každé změně stavu pacienta kontrola bezpečného prostředí, signalizace edukace pacienta o prevenci pádu - pomůcky, obuv použití zábran v lůžku dle potřeb pacienta pravidelné kontroly pacienta	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
oš. dg. <input checked="" type="checkbox"/> RIZIKO VZNIKU DEKUBITŮ	<input checked="" type="checkbox"/> nedojde k porušení integrity kůže	edukace pacienta a jeho blízkých v prevenci dekubitů zhodnocení rizika dekubitů min. 1x24/hod+ při změně stavu aktivní cvičení pacienta zvýšená péče a kontrola predilekční míst polohování péče o lůžko pacienta kontrola správného uložení drénů, katétrů zhodnotit soběstačnost	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
oš. dg. <input checked="" type="checkbox"/> SNIŽENÁ SOBĚSTAČNOST	<input checked="" type="checkbox"/> pacient udrží / zvýší své schopnosti sebez péče <input checked="" type="checkbox"/> u pacienta budou uspokojeny jeho základní potřeby <input type="checkbox"/> dosáhne soběstačnosti	správné uložení pomůcek motivace pacienta a spolupráce s rodinou spolupráce s fyzioterapeutem celková koupel na pojízdné vaně v koupelně asistence při hygienické péči doprovod a kontrola pacienta v koupelně návčik hygienické péče o dutinu ústní návčik hygienické péče břicha/ dolní poloviny těla návčik hygienické péče obličej / horní poloviny těla	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> hygieny <input type="checkbox"/> úplná <input checked="" type="checkbox"/> částečná		návčik vyprazdňování na podložní mise návčik vyprazdňování s použitím močové lahve návčik přesunu pacienta z lůžka na pojízdné WC doprovod na WC návčik hygienické péče po vyprazdňení	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> mobility <input type="checkbox"/> úplná <input checked="" type="checkbox"/> částečná		návčik oblekání horní poloviny těla (župan, košile,...) návčik oblekání dolní poloviny těla (kalhoty, ponožky,...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> vyprazdňování <input type="checkbox"/> úplná <input checked="" type="checkbox"/> částečná		asistence při oblekání pacienta návčik změny polohy v lůžku návčik sedu v lůžku návčik vertikalizace do sedu s dolními končetinami z lůžka návčik vertikalizace do stoje s oporou a dopomocí návčik chůze s kompenzační pomůckou návčik samostatné chůze s doprovodem	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> oblekání <input type="checkbox"/> úplná <input checked="" type="checkbox"/> částečná			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Příloha č.7: Souhlas s použitím dokumentace