

**Univerzita Karlova v Praze**  
**1. lékařská fakulta**  
**Ústav teorie a praxe ošetřovatelství**  
  
**Bakalářské studium ošetřovatelství**

**ZÁVĚREČNÁ PRÁCE**

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA  
S KARCINOMEM JÍCNU**

**NURSING PROCESS TO THE PATIENT WITH  
AN ESOPHAGEAL CANCER**

2007/2008

Jana Stehlíková

**Vedoucí práce:** PhDr. Helena Chloubová

**Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně se souhlasem pana B.B. a se souhlasem vedení kliniky, kde pracuji.

Podpis:

**Poděkování**

Ráda bych poděkovala panu B.B., že jsem s jeho souhlasem mohla zpracovat informace, které mi poskytl. Děkuji také své vedoucí práce PhDr Heleně Chloubové za trpělivost a laskavost při naší vzájemné spolupráci.

## OBSAH

A. ÚVOD.....	- 4 -
B. KLINICKÁ ČÁST.....	- 5 -
1. Charakteristika onemocnění – Karcinom jícnu.....	- 5 -
1.1 Etiologie.....	- 5 -
1.2 Klinický obraz.....	- 6 -
1.3 Diagnostika.....	- 6 -
1.4 Chirurgická terapie.....	- 7 -
1.5 Standardní pooperační ošetrovatelská péče.....	- 9 -
po resekcii jícnu pro Ca.....	- 9 -
2. Základní identifikační údaje nemocného.....	- 12 -
3. Lékařská anamnéza a diagnózy.....	- 12 -
4. Diagnosticko – terapeutická péče.....	- 14 -
4.1 Fyziologické funkce.....	- 14 -
4.2 Laboratorní vyšetření.....	- 15 -
4.3 Ostatní vyšetření.....	- 16 -
4.4 Chirurgická terapie.....	- 17 -
4.4.1.2 Péče o ránu.....	- 17 -
4.4.2 Oxygenoterapie.....	- 18 -
4.4.3 Farmakoterapie.....	- 19 -
4.4.4 Dietoterapie.....	- 20 -
4.4.5 Fyzioterapie.....	- 20 -
5. Stručný průběh hospitalizace.....	- 21 -
C. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	- 22 -
1. Ošetrovatelská anamnéza a současný stav pacienta dne 20.11.2007.....	- 22 -
1.2. ZÁKLADNÍ SOMATICKÉ POTŘEBY.....	- 22 -
1.3. PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY.....	- 26 -
2. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY.....	- 29 -
2.1 Ošetrovatelské cíle a plány (realizace a hodnocení).....	- 30 -
3. OŠETŘOVATELSKÝ ZÁVĚR A PROGNÓZA.....	- 40 -
4. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	- 41 -
5. SEZNAM PŘÍLOH.....	- 42 -

## A. ÚVOD

Pracuji, již sedm let jako zdravotní sestra na Jednotce intenzivní péče 3. chirurgické kliniky ve Fakultní nemocnici Motol. Naše klinika se řadí k několika málo pracovištím v České republice, které provádějí ročně více jak 400 hrudních operací. Již od poloviny 70. let minulého století se na 3. chirurgické klinice koncentrují nemocní s chirurgickým onemocněním jícnu.

Mě samotnou problematika nemocných s karcinomem jícnu zaujala ihned po mém nástupu na tuto kliniku, protože, v běžné praxi na nesespecializovaném pracovišti jsem se s tímto onemocněním neměla možnost blíže seznámit.

Také se domnívám, že toto onemocnění má jistou společenskou závažnost.

## B. KLINICKÁ ČÁST

### 1. Charakteristika onemocnění – Karcinom jícnu

#### 1.1 Etiologie

Karcinom jícnu je prognosticky závažné onemocnění, které je dlouho bezpříznakové a v době, kdy se klinické příznaky objeví, je pouze v menšině případů radikálně řešitelné s nadějí na dlouhodobé přežívání nemocného.

**Epidemiologie** – Výskyt karcinomu jícnu není častý. V ČR jsou hlášeny ročně 4 nové případy na 100 000 obyvatel. Ve spojených státech je zaznamenáno 5. V některých částech Francie je to až 12,5. Nejvyšší výskyt je hlášen z Iránu, až 263 případů na 100 000 obyvatel ročně. Zajímavý z této země je vyšší výskyt onemocnění v krajích, kde se pije tradičně horký čaj.

Karcinomem jícnu - jeho spinocelulární formou jsou postiženi kuřáci – asi v 95%. Další rizikovou skupinou jsou lidé konzumující alkohol. Při vzniku onemocnění svůj vliv hraje také karence vitamínů A,B,C. Rizikovým faktorem vzniku karcinomu je tedy chronické dráždění sliznice jícnu. Chronický zánět sliznice následkem gastroezofageálního refluxu je zase nejčastější příčinou vzniku druhé formy karcinomu a tou je adenokarcinom. Jeho incidence se v posledních 10 letech zdvojnásobila.

#### **Patologická anatomie**

Tumor může mít formu infiltrativní stenózující lumen jícnu, formu polypoidní, nebo ulcerózní. Vlastní šíření nádoru začíná postižením sliznice, následuje postupná infiltrace všech vrstev stěny a dále periezofageálně do přilehlých struktur mediastina (dýchací cesty, perikard, obratle, vratný nerv) z hlediska prognostického je závažné šíření lymfatickými cévami do mízních regionálních uzlin. To je v době, kdy symptomatický pacient přichází k operačnímu řešení přítomno v 60 – 70% všech případů! Poslední je šíření nádoru krevní cestou. Jeho výsledkem jsou vzdálené metastázy nejčastěji do jater, plic a kostí.

## **1.2 Klinický obraz**

Včasná stádia jsou asymptomatická a podaří se je diagnostikovat pouze při náhodném endoskopickém vyšetření při podezření na jiná onemocnění zažívacího traktu, nebo při sledování pacientů s Barrettovým jícnem. Nejčastěji lokalizovaným v distální třetině jícnu, způsobené chronickým gastroezofageálním refluxem. Pozdější stádia karcinomu se manifestují pocitem špatné průchodnosti polknutého sousta jícnem (dysphagie). Pacienti uvádějí pocit váznutí sousta za hrudní kostí. Polknuté sousto někdy vyzvrátí. Tyto obtíže jsou zpočátku při polknutí tuhé potravy a tak jak onemocnění progreduje, vážne i kašovitá strava, později i tekutiny a polknuté sliny až stav končí nemožností polknout cokoli (aphagia). Tyto obtíže jsou spojeny s progresivním úbytkem váhy pacienta a ne vzácně během 3 – 4 měsíců je ztráta na váze 10 – 15 kg. Je až s podivem jak pacienti sami, tak v některých případech i ošetřující nejsou těmito příznaky včas varováni.

## **1.3 Diagnostika**

Metodou první volby v diagnostice karcinomu jícnu je endoskopické vyšetření a RTG pasáž jícnu. Endoskopie má být vždy spojena s odběrem vzorků změněné sliznice na histologické vyšetření. Zvýraznění změněných okrsků je možné obarvením sliznice Lugolovým roztokem, nebo toluidinovou modří.

Další vyšetřovací metodou je endoluminální sonografie, která prokáže hloubku postižení stěny jícnu i šíření nádoru mimo ní. Stejně tak jako zvětšené periezofoageální uzliny (endoskopicky je možný transesophageální odběr tkáně punkční jehlou). Nevýhodou endoluminální sonografie je nemožnost jejího provedení u těsných stenóz jícnu nepropustných pro vyšetřovací sondu.

Pozitron emisní tomografie (PET) je vyšetření, které ve více než 80% odhalí vzdálené metastázy.

### **Určení stádia onemocnění**

Je rozhodující pro stanovení léčebného postupu. Hodnotí se tři parametry:

1. Tumor
2. Nádorové postižení spádových uzlin
3. Vzdálené metastázy

K zařazení tumoru z výše uvedených předoperačních vyšetření je rozhodující nález endoluminální sonografie. Ta jediná rozliší hloubku postižení stěny jícnu, jenž je rozhodující pro zařazení tumoru do TNM klasifikace. CT nerozliší infiltraci jednotlivých vrstev stěny jícnu. Tímto vyšetřením jsme schopni pouze rozpoznat šíření tumoru mimo jícn do mediastina (T4).

Magnetická rezonance v srovnání s CT nemá žádnou výhodu ve stanovení pokročilosti onemocnění.

Ke stanovení postižení spádových uzlin je nejvhodnější opět endoluminální sonografie.

Vzdálené metastázy s největší úspěšností detekuje pozitron emisní tomografie, která nahradí celou paletu dříve prováděných vyšetření (CT břicha, mozku, scintigrafie skeletu atd.)

#### **Stádia tumoru**

**T0** - nejde o primární nádor jícnu

**T1S** - carcinoma situ

**T1** - tumor infiltruje mukozu event. submukozu

**T2** - infiltruje svalovinu jícnu

**T3** - adventicii

**T4** - šíří se mimo jícn

#### **Stádia postižení regionálních uzlin**

**N0** - v uzlinách nejsou metastázy

**N1** - metastázy jsou přítomny

Vzdálené metastázy

**M0** - nejsou

**M1** - jsou

### **1.4 Chirurgická terapie**

Mezi chirurgy však není jednota v názoru na optimální operační postup. Jsou zastánci prosté ezofagektomie, kteří jsou přesvědčeni, že uzlinové postižení nádorem je projevem generalizace onemocnění a lymfadenektomie nemá vliv na prognózu operovaného. Proti nim stojí zastánci radikální lymfadenektomie „tří polí“ tj. odstranění cervikálních, mediastinálních a abdominálních uzlin horní části dutiny břišní. Mezi oběma extrémy se pohybuje naprostá většina chirurgů zabývajících se

touto problematikou. Ti odstraňují uzliny v rozsahu, potřebném ke splnění kritéria nutného k zařazení operovaného do TNM klasifikace.

Vlastní resekční výkon na jícnu se provádí různými skupinami také odlišně. Jsou tací, kteří vždy provádějí subtotální ezofagektomii. Jiní resekují jícen částečně. V obou případech musí být okraje resekatu peroperačně histologicky vyšetřeny, aby v nich nebyly zbytky nádoru – operace by postrádala smysl. Po resekcii jícnu, tedy buď jeho části, nebo celého je nutné zajistit kontinuitu zažívacího traktu náhradou resekovaného úseku některou z dalších částí traktu. Nejčastěji užívaným orgánem je žaludek. Méně často ( tam kde žaludek z různých důvodů vhodný není) je to jejunum, nebo tračník. Operačních technik je mnoho a jejich detailní popis zde není možné uvádět. Pooperační mortalita by měla být kolem 5%. Mezi pooperačními komplikacemi vévodí plicní – asi u 25 – 37% operovaných.

### **Neoadjuvantní terapie**

Předoperační chemoterapie téměř v 50% vede k jisté regresi nádoru, dokonce v 15 – 20% k jeho úplnému vymizení. Přehledem literatury však zjistíme, že neoadjuvantní terapie neovlivňuje délku pooperačního přežívání. Navíc v době jejího podávání nevíme do které poloviny bude ten který pacient patřit. U té poloviny pacientů u které po neoadjuvantní léčbě tumor neregreduje, naopak progreduje, jsou často pacienti již k resekčnímu výkonu kontraindikováni.

### **Pooperační radiochemoterapie**

Ovlivnění dlouhodobého přežívání pooperační radiochemoterapií je problematické. Není-li z různých důvodů možné chirurgické odstranění nádoru (pokročilé stádium nádoru, nebo celkový stav pacienta nedovolující tak rozsáhlý výkon) je indikován některý z paliativních léčebných postupů. Ostatně k radikálnímu chirurgickému výkonu je vhodných asi 40% pacientů, kteří jsou s diagnózou karcinomu jícnu odesláni na chirurgické pracoviště. (Procento operovaných záleží na zkušenostech a temperamentu chirurgické skupiny).

### **Paliativní terapie**

Jejím cílem je zlepšit kvalitu života nemocného, který v naprosté většině případů má dysphagie způsobené nádorovou stenózou lumina jícnu.

Paliativní resekce při které zůstává nádorová tkáň v těle operovaného eventuelně by passové operace, kdy napojíme některou z částí zažívacího traktu pod nádorovou stenózou s lumenem jícnu nad nádorem se provádějí ojedinele u



nemocných v klinicky dobrém stavu u kterých se o neodstranitelnosti nádoru přesvědčíme až během operace. V ostatních případech je metodou první volby zavedení jícnového stentu, kterým rozšíříme místo stenózy. Jinými možnostmi rekanalizace je například endoluminální zavedení zářiče, či laserové vaporizace nádorových hmot z místa stenózy. Těchto metod je více a zpravidla vyžadují opakované výkony. Ty při předpokládané krátké délce života nemocného jsou spíše metodou druhé volby. Vzniklé tracheoesophageální píštěle je vhodné ošetřit rovněž stentem(5).

### 1.5 Standardní pooperační ošetrovatelská péče po resekci jícnu pro Ca

Pacient s onemocněním jícnu nesmí minimálně sedm dní nic přijímat per os. Je na úplné parenterální výživě. Má zavedený **centrální žilní katetr ( CŽK)**. Je to zavedení venózního katetru do velké žíly, zpravidla do v. subclavia. **Indikací k jeho zavedení jsou následující:** nepřístupné a nedostatečné kvalitní periferní žíly, parenterální výživa (aplikace hypertonických roztoků), chemoterapie, monitorování centrálního žilního tlaku, aplikace vasoaktivních léčiv, objemová náhrada, dočasná kardiostimulace. **Přístupy do centrálního řečiště: do horní duté žíly (HDŽ) – punkcí velké žíly:** v.subclavia, v. jugularis interna, **punkcí periferní žíly:** v. cephalica, v.basilica.

**Do dolní duté žíly ( DDŽ) – punkcí velké žíly:** v. femoralis.

Dále má pacient po operaci jícnu zavedenou **nasogastrickou sondu**. Sonda je zavedena do žaludku. Sestra musí dbát o správnou polohu, fixaci sondy k nosu náplastí. Sestra provádí proplach sondy 3x denně, kontroluje množství odpadu ze sondy. Pacient po operaci jícnu má vždy po dobu než dojde ke kontrolnímu Rtg vyšetření sondu spád.

Protože pacient nesmí nic přijímat ústy dbáme důsledně o péči **dutiny ústní**. Pacientovi kromě hygieny dutiny ústní ráno a večer, v průběhu celého dne ošetřujeme dutinu ústní tampónky se stopanginem nebo borglycerinem.

Pacient po operaci jícnu má zaveden **hrudní drén**. Hrudní drenáž je invazivní léčebná metoda, jejímž účelem je odstranit patologický obsah ( nahromaděnou tekutinu nebo vzduch) z pohrudniční dutiny, který nelze definitivně vyprázdnit jednorázovou punkcí. **Indikací hrudní drenáže u pacienta po operaci jícnu je**

operační výkon spojený s torakotomií ( hrudní drén se zavádí na konci operačního výkonu). Drenáž po torakotomii je obvykle nutná 2 – 4 dny, při vzniku spontánního pneumotoraxu 7 i více dnů. Odstranění drénu indikuje lékař podle množství obsahu a podle stability rozvinuté plíce ( rtg plic). U pacienta po operaci jícnu se užívá princip aktivní drenáže ( odsávací drenáž ) – intenzita sání je dána výškou vodní hladiny (v cm vodního sloupce), drenážní systém musí být napojen na aktivní zdroj podtlaku ( centrální sání). Pro aktivní sání se používá systém dvou lahví nebo uzavřená jednorázová souprava. S výhodou se dnes používá **odsávací souprava na jedno použití**. Poskytuje řadu výhod při ošetřování pacienta. Např. set se nemusí rozpojovat za účelem měření výpotku, protože sběrné komory jsou graduované. Odběr materiálu lze provést přes určené pryžové vstupy. Při transportu pacienta zamezuje vnitřní chlopněvý systém a vodní pojistka zpětnému vniknutí vzduchu. Pokud stav vyžaduje nepřetržité aktivní sání, drén se napojí na mobilní zdroj sání.

**Ošetřování pacienta s hrudním drénem:** Sestra průběžně sleduje charakter a množství odváděného obsahu, polohu a průchodnost drénu, funkčnost sání. Změřené množství zaznamenává pravidelně do dokumentace, kontroluje sání a pohyb hladiny. Sleduje vitální funkce, zejména dýchání, pohyby hrudníku – souměrnost. Výměna lahví se provádí á 24 hod. ( není-li lékařem indikováno jinak). Výměna soupravy na jedno použití se provádí zpravidla po naplnění sběrné komory.

Pacient po operaci jícnu má také zaveden **redonův drén** zpravidla ke slezině. I tady sestra dbá o okolí redonova drénu. Kontroluje odpad do drénu. Provádí zápis do dokumentace. Sleduje zda je v redonově drénu udržován podtlak.

U pacienta dále sledujeme bilanci tekutin. Proto má pacient zaveden **permanentní močový katetr**. **Indikací** k jeho zavedení je: přesné a plynulé sledování diurézy u pacienta po tak velkém operačním zákroku.

Uzavřený systém s filtrem, výměna za 7 – 14 dní ( dle výrobce a ordinace lékaře). Polootevřený systém, bez filtru ( sběrný sáček s výpustí), vyměňovat po 24 hodinách. Je nutné sledovat průchodnost cévky. Cévká se mění dle instrukcí výrobce ( např. silikonovou – po 30 dnech, latexovou - po 7 dnech).

Samozřejmě u pacienta po operaci jícnu ošetřujeme i torakotomii a laparotomii. Sledujeme okolí rány, zda není z rány hnisavá sekrece, zda rána příliš nekrváčí či nedochází k dehiscenci. Operační ránu ošetřujeme dle ordinace lékaře. Někdy jen sterilně na sucho, jindy například kryjeme inadine a pak kompresivním sterilním krytím.

Dále u pacienta zajistíme **oxygenoterapii**. Tedy podávání zvlhčeného kyslíku, dle stavu pacienta a hodnot saturace kyslíkovými brýlemi nebo maskou. Rychlostí 4 - 6 l/min. U pacienta dbáme o celkovou osobní hygienu a ošetření kůže a kožních adnex. Hygienu provádíme 2x denně nebo podle potřeby.

### 1.6 Prognóza

Je závislá na stádiu onemocnění. Kumulativně 5 leté přežití radikálně operovaných do konce 80 tých let bylo asi 20%. Dnešní studie udávají toto přežití v 25 – 45%, přičemž pacienti v prvním stádiu (T1N0) přežívají 5 let v 60 – 90%. Ve stádiu II.A (T2 T3 N0) ve 24 – 82% II.B (T1 T2) 38 – 71%. Stádium III. (T3 N1, T4) a ve stádiu IV. (M pozitivní) 0 – 31%. Tak velký rozptyl hodnot lze v literatuře nalézt.

Karcinom jícnu se manifestuje klinickými příznaky pozdě a prognóza nemocného je závislá na stádiu onemocnění ve kterém přichází. Chirurgické odstranění nádoru je základním kamenem úspěšné terapie dávající naději na dlouhodobé přežívání nemocného (5).

### 1.7 Edukace

Pacienta jsem v době, kdy jsem se o něj starala, obeznámila o režimu na Jedinotce intenzivní péče. Vysvětlila jsem mu, že nemůže minimálně sedm dní přijímat nic per os, protože se sedmý den musí provést kontrolní rentgenové vyšetření vodním kontrastem. Také jsem mu zdůvodnila, proč po operaci má zatím klid na lůžku. A důvod Fowlerovy polohy. Že je důležité aby si na posteli cvičil s dolními končetinami. To znamená propínal špičky. Vysvětlila jsem mu důvod bandáží dolních končetin. Snažila jsem se ho zbavit obavy, že bude muset jen ležet. Vysvětlila jsem mu, že fyzioterapie je důležitá , a že postupně jej budeme vertikalizovat.

Dále jsem mu vysvětlila nutnost oxygenoterapie a pravidelných mikronebulizací, z důvodu uvolnění hlenů a následném odkašlávání. Poučila jsem ho o nutnosti dechových cvičení, které bude provádět se sestrou i fyzioterapeutkou, aby nedošlo k plicním komplikacím. Proto jsem mu zdůraznila , že je to důležité, i proto, že má hrudní drén a je nutné, aby se plíce dobře rozvinuly.

Dále jsem mu vysvětlila, že se může zbavit ostychu či studu, které pacienti pocítují zvláště při hygieně. A v neposlední řadě jsem zdůvodnila význam analgézie. Obeznámila jsem pacienta, co je a proč má zaveden epidurální katetr a také o tom,že

kdyby měl i přesto bolesti, stačí na ně sestru upozornit a lékař mu naordinuje další potřebná analgetika.

## **2. Základní identifikační údaje nemocného**

Pacient B. B. byl přijat na naší kliniku 14.11. 2007 s diagnózou Karcinom distálního jícnu. Pana B. B. jsem na Jednotce intenzivní péče ošetřovala od 20. do 24.11. 2007.

### **Identifikační údaje**

**Jméno a Příjmení:** B. B.

**Oslovení:** pane B

**Věk:** 62 let , rodné číslo 450000/000

**Pojišťovna:** 111

**Vyznání:** bez vyznání

**Vzdělání:** vyučen , nyní invalidní důchodce

**Národnost:** česká

**Stav:** rozvedený

**Telefon:**

**Adresa:**

**Osoba, kterou lze kontaktovat:** syn

**Datum přijetí:** 14.11.2007 na chirurgickou ambulanci a následně na standardní oddělení.

**Hlavní důvod přijetí:** plánovaná operace – Resekce jícnu a kardie, oesophagogastronanastomosis intrathoracalis

## **3. Lékařská anamnéza a diagnózy**

### **Status presens**

**Hlava:** pokleповě nebolestivá, levostraně frontálně mediálně jen kožní kryt, absence kostí, výstupy n. V nebolestivé, bulby ve středním postavení volné, spojivky přiměřeně prokrvené, zornice izokorické, reagují na osvit, uši a nos bez sekrece, jazyk plazí středem, bíle povleklý, hrdlo klidné.

**Krk:** šíje volná, puls aa. car. symetrický, bez šelestu, štítná žláza nezvětšena, krční uzliny 0.

**Páteř:** fyziologicky zakřivená, pokleповě nebolestivá, hybnost přiměřená.

**Hrudník:** plíce- poklep plná jasný, dýchání čisté, sklípkové, akce srdeční pravidelná, klidná, ozvy 2, ohraničené, prsy bpn.

**Břicho:** měkké, palpačně nebolestivé, bez hmatné rezistence a peritoneálního dráždění.

**Játra a slezina:** nezvětšeny, tapottement bilaterálně neguje.

**Per rektum:** indagece nebolestivá, prostata symetrická, elastická, hladká, ohraničená, zvětšená, douglass nebolestivý, hnědá stolice, ampula bez rezistence.

**Dolní končetiny:** bez otoků, lýtka volná, pulsace na a. tibialis posterior jsou oboustranně hmatné, pulsace na a. dorsalis pedis, také oboustranně hmatná. Bez šelestu a hmatná je i a. femoralis.

### **Osobní anamnéza**

- běžné dětské nemoci
- stp. operaci mozkového abscesu vlevo temporálně
- Grand mal-status epilepticus
- Esenciální hypertenze

### **Rodinná anamnéza**

- otec- diabetes mellitus, zemřel v 59 letech na infarkt myokardu
- matka- zemřela v 84 letech na CMP, byla sledována pro diabetes, m. Parkinson, ICHS, hypertenzi

### **Alergická anamnéza**

- Tramal- zvracení
- alergie na kontrastí látky (CT)

### **Sociální anamnéza**

- bydlí v rodinném domku, rozvedený, jeden syn, rodina na Slovensku
- vyučen strojním obuvníkem

### **Lékařské diagnózy**

- chirurgická dg.: Resekce jícnu a kardiie pro spinocelulární ca distálního jícnu
- stp. operaci mozkového abscesu vlevo temporálně
- Grand mal- status epilepticus
- Esenciální hypertenze

#### 4. Diagnosticko – terapeutická péče

##### 4.1 Fyziologické funkce

Při příjmu 14.11.2007

Vědomí: Glasgow coma scale (GCS) 15 – plné vědomí

Fyziologické funkce: TK 135/70

P 70

TT 37,1°C

Výška: 172 cm

Váha: 62 kg

DATUM	ČAS	TK	PULS	SATURACE O2	DECH	TT
20.11.07	5 <sup>00</sup>	126/67	72	97% s O2	16/min	37,0°C
	11 <sup>00</sup>	130/70	70	97% s O2	14/min	36,8°C
	16 <sup>00</sup>	121/61	69	96% s O2	14/min	36,4°C
	22 <sup>00</sup>	125/70	71	97% s O2	16/min	37,0°C
21.11.07	5 <sup>00</sup>	135/71	68	98% s O2	16/min	37,1°C
	11 <sup>00</sup>	130/70	70	97% s O2	15/min	37,0°C
	16 <sup>00</sup>	127/68	65	97% s O2	20/min	36,9°C
	22 <sup>00</sup>	125/70	71	98% s O2	16/min	36,9°C
22.11.07	5 <sup>00</sup>	130/70	69	93% bez O2	17/min	36,2°C
	11 <sup>00</sup>	127/72	70	94% bez O2	20/min	36,4°C
	16 <sup>00</sup>	125/75	70	93% bez O2	18/min	36,9°C
	22 <sup>00</sup>	110/70	71	93% bez O2	18/min	37,2°C
23.11.07	5 <sup>00</sup>	115/70	72	94% bez O2	16/min	37,0°C
	11 <sup>00</sup>	120/71	68	94% bez O2	14/min	36,8°C
	16 <sup>00</sup>	125/70	71	95% bez O2	14/min	36,2°C
	22 <sup>00</sup>	115/65	65	96% bez O2	16/min	36,2°C
24.11.07	5 <sup>00</sup>	120/70	64	95% bez O2	14/min	36,1°C
	11 <sup>00</sup>	115/75	65	95% bez O2	16/min	36,0°C
	16 <sup>00</sup>	125/70	70	97% bez O2	15/min	36,0°C
	22 <sup>00</sup>	120/70	71	97% bez O2	15/min	36,2°C

## 4.2 Laboratorní vyšetření

### Krevní obraz

20.11.2007	21.11.2007	22.11.2007
Leukocyty <b>12,2x10<sup>9</sup>/l !</b>	Leukocyty <b>11,5x10<sup>9</sup>/l !</b>	Leukocyty <b>11,0x10<sup>9</sup>/l !</b>

Ostatní parametry jsou v normě.

Referenční mez pro leukocyty je 4 – 10x10<sup>9</sup>/l

**Koagulace** vyšetřována 21.11.2007

APTT	30,00 s	
APTT N	31,90 s	
RATIO	0,94	<b>norma</b> 0,80- 1,20
QUICK	13,00 s	
QUICK N	12,60 s	
QUICK %	90 %	
INR	1,16	<b>norma</b> 0,80 – 1,20

### Biochemie

20.11.2007

Na	140 mmol/l	<b>Norma</b> 137 - 146
K	4,0mmol/l	3,8 – 5,0
Cl	108 mmol/l	97 - 108
ALP	<b>0,52 ukat/l !</b>	0,66 – 2,20
AST	<b>1,64 ukat/l !</b>	0,16 – 0,72
ALT	1,32 ukat/l	0,17 – 0,78
GMT	0,42 ukat/l	0,14 – 0,68
Bilirubin	9,8 umol/l	2,0 – 17,0
Urea	<b>7,0 mmol/l !</b>	2,0 – 6,7
Kreatinin	83 umol/l	44,0 – 97,0
Celková bílkovina	52,5 g/l	65,0 – 85,0
CRP	<b>132,5 mg/l !</b>	0,0 – 6,6

21.11.2007 a 24.11.2007 provedeny kontrolní odběry. Postupně dochází k poklesu CRP a ostatní hodnoty jsou v normě.

22.11.2007 kontrola glykémie ( pro upřesnění výsledků, ale pacient není diabetik).

**Glykémie:**

<b>ráno</b>	4,1 mmol/l	<b>norma:</b> 3,6 – 5,6 mmol/l
<b>poledne</b>	5,0 mmol/l	<b>norma:</b> 3,6 – 5,6 mmol/l
<b>večer</b>	5,1 mmol/l	<b>norma:</b> 3,6 – 5,6 mmol/l

### 4.3 Ostatní vyšetření

**Před hospitalizací:**

17.10. 2007 **Gastrofibroskopické vyšetření**

**Závěr:** hiátová hernie, Barretův jícen, Barretův vřed- maligní b.b., lehká bulbitis duodeni.

9.11.2007 **Neurologické vyšetření**

**Závěr:** St.p. exstirpaci subarachnoidální cysty vlevo frontálně, epilept. sek. syndrom po záchvatu po operaci. Ukončena protizáchvatová léčba ( 12 – 2006), bez záchvatů a bez lateralizace, není nutná speciální příprava před výkonem.

**V průběhu hospitalizace:**

20.11.2007 Rtg hrudníku u lůžka

**Závěr:** kardiomegalie, plicní křídla rozepjatá, parenchym plicní volně vzdušný, bez ložiskových změn, hily přiměřené šíře, mediastinum nerozšířeno, bránic hladce konturovaná. Hrudní drén vpravo, CŽK via v. subclavia l. dx.

26.11.2007 Kontrastní vyšetření jícnu

**Závěr:** St.p. resekci jícnu a kardie s náhradou tubulizovaným žaludkem – 7. pooperační den s přiměřeným pooperačním nálezem, ezofagogastroanastomóza bez známek extraluminace.



## 4.4 Chirurgická terapie

20.-24.11.2007

### 4.4.1.1 Operační protokol – příloha č. 2

#### 4.4.1.2 Péče o ránu

##### Operační rána:

Pacient indikován k operaci pro spinocelulární ca distálního jícnu. V klidné celkové anestézii nejprve provedena laparotomie (viz. operační protokol). Po přetočení pacienta provedena pravostranná torakotomie( viz. operační protokol). O zavedení hrudního a břišního drénu je podrobný popis v operačním protokolu (viz. příloha č.2).

Po příjezdu pacienta ze sálu jsou obě operační rány kryty sterilním obvazem. Obvaz příliš neprosakuje, dává se pouze jedna krycí vrstva. Druhý den po operaci se při ranní vizitě rány převázaly. Operační rány byly klidné, bez zarudnutí. Dle ordinace lékaře jsou obě operační rány ošetřeny za dodržení přísných aseptických podmínek. Jsou očištěny Prontosanem a poté je použita dezinfekce Cuttasept spray. Na laparotomii i torakotomii jsou aplikovány proužky inadine, po té sterilní čtverce a nakonec je operační rána fixována Mepore náplastí. Takto se operační rány ošetřují dle potřeby.

##### Drény:

Pacient má zaveden hrudní drén vpravo a redonův drén ke slezině. Sestra dbá o ošetření okolí obou drénů, opět za přísného dodržení asepse. Sleduje funkčnost obou drénů a jejich odpad. Vše pečlivě zaznamenává do dokumentace.

##### Hrudní drén odpad:

<b>20.11. 2007</b>	<b>odpad:</b> 200 ml
<b>21.11. 2007</b>	<b>odpad:</b> 150 ml
<b>22.11. 2007</b>	<b>odpad:</b> 50 ml
<b>23.11. 2007</b>	<b>odpad:</b> 50 ml
<b>24.11. 2007</b>	<b>odpad:</b> 50 ml

### **Redonův drén odpad:**

<b>20.11. 2007</b>	<b>odpad:</b> 180 ml
<b>21.11. 2007</b>	<b>odpad:</b> 50 ml
<b>22.11. 2007</b>	<b>odpad:</b> 50 ml
<b>23.11. 2007</b>	<b>odpad:</b> 20 ml
<b>24.11. 2007</b>	<b>odpad:</b> 20 ml

### **Invazivní vstupy:**

Pacient má zavedený centrální žilní katetr (CŽK) do v. subclavia l.dx. CŽK je trojcestný. Ošetřování CŽK: Manipuluji s CŽK za dodržování zásad asepse, vždy informuji pacienta o plánovaných činnostech. Pravidelně provádím převaz á 24 hod. nebo dle potřeby. Provádím výměnu vícecestných systémů á 24 hod., při přípravě a výměně musím mít ústenku, sterilní rukavice a sterilní roušku. Dále dodržuji výměnu bakteriálních filtrů, posiflow- dle typu za 24 - 96 hod., minimalizuji rozpojování hadiček. Poučím pacienta, jak se vyvarovat před neúmyslným vytažením CŽK. Ošetřovatelskou péči dokumentuji.

Dále má pacient zvedený permanentní močový katetr ( PMK). Indikací k jeho zavedení je přesné a plynulé sledování diurézy u pacienta po tak velkém operačním zákroku. Permanentní cévka je zaváděna nemocnému na dobu nezbytně nutnou, určenou lékařem. Je nutné dodržovat zásady asepse a pečovat o hygienu cévky. Důležitá je bezpečná fixace cévky, aby nedocházelo k tahu za cévku nebo k jejímu vytažení. Uzavřený systém , s filtrem, výměna za 7 – 14 dní ( dle výrobce a ordinace lékaře). Polootevřený systém, bez filtru ( sběrný sáček s výpustí), vyměňovat po 24 hodinách. Je nutné sledovat průchodnost cévky. Cévka se mění dle instrukcí výrobce ( např. silikonovou – po 30 dnech, latexovou- po 7 dnech).

### **4.4.2 Oxygenoterapie**

Po všechny dny hospitalizace na Jednotce intenzivní péče, podáváme zvlhčený kyslík za pomoci kyslíkových brýlí rychlostí 5l/min.

#### 4.4.3 Farmakoterapie

20. – 24.11. 2007

#### Infúzní aplikace do CŽK

Clinomel č.7	2000 ml, rychlost 140 ml/h	od 20. – 24.11. 2007
R1/1	1000 ml, rychlost 150 ml/h	od 20. – 24.11. 2007

**Clinomel** je vyvážená totální parenterální výživa pro 24 hodin.

**R1/1** je Ringerův roztok, elektrolytový roztok, izotonický krystaloid.

#### Intravenózní aplikace

Byla podávána od 20. – 24.11. 2007. V tyto dny byly podávány i.v. následující léky:

Název léku	Generický název	Forma	Dávkování	Skupina
Ranital	Ranitidini hydrochloridum	Inj. sol	50 mg 6-14-22°	Antiulcerózum, antagonist H <sub>2</sub> receptorů
Magnesium sulfuricum 10%	Magnesii sulfas heptahydricus	Inj.sol	1- 1- 1	Ionty pro i.v. aplikaci, myorelaxans
Celaskon	Acidum ascorbicum	Inj.sol	1- 1- 1	VitaminC, antioxidant
Seropram	Citaloprami hydrobromidum	Inj.sol	20 mg 1- 0 - 1	Antidepressivum

#### Epidurální analgezie

Byla podávána od 20. – 24.11. 2007.

Název léku	Generický název	Forma	Dávkování	Skupina
Sufenta forte 2 amp	Sufentanili dihydrogenocitras	Inj.sol	5 – 12 ml/h	Analgetikum, anodynum, opioidní anestetikum
Marcaine 0,5 % 20 ml	Bupivacaini hydrochloridum	Inj.sol	5 – 12 ml/h	Lokální anestetikum

### **Injekční aplikace (i. m., s.c.)**

Byla podávána od 20. – 24.11. 2007.

**Fraxiparine** inj.sol. 0,4 ml ( Nadroparinum calcicum) s.c. 22°hod.  
(Antitrombotikum, antikoagulans)

**Dolmina** inj.sol. ( Diclofenacum natricum) i.m. 1 - 0 -1 ( Antirevmatikum,  
antiflogistikum, analgetikum)

### **4.4.4 Dietoterapie**

Pacient sedm dní nesměl přijímat nic per os. Byl na plné parenterální výživě. Měl zavedenu nasogastrickou sondu, která byla po celou dobu na spád. Sonda je zavedena do žaludku. Sestra musí dbát o správnou polohu, fixaci sondy k nosu náplastí. Po zavedení sondy zkontrolujeme, zda je sonda správně zavedena, aspirací žaludečního obsahu. Sestra provádí proplach sondy 3x denně, kontroluje množství odpadu ze sondy. Pacient po operaci jícnu má vždy po dobu než dojde ke kontrolnímu Rtg vyšetření sondy spád.

### **4.4.5 Fyzioterapie**

O pacienta jsem se starala od 20. – 24.11. 2007. Na fyzioterapii jsem se podílela společně s ostatními sestrami a fyzioterapeuty.

U pacientů po hrudních operacích je včasná fyzioterapie důležitá. Je potřeba pacienta motivovat a aktivně zapojit.

20.11.2007 – 1. pooperační den

**RÁNO:** Je zahájena pasivní a aktivní fyzioterapie na lůžku. Fyzioterapeutka edukuje pacienta o nácviku intenzivní dechové gymnastiky ( maximální expirium). Cvičí s pacientem lokalizované hrudní a brániční dýchání. Společně se mnou informujeme pacienta o správné fixaci operační rány při vstávání z lůžka, kašli, expektoraci. Po této edukaci následuje nácvik posazování a vstávání z lůžka.

**POLEDNE:** Fyzioterapeutka opakuje s pacientem pasivní a aktivní cviky na lůžku v rámci cviků s dolními končetinami ( špička – fajfka) k prevenci trombembolie. Opět se pacient posadí a postaví a zkusí pár kroků u lůžka.

VEČER: Pacient pod mým vedením procvičuje dýchání S pomocí se při večerní hygieně posadí a postaví. Opět se trochu projdeme kolem lůžka. Z toho tedy vyplývá, že se pacient do fyzioterapie aktivně zapojoval.

21.11. – 24.11. 2007

Fyzioterapie probíhá stejným způsobem . Pacient již třetí pooperační den chodí zcela sám, bez obtíží. Zvládá i dechovou fyzioterapii a daří se mu odkašlat.

### **5. Stručný průběh hospitalizace**

Po dobu co jsem se o pacienta starala byla vzájemná spolupráce velmi dobrá. Pacient neměl problém komunikovat s ošetřujícím personálem. Jediným problémem bylo, že byl lehce depresivní měl obavy, jak svůj stav dále zvládne. Jeho stav se, ale na Jedinotce intenzivní péče rychle zlepšil a tak mohl být šestý den po operaci přeložen na standartní oddělení, kde se mu dařilo dobře.

## C. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

### 1. Ošetřovatelská anamnéza a současný stav pacienta dne 20.11.2007

#### 1.1 Subjektivní náhled pacienta na nemoc a hospitalizaci a objektivní hodnocení sestrou

#### 1.2. ZÁKLADNÍ SOMATICKÉ POTŘEBY

##### 1.2.1 Dýchání

**Před hospitalizací:** Pacient verbalizuje, že před hospitalizací neměl žádné potíže s dýcháním. Přestal kouřit před třemi měsíci. Kouřil pět cigaret denně asi deset let.

**Po operaci:** 20.11. 2007 – 1. pooperační den

V tento den v 7<sup>00</sup> pacienta přebírám od noční služby. Je to první den, kdy se o pacienta starám. Pan B. B. je plně při vědomí se zachovaným spontánním dýcháním. Standardně pokračuji v měření vitálních funkcí, v měření frekvence dechů a saturace O<sub>2</sub> pomocí pulsního oxymetru 4x denně. Saturace je 97%, dýchání je normopnoické, bez námahy, s frekvencí 14 dechů za minutu ( eupnoe). (viz. tabulka fyziologické funkce). Na problémy s dýcháním si pacient nestěžuje. Nemá projevy kašle. Pacient je ve Fowlerově poloze, která mu naprosto vyhovuje. Nezaujímá žádnou úlevovou polohu. Celý den je saturace 96 – 97%. Pacientovi je standardně aplikován zvlhčený kyslík – 5l/ min pomocí kyslíkových brýlí.

##### 1.2.2 Hydratace

**Před hospitalizací:** Pacient uvádí, že doma neměl problémy s nedostatečným příjmem tekutin. Snažil se dodržovat dostatečný pitný režim. Sám, ale říká, že více jak 2 litry tekutin za den nevypije. I když ví, že v médiích je někdy propagováno až 3 litry. To se mu, ale zdá příliš. Pije minerální vody a ovocné čaje. Příliš sladké nápoje nemá rád. Pije velmi rád kávu, ale snaží se její konzumaci omezit jen na dva šálky denně.

**Po operaci:** Pacient po operaci byl na plné parenterální výživě. Pomocí infúzních roztoků, byl dostatečně zavodněn. Na nočním stolku má pacient štětičky pro vytírání

dutiny ústní. Střídatě používá citrónové a nebo obyčejné namáčené v Borglycerinu. Dutinu ústní je schopen si pacient již druhý den po operaci ošetřovat sám. Pacient je edukován o důvodech, proč nemůže pít. Rozumí tomu a pokyny dodržuje. Projevy dehydratace nejsou přítomny.

### 1.2.3 Výživa

**Před hospitalizací:** Pacient uvádí, že před hospitalizací neměl až tolik problémy s polykáním, ale spíše si při jídle stěžoval na bolest za hrudní kostí. Tento stav trval asi tak měsíc. Úplně přesně si to pacient nepamatuje. Jedl i tuhou stravu, ale musel ji pořádně rozkousat a zapíjet. Myslí si, že za poslední půl rok zhubl přibližně 5 kg.

**Po operaci:** Pacient nesmí sedm dní přijímat nic per os ( NPO), má nasogastrickou sondu ( NGS) na spád a parenterální výživu do centrální žíly ( CŽK). Provádím proplach sondy 3x denně a kontroluji odpad ze sondy, který zaznamenávám do dokumentace. Odpad z NGS byl:

20.11. 2007	<b>odpad:</b> 200 ml
21.11. 2007	<b>odpad:</b> 150 ml
22.11. 2007	<b>odpad:</b> 50 ml
23.11. 2007	<b>odpad:</b> 50 ml
24.11. 2007	<b>odpad:</b> 50 ml

Pacient má sanován chrup, nekompletní, v dobrém stavu. Sliznice dutiny ústní jsou růžové, bez patologického povlaku. Jazyk je suchý s mírným bílým povlakem.

BMI ( Body Mass Index) je 18,0. Norma je 18,5 – 24,9. Výživa pacienta je zajišťována plnou parenterální výživou. Pacient je o důvodech proč zatím nesmí nic přijímat ústy poučen a rozumí jim.

### 1.2.4 Vyprazdňování stolice

**Před hospitalizací:** Pan B. B. uvádí, že doma chodí na stolicí každý den. Většinou v dopoledních hodinách. Mívá normální stolicí bez příměsí krve. Nepoužívá žádné podpůrné prostředky k defekaci.

**Po operaci:** Nyní měl stolicí naposledy 18.11. 2007 po klyzmatu ( příprava k operaci). Po operaci se pacient zatím nevyprázdnil. Ale neočekává se, že by to měl

být u pacienta problém, protože i doma bylo vyprazdňování v pořádku. Střevní peristaltika zatím není slyšitelná.

### 1.2.5 Vyprazdňování moči

**Před hospitalizací:** Pacient neměl před operací žádné problémy močením. Nikdy se neléčil s prostatou nebo jiným problémem souvisejícím s močením.

**Po operaci:** Momentálně má pacient zaveden permanentní močový katétr (PMK) č. 16 z důvodu měření příjmu a výdeje na Jednotce intenzivní péče. Nepocítuje žádné nepříjemné subjektivní potíže. Je předpoklad, že se PMK zruší po překladi na standardní oddělení.

Moč je měřena každé čtyři hodiny spolu s příjmem tekutin, sekrecí z NGS a drénů.

### 1.2.6 Spánek a odpočinek

**Před hospitalizací:** Při odebrání anamnézy zjišťují, že pacient doma spí 5-6 hodin. Verbalizuje, že mu to tak stačí. Nepocítuje během dne únavu. Chodí obvykle spát ve 22- 23<sup>o</sup> hodin a vstává kolem 6<sup>o</sup> hodiny ranní. Nemá žádné návyky, které by pomáhaly lépe usnout. Neužívá léky na spaní. Přes den si někdy zdřímne.

**Po operaci:** Pacient si stěžuje, že se mu zde po operaci špatně spí. Dle jeho slov mu vadí prostředí. Všechny přístroje kolem něj ho trochu děsí a hlavně, když začnou alarmovat, ať už u něj nebo u dalších pacientů, hned se probudí. Také mu velmi vadí, že nemůže spát na boku, jak je zvyklý doma. Ne snad, že by mu to někdo zakázal, ale vpravo má zaveden hrudní drén. A jakmile se otočí vpravo cítí bolest, která ho probudí.

### 1.2.7 Tepló a pohodlí

**Před hospitalizací:** Pacient jak sám říká, nikdy netrpěl nějakým fyzickým či psychickým nepohodlím. Jak sám říká pohodlí má naplněné svými zájmy. Rád pracuje na zahradě a rád si přečte dobrou knihu. Co se týká tepla. Pan B.B. nikdy netrpěl žádnými projevy nedostatku tepla.

**Po operaci:** Pacient cítí po operaci mírný chlad po celém těle. Ale nemá třesavku ani zimnici. K zajištění pohodlí mu stačí jedna deka a vědomí, že ví kde je zvonek, kdyby potřeboval přivolat sestru. Tělesná teplota v axile je 37,0°C. Přesto je pacientovi 1 hodinu po operaci dáno vyhřívací lůžko.



### 1.2.8 Bolest

**Před hospitalizací:** Pacient verbalizuje, že před hospitalizací, resp. před operací měl asi tak měsíc bolesti za hrudní kostí, při jídle. To vnímal jako velmi nepříjemné.

**Po operaci:** Nyní po operaci pociťuje tupé, často se opakující bolesti v oblasti operačních ran. Tedy v oblasti laparotomie a pravostranné torakotomie. Hodnotí ji na škále od 1 – 10 pod číslem 5. Bolest je závislá na pohybu. Zvyšuje se při snaze otočit se na pravý bok, kde má pacient torakotomii a zaveden hrudní drén na sání. Dále je bolest také závislá na kašli. Který se objevuje, také při změně polohy a nebo po mikronebulizacích, kdy pacient začne odkašlávat. Proto má proti bolesti kontinuální analgézií pomocí epidurálního katétru a dle potřeby jsou mu ještě podávána analgetika i.m.

### 1.2.9 Osobní hygiena a stav kůže

**Před hospitalizací:** Pacient uvádí, že doma neměl problém s osobní hygienou. Byl plně soběstačný. Upřednostňuje sprchu před koupáním ve vaně. Obvykle se sprchuje každý večer. Doma si o kůži pečoval, jak sám říká tím, že ji pravidelně po koupeli promazával. Nikdy na svém těle neměl nějakou vyrážku.

**Po operaci:** V tento den pacient odpočívá. Zatím potřebuje částečnou péči co se týká hygieny. To znamená, že je schopen se umýt první den po operaci v polosedě na posteli a pak se otočí z boku na bok a zbytek hygieny mu pomohu. Kůže je promazána olejem a na záda dle přání pana B. dávám mentolovou mast. Pacient si to velmi pochvaluje. Je mu to příjemné. Samozřejmě se snažím zajistit dostatečnou intimitu pro pacienta. Pan B. B. má na sobě operační košili ( andílka) z důvodů invazivních vstupů ( CŽK, PMK, NGS, hrudní drén a redonův drén) a kontinuálního monitoringu ( EKG, pulsní oxymetr a manžeta na měření krevního tlaku. Pacient na mě působí čistě a upraveně.

### 1.2.10 Sexuální potřeby

**Před hospitalizací:** Pan B. B. nepovažuje za potřebné o otázkách týkajících se sexuality mluvit.

**Po operaci:** Nemyslí si, že by mu jeho současný zdravotní stav způsobil nějaké negativní změny v jeho intimním životě.

### 1.2.11 Tělesná a duševní aktivita

**Před hospitalizací:** Pan B. je vyučen strojním obuvníkem. Už od mládí rád sportoval, ale nikdy závodně. Moc rád ve volném čase pracuje na zahradě. Jeho velkým koníčkem jsou šachy. Navštěvuje šachový kroužek. Rád si přečte dobrou knihu nebo zajde do divadla či kina.

**Po operaci:** Jak sám říká, teď se zrovna necítí tělesně zdatný. Po operaci ho bolí celé tělo. Věří však, že den ode dne to bude lepší a také, že mu nasednou léky na bolest. Nebojí se toho, že by se v nemocnici nudil. Má sebou knížku, kterou si chtěl už dlouho přečíst, takže hned jak se bude cítit lépe začne se čtením.

## 1.3. PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY

### Existenciální

#### 1.3.1 Bezpečí a jistota

**Před hospitalizací:** Pacient bydlí v rodinném domě. Je rozvedený, ale spolu s ním bydlí v domě jeho syn s rodinou. Má s nimi velmi dobré vztahy a hlavně je šťastný, že má tak na blízku vnoučata a že se jim může naplno věnovat. Pan B.B. měl tedy před operací plně saturovanou potřebu bezpečí a jistoty.

**Po operaci:** Pacient má nyní po operaci strach z toho jak vše dopadne. Tím, že je v cizím a poměrně hlučném prostředí není si tak jistý pocitem bezpečí. Na druhou stranu si uvědomuje, že je dobře, že na operaci šel. Věří, že zde o něj bude dobře postaráno. Myslí si, že větší pocit jistoty bude mít, až si promluví se svým operátorem.

#### 1.3.2 Zdraví

**Před hospitalizací:** Pacient je rád, že se odhodlal jít na operaci. Hodně se před operací bál toho jak vše dopadne. Věděl, že si chce užít svoji rodinu a proto tak učinil. Jinak se snaží žít již zdravě. Přestal kouřit a už nechce začít.

**Po operaci:** Pan B. je rád, že už má operaci za sebou. Je zvědav, co mu řekne operátor a jak dopadnou definitivní výsledky. Doufá, že vše bude v pořádku a on se zase začlení do běžného života. Jak sám říká, zdraví je to nejcennější, co máme.

### 1.3.3 Soběstačnost

**Před hospitalizací:** Pacient při vstupní anamnéze uvádí, že s chůzí ani pohyblivostí problém neměl. Nepoužívá žádné kompenzační pomůcky.

**Po operaci:** Pacient se první pooperační den snaží provádět jak pasivní tak aktivní fyzioterapii, jak pod mým dohledem, tak samozřejmě pod vedením fyzioterapeutky. Postupně se snažíme pacienta vertikalizovat. Jeho pohyb samozřejmě omezuje na prvním místě bolest, dále také invazivní vstupy a především hrudní drén. Ten cítí jako největší překážku, protože při pohybu to pana B. v okolí drénu bolí. Proto postupujeme opatrně a samozřejmě zajišťujeme pacientovi dostatečnou analgézi. Pacient zaujímá převážně Fowlerovu polohu, která je po tomto druhu operace nejvíce vhodná. Lůžko ovládá pomocí manuálního ovladače.

V modifikovaném testu soběstačnosti dosahuje pacient 18 bodů

(viz. příloha č.8), tzn. je částečně soběstačný a částečně upoután na lůžko.

Dále hodnotím riziko pádu ( viz. příloha č. 10). Pacient dosahuje 2 bodů. Tedy je ohrožen rizikem pádu.

### 1.3.4 Sociální a ekonomické jistoty

**Před operací:** Pan B. žije v rodinném domě se svým synem a jeho rodinnou. Má s nimi velmi dobré vztahy. Dobré vztahy má i se svými sousedy. Sice již nepracuje, ale přesto má spoustu zájmu. Pan B. je pět let v invalidním důchodu po operaci mozkového abscesu. Sociální výpomoc nepotřebuje.

**Po operaci:** Pacient má pocit ekonomické jistoty i po operaci, protože ví, že má zastoupení ve své rodinně. Je si jistý, že jeho syn se kterým žije v jednom domě, se o něj vždy postará. Lékaři i zdravotní sestry jsou mu zde sympatičtí. Myslí si, že jim může plně důvěřovat.

### 1.3.5 Adaptace na prostředí a nemoc

**Před operací:** Pacient nevěděl jak bude schopen se na prostředí v nemocnici adaptovat a vůbec měl strach jak zvládne přijmout okolnosti o prognóze své nemoci.

**Po operaci:** Pacient věří, že se postupně na nové prostředí bude adaptovat. I když teď v první den je to pro něj obtížné. Čeká, až za ním přijde operatér a obeznámí ho o dalším průběhu léčby a hlavně výsledku operace.

## **Afiliativní – sociální**

### **1.3.6 Potřeba lásky**

**Před operací:** Pan B. je již delší dobu rozveden. Potřeba lásky je mu saturována plně jeho synem a jeho rodinou, především vnoučaty.

**Po operaci:** Pan B. doufá, že potřeba lásky u něj bude saturována jako před operací, tedy rodinou.

### **1.3.7 Potřeba sounáležitosti**

**Před operací:** Pan B. ke svému životu mimo rodinu, potřebuje také přátele. Navštěvuje šachový kroužek, kde má spoustu přátel.

**Po operaci:** Doufá, že mu jeho zdravotní stav i nadále dovolí se scházet se svými přáteli. Jak sám říká, bez přátel si život neumí představit.

### **1.3.8 Sebeúcta a sebepojetí**

**Před operací:** Pacient si toho v životě dle svých slov prožil dost. Odchod od rodiny ze Slovenska, rozvod, operaci abscesu na mozku, ale vše překonal a myslí si, že je schopen si vážit sám sebe.

**Po operaci:** Pan B., i po této operaci doufá, že se bude schopen realizovat dál ve svém životě. Přeje si, aby byl stále potřebný pro svoji rodinu. Těší se, že se na něj budou obracet jeho přátelé, když budou potřebovat pomoci. Myslí si, že je pro lidi kolem sebe ještě potřebný, hlavně pro vnoučata.

### **1.3.9 Seberealizace**

Pan B. má spoustu zájmů. Je vášnivý zahrádkář. Pravidelně navštěvuje šachový kroužek. Moc rád si zajde do divadla či kina, nebo si přečte dobrou knihu. Věří, že se ke svým zájmům vrátí i po operaci.

### **1.3.10 Duchovní potřeby**

Pan B. je bez vyznání, proto nevyžaduje žádné spirituální služby.

### **1.3.11 Psychosociální hodnocení**

Pacient je emocionálně stabilní, dobře se ovládá, je adaptabilní, bez projevů maladaptivních reakcí. Je plně orientován osobou, místem a časem. Přijímá a uchovává informace bez zkreslení. S pacientem se mi spolupracovalo velmi dobře.

## 2. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

**1. Akutní bolest** ve vztahu k laparotomii a torakotomii, zvyšující se při pohybu a kašli projevující se verbálním vyjádřením pacienta a hledáním úlevové polohy.

( 20.11. 2007)

**2. Narušená integrita tkání** v oblasti operačních ran ( torakotomie a laparotomie) a invazivních vstupů ( CŽK, NGS, PMK) spojená s potencionálním rizikem vzniku infekce, krvácení, pneumotoraxu

( 20.11. 2007)

**3. Porucha spánkového rytmu** z důvodu změny prostředí, bolesti po operaci, léčebného režimu a nemožnosti zaujmout polohu na pravém boku, projevující se verbalizací obtíží, častým buzením, únavou a podrážděností.

( 20.11. 2007)

**4. Změna výživy** pro Ca jícnu z důvodu nemožnosti přijímat prvních 7 dní po operaci nic ústy se zajištěním plné parenterální výživy pomocí CŽK a nutnosti zavedení NGS na spád.

( 20. 11. 2007)

**5. Změna močení** pro zavedený PMK s rizikem možnosti vzniku infekce a obstrukce močení projevující se například pálením či bolestivostí při močení.

( 20.11. 2007)

**6. Omezená pohyblivost** ve vztahu k pooperačnímu stavu, pooperačnímu režimu( kontinuální monitoring, invazivní vstupy ), bolestem při pohybu projevující se pocitem dyskomfortu a deficitu sebepéče v hygieně.

( 20.11. 2007)

**7. Pocit strachu a změna sebepjetí** z důvodu obav, jak vše dopadne, projevující se verbalizací a neklidem pacienta.

( 20. 11. 2007)

## 2.1 Ošetrovatelské cíle a plány (realizace a hodnocení)

### OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA

(20.11.2007)

**Akutní bolest** ve vztahu k laparotomii a torakotomii, zvyšující se při pohybu a kašli projevující se verbálním vyjádřením pacienta a hledáním úlevové polohy.

#### Cíl

Pacient spolupracuje při monitorizaci bolesti. Pacientovi je postupně bolest zmírňována. Pacient bude znát možnosti zvládnutí bolesti (úlevová poloha, správné dýchání). Pacient nepocítí nepohodu.

#### Plánování ošetrovatelské péče

vytvořit vztah vzájemné důvěry a věřit pacientovi při jeho výpovědi o bolesti.

podněcovat pacienta, aby mluvil o sobě a naslouchat mu se zájmem

akceptovat a uznat bolest tak, jak ji vnímá pacient

monitorovat bolest

zjistit lokalizaci, vyzařování bolesti, charakter bolesti a změny v průběhu dne

zhodnotit vliv bolesti na spánek, příjem potravy, tělesnou či duševní aktivitu

zajistit podání naordinovaných léků v pravidelných časových intervalech, sledovat pravidelně jejich účinek

léky podáváme do epidurálního katétru nebo dle potřeby i. m.

hlásit ihned lékaři zvýšení intenzity bolesti

pomoci pacientovi změnit polohu a zajistit mu pohodlí

v rámci možností zapojit pacienta do sebedpěče

naučit pacienta při odkašlání si přidržovat operační ránu

naučit pacienta odkašlávat

podněcovat podporu rodiny

#### Realizace ošetrovatelské péče

(20-24.11.2007)

Na pacientovi, o kterého jsem se starala, mě zajímala jeho fyzická, ale i psychická stránka. S pacientem jsme se navzájem představili a postupem času jsme se seznamovali. Zpočátku se pacient příliš svěřovat nechtěl. Měl strach, aby nebyl na obtíž a obával se, že mě vyrušuje od práce. Pacienta jsem pozorovala a čekala jsem až začne sám o své bolesti mluvit. Poté jsem se ho zeptala, jak bolest vnímá. Pacienta jsem sledovala jak přes den, tak i v noci, zajímalo mě jestli zaujímá nějakou

úlevovou polohu, zda se v noci budí. Sledovala jsem u pacienta po celý den jeho náladu, zda má zájem o komunikaci se sestrami, zda se, alespoň částečně zapojuje o péče o sebe. Podle časového plánu a dle ordinace lékaře jsem pacientovi podávala léky. Vždy jsem mu vysvětlila na co daný lék je a kdy se dostaví jeho účinek. Sledovala jsem jestli se nedostavují vedlejší účinky léků. A také, zda se v průběhu dne či noci neobjevuje jiná bolest. Pacientovi jsem vysvětlila, že v případě, kdy bude chtít na lůžku zaujmout jinou polohu a bez mé pomoci by to nezvládl, může se na mě kdykoli obrátit.

Před první návštěvou syna, jsem pomohla pacientovi v úpravě jeho zevnějšku.

### **Hodnocení ošetrovatelské péče**

(20.-24.11.2007)

S pacientem jsme si vytvořili dobrý vztah, založený především na vzájemné důvěře. Pacient se nebál přiznat, že má bolesti. Když pacient viděl, že si na něj dokážu udělat čas, již se neobával. Mluvil o své rodině a zálibách.

Po rozmluvě s pacientem jsem uznala vnímání bolesti z jeho pohledu. Bolest podle něj byla občasná, intenzivní a vysilující. Na pacientovi jsem sledovala i charakter bolesti- byla to bolest tupá, která po čase vymizela a objevila se znovu někdy ve stejné, jindy větší intenzitě. Bolest byla závislá na pohybu. Silnější byla v noci a brzy ráno. Pacient prvních dnech hospitalizace nemohl spát, až později se stav v důsledku intenzivní péče zlepšil. Po podání léků epidurálním katétrem se bolest zmírnila (příloha č. 7). K změně charakteru bolesti během mého ošetřování nedošlo. Pacient, co se týká pohyblivosti, nebyl zpočátku zcela samostatný a úlevovou polohu zaujímal částečně s mojí pomocí. Ke konci pobytu na JIP již pomoc s úlevovou polohou nepotřeboval. Zaujímal ji dle vlastních potřeb. Časem se pacient po zlepšení akutní fáze začal do léčby zapojovat. Především syn podporoval, svými návštěvami a rozhovory pacienta nejvíce.

## **OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA** (20.-24.11.2007)

**Narušená integrita tkání** v oblasti operačních ran ( torakotomie a laparotomie) a invazivních vstupů ( CŽK, NGS, PMK) spojená s potencionálním rizikem vzniku infekce, krvácení, pneumotoraxu

### **Cíl**

U pacienta nevznikne pooperační komplikace ( krvácení, infekce). Pacient bude dostatečně vetrikalizován na podporu cirkulace a zlepšení hojení rány. Najít způsoby , jak předcházet infekci nebo snížit riziko jejího vzniku. Usilovat o zhojení operační rány per primam do konce hospitalizace.

### **Plánování ošetrovatelské péče**

(20.-24.11.2007)

zajistit ošetřování kůže a sliznic denně

předcházet vzniku dekubitů na predilekčních místech

aplikovat na sakrální oblast preventivně menalid pastu

realizovat hygienu a péči o dutinu ústní dle potřeby, minimálně dvakrát denně

zahájit standardní péči o dutinu ústní pomocí štětiček ve Stopangin roztoku nebo v Borax- glycerin roztoku každé dvě hodiny

realizovat ošetření operační rány a krytí při každém převazu a v průběhu dne (prosáknutí krytí)

monitorovat místa invazivních vstupů při každém převazu a průběžně během dne

převazovat místo vstupu CŽK každý den po ranní hygieně a dle potřeby použitím dezinfekce Cuttasept spray, sterilní krytí inadine a průsvitnou fólií- tegaderm

hodnotit odpad z PMK, vyšetřit pH moči a moč chemicky k prevenci rizika vzniku urogenitální infekce

hodnotit množství a obsah sekrece z hrudního i břišního drénu

měřit fyziologické funkce a při změnách ihned reagovat

### **Realizace ošetrovatelské péče**

(20-24.11.2007)

Denně jsem realizovala ošetřování kůže a sliznic při hygieně, ošetřování operační rány a invazivních vstupů. Hodnotila jsem riziko vzniku dekubitů dle Nortonové. Preventivně jsem aplikovala Menalid pastu na predilekční sakrální oblast. Pacient realizoval dvakrát denně celkovou hygienu, nejdříve v polosedě na posteli



s dopomocí sestry. Později se posadila postavit u postele. A před překladem na standardní oddělení se pacient umyl sám v koupelně. Po celou dobu mého ošetřování pacienta na JIP jsem pečovala a později edukovala pacienta, jak má pečovat o dutinu ústní, protože vzhledem ke své diagnóze nesměl sedm dní přijímat nic per os. Po ranní vizitě a kontrole operační rány lékařem, jsem operační rány ošetřila. Použila jsem dezinfekci- Cuttasept spray a operační rány jsem kryla neadherentním kontaktním obvazem. Dále jsem operační ránu převazovala stejným způsobem po ranní a večerní hygieně nebo dle potřeby. Denně jsem sledovala místa invazivních vstupů (epidurální katétr a CŽK). Místo vstupu CŽK jsem asepticky ošetřovala pomocí dezinfekce- Cuttasept spray, místo vpichu kryla inadine a poté dala průsvitnou fólii- tegaderm. Sledovala jsem zda okolí nejeví známky zánětu (zarudnutí, bolest v místě vpichu). Denně jsem posuzovala vzhled moči a subjektivní pocity pacienta ( zda se neobjeví svědění či pálení) z důvodu zavedeného PMK. Sledovala jsem odpady z hrudního i břišního drénu á 3 hodiny. Byly přiměřené. Tělesná teplota pacienta se pohybovala v rozmezí 36,0- 37,0°C.

### **Hodnocení ošetrovatelské péče**

(20.-24.11.2007)

U pacienta po dobu hospitalizace na JIP a před překladem na standardní oddělení, nedošlo k žádným projevům infekce a jiných komplikací. Operační rány jsem kryla neadherentním obvazem. Krytí mírně prosakovalo. Převazovala jsem dle potřeby. Většinou dvakrát denně. Operační rány se zhojily per primam.

### **OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA**

(20.-24.11.2007)

**Porucha spánkového rytmu** z důvodu změny prostředí, bolesti po operaci, léčebného režimu a nemožnosti zaujmout polohu na pravém boku, projevující se verbalizací obtíží, častým buzením, únavou a podrážděností.

#### **Cíl**

Pacient se postupně adaptuje na změnu prostředí. Přizpůsobení životního stylu časově biologickým rytmům, zkvalitnění spánku, zvýšení pocitu svěžesti po probuzení, odstranění všech vedlejších příznaků. Pacient spí klidným spánkem.

### **Plánování ošetrovatelské péče**

zjistit před spánkové návyky

tlumit bolest na noc

snížit úzkost a strach z budoucnosti

postupně zvyšovat tělesnou zátěž během dne

sledovat průměrnou délku spánku pacienta

zjistit rizikové faktory způsobující poruchy spánku

udržovat klidné a tiché prostředí

informovat pacienta o rovnováze mezi aktivitou a odpočinkem v průběhu dne

při dlouhodobém trvání nespavosti informovat lékaře

### **Realizace ošetrovatelské péče**

(20-24.11.2007)

Zaměřila jsem se na sledování pacienta přes den, zda většinu dne neprospí a jak dlouho spí v noci. Rizikové faktory jsem zjišťovala v průběhu dvou dnů, jak ze subjektivních pocitů pacienta, tak i z mého objektivního pozorování. V rámci možností, tak aby to nenarušilo chod oddělení, jsem pacientovi zajistila klidný spánek, například tím, že jsem ztlumila osvětlení na pokoji. Pacient doma usínal při poslechu hudby. Proto jsem mu umožnila poslech hudby přes walkman.

Vysvětlila jsem pacientovi, že v rámci léčby není důležitý jen úplný odpočinek, ale že je důležitá i pasivní a postupná aktivní rehabilitace během dne. Rehabilitace probíhala zpočátku na lůžku, ale postupně se pacient posadil, postavil a nakonec chodil kolem postele.

Pokud by nespavost trvala delší dobu, rozhodla jsem se informovat lékaře.

### **Hodnocení ošetrovatelské péče**

(20.-24.11.2007)

Pacient usne brzy večer a probouzí se mezi 2 - 4 hodinou ranní. Přes den je ale většinu času vzhůru. Hlavními rizikovými faktory byly- změna prostředí, hluk a psychický neklid pacienta. Zjistila jsem, že nespavost u pacienta je způsobena hlavně strachem z průběhu onemocnění. Pacient chápe důležitost mezi aktivitou a odpočinkem. Pacient konstatoval zlepšení spánku, a tak nebylo nutná další intervence. Nicméně lékař byl o obavách pacienta informován. Také si s pacientem pohovořil. Pacienta rozhovor výrazně uklidnil.

## **OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA** (20.-24.11.2007)

**Změna výživy** pro Ca jícnu z důvodu nemožnosti přijímat prvních 7 dní po operaci nic ústy se zajištěním plné parenterální výživy pomocí CŽK a nutnosti zavedení NGS na spád.

### **Cíl**

Pacient by chtěl dosáhnout časem přírůstku na váze. Osvojit si chování a změnu životního stylu, umožňující přibrat na váze a udržet přiměřenou tělesnou hmotnost.

### **Plánování ošetrovatelské péče**

Zjistit od pacienta, jaké byly jeho stravovací návyky.

Posoudit současnou hmotnost, věk, tělesnou stavbu, sílu, úroveň aktivity a odpočinku

Vysvětlit pacientovi důvody proč momentálně nesmí jíst.

Dbát o hygienu dutiny ústní.

Vysvětlit nutnost zavedení NGS ( nasogastrické sondy)

### **Realizace ošetrovatelské péče**

( 20. – 24.11. 2007)

S pacientem jsem si pohovořila o jeho stravovacích návycích před hospitalizací U pacienta jsem provedla kontrolu současného stavu výživy. Jeho BMI ( Body Mass Index) byl 18,0. Tedy pacient byl lehce podvyživen. Vysvětlila jsem mu, že než mu po sedmi dnech bude provedeno kontrolní Rtg vyšetření vodním kontrastem, nesmí zatím nic přijímat ústy. Také jsem mu zdůvodnila, proč má zavedenu NGS, že bude nutné ji ponechat než se obnoví střevní peristaltika. Pacienta jsem poučila, jak je důležitá péče o dutinu ústní. Na nočním stolku měl citrónové štětičky a tampónky s Borglycerinem.

### **Hodnocení ošetrovatelské péče**

( 20. – 24.11. 2007)

Pacient pochopil nutnost plné parenterální výživy. Po kontrolním Rtg vyšetření (pasáž vodním kontrastem), kde nebyla prokázána žádná píštěl, jsme mohly začít s postupným zatěžováním a to nejprve bujónem. To vše, ale až po sedmi dnech. Později, před odchodem pacienta na standardní oddělení, byla zrušena i sonda. Pacientovi se postupně obnovila peristaltika. Po celou dobu plné parenterální výživy, byl pacient schopen si plně pečovat o dutinu ústní.

## **OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA**

(20.-24.11.2007)

**Změna močení** pro zavedený PMK s rizikem možnosti vzniku infekce a obstrukce močení projevující se například pálením či bolestivostí při močení.

### **Cíl**

Dosáhnout normálního způsobu vylučování moči. Osvojit si chování ( techniky) k prevenci močové infekce.

### **Plánování ošetrovatelské péče**

Vysvětlit pacientovi, proč musí mít v pooperačním období zaveden PMK.

Sledovat množství a charakter moči ( zda nejsou přítomny příměsi krve nebo hnisu).

Zdůraznit pacientovi význam udržování čistoty a důkladného osušování kůže, aby se zabránilo infekci nebo kožním defektům.

Dbát správné fixaci katétru a polohy sběrného sáčku, aby se usnadnila drenáž a zabránilo se refluxu.

Sledovat v pravidelných intervalech příjem a výdej a vše zaznamenat do dokumentace.

### **Realizace ošetrovatelské péče**

( 20. 24.11. 2007)

Panu B. jsem vysvětlila, že na Jednotce intenzivní péče po takto velkém výkonu, je nutné sledovat příjem a výdej tekutin. Proto má zavedenou PMK. Sledovala jsem charakter a množství moči a vše jsem zaznamenávala do dokumentace. První den jsem se pacientovi pomáhala při hygieně udržet okolí PMK čisté. V dalších dnech to již pacient zvládal bez mé pomoci.

### **Hodnocení ošetrovatelské péče**

(20. – 24. 11. 2007)

Pacient pochopil nutnost zavedení PMK. Neměl pocit, že by mu permanentní močový katétr nějak bránil v pohybu. Necítil ani pálení či řezání při močení. Pečlivě dodržoval hygienická opatření, aby nedošlo k infekci. V moči nebyly žádné patologické příměsi. Pacient močil dostatečně v průměru 2500 ml/ 24 hodin.

## **OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA** (20.-24.11.2007)

**Omezená pohyblivost** ve vztahu k pooperačnímu stavu, pooperačnímu režimu ( kontinuální monitoring, invazivní vstupy ), bolestem při pohybu projevující se pocitem dyskomfortu a deficitem sebepěče při hygieně.

### **Cíl**

První den se pacient posadí, druhý postaví a třetí projde s pomocí po pokoji.

Deficit sebepěče bude kompenzován do konce hospitalizace.

Aktivně spolupracuje postupně k úplné soběstačnosti.

### **Plánování ošetřovatelské péče**

(20.-24.11.2007)

- posuzovat a monitorovat stav sebepěče a soběstačnosti u pacienta každý den dle testu ADL ( Barthelův test).
- podpořit aktivitu pacienta k běžným denním činnostem
- zajistit dosažitelnost pomůcek pro provádění hygieny
- zajistit čisté osobní a ložní prádlo každý den dle potřeby
- posuzovat stav mobility a aktivity pacienta v průběhu fyzioterapie
- předcházet vzniku symptomů imobilizačního syndromu během hospitalizace
- povzbuzovat pacienta k mobilizaci a včasné fyzioterapii
- poučit pacienta o možnosti úpravy svého lůžka do úlevové polohy pomocí dálkového ovládání

### **Realizace ošetřovatelské péče**

(20.-24.11.2007)

Denně jsem u pacienta posuzovala stav sebepěče a soběstačnosti. Spolu s dalšími členy zdravotnického týmu a fyzioterapeutů jsme s pacientem vykonávali všestrannou fyzioterapii a podněcovali jsme ho k dostatečné aktivitě. Při ranní a večerní hygieně jsem zajistila pacientovi dosažitelnost pomůcek a nezbytnou intimitu pomocí zástěny. Aktivně jsem nabízela pacientovi pomoc. První den po operaci jsem pacientovi pomáhal s hygienou na lůžku. Postupně se s dopomocí posazoval a postavoval. Poslední den na JIPU, již byl schopen hygieny v koupelně s pomocí sestry a sanitářky.

### **Hodnocení ošetrovatelské péče**

(20.-24.11.2007)

Pacient potřebuje minimální pomoc. Je zcela soběstačný a aktivně se zapojuje do fyzioterapie. První den je spíše v polosedě na lůžku, večer se již posadí s nohama dolů. Druhý den sedí a stojí u lůžka. Třetí den zkouší chodit a čtvrtý den je již schopen dojít do sprchy.

### **OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA**

(20.11.2007)

**Pocit strachu a změna sebepojetí** z důvodu obav, jak vše dopadne, projevující se verbalizací a neklidem pacienta.

#### **Cíl**

Pochopit strach a diskutovat o něm. Pacient chce strach překonat. Chce znát prognózu onemocnění.

### **Plánování ošetrovatelské péče**

( 20. – 24. 11. 2007)

Navázat s pacientem důvěryhodný vztah rozhovorem.

Dát mu najevo, že chápeme jeho obavy a strach.

Motivovat ho nějakou zájmovou činností, k tomu, aby přečkal období, kdy se dozví prognózu a další postup léčby.

Umožnit pravidelné návštěvy rodiny a přátel.

Umožnit abreakci a ventilaci negativních pocitů.

Komunikovat s rodinou syna.

### **Realizace ošetrovatelské péče**

( 20. – 24. 11. 2007)

S pacientem jsem postupně navázala dobrý vztah rozhovorem. Projevila jsem pochopení s jeho obavami, jak se bude dále vyvíjet jeho hospitalizace. Ujistila jsem ho, že kdykoliv za ním může přijít na návštěvu jeho rodina či přátelé. Snažila jsem se mu nabídnout, aby si čas čekání zkrátil například četbou.

### **Hodnocení ošetrovatelské péče**

(20. – 24. 11. 2007)

Pan B. byl zprvu v rozhovoru zdrženlivý, ale později jsem získala jeho důvěru. Měl strach především z první návštěvy operátora a samozřejmě z definitivních výsledků

histologie. Byl rád, že může neomezeně používat mobilní telefon, a že ho kdykoliv může navštívit jeho rodina. Pan B. se definitivně zbavil strachu až po výsledcích histologie, které dopadly dobře.

### 3.OŠETŘOVATELSKÝ ZÁVĚR A PROGNÓZA

S panem B. B. jsem během hospitalizace navázala dobrý kontakt. Pacient měl maximální snahu ve všem aktivně pomáhat a spolupracovat. Měla jsem z něj pozitivní dojem. I když mu trvalo trochu déle, než se v rozhovoru otevřel. Z psychologického hlediska na mě zpočátku působil velice introvertně až úzkostně. Když, ale zaznamenal první pokroky v pooperačním období a byl v neustálém kontaktu s rodinou, začal se strachu pomalu zbavovat a byl více otevřen k vzájemné spolupráci. Všechny informace o svém zdravotním stavu přijímal s rozvahou a bez zkreslení. Aktivně se o svůj zdravotní stav zajímal. Z chirurgického a lékařského hlediska byl stav pacienta při překladech na standardní oddělení stabilizovaný. Během hospitalizace uspokojivý s dobrou prognózou.

Pan B.B. byl 25.11.2007 v dopoledních hodinách přeložen na standardní lůžkové oddělení ve velmi dobrém fyzickém a psychickém stavu.

V současné době pacient dochází na kontroly do jícnové ambulance a všechna vyšetření včetně definitivní histologie byla v pořádku.



#### 4. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. Balaš, V., Speciální chirurgie 2, Praha: Avicenum 1985, vzhledem ke stáří publikace bez ISBN
2. Doenges Marilynne, Moorhouse Frances Mary, Kapesní průvodce zdravotní sestry, Praha: Grada Publishing, 2001, ISBN 80 – 247 – 0242 - 8
3. Hrabovský, J., Chirurgie pro SZŠ, Praha: Eurolex Bohemia a.s., 2006, ISBN 80 – 86861 – 49 - X
4. Staňková, M., České ošetřovatelství 6 – Hodnotící a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi, Brno: NCONZO, 2004 (55 s. ) ISBN 80 – 7013 – 323 – 6
5. Šmejkal, P., Baretův jícen, přednáška na 3. chirurgické klinice FN Motol, Praha: 10/2007
6. Trachtová, E., Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu, Brno: NCONZO, 2005 (186 s.) ISBN 80 – 7013 – 324 - 4

## **5. SEZNAM PŘÍLOH**

- 1. Vstupní záznam a plán ošetrovatelské péče**
- 2. Operační protokol**
- 3. Plán péče o dekubity a kožní defekty**
- 4. Záznam o sledování bolesti**
- 5. Edukační záznam**
- 6. Ošetrovatelská anamnéza a překladová zpráva**
- 7. Vizuální analogová škála (VAS)**
- 8. Modifikovaný test soběstačnosti**
- 9. Norton skóre**
- 10. Tabulka k hodnocení rizika pádu**
- 11. Glasgow coma scale**
- 12. Dospělé nutriční skóre**
- 13. Barthelův test ADL**