



**UNIVERZITA KARLOVA  
I. lékařská fakulta**

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

**Helena Polívková, DiS.**

Péče o pacienta s iatrogenní perforací jícnu

Nursing care of a patient with iatrogenic perforation of oesophagus

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Veronika DiCara

Praha, 2017

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 31. 05. 2017.

HELENA POLÍVKOVÁ

.....

Podpis

### **Identifikační záznam**

POLÍVKOVÁ, Helena. Péče o pacienta s iatrogení perforací jícnu. [Nursing care of a patient with iatrogenic perforation of oesophagus]. Praha, 2017. 48 s., 2 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetřovatelství. Vedoucí práce Mgr. DiCara, Veronika.

## **ABSTRAKT**

Téma závěrečné práce je ošetrovatelský proces u pacienta s iatrogenní perforací jícnu na oddělení geriatry a následné péče. Zvolené téma považuji za velmi zajímavé, ale z pohledu zdravotní sestry a z hlediska ošetrovatelství ne příliš často prezentované.

Na základě konkrétní případové studie jedné pacientky bylo cílem analyzovat poskytnutou péči o pacientku s iatrogenní perforací jícnu na oddělení geriatry a následné péče. Ošetrovatelská péče byla zaměřena na péči o geriatrického pacienta s výživovou stomií, mediastinálním drénem a kognitivním deficitem. Dalším cílem bylo demonstrovat, že i na geriatrickém oddělení lze dosáhnout velmi dobrých výsledků kvalitně poskytovanou péčí o pacienta. Posledním cílem bylo srovnání postupů poskytnuté ošetrovatelské péče u nás a v zahraničí.

Ve své závěrečné práci jsem použila metodu případové studie, realizovanou ošetrovatelskou kazuistikou u pacientky na oddělení geriatry a následné péče zdravotnického zařízení krajského typu. Informace ke zpracování závěrečné práce byly čerpány z české i zahraniční literatury, vlastním pozorováním a poskytováním ošetrovatelské péče, rozhovorem s pacientkou a z její dostupné dokumentace. Část informací byla získána z rozhovoru se zdravotnickým týmem, který péči poskytoval.

Ke zpracování dané závěrečné práce jsem měla ústní souhlas pacientky. Ve zdravotnickém zařízení, kde byla případová studie provedena, jsem získala ústní souhlas etické komise. Dále jsem podala žádost o provedení a zpracování ošetrovatelské kazuistiky náměstkyni pro nelékařská zdravotnická povolání, která mi byla odsouhlasena. Etické zásady tedy byly dodrženy.

Aplikací ošetrovatelského procesu na oddělení geriatry a následné péče jsem zjistila, že zdravotní sestry jsou při poskytování ošetrovatelské péče vedeny k dodržování ošetrovatelských standardů a doporučených postupů a danými postupy se řídí.

### **klíčová slova:**

iatrogenní, perforace jícnu, geriatrický pacient, ošetrovatelský proces

## **ABSTRACT**

The theme of the final thesis is the nursing process in a patient with iatrogenic perforation of the esophagus in the Department of Geriatric Medicine. I consider the chosen topic to be very interesting, but not too often presented from the viewpoint of a nurse and nursing. Based on a single patient case study, the objective was to analyze the care provided for a patient with iatrogenic perforation of the esophagus in the Department of Geriatric Medicine. Nursing care was focused on the care of a geriatric patient with an esophagostomy, mediastinal drain and cognitive deficits. Another goal was to demonstrate that even in the geriatric department, very good results can be achieved by providing a good patient care. The last objective was to compare the procedures provided by nursing care in the Czech Republic and abroad.

In my final thesis, I used a case study method, implemented by a nursing case in a patient in the geriatric department and aftercare of a regional type medical facility. Information for the final thesis was drawn from Czech and foreign literature, own observation and provision of nursing care, interview with the patient and from its available documentation. Part of the information was obtained from an interview with the medical team that provided the care.

I had the oral approval of the patient for the preparation of the final thesis. In the medical facility where the case study was conducted, I obtained the oral approval of the ethics committee. I have also applied for the undertaking and processing of a nursing case study to the Manager of Nursing and Patient Care, which has been approved. Ethical principles have therefore been respected.

By applying the nursing process to the geriatric and post-natal care department, I have found that nurses are guided by nursing care nursing care and adherence to nursing standards and best practices.

### **keywords:**

iatrogenic, oesophageal perforation, geriatric patient, nursing process

## **Poděkování**

Tímto bych chtěla poděkovat Mgr. Veronice DiCara za cenné rady a připomínky a její čas, který strávila nad mojí závěrečnou prací. Dále bych chtěla poděkovat svému švagrovi Lukáši Polívkovi za pomoc s překladem abstraktu do anglického jazyka. Velké poděkování patří pacientce za poskytnutí informací a spolupráci, které vedly k vypracování této závěrečné práce. Ráda bych také poděkovala lékařům a zdravotním sestřám oddělení geriatric a následné péče za jejich spolupráci i cenné rady. Největší poděkování patří mému manželovi, který mi poskytl podporu během mého studia a při zpracování této závěrečné práce.

# Obsah

<b>1. ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>2. ANATOMIE A FYZIOLOGIE JÍCNU</b> .....	<b>10</b>
2.1 Anatomie jícnu .....	10
2.2 Fyziologie jícnu .....	10
<b>3. PERFORACE JÍCNU</b> .....	<b>11</b>
3.1 Klinický obraz .....	12
3.2 Diagnostika.....	12
3.3 Léčba .....	13
3.4 Komplikace onemocnění.....	13
<b>4. SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE</b> .....	<b>14</b>
4.1 Ošetrovatelská péče o geriatrického pacienta.....	14
4.2 Ošetrovatelská péče o pacienta se zavedeným PEGem.....	16
4.3 Ošetrovatelská péče o pacienta s mediastinálním drénem .....	17
4.4 Ošetrovatelská péče o pacienta s kognitivním deficitem .....	18
<b>5. POUŽITÉ METODY</b> .....	<b>20</b>
5.1 Případová studie .....	20
5.2 Ošetrovatelský proces.....	20
5.3 Etické aspekty.....	21
<b>6. PŘÍPADOVÁ STUDIE</b> .....	<b>23</b>
6.1 Základní údaje o pacientce.....	23
6.2 Anamnéza.....	24
6.3 Zhodnocení současného stavu .....	24
6.3.1 Příjem pacientky na oddělení .....	24
6.3.2 Průběh hospitalizace .....	25
6.3.3 Farmakoterapie v průběhu hospitalizace .....	27
6.3.4 Dietoterapie v průběhu hospitalizace .....	33
6.3.5 Vlastní zhodnocení stavu .....	33
6.4 Plán péče .....	36
6.4.1 Stanovení ošetrovatelských diagnóz .....	36
6.4.2 Ošetrovatelské diagnózy, cíle, plány, realizace a hodnocení péče .....	36
<b>7. DISKUSE</b> .....	<b>46</b>
<b>8. ZÁVĚR</b> .....	<b>48</b>
<b>9. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>49</b>

<b>10. SEZNAM ZKRATEK.....</b>	<b>53</b>
<b>11. SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>54</b>
<b>12. SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>55</b>



# 1. ÚVOD

Jako téma své závěrečné práce jsem si zvolila péči o pacienta s iatrogenní perforací jícnu na oddělení následné péče. Perforace jícnu je velmi vážné onemocnění, které pokud není včas a adekvátně léčeno, může pro pacienta skončit fatálně. Literatura uvádí, že rozhodující pro pacienta je období prvních 24 hodin od propuknutí příznaků. Dle mého názoru se jedná o velmi zajímavou problematiku, která však v naší zemi není z hlediska ošetřovatelství příliš často prezentována. Z pohledu zdravotní sestry hodnotím péči o pacienta po perforaci jícnu jako vysoce specializovanou a komplexní. Celková léčba a následná rekonvalescence pacienta je intenzivní a dlouhodobá. Obojí má zásadní celospolečenský dopad (organizace péče, financování), jakož i dopad na kvalitu života pacienta a jeho rodiny.

Závěrečná práce byla vedena formou ošetřovatelské kazuistiky. Ošetřovatelský proces byl realizován na oddělení geriatry a následné péče.

V teoretické části je popsána anatomie a fyziologie gastrointestinálního traktu se zaměřením na oblast jícnu, dále uvádím informace o perforaci jícnu, kde popisuji klinický obraz, diagnostiku, léčbu a komplikace daného onemocnění. V další kapitole se věnuji ošetřovatelské péči, která byla zaměřena na geriatrického pacienta se zavedenou perkutánní endoskopickou gastrostomií (dále jen PEG), mediastinálním drénem a kognitivním deficitem. V poslední části uvádím ošetřovatelský proces u pacienta s iatrogenní perforací jícnu.

Touto závěrečnou prací bych chtěla demonstrovat, že i práce na oddělení geriatry a následné péče není jen o péči o imobilní pacienty, o pacienty v terminálním stadiu onemocnění, ale že i zde může být práce velmi zajímavá a profesně obohacující. Význam geriatrické péče je neprávem podceňován, a proto je cílem práce mimo jiné demonstrovat, jakých výsledků je možno dosáhnout kvalitně prováděnou péčí na geriatrickém oddělení u pacienta se zavedenými invazivními vstupy.

V závěru své práce uvádím srovnání postupů poskytnuté ošetřovatelské péče u nás a v zahraničí.

## 2. ANATOMIE A FYZIOLOGIE JÍCNU

### 2.1 Anatomie jícnu

Jícen je trubicovitý orgán, který spojuje hltan se žaludkem. Je uložen mezi šestým krčním obratlem a jedenáctým hrudním obratlem. Jeho délka je v rozmezí 23 – 28 cm. Průběh jícnu můžeme rozdělit na 3 úseky – krční, hrudní a břišní úsek. Krční oblast je dlouhá asi 5 cm a jícen je v této části lehce vyklenut doleva. Hrudní úsek je dlouhý 15 – 20 cm, jícen je v této oblasti uložen v mediastinu a je vyklenut doprava. V dolní části hrudníku jícen směřuje dopředu před hrudní aortu. Břišní úsek je 1 – 2 cm dlouhý, v přední části je levý lalok jater a v zadní části leží bránice. Břišní část jícnu je jako jediná krytá peritoneem.

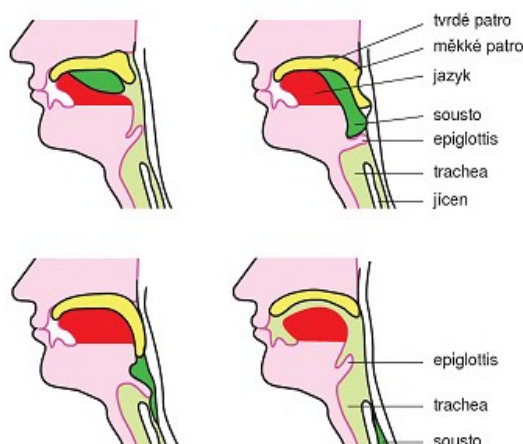
Sliznice jícnu je šedorůžové barvy, krytá mnohvrstevným dlaždicovým epitelem. Je složena v podélné řasy, které zajišťují průchod sousta jícnem. Podslizniční vazivo, které je mohutné, umožňuje roztažení a následné stažení jícnu po průchodu sousta.

Horní třetinu jícnu tvoří příčně pruhovaná svalovina. Ve střední třetině jícnu dochází k nahrazování příčně pruhované svaloviny, svalovinou hladkou. Dolní třetina jícnu je tvořena pouze svalovinou hladkou (Naňka, Elišková, 2009).

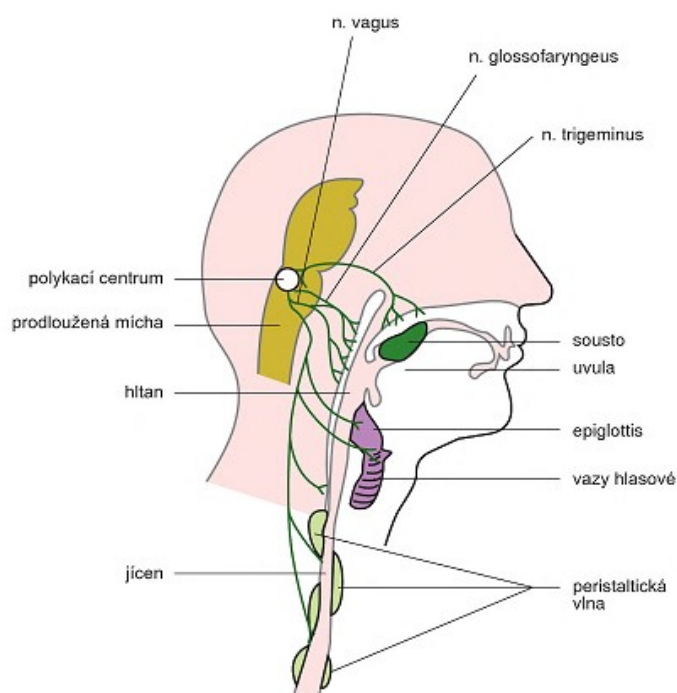
### 2.2 Fyziologie jícnu

Jícen nám slouží pro průchod potravy z hltanu do žaludku. Pro polykací akt je nutné mít zajištěnou správnou průchodnost jícnem, jeho neporušenost sliznice a přiměřenou motilitu. Funkčně je jícen rozdělen na tři úseky. Jedná se o horní jícnový svěrač, vlastní jícen a dolní jícnový svěrač.

Po přijetí sousta dojde v celém jícnu k peristaltické vlně a k uvolnění dolního jícnového svěrače. Následně dochází k přesunu sousta do žaludku. Peristaltickou vlnu můžeme rozdělit na vlnu primární a sekundární. Primární peristaltická vlna je spuštěna polknutím sousta a sekundární peristaltická vlna nastupuje v případě, že primární vlna zcela neočistí sliznici jícnu od proslého sousta (Kittnar, 2011).



Obrázek 1: Polykání a jeho fáze (Kittnar, 2011, s. 356).



Obrázek 2: Mechanismus řízení polykacího aktu (Kittnar, 2011, s. 356).

### 3. PERFORACE JÍCNU

Perforace jícnu patří mezi život ohrožující stavy. Až 75% poranění jícnu je způsobeno iatrogeně při endoskopii, dilataci striktur nebo při odstraňování cizího tělesa. Perforace jícnu je závažná především tím, že dochází k šíření infekce do prostoru mezihrudí a následnému vzniku mediastinitidy. Infekce velmi často postupuje do dutiny pohrudniční. Akutní mediastinitida probíhá pod obrazem septického stavu s nepříznivou prognózou a úmrtností 30 – 40 % (Duda, 2016).

Iatrogení perforace jícnu je nejčastěji způsobena v průběhu gastroscopického vyšetření. Gastroscopie je endoskopické vyšetření horní části trávicího traktu – jícnu, žaludku a orální části duodena. Gastroscopické vyšetření je indikováno z důvodu stanovení diagnózy při podezření na onemocnění jícnu, žaludku a duodena nebo z důvodu kontroly předchozí léčby. Ve většině případů jde o plánovaný výkon, může však nastat situace, kdy je nezbytné provést gastroscopické vyšetření urgentně. Jedná se zejména o stavy, při kterých je podezření na akutní krvácení z gastrointestinálního traktu (Bartůnek et al., 2016). Počet urgentních gastroscopických vyšetření stoupá, a proto je v každém krajském zdravotnickém zařízení a v zařízeních se spádem nad 100 000 obyvatel zřízena nepřetržitá 24 hodinová endoskopická služba (Pracná, Konečný, 2013).

Gastroscopie může být diagnostická nebo terapeutická. Diagnostická gastroscopie slouží k zobrazení sliznice jícnu, žaludku a orální části duodena. Díky terapeutické gastroscopii je možné provést řadu léčebných zákroků jako snesení polypů, zástavu krvácení, dilataci

stenóz trávicí trubice a jiné. Obecně platí, že endoskopie patří mezi metodu první volby v diagnostice i terapii gastrointestinálního onemocnění (Procházka, Konečný, 2013). Gastroskopické vyšetření je nejčastěji prováděno ambulantně na lačno, v poloze na levém boku a v místním znecitlivění oblasti hltnu lokálním anestetikem. Po zavedení endoskopu jsou podrobně prohlíženy jednotlivé úseky. V průběhu vyšetření je možné provést odběr vzorku sliznice k následnému mikroskopickému vyšetření. Po vyšetření pacient nesmí 1 – 2 hodiny jíst ani pít a to z důvodu lokálního znecitlivění oblasti hltnu (Bartůnek et al., 2016). Rovněž zahraniční literatura uvádí, že více než polovina všech perforací jícnu je způsobena iatrogeně a většina z nich se vyskytne v průběhu endoskopie (Raymond, Jones, 2015). K perforaci jícnu může dojít také spontánně. Jedná se o neiatrogení perforaci jícnu, kdy nejčastější příčinou je spontánní ruptura jícnu při požití cizího tělesa, při traumatu nebo při prorůstání nádorového procesu (Raymond, 2014).

### **3.1 Klinický obraz**

Po každém instrumentálním vyšetření je nutné myslet na možnost perforace. Nejčastějším místem vniku perforace po instrumentálním vyšetření je oblast krčního jícnu. Prvotní příznaky perforace jícnu jsou bolest, dysfagie, otok a podkožní emfyzém zejména v oblasti krku. Dále u postiženého pozorujeme tachykardii, později zvýšenou teplotu (Duda, 2016). Prvotním příznakem perforace jícnu je bolest. Jedná se o nepříjemný sensorický a emocionální prožitek, který je spojený se skutečným nebo potencionálním poškozením tkání. Prožívání bolesti je vždy subjektivní a každý z nás bolest prožívá zcela odlišně. Pokud je organismus unaven, vyčerpán, je bolest prožívána mnohem silněji (Mellanová, 2014). Perforace jícnu patří mezi velmi vážné, život ohrožující onemocnění. S tím souvisí i prožívání daného onemocnění nemocným. Průběh nemoci je velmi často ovlivněn aktuálním psychickým stavem nemocného. Každá nemoc na psychiku daného jedince působí nepříznivě. Prožívání, reakce a postoj nemocného k dané nemoci je u každého zcela odlišné. Proto je nutné k nemocnému přistupovat zcela individuálně (Mellanová, 2014).

### **3.2 Diagnostika**

Základní diagnostickou metodou je provedení prostého rentgenového snímku. Ten nám prokáže známky emfyzému, rozšíření mediastina, případně známky pleurálního výpotku a pneumotoraxu. Další vyšetření, které patří k základní diagnostice při podezření na perforaci jícnu, je kontrastní vyšetření jícnu vodným roztokem. Toto vyšetření nám ukáže místo a rozsah perforace. Své nezastupitelné místo v diagnostice perforace má rovněž výpočetní tomografie (Computed Tomography, dále jen CT), (Duda, 2016). Další možností vyšetření jícnu je kapslová ezofagoskopie. Jedná se o miniinvazivní vyšetření jícnu pomocí ezofageální kapsle. Z dostupné literatury je zřejmé, že kapslová ezofagoskopie je indikována pouze při screeningu Barrettova jícnu a u jícnových varixů a tudíž při perforaci jícnu nenachází své uplatnění. Metoda kapslové ezofagoskopie je hojně využívána v zahraničí a je upřednostňována před gastroskopií. Hlavním důvodem využití kapslové

ezofagoskopie v zahraničí jsou nižší finanční náklady zdravotnického zařízení, pro které je výhodnější zaplatit kvalifikovanou endoskopickou sestru, než celý endoskopický tým. Ani v zahraničí tato metoda nenachází své uplatnění při perforaci jícnu. (Vojtěchová et al., 2013).

### **3.3 Léčba**

Základním předpokladem léčby perforace jícnu je především včasné stanovení diagnózy. Při potvrzení perforace jícnu do 24 hodin od poranění, je možné provést suturu trhliny. Při pozdní diagnostice se známkami rozvoje mediastinitidy již sutura trhliny není spolehlivá. V tomto případě je možná jen drenáž postižené dutiny a nemocný je předán na pracoviště zajišťující komplexní resuscitační péči. Další možností léčby je zavedení stentu, který uzavře místo perforace. Při rozsáhlé perforaci se známkami mediastinitidy je jediným řešením provedení exstirpace jícnu s krční ezofagostomií a gastrostomií. Po stabilizaci stavu následuje provedení náhrady jícnu. Konzervativní postup v léčbě perforace jícnu není příliš častý (Duda, 2016).

Postup léčby u nás a v zahraničí se prakticky shoduje. V zahraničních postupech je preferováno provedení primární opravy perforace do 24 hodin. Při pozdní diagnostice s rozvojem rozsáhlé nekrózy nebo mediastinitidy je nutné provést debridement nekrotické tkáně a zavedení stentu (Kroepil, 2013, Dimou, 2014). Zahraniční literatura rovněž uvádí, že základem úspěšné léčby perforace jícnu je včasná diagnostika. Pokud je prodlení ve stanovení diagnózy větší jak 24 hodin, podstatně se zvyšuje úmrtnost na dané onemocnění (Raymond, Jones, 2015).

### **3.4 Komplikace onemocnění**

Po provedené náhradě jícnu může dojít k dehiscenci ezofagogastrické anastomózy. Příčina vzniku dehiscence je ovlivněna několika faktory. Mezi nejvýznamnější rizikové faktory patří předoperační malnutrice, hypotenze a hypoxie v perioperačním období, onemocnění kardiovaskulárního a respiračního systému, vyšší věk nemocného a další. Možnosti léčby této komplikace jsou odvozeny od stupně dehiscence. Postup léčby se však výrazně nemění od postupu léčby při perforaci jícnu (Duda, 2016).

## 4. SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Ošetřovatelskou péči můžeme charakterizovat jako soubor činností, které jsou zaměřeny na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jedinců, rodin a osob, kteří mají společné sociální prostředí nebo kteří trpí podobnými zdravotními obtížemi.

Ošetřovatelství má své místo v ústavní, ambulantní i komunitní péči. Charakteristickým znakem ošetřovatelství je poskytování individualizované péče, která je zaměřena na vyhledávání a uspokojování potřeb člověka ve zdraví nebo nemoci (Koncepce ošetřovatelství, 2004).

V dnešním ošetřovatelství je kladen důraz na aktivní zapojení pacienta do poskytované péče se zachováním jeho autonomie. Setkáváme se s tím, že pacientova autonomie je respektována, ale zároveň dochází k jejímu porušování a to tím, že pacient není dostatečně informován o změnách v léčebném režimu. K dosažení optimální péče dojde tehdy, pokud je zdravotnický pracovník připraven na interakci s informovaným a aktivním pacientem. Do popředí poskytované péče se dostává partnerský vztah s pacientem, ve kterém zdravotnický pracovník a pacient provádějí rozhodnutí o péči společně (Halmo, 2014).

V této závěrečné práci jsem se zaměřila na ošetřovatelskou péči o geriatrického pacienta se zavedeným PEGem, mediastinálním drénem a kognitivním deficitem.

### 4.1 Ošetřovatelská péče o geriatrického pacienta

Geriatrický pacient je charakterizován vyšším věkem, polymorbiditou a hrozícím nebo již přítomným funkčním omezením. Péče o geriatrického pacienta by měla být poskytována komplexně za pomoci členů geriatrického týmu. Ten se sestává z pacienta, rodinných příslušníků, lékaře, ošetřujícího personálu, psychologa, pracovníka duchovní péče, sociálního pracovníka, terapeutů (ergoterapeut, fyzioterapeut, logoped, nutriční terapeut) a pomocného ošetřujícího personálu (Schuler, Oster, 2010).

Ve stáří dochází v lidském organismu k mnoha změnám. U každého seniora se tyto změny projevují zcela individuálně, avšak všechny změny spolu souvisejí a vzájemně se ovlivňují. Změny ve stáří můžeme rozdělit na změny biologické, psychické a sociální. Biologické změny se týkají většiny orgánových soustav a jejich orgánů. Nejvíce jsou změny patrné na kůži seniora nebo na jeho pohybovém aparátu. Psychické změny se u seniora projevují s rostoucím věkem a zcela individuálně. Dochází ke zhoršení kognitivních funkcí, jako je vnímání, pozornost, paměť, představy a myšlení. Způsob slovního vyjadřování, jazykové dovednosti a intelekt bývá nezměněno. Na psychice každého z nás se podílí naše osobnost. V průběhu stárnutí se mohou měnit osobnostní rysy a vlastnosti člověka. Sociální změny vstupují do popředí v období, kdy člověk odchází do starobního důchodu. Je to výrazná a zásadní změna v životě člověka, která může každého z nás ovlivnit negativně ale i pozitivně. Dochází ke změně sociální role seniora. Role pracujícího člověka se mění na roli důchodce. Mění se i ekonomická situace, která mnohdy nedovoluje udržet dosavadní životní styl (Mlýnková, 2011).

Popis změn na jednotlivých ústrojích organismu:

*Kožní ústrojí* – zde dochází ke snížení aktivity mazových žláz. Ztrácí se schopnost zadržovat vodu a díky tomu může být kůže suchá, může svědit. Je snížené množství elastických vláken, dochází k tvorbě vrásek a snižuje se kožní turgor. Imobilní pacient je ohrožen vznikem dekubitů, otlaků a trofických kožních změn. Dekubity mají přímý vztah na zvyšující se délku hospitalizace a případnou mortalitu v zařízeních následné péče (Mlýnková, 2011, Klevetová, 2011, Pokorná, 2012).

*Pohybové ústrojí* – zde dochází ke změnám, které jsou spojené s výškou a váhou postavy. Výška postavy se snižuje a to z důvodu atrofie meziobratlových plotének. U seniorů můžeme zaznamenat chůzi v mírném předklonu a to z důvodu ochabování kosterních svalů. Kostí řídnu a stávají se křehkými s výrazným rizikem vzniku zlomeniny. Dochází k úbytku kloubní chrupavky a s tím je spojená bolestivost kloubů a omezení pohybu. U imobilního pacienta dochází během dvou dnů k ochabnutí svalové hmoty, osteoporóze, demineralizaci kostní hmoty a ke zkrácení extenzorů a vaziva zejména na dolních končetinách. Během jednoho týdne dochází k úbytku svalové síly a to až o 20%. Proto je nezbytné, aby u geriatrického pacienta probíhala fyzioterapie, která má předcházet rozvoji imobilizačního syndromu (Mlýnková, 2011, Klevetová, 2011, Mlčochová, Labáková, 2012). Geriatrický pacient ohrožený imobilizačním syndromem postupně ztrácí schopnost soběstačnosti, mobility a samostatné aktivity. Pokud není v tomto období dostatečně podporován, dochází k útlumu organismu jako celku. U nespolupracujících pacientů je proto možné využít prvky reflexní terapie. Ta se provádí pomocí stimulace reflexních zón. Při správné volbě reflexní terapie může dojít k pozitivnímu psychosomatickému ovlivnění celého organismu (Benešová, 2011).

*Kardiovaskulární ústrojí* – zde dochází ke snížení pracovní kapacity srdce. Snížená činnost srdce se může projevit při zvýšené fyzické zátěži, kdy srdce nezvládá zvýšené nároky na svoji činnost a dochází k ortostatické hypotenzi. Srdeční chlopně ztrácejí pružnost, srdce přečerpává méně krve. Tímto může dojít k poklesu průtoku krve ve všech orgánech, zejména pak v ledvinách, mozku a koronárních cévách. Z důvodu ukládání tukových látek a vápníku dochází ke snížené elasticitě cév. U imobilního pacienta jsou vhodné bandáže dolních končetin (Mlýnková, 2011, Klevetová, 2011).

*Respirační ústrojí* – zde dochází k poklesu respirační schopnosti plic, kdy hlavním projevem je zadýchávání. Senior nadechuje menší množství vzduchu a to z důvodu zmenšeného objemu hrudníku v důsledku změn na hrudníku a mezižebních svalech. Dále dochází ke snížení čistící schopnosti řasinkového epitelu, což má za následek častější výskyt zánětů dýchacích cest. U imobilního pacienta je ztížené odkašlávání, dochází k hromadění sekretu v plicích a pacient je ohrožen rozvojem bronchitidy, pneumonie nebo plicní atelektázy (Mlýnková, 2011, Klevetová, 2011).

*Gastrointestinální ústrojí* – zde dochází ke snížené tvorbě slin a trávicích enzymů. Je snížená motilita trávicí trubice a to má za následek prodloužený průchod tráveniny žaludkem a střevy. Vstřebávání vitamínů, živin a léků je zpomaleno. Díky snížené peristaltice trpí senioři velmi často zácpou. Dochází k opotřebování a ztrátě chrupu. To vše má za následek, že

senioři patří do skupiny obyvatel s největším výskytem podvýživy a sníženého příjmu tekutin. Organismus seniora je mnohem citlivější na změny vodního hospodářství a k dehydrataci dochází velmi snadno a rychle. „*Směrnice pro výživu při prevenci a léčbě proleženin z roku 2003 předpokládá, že nedostatečná výživa může vést k vyššímu riziku poškození tkání v důsledku působení vnějších faktorů, například tlaku*“ (Starnovská, 2015). Proto mezi základní nutriční léčbu patří zlepšit podvýživu v oblasti bílkovin a energie. Je nutné, aby u geriatrického pacienta byl zajištěn energetický příjem minimálně 30 – 35 kilokalorií na kilogram tělesné hmotnosti za den a 1 – 1,5 gramů bílkovin na kilogram tělesné hmotnosti a den (Vybíhalová, 2010, Mlýnková, 2011, Boháčová, 2011, Starnovská, 2015).

*Pohlavní a vylučovací ústrojí* – v oblasti sexuální je aktivita seniorů značně individuální. Na mužských pohlavních orgánech probíhají změny velmi pomalu. Spermie jsou produkovány do pozdního věku, snižuje se jen jejich množství. U žen dochází k výrazným degenerativním změnám, které jsou patrné po menopauze. Je ukončena sekrece pohlavních hormonů, zmenšuje se mléčná žláza. V oblasti vylučovacího ústrojí dochází ke snížení schopnosti ledvin tvořit a vylučovat moč. Kapacita močového měchýře klesá, síla obou svěračů uretry se snižuje. Nedochází k úplnému vyprázdnění močového měchýře, moč stagnuje v močových cestách a pacient je ohrožen infekcí močových cest (Mlýnková, 2011, Klevetová, 2011).

*Nervové ústrojí* – zde dochází ke snížení rychlosti vedení vzruchů v periferním nervovém systému. Mozek seniora potřebuje více času na příjem informace a její zpracování. U seniora velmi často dochází k rozvoji Alzheimerovy nemoci. Jedná se o nejčastější formu demence, při které dochází k nevratnému poškození mozkových buněk a spojení mezi nimi. V rámci prevence je vhodné zvyšovat aktivitu mozkové činnosti a to přiměřenou aktivizací a stimulací (Mlýnková, 2011, Vavrušová, 2015).

*Smyslové vnímání* – zde dochází ke snížení výkonnosti smyslových orgánů. V oblasti zraku dochází ke snížení zrakové ostrosti, schopnosti oka adaptovat se na tmou a šero a ke snížení akomodace na blízké a vzdálené předměty. Velmi často dochází ke vzniku šedého zákalu, rovněž zelený zákal není výjimkou. V oblasti sluchu pozorujeme zhoršení a to v důsledku atrofických změn sluchové dráhy. Problém se sluchem bývá u seniorů často přehlížen. Nedoslýchavost však představuje výrazný problém seniora v komunikaci, což může mít za následek jeho sociální izolaci (Mlýnková, 2011).

## **4.2 Ošetrovatelská péče o pacienta se zavedeným PEGem**

Perkutánní endoskopická gastrostomie je výživová stomie, která slouží k dlouhodobému podávání enterální výživy do žaludku nemocného. Výživová stomie je indikována v případě, kdy je enterální výživa podávána déle jak 6 týdnů. Enterální výživa je indikována pouze tehdy, pokud má pacient funkční trávicí trakt (Vojtová, 2011).

Nejčastěji je stomie zaváděna pomocí endoskopu. Pokud nelze endoskopické zavedení provést, indikuje se chirurgické provedení stomie. Prvních 48 hodin po zavedení se vstup



ošetřuje jako chirurgická rána s dodržováním zásad asepse. Při každé manipulaci s pacientem je nezbytné provést kontrolu stavu a pozice sondy. Po aplikaci výživy do sondy je nutné provést proplach vodou (Bartůněk et al., 2016).

Dle doporučeného postupu zdravotnického zařízení, kde jsem aplikovala ošetrovatelský proces u pacientky po perforaci jícnu, provádějí aseptický převaz ústí PEGu prvních 7 dní od zavedení. S tím souvisí i sledování známek infekce, které se provádí minimálně 1x denně a dále dle potřeby. Od 7. dne je možné převaz provádět podle potřeby a to do zhojení okolí gastrostomie. Od 2. dne se začíná s rotací sondy o 360 stupňů a od 7. dne se přidává zanořování sondy do žaludku. Zanořování a rotace sondy se provádí 1x denně po dobu 14 dnů a poté 2x týdně.

Doporučený postup péče o PEG u nás je odlišný od postupu v zahraničí. Dle zahraniční literatury je místo vstupu kryto sterilní gázou a pokud to stav dovoluje, krytí se ponechává po dobu 24 hodin od zavedení. Po 24 hodinách je krytí z rány odstraněno, rána je opláchnuta fyziologickým roztokem a osušena sterilní gázou. Pokud to klinický stav nevyžaduje, není nutné od 2. dne ránu sterilně krýt. Po dobu 72 hodin je nutné sledovat známky infekce minimálně 1x denně a dále dle potřeby. Po 48 hodinách se začíná s rotací sondy o 360 stupňů. Po 14 dnech se k rotaci sondy přidává zanořování sondy do žaludku. Zanořování a rotace sondy je následně prováděna 1x týdně (Catangui et al., 2013).

Komplikace enterální výživy můžeme rozdělit na komplikace technické, metabolické, gastrointestinální a komplikace způsobené bakteriální kontaminací potravy. Technické komplikace jsou způsobeny špatným zavedením sondy nebo ucpáním sondy nevhodnou stravou. Mezi metabolické komplikace řadíme hyperglykémii, glykosurii, hypernatremii, hyperkalcemii, edémy a další. Mezi gastrointestinální komplikace patří pocit plnosti, zvracení, průjmovitá stolice, aspirace a ileosní stav. Bakteriální kontaminace potravy vzniká v případech kontaminování podávané výživy. Mohou se objevit průjmovité stolice nebo příznaky celkové sepse organismu (Reimitzová, 2012).

Vyvedení stomie je velký zásah do života nemocného a to jak po stránce zdravotní, tak po stránce psychické. Mnozí pacienti mají problém začlenit se do běžného života. Proto je nutné, aby měl pacient se stomií dostatečné množství informací a adekvátní psychickou podporu (Lenochová, Kirschová, 2011).

### **4.3 Ošetrovatelská péče o pacienta s mediastinálním drénem**

Zánětlivé onemocnění mediastina je náhlé a rychle progredující onemocnění. Z důvodu chybění přirozených anatomických hranic v mediastinu, mikrobiální etiologii a komplikovanému průběhu má i přes pokroky v medicíně toto onemocnění vysokou úmrtnost. Nejčastější příčinou akutní mediastinitidy je perforace jícnu. Dále je mediastinitida typickou komplikací oboru kardiochirurgie, kdy může být důsledkem zánětlivého onemocnění hrudní stěny. Léčba mediastinitidy spočívá v zahájení agresivní antibiotické terapie, která je zaměřena na prevenci septických komplikací. Důležitou roli v léčbě hraje také volumoterapie a oxygenoterapie. Je rovněž nezbytné provést revizi mediastinálního prostoru, řádný debridement a drenáž postižené dutiny. Přístup incize pro

drenáž horního mediastinálního prostoru se provádí podél kývače hlavy. Zavedený drén nám umožňuje provádění poplachové srkavé drenáže, která slouží k odvádění sekretu z uzavřeného prostoru (Klein, 2016).

Ošetrovatelská péče o zavedený drén spočívá ve sterilním krytí, sledování množství sekretu, barvy a příměsi. Drén je nutné zajistit proti náhodnému odstranění pacientem (zejména u dezorientovaných pacientů), přelepením nebo fixací stehem. Je nutné mít na paměti, že odpady z drénu se započítávají do celkové bilance tekutin (Vytejková, 2016).

#### **4.4 Ošetrovatelská péče o pacienta s kognitivním deficitem**

Jak již bylo zmíněno, v období stáří dochází ke snížení rychlosti vedení vzruchů v periferním nervovém systému. Můžeme říci, že snížení rychlosti vedení vzruchů v periferním nervovém systému, má za následek rozvoj demence. Dochází ke zhoršování kognitivních funkcí a následnému rozvoji kognitivního deficitu. Mezi příčiny vzniku kognitivního deficitu patří traumatické poškození mozku, cévní mozková příhoda, krvácení do mozku, toxické a infekční poškození mozku, neurodegenerativní onemocnění mozku (Alzheimerova nemoc, Huntingtonova nemoc, Parkinsonova nemoc) a psychiatrické onemocnění – deprese (Válková, 2015).

*„Demence je obecně onemocnění, které postihuje asi 1 % populace. Se vzrůstajícím věkem stoupá množství těchto onemocnění, kdy ve věkové kategorii nad 65 let postihuje přibližně 5 % populace“* (Válková, s. 17, 2015). *„Diagnózu a míru kognitivního deficitu stanovuje lékař neurologie nebo psychologie zabývající se touto problematikou“* (Válková, s. 25, 2015).

Kognitivní deficit je možné ovlivnit rehabilitací kognitivních funkcí. Jedná se o dynamickou a systematickou metodu, která má za cíl napravit nebo ovlivnit vzniklý kognitivní deficit. *„Smyslem rehabilitace kognitivních funkcí není pacienta učit novým skutečnostem, ale systematicky v něm najít znalosti, které získal předchozími zkušenostmi a pokusit se je vrátit na úroveň, ve které se nacházely před událostí, která vedla k hospitalizaci“* (Válková, s. 22, 2015).

Rehabilitaci kognitivních funkcí můžeme rozdělit na obecnou a cílenou. Cílem obecné rehabilitace je, aby pacient získal povědomí a orientaci o prostředí, ve kterém se nachází. Je možné ji aplikovat u dezorientovaného, neklidného a nespolupracujícího pacienta. Naopak cílenou rehabilitaci uplatňujeme u spolupracujícího pacienta, který jeví známky kognitivního deficitu. Pacient musí být schopen vnímání, komunikace a proaktivního přístupu (Válková, 2015).

Zdravotní sestra hraje důležitou roli v péči o pacienta s kognitivním deficitem. Dokáže posoudit první příznaky, mezi které patří opakování nebo dotazování se na stejnou věc znovu a znovu, ztráta schopnosti o sebe pečovat, snížený příjem stravy a tekutin a další a předá tyto poznatky ošetřujícímu lékaři. Ošetrovatelské intervence jsou u daného pacienta zaměřeny na podporu soběstačnosti, bezpečnosti, snížení úzkosti a agitovanosti, zlepšení komunikace, podporu přiměřené výživy a hydratace, aktivity a odpočinku a také na dostatečnou podporu rodinných příslušníků. Při práci s daným pacientem je nutné zvolit vhodné prostředí, které je pro pacienta tiché, klidné a předvídatelné. Náš přístup

k pacientovi je klidný, při mluvení používáme jasná a jednoduchá spojení. Je vhodné využívat paměťové pomůcky jako je kalendář pro orientaci v čase, barevné označení vstupu do místnosti a další. Dodržujeme stanovený denní režim pacienta. Doporučené postupy přístupu k pacientovi s kognitivním deficitem u nás a v zahraničí jsou prakticky totožné (Smeltzer, 2010, Válková, 2015).

## 5. POUŽITÉ METODY

### 5.1 Případová studie

Pro zpracování své závěrečné práce jsem zvolila metodu případové studie, abych mohla prezentovat ucelené informace o poskytnuté ošetrovatelské péči u pacientky po iatrogení perforaci jícnu na oddělení následné péče. Ke zpracování studie vybrané pacientky mě přivedla zajímavost dané problematiky, která není v naší zemi z hlediska ošetrovatelství příliš často prezentována.

Případová studie (též kazuistika, anglicky case study) je metoda kvalitativního výzkumu, která se zabývá detailním studiem a rozbohem jednoho nebo malého počtu případů. Výsledkem kvalitativního výzkumu je specifické vyprávění o myšlení a činnosti zkoumaných osob nebo skupin. Z důvodu holistického přístupu k člověku je v ošetrovatelství metoda kvalitativního výzkumu upřednostňována (Kutnohorská, 2009).

### 5.2 Ošetrovatelský proces

K vypracování ošetrovatelské kazuistiky jsem použila metodu ošetrovatelského procesu. Pojem proces znamená plánování činností, které vedou k dosažení určitého výsledku. Ošetrovatelský proces lze charakterizovat ze dvou hledisek, teoretického a praktického. Z teoretického hlediska „jde o systémovou teorii aplikovanou na postup, který řeší určitý problém s předem stanoveným cílem“ (Mastiliaková, s. 38, 2014). Z praktického hlediska je ošetrovatelský proces „systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče, jejímž cílem je pozitivní a zdraví prospěšná změna zdravotního stavu klienta / pacienta“ (Mastiliaková, s. 38, 2014). Proto je v dnešní době ošetrovatelský proces považován za mezinárodní standard ošetrovatelské praxe (Mastiliaková, 2014).

Ošetrovatelský proces je rozdělen do pěti fází:

*Ošetrovatelská anamnéza* – v této fázi získáváme informace od pacienta, rodinných příslušníků, zdravotnické dokumentace a od zdravotnických pracovníků, je provedeno fyzikální vyšetření zdravotní sestrou. V závěru této fáze je provedena analýza získaných informací.

*Ošetrovatelská diagnóza* – tato fáze slouží k určení problému nemocného a stanovení ošetrovatelské diagnózy na základě analýzy získaných informací. Problémy můžeme mít aktuální, potenciální a edukační.

*Plánování činností* – v této fázi dochází ke stanovení cílů ošetrovatelské péče, ošetrovatelských intervencí a určení jejich priorit.

*Realizace činností* – tato fáze slouží k vykonání naplánovaných činností podle ošetrovatelského plánu.

*Hodnocení ošetrovatelského procesu* – v této fázi hodnotíme dosažení výsledků podle stanovených cílů. Hodnotíme, zda došlo nebo nedošlo k dosažení stanoveného cíle. Jedná se o analýzu všech fází ošetrovatelského procesu (Kelnarová et al., 2015).

Zvolila jsem ošetrovatelský model funkčního typu zdraví podle Marjory Gordonové. Tento model popisuje jedenáct oblastí pro sběr dat od pacienta a umožňuje zdravotním sestřám posoudit pacienta z hlediska holistické ošetrovatelské péče.

Oblasti funkčního typu zdraví podle Marjory Gordonové:

*Vnímání zdraví – aktivity k udržení zdraví:* tato oblast je zaměřena na získání informací v oblasti vnímání stavu zdraví a pohody a jakým způsobem je zdraví udržováno. Jsou posuzovány návyky, které mohou být pro zdraví škodlivé (kouření, alkohol, drogy).

*Výživa – metabolismus:* tato oblast je zaměřena na získání informací v oblasti příjmu stravy a tekutin.

*Vylučování:* tato oblast je zaměřena na získání informací v oblasti vylučování střev, močového měchýře a kůže.

*Aktivita – cvičení:* tato oblast je zaměřena na získání informací v oblasti aktivit každodenního života, schopnosti pohybu, péče o sebe sama a volnočasové aktivity.

*Spánek – odpočinek:* tato oblast je zaměřena na získání informací v oblasti spánku, odpočinku a relaxace.

*Vnímání – poznávání:* tato oblast je zaměřena na získání informací v oblasti smyslových funkcí (vědomí, zrak, sluch), porozumění, chápání a schopnosti využít informace. Dále je zde hodnoceno vnímání bolesti.

*Sebepojetí – sebeúcta:* tato oblast je zaměřena na získání informací v oblasti vnímání sebe sama, tělesného vzhledu a pocitu vlastní hodnoty.

*Plnění rolí – mezilidské vztahy:* tato oblast je zaměřena na získání informací v oblasti osobní role a mezilidských vztahů jedince.

*Sexualita – reprodukční schopnost:* tato oblast je zaměřena na získání informací v oblasti sexuální schopnosti jedince.

*Stres – zvládání, tolerance:* tato oblast je zaměřena na získání informací v oblasti vnímání a zvládání stresové zátěže.

*Víra – životní hodnoty:* tato oblast je zaměřena na získání informací v oblasti životních hodnot a přesvědčení jedince a to včetně duchovních hodnot (Mastiliaková, 2014).

### **5.3 Etické aspekty**

Etika zdravotní sestry je odlišná od etiky lékařské. Každá zdravotní sestra, která poskytuje ošetrovatelskou péči pacientovi, by měla mít za cíl pomáhat udržovat jeho život, zdraví a blaho. Je důležité, aby u poskytované péče byla zachována autonomie daného člověka. Rovněž je nezbytné při získávání informací od pacientů zabezpečit všechna práva, která jim náleží. Aby nedocházelo k porušování těchto práv, byly stanoveny etické kodexy, které jsou pro všechny zdravotníky závazné (Heřmanová et al., 2012).

Ke zpracování dané závěrečné práce jsem získala ústní souhlas pacientky. Pacientce jsem poskytla informace o tom, co od ní požaduji. Ujistila jsem jí, že v mé závěrečné práci nebude nikde uvedeno její jméno, rodné číslo ani název zdravotnického zařízení, kde jí byla péče poskytována. Její účast byla dobrovolná.

Ve zdravotnickém zařízení, kde byla případová studie provedena, jsem získala ústní souhlas etické komise. Dále jsem podala žádost o provedení a zpracování ošetřovatelské kazuistiky náměstkyni pro nelékařská zdravotnická povolání, která mi byla odsouhlasena.

Spolupráce s pacientkou byla výborná. Z její strany mi byly poskytnuty všechny potřebné informace pro zpracování dané práce. Rovněž spolupráce s ošetřujícím personálem byla na velmi dobré úrovni a všichni členové ošetřovatelského týmu mi byli nápomocni.

Největší problém při zpracování této práce jsem měla při vyhledávání relevantní literatury, které je k dané problematice velmi málo.

## 6. PŘÍPADOVÁ STUDIE

### 6.1 Základní údaje o pacientce

Na oddělení geriatric a následné péče zdravotnického zařízení krajského typu byla přijata 84letá pacientka s diagnózou Mediastinitis, mediastinální absces po perforaci jícnu k pokračování v léčbě a k další péči.

Ze zdravotnické dokumentace zjištěno:

Pacientka byla přijata na chirurgické oddělení zdravotnického zařízení okresního typu pro melénu. Byla indikována k provedení gastrofibroskopie, kdy při obtížném zavedení přístroje došlo k perforaci jícnu. Následně došlo k rozvoji mediastinitidy, vzniku mediastinálního abscesu a bilaterálního fluidothoraxu. Byla provedena revize mediastina a nasazena antibiotická terapie. Následně byla pacientka po předchozí domluvě přeložena na anesteziologicko-resuscitační oddělení (dále jen ARO) zdravotnického zařízení krajského typu k pokračování v léčbě a k další péči. Na daném oddělení došlo ke zhoršení celkového stavu s rozvojem respirační insuficience a oběhové nestability v rámci septického stavu s podílem kardiálního selhávání. Pacientka byla intubována, byla zahájena umělá plicní ventilace, oběhová podpora, léčba diuretiky a drenáž fluidothoraxu vpravo. Po deseti dnech intenzivní léčby a resuscitační péče a po dosažení optimálního stavu byla pacientka extubována. Následně jí byl zaveden PEG. Z důvodu vzestupu zánětlivých parametrů bylo indikováno CT hrudníku, kde byl popsán mediastinální absces. Byla provedena evakuace abscesu a zaveden mediastinální drén na krku k provádění srkové drenáže. Do perforace jícnu byl vložen drén jako esofagostomie, který byl z důvodu dislokace po dvou dnech extrahován, dále drénovány pleurální dutiny. Pokračovalo se v antibiotické a antimykotické terapii dle citlivosti. Po 27 dnech hospitalizace na ARO byla pacientka přeložena na oddělení hrudní chirurgie stejného zdravotnického zařízení. Na daném oddělení byla provedena úprava antibiotické terapie a postupně odstraněny hrudní drény. Byl vyměněn mediastinální drén na krku, který odvádí nejprve hnisavý sekret, postupně je sekrece slinná. Byla provedena kontrolní gastrofibroskopie se závěrem přetrvávající perforace piriformního recesu. Dále bylo provedeno kontrolní CT hrudníku, podle kterého došlo k regresi nálezu na mediastinu bez nutnosti chirurgického řešení. Po 10 dnech hospitalizace na oddělení hrudní chirurgie byla pacientka přeložena na oddělení geriatric a následné péče stejného zdravotnického zařízení.

Hospitalizace na oddělení geriatric a následné péče probíhala v zimním období roku 2017 a trvala dvanáct týdnů. Období mého sledování a vlastního ošetřování pacientky bylo průběžně od přijetí až do propuštění do domácího ošetřování.

## 6.2 Anamnéza

Ze zdravotnické dokumentace a rozhovorem s pacientkou zjištěno:

Při příjmu na oddělení geriatrické a následné péče byla pacientka při vědomí, orientovaná místem a osobou, časem dezorientovaná, snaží se spolupracovat, nesoběstačná, imobilní, nadváha, při řeči se zadýchává, bez ikteru a cyanózy.

*Rodinná anamnéza:* otec zemřel v 91 letech stářím, matka zemřela v 84 letech stářím, o závažných onemocněních v rodině neví.

*Osobní anamnéza:* Ischemická choroba srdeční – stav po IM (infarkt myokardu) spodní stěny v roce 2002, stav po opakovaných cévních mozkových příhodách (asi 3krát, poslední v roce 2003), chronická obstrukční plicní nemoc, arteriální hypertenze, hypothyreóza na substituci. Prodělala operaci štítné žlázy a operaci vaječníku pro cystu. Alergii neudává. Exkuřačka, nekouří asi 40 let, dříve kouřila asi 15 cigaret za den. Alkohol jen příležitostně.

*Pracovní a sociální anamnéza:* dříve pracovala jako soudkyně, nyní je ve starobním důchodu. Žila sama, byla relativně soběstačná, chodila s vycházkovou holí. Je vdova, má 1 dceru, která za ní pravidelně dochází.

*Gynekologická anamnéza:* 1 porod, bez komplikací. Fertilní období asi do 50 let. Prodělala operaci vaječníku pro cystu.

*Farmakologická anamnéza:* dříve užívala Euthyrox 100 µg 1-0-0, Trombex 75 mg 1-0-0, Ramil 1,25 mg 1-0-0, Citalec 10 mg 1-0-0, Verospiron 25 mg 1-1-1

*Nynější onemocnění:* pacientka přeložena z oddělení hrudní chirurgie k pokračování v léčbě mediastinitidy po perforaci jícnu.

## 6.3 Zhodnocení současného stavu

### 6.3.1 Příjem pacientky na oddělení

Informace ze zdravotnické dokumentace a od zdravotnického personálu:

Pacientka byla na oddělení geriatrické a následné péče přijata v 11:00. Lékařka oddělení se seznámila s pacientkou a její dostupnou dokumentací, odebrala lékařskou anamnézu a provedla fyzikální vyšetření. Na základě získaných informací zpracovala lékařskou příjmovou zprávu a medikační list.

Zdravotní sestra oddělení ve spolupráci s dalšími členy týmu uložila pacientku na připravené lůžko tří lůžkového pokoje. Seznámila jí s dalšími pacientkami na pokoji, s chodem oddělení a ukázala jí signalizační zařízení. Zajistila, aby pomocný personál provedl soupis osobních věcí a cenností a pomohl pacientce s uložením daných věcí do úložných prostor na pokoji. Zpracovala ošetrovatelskou anamnézu (viz Příloha č. 1) a další dokumenty, které s hospitalizací souvisí včetně získání podpisů od pacientky.

*Antropometrické měření při příjmu:*

Hmotnost pacientky, dle jejího sdělení je 78 kg (objektivně nelze zjistit, pacientka je imobilní a oddělení disponuje pouze váhou s nájezdovou plošinou, na kterou se najíždí se



sedícím pacientem na pojízdné sedačce), výška postavy, dle sdělení pacientky je 170 cm, Body Mass Index (dále jen BMI) – 27 → nadváha (normální váha = BMI 18,5 – 25)

*Fyziologické funkce při příjmu:*

Tlak krve (dále jen TK) – 130/70 mm Hg → v normě (referenční rozmezí: 100/60 – 140/90 mm Hg)

Puls (dále jen P) – 78/min → v normě (referenční rozmezí: 60 – 90/min)

Tělesná teplota (dále jen TT) – 36,6 °C → v normě (referenční rozmezí: 36 – 36,9 °C)

Dechová frekvence (dále jen DF) – 16 dechů za minutu → v normě (referenční rozmezí: 12 – 16 dechů za minutu)

Saturační tlak kyslíku (dále jen SpO<sub>2</sub>) – 89 % → pod normou (referenční rozmezí: 95 – 100 %)

Dieta – nic per os, enterální výživa do PEGu – 6x denně Nutrison Multi Fibre 200 ml + 50 ml proplach sondy převařenou vodou (6:00 – 9:00 – 12:00 – 15:00 – 18:00 – 21:00)

Druhý den hospitalizace jsem pacientku navštívila a zeptala jsem se jí, zda bych mohla její případ anonymně použít pro svoji závěrečnou práci. Požádala jsem jí o sdělení informací ohledně jejího zdravotního stavu včetně léčebného režimu a dalších informací potřebných pro ošetrovatelskou péči. Ujistila jsem jí, že v mé závěrečné práci nebude nikde uvedeno její jméno, rodné číslo ani název zdravotnického zařízení, kde jí byla péče poskytována. Pacientce jsem sdělila, že se na ošetrovatelské péči budu podílet průběžně po celou dobu její hospitalizace.

### **6.3.2 Průběh hospitalizace**

Informace z vlastního sledování, z rozhovoru s pacientkou, ze zdravotnické dokumentace a od zdravotnického personálu:

*Fyziologické funkce druhý den hospitalizace:*

TK – 110/70 mm Hg → v normě (referenční rozmezí: 100/60 – 140/90 mm Hg)

P – 76/minutu → v normě (referenční rozmezí: 60 – 90/minutu)

TT – 36,4 °C → v normě (referenční rozmezí: 36 – 36,9 °C)

DF – 14 dechů za minutu → v normě (referenční rozmezí: 12 – 16 dechů za minutu)

SpO<sub>2</sub> – 92 % → pod normou (referenční rozmezí: 95 – 100 %)

Dále byly fyziologické funkce (dále jen FF) – TK, P, SpO<sub>2</sub> měřeny 1x denně po dobu jednoho týdne. Hodnoty TK se pohybovaly v rozmezí 100 – 125/70 – 80 mm Hg, hodnoty P se pohybovaly v rozmezí 70 – 80/minutu a hodnoty SpO<sub>2</sub> se pohybovaly v rozmezí 92 – 95%. Hodnoty TK, P v mezích normy, hodnoty SpO<sub>2</sub> lehce pod normou, bez intervence. Následně bylo měření FF – TK, P, SpO<sub>2</sub> lékařem ordinováno 1x týdně, bez patologických hodnot.

*Laboratorní vyšetření krve v průběhu hospitalizace:*

*Biochemické vyšetření krve (referenční interval dle laboratoře daného zařízení):*

Kreatinin – 39 / 59 / 63 / 79 μmol/l (referenční interval: 40 – 110 μmol/l)

Urea – 2,8 / 5,2 / 4,9 / 5,3 mmol/l (referenční interval: 3,2 – 10,0 mmol/l)

Natrium – 136 / 139 / 140 / 144 mmol/l (referenční interval: 137 – 144 mmol/l)

Kalium – 4,6 / 4,0 / 3,8 / 4,2 mmol/l (referenční interval: 3,6 – 4,9 mmol/l)

Chloridy – 92 / 95 / 99 / 102 mmol/l (referenční interval: 97 – 108 mmol/l)

C-reaktivní protein (dále jen CRP) – 57,3 = bez intervence / 13,7 / 4,3 / 4,9 mg/l (referenční interval: 0,0 – 5,0 mg/l)

*Hematologické vyšetření krve (referenční interval dle laboratoře daného zařízení):*

Leukocyty – 12,2 / 6,1  $10^9/l$  (referenční interval: 4,0 – 10,0  $10^9/l$ )

Erytrocyty – 4,32 / 4,20  $10^{12}/l$  (referenční interval: 3,80 – 5,20  $10^{12}/l$ )

Hemoglobin – 125,0 / 136,0 g/l (referenční interval: 120,0 – 160,0 g/l)

Hematokrit – 0,374 / 0,386 l/l (referenční interval: 0,350 – 0,470 l/l)

Destičky – 338 / 346  $10^9/l$  (referenční interval: 150 – 400  $10^9/l$ )

*Koagulační vyšetření krve (referenční interval dle laboratoře daného zařízení):*

Quickův test – výsledek je vyjádřen hodnotou INR (International Normalized Ratio, mezinárodní normalizovaný poměr) – 1,26 / 1,57 / 1,11 / 1,38 / 1,44 / 1,24 / 2,61 / 2,90, 1,42 INR (referenční interval: 0,80 – 1,20 INR, při léčbě Warfarinem je optimální rozmezí INR mezi 2 – 3).

Pacientka byla přijata na oddělení následné péče z důvodu pokračování v léčbě mediastinitidy po perforaci jícnu při gastrofibroskopii. Byla imobilní, nesoběstačná, s dekubitem prvního stupně (zarudnutí kůže) v sakrální oblasti. Měla zavedený centrální žilní katetr (dále jen CŽK), mediastinální drén, permanentní močový katetr (dále jen PMK) a PEG. Udávala bolesti zad, proto byla nasazena analgetická terapie. Byla zahájena rehabilitace. Výživa a léky byly podávány do PEGu. Pro neuspokojivý psychický stav byla zahájena duchovní péče. Probíhaly pravidelné kontroly hrudním chirurgem u lůžka, bylo indikováno kontrolní CT hrudníku s odstupem. Ve druhém týdnu hospitalizace byl odstraněn CŽK z důvodu nefunkčnosti. Pokračuje se v rehabilitaci, pacientka od druhého týdne hospitalizace zvládla samostatný sed na lůžku, ve třetím týdnu hospitalizace zvládla chůzi v předloketním chodítku po pokoji s doprovodem. Ve čtvrtém týdnu hospitalizace bylo provedeno kontrolní CT hrudníku s nálezem recidivujícího abscesu, s regresí fluidothoraxů. Dále byla na kontrolním CT zjištěna trombóza vena jugularis dextra. Pokračovalo se v antikoagulační terapii. V pátém týdnu hospitalizace došlo ke spontánní extrakci mediastinálního drénu. Dle rozhodnutí hrudních chirurgů byla pacientka ponechána bez drénu. Byla indikována kontrolní gastrofibroskopie ke zhodnocení perforace jícnu. Došlo k úpravě psychického stavu, zlepšení v oblasti mobility a v péči o sebe sama. Byla provedena kontrolní gastrofibroskopie, dle které již není patrný defekt v jícnu. Na základě toho byl v devátém týdnu hospitalizace zahájen pomalý perorální příjem. V devátém týdnu hospitalizace byl také odstraněn PMK a postupně obnovena kontinence moči. Bylo provedeno kontrolní sonografické vyšetření jugulárních žil, již bez trombózy. V desátém týdnu byla postupně ukončena antikoagulační terapie. Od desátého týdne hospitalizace pacientka zvládla chůzi ve 4 kolovém chodítku bez doprovodu, byla soběstačná v úkonech denní potřeby. Bylo provedeno vyšetření polykacího aktu se závěrem patrného vyklenutí jícnu, ale bez komunikace s mediastinem. Pacientka byla indikována k extrakci PEGu. Extrakce PEGu proběhla v jedenáctém týdnu hospitalizace bez

komplikací. Pacientka je ve dvanáctém týdnu hospitalizace indikována k dimisi do domácího ošetřování.

### **6.3.3 Farmakoterapie v průběhu hospitalizace**

Informace k lékům čerpány z databáze léků Státního ústavu pro kontrolu léčiv.

Léky podávané do PEGu / od devátého týdne hospitalizace perorálně:

#### **Apo-ome 20 mg**

*Léková skupina:* antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy

*Indikace:* léčba duodenálních a benigních žaludečních vředů. Léčba žaludečních a duodenálních vředů v souvislosti s podáváním nesteroidních antirevmatik. Léčba reflexní ezofagitidy, symptomatické reflexní choroby jícnu, eradikace *Helicobacter pylori* u vředové choroby.

*Generikum:* omeprazol

*Obvyklé dávkování:* dávkování je individuální dle onemocnění, obvyklá dávka 20 mg jednou denně

*Maximální denní dávka:* 20 – 120 mg omeprazolu denně. Dávku je nutné upravit individuálně dle onemocnění.

*Kontraindikace:* přecitlivělost na složky přípravku, přecitlivělost na substituované benzimidazoly. Současné užívání s nelfinavirem.

*Časté vedlejší účinky:* bolest hlavy, bolest břicha, průjmovitá stolice, zácpa, plynatost, pocit na zvracení nebo zvracení

*Dávkování během hospitalizace:* 1 cps ráno, 1 cps večer, následně snížení na 1 cps ráno. Od osmého týdne hospitalizace lék vysazen. Dle lékařské dokumentace není indikace k podávání léku.

#### **Escirdec neo 10 mg**

*Léková skupina:* antidepresivum

*Indikace:* léčba depresivních epizod, panické poruchy, sociální úzkostné poruchy. Dále léčba generalizované úzkostné poruchy a obsedantně kompulzivní poruchy.

*Generikum:* escitalopram

*Obvyklé dávkování:* doporučená denní dávka je 10 mg denně, lze navýšit až na 20 mg denně

*Maximální denní dávka:* 20 mg. U pacientů nad 65 let by denní dávka neměla překročit 10 mg.

*Kontraindikace:* přecitlivělost na složky přípravku. Vrozené nebo získané prodloužení QT intervalu, současná léčba léčivými přípravky prodlužující QT interval. Kojení a věk do 18 let.

*Časté vedlejší účinky:* snížení nebo zvýšení chuti k jídlu, průjmovitá stolice, zácpa, zvracení, sucho v ústech, nadměrné pocení, bolesti ve svalcích a kloubech

*Dávkování během hospitalizace:* 1 tbl ráno

#### **Euthyrox 125 µg**

*Léková skupina:* hormon štítné žlázy

*Indikace:* léčba benigní eutyroidní strumy. Profylaxe recidivy po strumektomii v závislosti na pooperačním hormonálním stavu. Substituční léčba hypotyreózy. Supresní léčba karcinomu štítné žlázy.

*Generikum:* levothyroxinum natriicum

*Obvyklé dávkování:* hypotyreóza u dospělých: počáteční dávka 25-50 µg, udržovací dávka 75-150 (200) µg

*Maximální denní dávka:* 75-150 (200) µg

*Kontraindikace:* přecitlivělost na složky přípravku, neléčená adrenální a hypofyzární insuficience, neléčená tyreotoxikóza. Léčba nesmí být zahájena u akutního infarktu myokardu, akutní myokarditidy a pankarditidy.

*Časté vedlejší účinky:* srdeční arytmie, tachykardie, palpitace, svalová slabost a křeče, bolest hlavy, návaly horka, horečka, zvracení, třes, neklid, nespavost, nadměrné pocení, úbytek tělesné hmotnosti, průjmovitá stolice

*Dávkování během hospitalizace:* 1 tbl ráno na lačno

### **Furon 40 mg**

*Léková skupina:* diuretikum

*Indikace:* léčba edémů u dospělých i dětí, které vyžadují okamžitou terapeutickou odpověď. Léčba hypertenze u dospělých v kombinaci s jinými antihypertenzivy.

*Generikum:* furosemidum

*Obvyklé dávkování:* obvyklá úvodní dávka u dospělých je 20 – 80 mg v jedné dávce. Dávku lze postupně navyšovat na 40 – 120 mg. U těžkých edematózních stavů může být dávka navýšena až na 600 mg.

*Maximální denní dávka:* 40 – 120 mg, u těžkých edematózních stavů až 600 mg

*Kontraindikace:* přecitlivělost na složky přípravku a na sulfonamidy. Akutní selhání ledvin s anurií, jaterní selhání s poruchou vědomí. Závažná hypokalemie, hyponatremie, hypovolemie. Kojení.

*Časté vedlejší účinky:* pocit na zvracení nebo zvracení, průjmovitá stolice. Z důvodu zvýšeného vylučování moči může dojít k oběhovým poruchám.

*Dávkování během hospitalizace:* 1/2 tbl ráno, 1/2 tbl v poledne, následně úprava dávky na 1/2 tbl ráno

### **Godasal 100 mg**

*Léková skupina:* protidestičkové léčivo

*Indikace:* léčba akutního infarktu myokardu a nestabilní anginy pectoris. Dlouhodobá sekundární prevence u anginy pectoris, po infarktu myokardu, cévní mozkové příhodě nebo tranzitorní ischemické atace.

*Generikum:* acidum acetylsalicylicum, glycinum

*Obvyklé dávkování:* 1 tableta denně u akutního infarktu myokardu, nestabilní anginy pectoris a dlouhodobé primární prevenci

*Maximální denní dávka:* 300 mg

*Kontraindikace:* přecitlivělost na kyselinu acetylsalicylovou, jiné salicyláty a ostatní složky přípravku. Dále akutní vředové onemocnění trávicího traktu, vážné selhání jater, ledvin nebo srdce a 3. trimestr těhotenství.

*Časté vedlejší účinky:* pocit na zvracení nebo zvracení, kožní vyrážka. Při dlouhodobém užívání může dojít ke zvýšené krvácivosti, projevující se tvorbou hematomů.

*Dávkování během hospitalizace:* 1 tbl v poledne. Lék byl nasazen v jedenáctém týdnu hospitalizace (po ukončení antikoagulační léčby).

### **Novalgin tablety**

*Léková skupina:* analgetikum, antipyretikum

*Indikace:* léčba silné akutní bolesti, léčba chronické bolesti. Dále léčba horečky nereagující na jinou léčbu.

*Generikum:* metamizolum natrium monohydricum

*Obvyklé dávkování:* dospělí a dospívající nad 15 let 1 – 4 krát denně 1 – 2 tablety

*Maximální denní dávka:* 8 tbl

*Kontraindikace:* přecitlivělost na složky přípravku, útlum krvetvorby, jaterní porfyrie. Dále 3. trimestr těhotenství, kojení a věk do 15 let.

*Časté vedlejší účinky:* alergická nebo kožní reakce

*Dávkování během hospitalizace:* 1 tbl ráno, 1 tbl večer. Od osmého týdne hospitalizace lék vysazen (pacientka je bez bolesti).

### **Oxazepam léčiva**

*Léková skupina:* anxiolytikum

*Indikace:* podává se pro zmírnění nervozity, napětí, úzkosti a neklidu. Dále u duševních depresí se zvýšenou dráždivostí, u nespavosti provázené úzkostí.

*Generikum:* oxazepamum

*Obvyklé dávkování:* u dospělých je individuální. Při úzkosti se obvykle podávají 1 – 3 tablety denně, u nespavosti 1,5 – 2,5 tablety asi 1 hodinu před spaním. U starších pacientů se obvykle podává 0,5 – 1 tableta 2 – 3krát denně. Lék se nepodává déle jak 2 měsíce.

*Maximální denní dávka:* 1 – 3 tablety denně, u starších pacientů 0,5 – 1 tableta 2 – 3krát denně

*Kontraindikace:* přecitlivělost na složky přípravku nebo na benzodiazepiny. Dále myasthenia gravis, akutní otrava alkoholem, akutní dechová nedostatečnost, těhotenství, kojení a věk do 18 let.

*Časté vedlejší účinky:* únava, ospalost, závratě

*Dávkování během hospitalizace:* 1 tbl na noc (ve 21:00). Pro ústup obtíží od čtvrtého týdne hospitalizace lék vysazen.

### **Piramil 2,5 mg**

*Léková skupina:* antihypertenzivum, ACE inhibitor

*Indikace:* léčba hypertenze, městnavého srdečního selhání, glomerulární nefropatie. Snížení mortality u pacientů po infarktu myokardu s projevy srdeční nedostatečnosti. Prevence infarktu myokardu, cévní mozkové příhody a kardiovaskulární smrti u rizikových pacientů.

*Generikum:* ramiprilum

*Obvyklé dávkování:* léčba se začíná nízkými dávkami (1,25-2,5 mg/den), které se postupně zvyšují. Obvyklá udržovací dávka je 2,5-5mg/den.

*Maximální denní dávka:* 10 mg

*Kontraindikace:* přecitlivělost na složky přípravku nebo na jiné ACE inhibitory, angioneurotický edém v anamnéze, hemodynamicky významná oboustranná stenóza renálních arterií nebo stenóza renální arterie solitární ledviny, podávání hypotenzním nebo hemodynamicky nestabilním pacientům, 2. a 3. trimestr těhotenství.

*Časté vedlejší účinky:* bolest hlavy nebo pocit únavy, mdloby, hypotenze, suchý, dráždivý kašel. Dále bolest žaludku nebo střev, průjmovitá stolice, pocit na zvracení nebo zvracení.

*Dávkování během hospitalizace:* 1/2 tbl ráno. V průběhu druhého týdne hospitalizace lék vysazen.

### **Tiapridal 100 mg**

*Léková skupina:* antipsychotikum

*Indikace:* krátkodobá léčba poruch chování ve stáří, při chronickém abúzu alkoholu. Léčba těžkých poruch chování s agitovaností a agresivitou.

*Generikum:* tiapridi hydrochloridum

*Obvyklé dávkování:* léčba by měla být zahájena nízkou dávkou, která je postupně navyšována. Obvyklé dávkování je 200 – 300 mg za den, u starších pacientů je průměrná dávka 200 mg za den.

*Maximální denní dávka:* 300 mg

*Kontraindikace:* přecitlivělost na složky přípravku, prolaktin-dependentní tumory, karcinom prsu, kombinace s levodopou

*Časté vedlejší účinky:* závratě, bolest hlavy, zvýšený třes rukou, zvýšené svalové napětí, poruchy pohybu, ospalost, únava, slabost, malátnost

*Dávkování během hospitalizace:* 1/2 tbl v poledne, 1 tbl večer. Pro ústup obtíží od pátého týdne hospitalizace lék vysazen.

### **Trombex 75 mg**

*Léková skupina:* protidestičkové léčivo

*Indikace:* prevence aterotrombotických příhod u dospělých pacientů: po infarktu myokardu, po ischemické cévní mozkové příhodě, s prokázanou ischemickou chorobou dolních končetin, s akutním koronárním syndromem. Prevence aterotrombotických a trombembolických příhod u dospělých s fibrilací síní.

*Generikum:* clopidogrelum

*Obvyklé dávkování:* 1 tableta 75 mg denně. U pacientů s akutním koronárním syndromem se podává úvodní nárazová dávka 300 mg.

*Maximální denní dávka:* 75 mg

*Kontraindikace:* přecitlivělost na složky přípravku, závažná porucha funkce jater, aktivní patologické krvácení, např. krvácení při peptickém vředu nebo intrakraniální krvácení. Použití v těhotenství a při kojení se nedoporučuje.

*Časté vedlejší účinky:* nejčastějším nežádoucím účinkem je krvácení. Krvácení se může projevit jako krvácení do žaludku nebo do střev, podlitiny, krevní výrony, krvácení z nosu, krev v moči.

*Dávkování během hospitalizace:* 1 tbl v poledne. Pro vysoké riziko krvácení při kombinaci Trombex a nízkomolekulární heparin, lék v průběhu druhého týdne hospitalizace vysazen.

### **Verospiron 25 mg**

*Léková skupina:* antagonist aldosteronu

*Indikace:* léčba primárního hyperaldosteronismu. Přídavná léčba srdečního selhání a arteriální hypertenze. Léčba ascitu a edémů u jaterní cirhózy. Léčba hypokalemie, dále jako profylaxe hypokalemie u léčby digitalisem.

*Generikum:* spironolactonum

*Obvyklé dávkování:* počáteční dávka u edematózních stavů bývá 100 mg za den, při závažných stavem může být dávka navýšena na 200 – 400 mg za den. U chronického srdečního selhávání je počáteční dávka 25 mg za den, v případě potřeby může být dávka navýšena na 50 mg za den.

*Maximální denní dávka:* u edematózních stavů, krátkodobě až 400 mg. U chronického srdečního selhávání 50 mg za den.

*Kontraindikace:* přecitlivělost na složky přípravku, anurie, akutní renální selhání, těžká porucha funkce ledvin. Hyperkalemie, hyponatremie, souběžné užívání kalium šetřících diuretik a kojení.

*Časté vedlejší účinky:* nechutenství, pocit na zvracení nebo zvracení, bolest břicha, průjmovitá stolice, bolest hlavy, ospalost, otupělost, dezorientace

*Dávkování během hospitalizace:* 1 tbl v poledne, 1 tbl večer, následně úprava dávky na 1 tbl v poledne

### **Warfarin 5 mg**

*Léková skupina:* antikoagulans

*Indikace:* léčba a prevence hluboké žilní trombózy a plicní embolie. Sekundární prevence infarktu myokardu a prevence tromboembolických komplikací po infarktu myokardu. Prevence tromboembolických komplikací u pacientů s fibrilací síní, onemocněním srdečních chlopní. Léčba a prevence tranzitorních ischemických atak a iktu.

*Generikum:* warfarinum natricum

*Obvyklé dávkování:* dávkování je individuální, dle protrombinového času. Léčba u dospělých se obvykle zahajuje dávkou 10 – 15 mg za den, obvyklá udržovací dávka je 2 – 10 mg za den.

*Maximální denní dávka:* 15 mg – dle protrombinového času

*Kontraindikace:* přecitlivělost na složky přípravku, krvácivé stavy, závažná jaterní insuficience nebo cirhóza. Dále neléčená hypertenze, sklon k častým kolapsům, infekční endokarditida nebo krvácení do osrdečníku. Nespolupráce pacienta.

*Časté vedlejší účinky:* krvácení z nosu, dásní, tvorba hematomů, krev v moči, ve stolici

*Dávkování během hospitalizace:* 1 tbl v poledne, přechodně 2 tbl v poledne (dávka byla průběžně upravována dle výsledku protrombinového času). Lék byl nasazen po ukončení

injekční antikoagulační terapie. Z důvodu ukončení antikoagulační terapie byl lék od jedenáctého týdne hospitalizace vysazen.

Léky podávány injekční formou:

### **Fragmin 5000 m. j. / 0,2 ml**

*Léková skupina:* antikoagulans, nízkomolekulární heparin

*Indikace:* léčba akutní trombózy hlubokých žil a plicní embolie. Prevence srážení krve v mimotělním systému při hemodialýze. Profylaxe tromboembolie v souvislosti s chirurgickým výkonem, dále u pacientů s omezenou pohyblivostí z důvodu akutního zhoršení zdravotního stavu. Léčba nestabilní anginy pectoris a non-Q infarktu myokardu.

*Generikum:* dalteparinum natricum

*Obvyklé dávkování:* dle indikace a tělesné hmotnosti pacienta. U pacientů s omezenou pohyblivostí jako profylaxe tromboembolie se obvykle podává 5000 m. j. jednou denně.

*Maximální denní dávka:* dle indikace a tělesné hmotnosti pacienta

*Kontraindikace:* přecitlivělost na dalteparin, jiné nízkomolekulární hepariny nebo na heparin. Dále klinicky významné krvácení, těžké poruchy srážlivosti krve, septická endokarditida.

*Časté vedlejší účinky:* tvorba hematomů, bolest nebo podráždění v místě aplikace, tvorba podlitin v místě aplikace

*Dávkování během hospitalizace:* 1 předplněná injekční stříkačka s. c. v 18:00, přechodně 1 předplněná stříkačka s. c. v 6:00 a v 18:00. Léčba byla po nastavení účinné antikoagulační terapie warfarinem od devátého týdne hospitalizace vysazen.

### **Novalgín injekce**

*Léková skupina:* analgetikum, antipyretikum

*Indikace:* léčba silné akutní bolesti, léčba chronické bolesti. Dále léčba horečky nereagující na jinou léčbu.

*Generikum:* metamizolum natricum monohydricum

*Obvyklé dávkování:* jednotlivá dávka je 2 – 5 ml

*Maximální denní dávka:* 10 ml

*Kontraindikace:* přecitlivělost na složky přípravku, útlum krvetvorby, jaterní porfyrie, hypotenze nebo nestabilní krevní oběh. Dále 3. trimestr těhotenství, kojení a kojenci ve věku do 3 měsíců nebo s tělesnou hmotností pod 5 kilogramů.

*Časté vedlejší účinky:* alergická nebo kožní reakce

*Dávkování během hospitalizace:* 1 ampule v 8:00 i. m., 1 ampule ve 20:00 i. m., z důvodu převedení pacientky na tabletovou formu analgetik, byl lék od třetího týdne hospitalizace vysazen

### **Tiapridal 100 mg / 2 ml**

*Léková skupina:* antipsychotikum

*Indikace:* krátkodobá léčba poruch chování ve stáří, při chronickém abúzu alkoholu

*Generikum:* tiapridi hydrochloridum

*Obvyklé dávkování:* při deliriu 1 injekce každých 4 – 6 hodin. U starších pacientů 2 – 3 injekce za den v intervalu 6 hodin.



*Maximální denní dávka:* při deliriu 400 – 1200 mg, v případě až 1800 mg. U starších pacientů 200 – 300 mg.

*Kontraindikace:* přecitlivělost na složky přípravku, prolaktin-dependentní tumory, karcinom prsu, kombinace s levodopou

*Časté vedlejší účinky:* závratě, bolest hlavy, zvýšený třes rukou, zvýšené svalové napětí, poruchy pohybu, ospalost, únava, slabost, malátnost

*Dávkování během hospitalizace:* 1 ampule s. c. ve 21:00, z důvodu převedení pacientky na tabletovou formu, byl lék od třetího týdne hospitalizace vysazen

#### **6.3.4 Dietoterapie v průběhu hospitalizace**

V průběhu onemocnění dochází ke změně potřeb v organismu. Změny se týkají i potřeby výživy, kdy je často nutné ve stravě upravit vzájemný počet živin. Toho docílíme dietoterapií, která je nedílnou součástí léčby. Zdravotnická zařízení se v oblasti stravování řídí od roku 1955 normou nazývanou dietní systém, která je pravidelně aktualizována. Dietní systém dělí diety do tří skupin – diety základní, speciální a standardizované. Některá zdravotnická zařízení si dietní systém upravují (Kelnarová et al., 2015).

Diety ordinované v průběhu hospitalizace:

*Enterální výživa do PEGu:*

Enterální výživa je farmaceutická průmyslově vyráběná výživa. Je vyráběna tak, aby pokryla denní nutriční potřebu. Je bezlaktózová, neobsahuje cholesterol a většinou je bezlepková. Přípravky enterální výživy obsahují denní doporučené množství minerálů, vitamínů a stopových prvků. Obsah vody v přípravku zpravidla nepokrývá denní potřebu. Je tedy nutné zajistit perorální rehydrataci, pokud to není možné, zajistíme hydrataci do sondy (Bartůněk et al., 2016).

*Dieta č. 0 – tekutá:*

Jedná se o mechanicky nejšetrnější dietu. Je indikována krátkodobě po operacích, při onemocnění trávicího traktu, dutiny ústní. Patří mezi základní diety.

*Dieta č. 1 – kašovitá:*

Tato dieta je indikována po operacích na trávicím traktu, akutních stádiích onemocnění trávicího traktu, dále při změnách v dutině ústní. Konzistence je upravena do kašovitě formy. Patří mezi základní diety.

*Dieta č. 3 – racionální:*

Tato dieta je indikována v případě, kdy nemocný nepotřebuje žádnou úpravu stravy nebo dietní omezení. Jedná se o běžnou stravu, která odpovídá základním výživovým doporučením. Patří mezi základní diety (Kelnarová et al., 2015).

#### **6.3.5 Vlastní zhodnocení stavu**

*Vnímání zdraví – aktivity k udržení zdraví:*

Pacientka je hospitalizovaná z důvodu pokračování v léčbě mediastinitidy po perforaci jícnu. Na oddělení geriatrické a následné péče je druhý den. Dosavadní délka hospitalizace je

1,5 měsíce. Je při vědomí, orientovaná místem a osobou, časem dezorientovaná. MMSE při přijetí na oddělení následné péče (Mini Mental State Exam, test kognitivních funkcí) 17 bodů (viz Příloha č. 2) → mírný až středně těžký kognitivní deficit (normální stav = MMSE 27 – 30 bodů). Je negativistická, úzkostná, nechce spolupracovat s ošetřujícím personálem, chce zemřít. Je imobilní – riziko vzniku dekubitu dle Nortonové → 15 bodů a nesoběstačná – ADL (Activities of Daily Living, Barthel test základních všedních činností) → 0 bodů (viz Příloha č. 1). To její negativistickou náladu prohlubuje. Udává bolesti zad, dle vizuální analogové škály – VAS 4. Na krku vpravo má zavedený CŽK do vena jugularis dextra, který je zajištěn transparentní fólií. Na krku vlevo má vyvedený medistinnální drén. Sekret z drénu je odváděn do sterilní gázy.

Před hospitalizací žila sama, byla relativně soběstačná, chodila s vycházkovou holí. Dříve kouřila asi 15 cigaret za den, nekouří asi 40 let. Alkohol jen příležitostně.

#### *Výživa – metabolismus:*

Pacientka se doma stravuje 4krát denně. Je schopna si sama stravu připravit, s vařením jí hodně vypomáhá dcera. Jí prakticky vše. Jak sama říká, byla vychovávána v době, kdy jídla bylo málo a tak si ho váží. Doma neměla žádné dietní omezení. Její denní příjem tekutin je kolem 1200 ml. Nejraději pije minerální vody, čaj. V dutině ústní má horní i dolní zubní protézu. Nejraději by ji v ústech neměla. Říká, že ji nepotřebuje. Váha pacientky je 78 kg, výška postavy je 170 cm. BMI → 27, nadváha. Kůže je neporušena (mimo invazivní vstupy), suchá. Má dekubit prvního stupně (zarudnutí kůže) v sakrální oblasti. Aktuálně nemá pacientka žádný perorální příjem a to z důvodu poranění jícnu. Výživa a hydratace je zajišťována pomocí výživové stomie PEG. Enterální výživa je podávána v pravidelných dávkách a to 6x denně. Je zachována noční pauza v čase 22:00 – 6:00. Enterální výživu snáší dobře.

#### *Vylučování:*

Doma se pacientka vyprazdňuje samostatně, stolici má jednou za dva dny. Aktuálně má stolici pravidelně 1 – 2krát denně, hnědé barvy, bez příměsí. Přisuzuje to podávané enterální výživě. Vyprazdňování stolice provádí do podložní mísy. Před hospitalizací udává lehký unik moče, používá absorpční pomůcky k tomu určené. Nyní má pacientka zavedený PMK, ten je funkční, odvádí čistou moč, bez příměsí. Potí se přiměřeně.

#### *Aktivita – cvičení:*

Ve volném čase ráda čte historickou a právní literaturu, sleduje televizi. V domácím prostředí byla relativně soběstačná. Zvládala péči o osobní hygienu, běžný úklid domácnosti, přípravu stravy. S vařením jí vypomáhala dcera, která pravidelně 3x týdně docházela. Byla schopna si obstarat menší nákupy. Chodila s oporou vycházkové hole. Na oddělení následné péče je negativistická, úzkostná, chce zemřít. Nemá zájem o čtení knih ani o sledování televize. Je imobilní, nesoběstačná ve všech úkonech péče o svoji osobu. Již druhý den hospitalizace na následné péči byla zahájena rehabilitační péče. Ta spočívala v provádění léčebné tělesné výchovy (dále jen LTV) na lůžku a v nácviku mobility.

### *Spánek – odpočinek:*

V domácím prostředí spí pacientka dobře, denně 5 – 6 hodin, žádné léky neužívá. Usíná kolem 23 hodiny, někdy i později a vstává kolem 5 hodiny. Ráno se cítí odpočatá. Doma spí i během dne, asi 1 hodinu, většinou po obědě, při sledování televize. V nemocnici spí špatně. Nemůže usnout, spí přerušovaně. Budí jí poskytována ošetrovatelská péče v pravidelných časech (podání medikace dle ordinace lékaře, podání výživy do PEGu, změna polohy v lůžku), ale uvědomuje si důležitost poskytované péče. Je rušena i ostatními pacientkami na pokoji. Po domluvě s ošetřující lékařkou užívá předepsanou medikaci.

### *Vnímání – poznávání:*

Pacientka je orientovaná místem a osobou, časem je částečně dezorientovaná. Na základě provedeného testu MMSE (17 bodů) má mírný až středně těžký kognitivní deficit. Ze závěru kognitivní trenérky, která test prováděla, je zřejmé, že pacientka je časoprostorově dezorientovaná, příkazům a doporučením částečně rozumí a má částečně narušené ukládání paměťových obsahů. Na mé dotazy odpovídá adekvátně, někdy nesprávně a je zaznamenána horší výbavnost některých výrazů. Zrak je bez korekce. Udává mírnou nedoslýchavost na pravé ucho. Udává bolesti zad, dle vizuální analogové škály – VAS 4. Jsou jí aplikována injekční analgetika, po kterých udává bolest VAS 2. V průběhu našeho rozhovoru mi pacientka sděluje, že chce zemřít. Pozorně jsem jí naslouchala a snažila jsem se jí povzbudit, aby se nevzdávala a s naší a dceřinou pomocí situaci zvládla. Tuto informaci jsem předala ošetřujícímu personálu a lékaře oddělení. Téhož dne byla ošetřující lékařkou indikována duchovní péče, kterou pacientka uvítala.

### *Sebepojetí – sebeúcta:*

Pacientka se vždy hodnotila jako optimista i když podle jejích slov se aktuálně vnímá jako pesimista. Nemá zájem o dění kolem sebe, je negativistická. Během našeho rozhovoru si začíná uvědomovat, co prožila. Nemá pocit nedostatku informací, ale jak uvádí, neměla zatím čas nad tím přemýšlet. Až na oddělení následné péče si začíná uvědomovat vážnost stavu. Dříve pracovala jako soudkyně, nyní je ve starobním důchodu.

### *Plnění rolí – mezilidské vztahy:*

Žije sama v malém bytě. Je vdova. Má jednu dceru, která jí pravidelně 3x týdně navštěvuje a je jí velkou oporou. Má kolem sebe mnoho přátel, zejména ze soudcovské praxe. Na oddělení jí denně navštěvuje její dcera a podporuje jí k samostatnosti.

### *Sexualita – reprodukční schopnost:*

Pacientka uvádí ferttilní období asi do 50 let. Porodila jednu dceru, porod proběhl bez komplikací. Prodělala operaci vaječníku pro cystu. Vzhledem k věku jsem s pacientkou tuto oblast dále nerozebírala.

### *Stres – zvládání, tolerance:*

Stresové situace zvládá dobře. Má za sebou náročnou pracovní kariéru, která jí naučila stresové situace zvládat. Dříve kouřila asi 15 cigaret za den, již asi 40 let nekouří. Alkohol pije jen příležitostně při velkých rodinných oslavách. Nyní se necítí dobře. Začíná si uvědomovat vážnost svého stavu, má strach.

*Víra – životní hodnoty:*

Pacientka není věřící. Vzhledem k vážnosti svého stavu je negativistická, chce zemřít, má strach. Na základě našeho rozhovoru a předání informací ošetřujícímu personálu a lékařce oddělení, byla pacientce indikována duchovní péče. I když není pacientka věřící, duchovní péči uvítala. Chtěla mluvit s někým jiným, než s personálem daného oddělení.

## **6.4 Plán péče**

### **6.4.1 Stanovení ošetřovatelských diagnóz**

Jednotlivé ošetřovatelské diagnózy jsem sestavila druhý den hospitalizace na oddělení geriatrické a následné péče a sledovala a prováděla realizaci po celých dvanáct týdnů hospitalizace.

*Aktuální ošetřovatelské diagnózy:*

Akutní bolest zad z důvodu upoutání na lůžko projevující se negativistickou náladou, změnou výrazu v obličeji.

Omezená sebek péče v oblasti mobility, hygieny, oblékání a vyprazdňování z důvodu základního onemocnění.

Porucha výživy z důvodu základního onemocnění projevující se nemožností přijímat stravu perorálně.

Porucha spánku z důvodu hospitalizace projevující se únavou, spánkem přes den.

Porucha vyprazdňování moče z důvodu zavedeného permanentního močového katetru.

Úzkost, strach z důvodu základního onemocnění projevující se změnou nálady.

Kognitivní deficit z důvodu základního onemocnění.

*Potenciální ošetřovatelské diagnózy:*

Riziko vzniku infekce z důvodu zavedených invazivních vstupů (CŽK, mediastinální drén, PMK, PEG) projevující se možnými známkami infekce.

Riziko výskytu krvácivých projevů z důvodu antikoagulační léčby projevující se možným krvácením z tělních dutin.

Riziko pádu z důvodu omezené pohyblivosti, užívání rizikových léků.

### **6.4.2 Ošetřovatelské diagnózy, cíle, plány, realizace a hodnocení péče**

*Akutní bolest zad z důvodu upoutání na lůžko projevující se negativistickou náladou, změnou výrazu v obličeji.*

*Cíl péče:*

- pacientka pocítí úlevu od bolesti
- pacientka bude bez bolesti

*Plán péče:*

- sledovat lokalizaci, charakter a intenzitu bolesti
- hodnotit bolest podle vizuální analogové škály 3x denně a dle potřeby
- sledovat vyvolávající činitel

- sledovat verbální i neverbální projevy bolesti
- edukovat o možnosti využití úlevové polohy
- podat analgetika dle ordinace lékaře
- sledovat účinek podaných analgetik

*Realizace péče:*

Rozhovorem jsem zjistila lokalizaci, charakter a intenzitu bolesti. Pacientka udávala tupou bolest zad, dle vizuální analogové škály – VAS 4. Vyvolávajícím činitelem je změna polohy. Dle ordinace lékaře jsem jí aplikovala analgetika i. m. a za 30 minut po aplikaci jsem provedla kontrolní zhodnocení bolesti dle vizuální analogové škály – VAS 2. Vše jsem řádně zaznamenala do dokumentace pacientky. Dále jsem pacientce vysvětlila možné úlevové polohy a pomohla jsem jí vhodnou polohu zaujmout.

*Hodnocení péče:*

Bolest u pacientky přetrvávala do sedmého týdne hospitalizace. Nejvyšší intenzitu a to VAS 4 pacientka udávala během prvního týdne hospitalizace. Dle ordinace lékaře jí byly aplikovány analgetické injekce i. m. a to pravidelně 2x denně. Po aplikaci injekce pacientka udávala ústup bolestí – VAS 2, následně VAS 1. Od třetího týdne hospitalizace pacientka udávala bolest VAS – 2. Dochází ke změně způsobu podání analgetik. Pacientka byla z injekční formy převedena na perorální formu analgetik a to 2 tbl za den (vždy ráno a večer). Díky prováděné rehabilitaci a zvýšení soběstačnosti došlo postupně k úplnému vymizení bolestí. Od osmého týdne hospitalizace bylo podávání analgetik ukončeno. Vše bylo řádně zaznamenáno do dokumentace pacientky.

Cíl péče splněn osmý týden hospitalizace.

*Omezená sebek péče v oblasti mobility, hygieny, oblékání a vyprazdňování z důvodu základního onemocnění.*

*Cíl péče:*

- pacientka bude soběstačná v oblasti mobility, hygieny, oblékání a vyprazdňování
- pacientka bude mít uspokojené své potřeby

*Plán péče:*

- zajistit intenzivní a pravidelný nácvik a lehkou dopomoc v oblasti mobility, hygieny, oblékání a vyprazdňování
- edukovat a zajistit prevenci vzniku dekubitů v rizikových místech
- zajistit vhodné pomůcky ke zlepšení sebek péče v uvedených oblastech
- zajistit, aby pomůcky byly na dosah ruky pacientky
- zajistit signalizaci k lůžku
- zjistit subjektivní potíže pacientky
- zajistit opakovanou edukaci a motivaci pacientky

*Realizace péče:*

Pacientka je druhý den hospitalizace imobilní – riziko vzniku dekubitu dle Nortonové → 15 bodů a nesoběstačná – ADL → 0 bodů. V sakrální oblasti má dekubit prvního stupně (zarudnutí kůže). Rozhovorem s pacientkou jsem zjistila její potřeby. Zajistila jsem jí

dopomoc v oblasti pohybu, podporovala jsem jí v provádění LTV na lůžku a v nácviku sedu. Opakovaně jsem jí edukovala o nutnosti pravidelné změny polohy v lůžku. Při nácviku mobility byly vždy kontrolovány známky ortostatické hypotenze. Pacientka byla posazována pomalu a zpočátku vždy za přítomnosti ošetřujícího personálu nebo rehabilitačního pracovníka.

Dále jsem pacientce zajistila provedení celkové hygienické péče ve sprše. K ranní hygienické péči jsem pacientce připravila potřebné pomůcky na dosah ruky a motivovala jsem jí k provedení samostatné hygieny.

V oblasti oblékání jsem pacientce zajistila dopomoc a motivovala jsem jí k větší samostatnosti. Vyprazdňování moče je pomocí zavedeného PMK. V oblasti vyprazdňování stolice jsem se s pacientkou domluvila na používání podložní mísy. Po celou dobu hospitalizace měla pacientka k dispozici signalizační zařízení.

#### *Hodnocení péče:*

Pacientka byla zpočátku negativistická, úzkostná a nechtěla příliš spolupracovat. Opakovanými rozhovory jsme pacientku motivovaly ke zlepšení sebedpěče. V prvním týdnu hospitalizace byla pacientka schopna sedu na lůžku s pomocí druhé osoby. Díky pravidelným změnám polohy pacientky v lůžku došlo ke zhojení dekubitu prvního stupně v sakrální oblasti. Od druhého týdne zvládla pacientka sed na lůžku samostatně. Od třetího týdne byla schopna chůze po pokoji v předloketním chodítku v doprovodu druhé osoby. Pokračovalo se v rehabilitaci – chůze v předloketním chodítku. Současně probíhal nácvik přesunu na toaletní křeslo u lůžka. Od devátého týdne byla pacientka převedena z rehabilitace do aktivizace. S aktivizační sestrou pokračoval nácvik chůze ve 4 kolovém chodítku. Od desátého týdne byla pacientka schopna chůze ve 4 kolovém chodítku bez doprovodu druhé osoby. Zvládla samostatný přesun na toaletní křeslo u lůžka.

Celková hygienická péče byla prováděna zpočátku vleže na sprchovacím lůžku, postupem času byla celková hygienická péče prováděna vsedě na sprchovací židli. Ranní hygienickou péči zvládla pacientka po předchozí přípravě hygienických pomůcek samostatně vsedě na lůžku.

V oblasti oblékání byla pacientka motivována k větší samostatnosti. Po předchozí přípravě vhodného oblečení se byla pacientka schopna samostatně obléknout.

Vyprazdňování stolice probíhalo zpočátku do podložní mísy. Vyprazdňování močového měchýře bylo zajištěno pomocí PMK. Po zlepšení mobility a nácviku přesunu na toaletní křeslo se pacientka vyprazdňovala samostatně. V devátém týdnu došlo k odstranění PMK a pacientka močila spontánně. Od desátého týdne byla pacientka schopna chůze s chodítkem na toaletu, která byla součástí pokoje.

Před plánovaným propuštěním do domácího ošetřování bylo provedeno kontrolní ADL → 70 bodů (lehká závislost, viz Příloha č. 1). Vše bylo řádně zaznamenáno do dokumentace pacientky.

Cíl péče splněn v desátém týdnu hospitalizace.

*Porucha výživy z důvodu základního onemocnění projevující se nemožností přijímat stravu perorálně.*

*Cíl péče:*

- pacientka bude optimálně vyživována
- pacientka nebude mít váhový úbytek větší jak 3 kg
- pacientka bude přijímat stravu perorálně

*Plán péče:*

- zajistit podávání ordinované enterální výživy do PEGu dle ordinace lékaře
- dodržovat zásady při podávání výživy do PEGu
- zjistit subjektivní potíže pacientky při podávání výživy do PEGu
- sledovat možné komplikace po podání enterální výživy
- sledovat váhu pacientky 1x za 14 dní
- v případě potřeby zajistit edukaci nutriční terapeutkou

*Realizace péče:*

Pacientka měla zpočátku zcela vyloučený perorální příjem. Výživa jí byla zajištěna zavedeným PEGem. Do PEGu jsem jí aplikovala enterální výživu dle ordinace lékaře – 6x denně Nutrison Multi Fibre 200 ml + 50 ml proplach sondy převařenou vodou (6:00 – 9:00 – 12:00 – 15:00 – 18:00 – 21:00). Před aplikací výživy do PEGu jsem pacientce vysvětlila, jak budu postupovat. Upravila jsem jí do polosedu, provedla jsem aspiraci žaludečního obsahu, abych ověřila jak je výživa tolerována. Aplikovala jsem výživu, provedla proplach sondy převařenou vodou a upozornila ji na nutnost setrvání v poloze v polosedě po dobu 30 minut. Po celou dobu aplikace výživy jsem s pacientkou udržovala slovní kontakt. Ze zdravotnické dokumentace jsem zjistila, že pacientka byla vážena 1x za 14 dní. Na základě nutričního screeningu → 5 bodů (viz. Příloha č. 1) provedeného při příjmu na oddělení, byla pacientka v průběhu hospitalizace opakovaně navštěvována nutriční terapeutkou. Nutriční terapeutka sledovala stav výživy pacientky a po domluvě s ošetřujícím lékařem upravovala dávky enterální výživy po zahájení perorálního příjmu stravy. Dále spolupracovala s pacientkou a ošetřujícím personálem před zahájením perorálního příjmu stravy.

*Hodnocení péče:*

Pacientce byla v průběhu hospitalizace zajištěna optimální výživa. Zpočátku byla vyživována enterální výživou, která byla aplikována do PEGu. Dle ordinace lékaře jí byla enterální výživa podávána 6x denně – Nutrison Multi Fibre 200 ml + 50 ml proplach sondy převařenou vodou (6:00 – 9:00 – 12:00 – 15:00 – 18:00 – 21:00). Následně byl navýšen proplach převařenou vodou na 100 ml 6x denně + 100 ml ve 24:00. V průběhu hospitalizace došlo k úpravě dávky enterální výživy a to na 150 ml Nutrison Multi Fibre 6x denně + 150 ml převařené vody 7x denně. Pacientka byla opakovaně edukována, že zavedení PEGu je dočasné řešení a až dojde ke zhojení defektu v jícnu, bude moct opět přijímat stravu perorálně. Po zhojení defektu v jícnu bylo indikováno zahájení perorálního příjmu stravy. Od devátého týdne a po konzultaci s nutriční terapeutkou se začala podávat dieta č. 0, následovala dieta č. 1 a nakonec dieta č. 3. Pacientka zvládla návrat k perorálnímu příjmu velmi dobře. Kašovitá strava jí příliš nechutnala, ale těšila se na to, až bude moct jíst

normální stravu. Zpočátku jí byla strava připravována k jídelnímu stolu na pokoji. Nutriční terapeutka pacientku pravidelně navštěvovala a pravidelně si zjišťovala informace od ošetřujícího personálu, zda pacientka sní přidělené množství stravy. Rovněž dcera pacientky byla nutriční terapeutkou informována o tom, jaké potraviny může pacientce podávat. Na základě toho se postupně snižovaly dávky enterální výživy, až bylo podávání enterální výživy ukončeno. Bylo provedeno vyšetření polykacího aktu se závěrem patrné vyklenutí jícnu, ale bez komunikace s mediastinem. Pacientka byla indikována k extrakci PEGu. Extrakce PEGu byla provedena v jedenáctém týdnu hospitalizace na gastroenterologické ambulanci, bez komplikací. Od jedenáctého týdne hospitalizace se pacientka stravuje na jídelně oddělení. Během hospitalizace nebyl zaznamenán váhový úbytek. Vše bylo řádně zaznamenáno do dokumentace pacientky. Cíl péče splněn v jedenáctém týdnu hospitalizace.

*Porucha spánku z důvodu hospitalizace projevující se únavou, spánkem přes den.*

*Cíl péče:*

- pacientka bude spát 5 – 6 hodin bez přerušení
- pacientka se nebude cítit unavená
- pacientka omezí spánek přes den

*Plán péče:*

- zajistit dostatečnou přípravu na spánek (vyvětrání pokoje, úprava lůžka)
- minimalizovat rušivé elementy na pokoji, oddělení
- podat večerní medikaci dle ordinace lékaře
- sledovat účinek podané medikace

*Realizace péče:*

Pacientce byla zajištěna dostatečná příprava na spánek. Personál oddělení vyvětral pokoj a provedl úpravu lůžka, tak aby se pacientka cítila dobře, byla v čistotě. Pacientce byla podána večerní dávka enterální výživy a byla jí podána medikace dle ordinace lékaře. Následně byl sledován účinek podané medikace. Vše bylo řádně zaznamenáno do zdravotnické dokumentace.

*Hodnocení péče:*

Problém v oblasti spánku přetrvával na počátku hospitalizace. Stav pacientky vyžadoval zvýšenou ošetřovatelskou péči a na základě toho byla během noci personálem oddělení několikrát probuzena. I když se personál snažil minimalizovat rušivé elementy na pokoji a chodbě oddělení, nezabránil probuzení pacientky. Zpočátku byla pacientce podávána medikace dle ordinace lékaře. Účinek podané medikace byl částečný. Pacientka se ráno cítila unavená a snažila se spánek dohnat přes den. Se zlepšením somatického stavu došlo i ke zlepšení v oblasti spánku. Od pátého týdne hospitalizace pacientka poruchu spánku neudávala. Ordinovaná medikace jí byla ošetřující lékařkou vysazena. Pacientka nadále spala zhruba 5 hodin bez přerušení a ráno se cítila odpočatá. Vše bylo řádně zaznamenáno do dokumentace pacientky.

Cíl péče splněn v pátém týdnu hospitalizace.



*Porucha vyprazdňování moče z důvodu zavedeného permanentního močového katetru.*

*Cíl péče:*

- pacientka se vyprazdňuje spontánně

*Plán péče:*

- zajistit dostatek informací o důvodech zavedení PMK
- zajistit dostatečný přísun tekutin a edukovat o nutnosti zvýšené hydratace
- zajistit zvýšenou péči o genitál minimálně 2x denně
- sledovat množství, barvu a příměsi moče
- sledovat dobu zavedení PMK a zajistit výměnu dle platných postupů
- sledovat průchodnost PMK
- edukovat o možných komplikacích z důvodu zavedeného PMK
- zjistit subjektivní potíže pacientky

*Realizace péče:*

Pacientce jsem vysvětlila důvody zavedení PMK. Poučila jsem jí o možných komplikacích, které mohou vzniknout v důsledku zavedení PMK. Dále jsem pacientce vysvětlila důležitost dostatečného pitného režimu. Močový sáček jsem zavěsila na okraj lůžka a zkontrolovala jsem, aby byla odvodná hadička vedena pod kolenem pacientky. Zvýšeně jsem pečovala o hygienu genitálu, sledovala jsem průchodnost PMK a množství odvedené moče, její barvu a možné příměsi.

*Hodnocení péče:*

Během hospitalizace se u pacientky nevyskytly potíže z důvodu zavedeného PMK. Na základě dodržení postupů péče o PMK nedošlo k zanesení infekce. Byla sledována doba zavedení PMK a podle platných postupů daného zdravotnického zařízení byl PMK pravidelně vyměněn. Po zlepšení mobility a nácviku přesunu na toaletní křeslo byl PMK v devátém týdnu hospitalizace odstraněn. Pacientka močila spontánně na toaletním křesle u lůžka. Pro pocit jistoty používala pomůcky pro lehký únik moče. Od desátého týdne se pacientka vyprazdňovala na toaletě, která byla součástí pokoje. Vše bylo řádně zaznamenáno do dokumentace pacientky.

Cíl péče splněn v devátém týdnu hospitalizace.

*Úzkost, strach z důvodu základní onemocnění projevující se změnou nálady.*

*Cíl péče:*

- pacientka bude postupně pociťovat menší úzkost a strach
- pacientka bude bez medikace ovlivňující psychický stav

*Plán péče:*

- zajistit dostatek informací o základním onemocnění lékařem
- zajistit dostatek informací o ošetrovatelské péči sestrou
- věnovat dostatek času rozhovoru s pacientkou
- ověřit si, zda pacientka rozumí podaným informacím
- dát pacientce prostor na otázky
- zajistit psychickou podporu pacientky (rodina), duchovní péči

- podat medikaci dle ordinace lékaře
- sledovat účinek podané medikace

#### *Realizace péče:*

S pacientkou jsem opakovaně vedla rozhovor o probíhající ošetrovatelské péči a o nutnosti její spolupráce. Každý rozhovor jsem měla s pacientkou předem domluvený a naplánovaný. Některé informace jsme probíraly přímo při poskytování ošetrovatelské péče. Patientce jsem dala vždy možnost opakovaného dotazování. Rovněž ošetřující lékařka vedla s pacientkou a i s dcerou pacientky několik rozhovorů ohledně jejího zdravotního stavu a dalšího postupu léčby. Patientce byla podávána medikace dle ordinace lékaře.

#### *Hodnocení péče:*

Na počátku hospitalizace byla pacientka negativistická, úzkostná, bez zájmu o dění kolem sebe. Nechtěla spolupracovat s ošetřujícím personálem. Začala si uvědomovat vážnost svého zdravotního stavu, čím si prošla. Opakovaně sdělovala, že chce zemřít. Na základě toho jí byla indikována duchovní péče. A i když pacientka nebyla věřící, velmi to ocenila. Chtěla si popovídat s někým jiným, než s ošetřujícím personálem oddělení. Díky podávané medikaci, podpoře ze strany dcery, duchovní péči, došlo postupně ke stabilizaci psychického stavu. Pacientka ochotně spolupracovala, přestala mluvit o smrti. Postupně jí byla redukována medikace ovlivňující psychický stav.

Cíl péče splněn částečně v pátém týdnu hospitalizace. Nepodařilo se splnit cíl, aby pacientka byla bez medikace ovlivňující psychický stav.

#### *Kognitivní deficit z důvodu základního onemocnění.*

##### *Cíl péče:*

- u pacientky nedojde k prohloubení kognitivního deficitu během hospitalizace
- u pacientky dojde ke zlepšení v oblasti kognitivních funkcí

##### *Plán péče:*

- zajistit dostatek informací o základním onemocnění lékařem
- zajistit dostatek informací o ošetrovatelské péči sestrou
- věnovat dostatek času rozhovoru s pacientkou
- ověřit si, zda pacientka rozumí podaným informacím
- volit vhodná a jasná slova při rozhovoru s pacientkou
- zajistit podporu v oblasti mobility, výživy a hydratace, dostatek odpočinku
- zajistit účast na tréninku kognitivních funkcí

#### *Realizace péče:*

S pacientkou jsem opakovaně vedla rozhovor o probíhající ošetrovatelské péči. Před každým prováděným úkonem jsem jí srozumitelně informovala o tom, co budu provádět. Volila jsem krátké a jednoduché věty. Podporovala jsem jí v oblasti mobility. Zajistila jsem jí pravidelnou účast na tréninku kognitivních funkcí. Rovněž ošetřující lékařka poskytla patientce dostatek informací o průběhu jejího onemocnění.

#### *Hodnocení péče:*

Pacientce byl po přijetí na oddělení následné péče proveden test kognitivních funkcí – MMSE → 17 bodů → mírný až středně těžký kognitivní deficit. Ze závěru kognitivní trenérky, která test prováděla, byla patrna časoprostorová orientace a částečné narušení ukládání paměťových obsahů. Na mé dotazy pacientka odpovídala adekvátně, někdy nesprávně a zaznamenala jsem horší výbavnost některých výrazů. Pacientka byla zařazena na kognitivní trénink, který na daném oddělení probíhal pod vedením kognitivní trenérky 4x týdně. Na kognitivním tréninku se pacientka aktivně zapojovala do činnosti.

Ze zdravotnické dokumentace jsem zjistila, že byl před plánovaným propuštěním do domácího ošetřování proveden kontrolní test kognitivních funkcí MMSE → 27 bodů → normální nález.

Domnívám se, že výsledek testu MMSE v den přijetí byl ovlivněn celkově zhoršeným somatickým i psychickým stavem pacientky. Vzhledem k tomu, že postupně došlo ke zlepšení somatického i psychického stavu, byl výsledek testu MMSE před propuštěním do domácího ošetřování vyhodnocen jako normální nález.

Cíl péče splněn ve dvanáctém týdnu hospitalizace.

*Riziko vzniku infekce z důvodu zavedených invazivních vstupů (CŽK, mediastinální drén, PMK, PEG) projevující se možnými známkami infekce.*

#### *Cíl péče:*

- zabránit vniknutí infekce
- u pacientky se neobjeví známky infekce po dobu hospitalizace

#### *Plán péče:*

- sledovat invazivní vstupy minimálně 1x denně
- zajistit převaz invazivního vstupu dle platných předpisů
- dodržovat zásady asepse při manipulaci
- sledovat příznaky zánětu a příznaky systémové infekce (horečka, třesavka, ...)
- dodržovat doporučenou dobu zavedení invazivních vstupů

#### *Realizace péče:*

Pacientka byla na oddělení následné péče přijata se zavedenými invazivními vstupy – CŽK, mediastinální drén, PMK a PEG. Provedla jsem kontrolu a ošetření invazivních vstupů podle platných předpisů. Propláchla jsem CŽK, zkontrolovala jsem sekreci z mediastinálního drénu, zkontrolovala jsem funkčnost PMK a fixaci PEGu. Při převazech a při každé manipulaci s katetry jsem dodržovala zásady asepse.

#### *Hodnocení péče:*

*Péče o CŽK* – katetr měla pacientka zavedený do vena jugularis dextra. Denně byla provedena kontrola funkčnosti CŽK, zkontrolováno místo vpichu a možné známky infekce. Z důvodu nepodávání infuzní terapie, byl CŽK po 6 hodinách proplachován 10 ml fyziologického roztoku. Při převazování CŽK byla použita průhledná transparentní fólie. Převaz byl prováděn 1x za 3 dny. Ve druhém týdnu došlo k extrakci CŽK a do z důvodu nefunkčnosti. Vše bylo řádně zaznamenáno do dokumentace pacientky.

*Péče o mediastinální drén* – mediastinální drén byl vyveden na krku vlevo. Sekret z drénu byl odváděn do sterilní gázy. Sterilní gáza byla měněna 2x denně, vždy ráno a večer a dále podle potřeby. Sekrece z drénu byla slinná, množství nebylo možné přesně zjistit. U pacientky probíhaly pravidelné kontroly hrudním chirurgem u lůžka. V pátém týdnu došlo ke spontánní extrakci mediastinálního drénu. Na doporučení hrudního chirurga byla pacientka ponechána bez drénu. Vše bylo řádně zaznamenáno do dokumentace pacientky.

*Péče o PMK* – denně byla prováděna kontrola funkčnosti zavedeného PMK. Pacientka byla edukována o nutnosti zvýšené hygienické péče v oblasti genitálu. Během hospitalizace se u pacientky nevyskytly potíže z důvodu zavedeného PMK. Na základě dodržení postupů péče o PMK nedošlo k zanesení infekce. Po zlepšení mobility a nácviku přesunu na toaletní křeslo byl PMK v devátém týdnu hospitalizace odstraněn. Pacientka močila spontánně na toaletním křesle u lůžka. Od desátého týdne se pacientka vyprazdňovala na toaletě, která byla součástí pokoje. Vše bylo řádně zaznamenáno do dokumentace pacientky.

*Péče o PEG* – péče o PEG byla prováděna podle doporučeného postupu. 2x týdně byla prováděna rotace a zanoření sondy do žaludku. Během hospitalizace se nevyskytly žádné komplikace související se zavedeným PEGem. V jedenáctém týdnu hospitalizace došlo k plánované extrakci PEGu na gastroenterologické ambulanci. Vše bylo řádně zaznamenáno do dokumentace pacientky.

Cíl péče splněn v jedenáctém týdnu hospitalizace.

*Riziko výskytu krvácivých projevů z důvodu antikoagulační léčby projevující se možným krvácením z tělních dutin.*

*Cíl péče:*

- pacientka zná možné krvácivé projevy
- u pacientky se nevyskytnou krvácivé projevy po dobu antikoagulační léčby

*Plán péče:*

- zajistit dostatek informací od lékaře, sestry o možných krvácivých projevech
- sledovat možné krvácení z tělních dutin (nos, dásně, krev v moči, stolici, ...)
- sledovat místa vpichu injekcí (hematomy)
- podávat medikaci dle ordinace lékaře

*Realizace péče:*

Pacientka je na oddělení následné péče přijata se zavedenou antikoagulační léčbou. Poskytla jsem jí potřebné informace o možném výskytu krvácivých projevů. Pacientce jsem zdůraznila, aby při případném výskytu krvácivých projevů neprodleně informovala zdravotní sestru oddělení. Při každé aplikaci ordinované injekce jsem zkontrolovala místa předchozí aplikace. Podávala jsem ordinovanou medikaci a vše jsem řádně zaznamenala do dokumentace pacientky.

*Hodnocení péče:*

Během hospitalizace byla dodržována medikace dle ordinace lékaře. V průběhu hospitalizace byla provedena změna způsobu aplikace antikoagulační terapie. Z injekční formy aplikace byla nasazena tabletová forma. Pravidelně byly kontrolovány hodnoty INR

a průběžně byla upravována antikoagulační terapie. Antikoagulační terapie byla ukončena v průběhu desátého týdne hospitalizace. V průběhu hospitalizace se nevyskytly žádné krvácivé projevy.

Cíl péče splněn v jedenáctém týdnu hospitalizace.

*Riziko pádu z důvodu omezené pohyblivosti, užívání rizikových léků.*

*Cíl péče:*

- zabránit pádu a úrazu

*Plán péče:*

- sledovat a hodnotit riziko pádu každý den
- edukovat o prevenci pádu
- upravit okolí lůžka
- zajistit pomůcky pro bezpečí pacientky (chodítka a jiné)
- zajistit signalizaci u lůžka

*Realizace péče:*

Riziko pádu u pacientky přetrvává po celou dobu hospitalizace. Dle hodnotící tabulky pro riziko pádu daného oddělení je pacientka riziková svým věkem (nad 75 let), smyslovým postižením (mírná nedoslýchavost na pravé ucho), omezenou pohyblivostí a užíváním rizikových léků (antihypertenziva, diuretika, antidepressiva, psychofarmaka). Pacientku jsem edukovala o prevenci pádu. Upravila jsem jí okolí lůžka, tak aby bylo bezpečné. Po celou dobu hospitalizace měla pacientka k dispozici signalizaci.

*Hodnocení péče:*

Během hospitalizace bylo denně sledováno a hodnoceno riziko pádu. Pacientka byla ošetřujícím personálem opakovaně edukována o prevenci pádu, o nutnosti využívat chodítka při chůzi. Okolí lůžka bylo upravené pro bezpečný pohyb pacientky. Během hospitalizace nedošlo k pádu pacientky. Riziko pádu trvá po celou dobu hospitalizace.

Cíl péče splněn ve dvanáctém týdnu hospitalizace. K pádu pacientky nedošlo, riziko pádu však přetrvává.

## 7. DISKUSE

Má závěrečná práce byla zaměřena na ošetrovatelský proces u pacientky s iatrogenní perforací jícnu na oddělení následné péče. Mým hlavním cílem bylo demonstrovat, že i na oddělení následné péče je možné dosáhnout velmi dobrých výsledků a to kvalitně poskytovanou péčí. Zaměřila jsem se na péči o geriatrického pacienta se zavedeným PEGem, mediastinálním drénem a kognitivním deficitem.

Když jsem studovala literaturu k dané problematice, zjistila jsem, že postup lékařské péče o pacienta s perforací jícnu je prakticky totožný u nás i v zahraničí. Zahraniční literatura ale uvádí podstatně více případů a to i těch, které jsou způsobené iatrogenně. V naší literatuře se mi k dané problematice podařilo nalézt podstatně méně informací. Myslím si, že perforace jícnu u nás není ojedinělým případem, jen o tom nemluvíme a nepublikujeme.

Poskytnutá ošetrovatelská péče dané pacientce byla dle mého názoru na velmi dobré úrovni. V průběhu hospitalizace se vyskytlo několik ošetrovatelských problémů, na které bylo nutné reagovat. Hlavním problémem pacientky byla její psychická nepohoda. To mělo za následek, že pacientka byla zpočátku odmítavá a negativistická. Nechtěla spolupracovat s ošetřujícím personálem, chtěla zemřít. Díky včasnému zásahu ošetřujícího personálu, byla pacientce poskytnuta duchovní péče. Pacientka nebyla věřící, přesto duchovní péči uvítala. Nikdy nám přímo nesdělila, co bylo impulsem pro změnu a zahájení spolupráce s ošetřujícím personálem, ale přisuzovala bych to opakované a nenucené podpoře duchovního, který za pacientkou pravidelně docházel po celou dobu hospitalizace. Po stabilizaci somatického i psychického stavu brala pacientka návštěvu duchovního jako společenskou událost, na kterou se vždy velmi těšila.

Dle zahraniční publikace autorky Smeltzer a kolektivu, Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing, jsou postupy ošetrovatelské péče prakticky totožné u nás i v zahraničí. Máme dobře nastavené ošetrovatelské postupy, umíme velmi dobře reagovat na změny. O tom svědčí i fakt, že řada zdravotnických zařízení v naší zemi patří mezi zařízení akreditovaná. Tato zdravotnická zařízení jsou pod pravidelnou kontrolou a na základě stanovených kritérií jim je akreditace prodlužována. Pokud však daná kritéria nesplní, může jim být akreditace odebrána.

Péče o konkrétní pacientku byla poskytována na oddělení geriatric a následné péče. Já osobně mám k dané problematice velmi blízko. Proto jsem dlouho nepřemýšlela o tématu své závěrečné práce. Od počátku bylo patrné, že moje práce bude z této oblasti. Mrzí mě, že následná péče a léčebny dlouhodobě nemocných jsou stále velmi podhodnocované. A proto bylo mým hlavním cílem ukázat, že i na oddělení následné péče je možné pečovat o komplikovaného pacienta se zavedenými invazivními vstupy, který bude nakonec propuštěn do domácího ošetřování. Správně poskytovaná péče má zásadní vliv na kvalitu života pacientů a jejich blízkých, je nutné, aby ji společnost více ocenila a k tomu by měla sloužit i tato závěrečná práce. Naše populace stárne a seniorů přibývá. *„Podle střední varianty Projekce 2013 podíl osob ve věku 65 a více let k 1. 1. 2051 stoupne z 16,8 % k 1. 1. 2013 na 32,5 %. Relativně nejrychleji se přitom bude zvyšovat počet osob nejstarších.*

*Počet osob starších 85 let v roce 2013 byl 0,2 mil, v roce 2060 se přepokládá nárůst na 0,8 mil, to je 4 krát více“ (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015). Z toho vyplývá, že význam oddělení následné péče bude stoupat a to zejména těch co poskytují kvalitní a efektivní péči.*

Péče o danou pacientku byla velmi náročná. Jednalo se o geriatrickou pacientku se zavedeným PEGem, mediastinálním drénem a kognitivním deficitem. Při příjmu byla pacientka imobilní a nesoběstačná. Na základě dobře fungujícího týmu daného oddělení, byla péče poskytována multidisciplinárně a to lékařem, zdravotními sestrami, pomocným personálem, rehabilitačním a aktivizačním pracovníkem, kognitivní trenérkou a nutriční terapeutkou. Díky kvalitnímu předávání informací, byla prakticky vždy ihned zahájena potřebná intervence a pacientka byla motivována ke spolupráci. A i díky tomu, že se pacientka rozhodla ke spolupráci, měl tento případ dobrý konec. Postupně byly odstraněny invazivní vstupy, byla redukována podávaná medikace, došlo k výraznému zlepšení v oblasti mobility a péče o sebe sama, byl zahájen perorální příjem stravy a tekutin a došlo k extrakci PEGu. Dcera pacientce zajistila vlastní 4 kolové chodítko, které bude využívat v domácím prostředí. Pacientka s úsměvem a v doprovodu dcery opustila dané oddělení po dvanácti týdnech hospitalizace. Byla vybavena medikací na 3 dny. Byla jí předána lékařská propouštěcí zpráva, se kterou má navštívit svého praktického lékaře. Dále byla informována o nutnosti pravidelných kontrol v ambulanci oddělení hrudní chirurgie.

Byla bych ráda, kdyby bylo prezentováno více takových případů, které zvednou zájem o obor geriatry a péče o seniora.

## 8. ZÁVĚR

Péče o pacienta s iatrogenní perforací jícnu je velmi obsáhlá. Je zde mnoho problémů, na které musí zdravotní sestra reagovat. Proto je nezbytné, aby ošetrovatelská péče byla poskytována podle platných postupů a doporučení.

Rovněž péče o geriatrického pacienta je velmi náročná. Geriatrický pacient má svá specifika v projevech nemoci, v prožívání nemoci, ve svých potřebách. V mnoha případech je plně odkázán na pomoc ošetřujícího personálu. Proto je nezbytné, aby daná problematika nebyla podceňována. Každý chce svůj život žít a kvalitně prožít. Chceme lidský a empatický přístup, vlídné slovo, úsměv a porozumění.

Máme mnoho kvalifikovaných zdravotních sester, které se neustále vzdělávají, podílejí se na nových pracovních postupech, jsou nositelkami změn v ošetrovatelství. A díky kvalifikovaným zdravotním sestřím jsou naše postupy ošetrovatelské péče srovnatelné s postupy v zahraničí.

Je mi líto, že situace s nedostatkem zdravotních sester dospěla do stavu, ve kterém se nachází většina zdravotnických zařízení. Přesto zdravotní sestry, které nadále zůstávají, poskytují péči podle platných předpisů a doporučení. Je smutné, že zdravotní sestry již nejsou tak výrazně podporovány k prohlubování své kvalifikace. Do praxe nastupují málo vzdělané zdravotní sestry, sestry z ciziny, které neumí český jazyk, nerozumí pacientům a tím pádem nejsou schopné rozpoznat pacientovi potřeby. Je nezbytné a žádoucí, aby profese zdravotní sestry nebyla degradována, ale aby začala být mnohem více uznávána, a to jak širokou veřejností, tak politiky našeho státu.



## 9. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BARTŮNĚK, Petr. et al. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2016. 752 s. ISBN 978-80-271-9328-8.

HALMO, Renata. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 232 s. ISBN 978-80-247-4811-5.

HEŘMANOVÁ, Jana. et al. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012, 200 s. ISBN 978-80-247-3469-6.

KELNAROVÁ, Jarmila. et al. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy – 1. ročník. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015. 240 s. ISBN 978-80-247-5332-4.

KITTNAR, Otomar. et al. *Lékařská fyziologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 800 s. ISBN 978-80-247-3068-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.

MELLANOVÁ, Alena. ČECHOVÁ, Věra. ROZSYPALOVÁ, Marie. *Speciální psychologie*. 5. přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. 140 s. ISBN 978-80-7013-559-4.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.

NAŇKA, Ondřej. ELIŠKOVÁ, Miloslava. *Přehled anatomie*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2009. 416 s. ISBN 978-80-7262-612-0.

POKORNÁ, Andrea. *Kompendum hojení ran pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. 192 s. ISBN 978-80-247-3371-5.

SCHULER, Matthias. OSTER, Peter. *Geriatricie od A po Z pro sestry*. 1. české vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.

SMELTZER Suzanne C. et al. *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. 12th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2010. 2240 pages, 96 pages: illustrations (some color); 29 cm + 1 DVD-ROM (4 3/4 in.). ISBN 978-1-60831-080-7.

VÁLKOVÁ, Lenka. Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015. 112 s. ISBN 978-80-247-5571-7.

#### Internetové zdroje:

BENEŠOVÁ, Eva. *Reflexní terapie u geriatrického klienta s PEG*. [online]. 2011. [2017-04-04]. Dostupné z:

<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/reflexni-terapie-u-geriatrickeho-klienta-s-peg-457299>

BOHÁČOVÁ, Věra. *(Pod)výživa seniorů*. [online]. 2011. [2017-04-09]. Dostupné z:

<http://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/pod-vyziva-senioru-458289>

CATANGUI, Elmer. et al. *Development and implementation of a percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) nursing care plan*. [online]. 2013. [2017-04-05]. Dostupné z:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&an=104131174&scope=sit>  
e

DIMOU, Francesca. VELANOVICH, Vic. *Perforations of the Esophagus and Stomach: What Should I Do?*. [online]. 2014. [2015-12-18]. Dostupné z:

<http://link.springer.com/article/10.1007/s11605-014-2702-2#page-1>

DUDA, Miloslav. et al. *Jícen – speciální chirurgie*. [online]. 2016. [2016-12-06]. Dostupné z:

[http://eportal.chirurgie.upol.cz/portal\\_final/?page\\_id=796](http://eportal.chirurgie.upol.cz/portal_final/?page_id=796)

KLEIN, Jiří. et al. *Hrudní chirurgie – speciální chirurgie*. [online]. 2016. [2017-04-09].

Dostupné z: [http://eportal.chirurgie.upol.cz/portal\\_final/?page\\_id=1462](http://eportal.chirurgie.upol.cz/portal_final/?page_id=1462)

KLEVETOVÁ, Dana. *Nebezpečí imobility*. [online]. 2011. [2017-04-08]. Dostupné z:

<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/nebezpeci-imobility-461778>

KROEPIL, F. et al. *Treatment of Early and Delayed Esophageal Perforation*. [online]. 2013. [2015-12-18]. Dostupné z:

<http://search.proquest.com.ezproxy.is.cuni.cz/pqcentral/docview/1491220327/D9367043A40A4494PQ/41?accountid=15618>

LENOCHOVÁ, Eva, KIRSCHOVÁ, Jana. *Život se stomií*. [online]. 2011. [2017-03-11]. Dostupné z:

<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/zivot-se-stomii-457291>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Senioři a politika stárnutí*. [online]. 2015. [2017-05-13]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/2856>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Koncepce ošetrovatelství, věstník č.9 – MZ ČR, metodická opatření*. [online]. 2004. [2017-01-16]. Dostupné z:

[http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/koncepce-oseetrovatelstvi\\_3196\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/koncepce-oseetrovatelstvi_3196_3.html)

MLČOCHOVÁ, Eva. LABÁKOVÁ, Martina. *Role fyzioterapeuta v následné zdravotní péči*. [online]. 2012. [2017-04-08]. Dostupné z:

<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/role-fyzioterapeuta-v-nasledne-zdravotni-peci-463450>

PRACNÁ, Lenka, KONEČNÝ, Michal. *Urgentní endoskopický výkon*. [online]. 2013. [2017-03-11]. Dostupné z:

<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/urgentni-endoskopicky-vykon-472818>

PROCHÁZKA, Vlastimil. KONEČNÝ, Michal. *Krvácení do horní části gastrointestinálního traktu*. [online]. 2013. [2017-03-11]. Dostupné z:

<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/krvaceni-do-horni-casti-gastrointestinalniho-traktu-469564>

RAYMOND, Daniel P. JONES, Carolyn. *Surgical management of esophageal perforation*. [online]. 2015. [2015-12-18]. Dostupné z:

[www.uptodate.com.ezproxy.is.cuni.cz/contents/surgical-management-of-esophageal-perforation](http://www.uptodate.com.ezproxy.is.cuni.cz/contents/surgical-management-of-esophageal-perforation)

RAYMOND, Daniel P. *Management of non-iatrogenic traumatic esophageal perforations*. [online]. 2014. [2015-12-18]. Dostupné z:

[www.uptodate.com.ezproxy.is.cuni.cz/contents/management-of-non-iatrogenic-traumatic-esophageal-perforations](http://www.uptodate.com.ezproxy.is.cuni.cz/contents/management-of-non-iatrogenic-traumatic-esophageal-perforations)

REIMITZOVÁ, Ingrid. *Komplikace parenterální a enterální výživy*. [online]. 2012. [2017-04-04]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/komplikace-parenteralni-a-enteralni-vyzivy-465172>

STARNOVSKÁ, Tamara. *Vliv výživy na hojení ran a chronických defektů*. [online]. 2015. [2017-04-04]. Dostupné z:

<http://zdravi.euro.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/vliv-vyzivy-na-hojeni-ran-a-chronicky-defektu-480489>

STÁTNÍ ÚŘAD PRO KONTROLU LÉČIV. *Databáze léků*. [online]. Praha. [cit. 2017-04-22]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>

VAVRÚŠOVÁ, Helena. *Použij mozek, jinak o něj přijdeš*. [online]. 2015. [2017-04-09]. Dostupné z:

<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/pouzivej-mozek-jinak-o-nej-prijdes-478118>

VOJTĚCHOVÁ, Gabriela. et al. *Kapslová endoskopie trávicí trubice*. [online]. 2013. [2017-03-11]. Dostupné z:  
<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/kapslova-endoskopie-travici-trubice-468768>

VOJTOVÁ, Markéta. *Enterální výživa cestou výživových stomií*. [online]. 2011. [2017-03-11]. Dostupné z:  
<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/enteralni-vyziva-cestou-vyzivnych-stomii-462096>

VYBÍHALOVÁ, Lenka. *Pitný režim ve stáří*. [online]. 2010. [2017-04-09]. Dostupné z:  
<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/pitny-rezim-ve-stari-452683>

VYTEJČKOVÁ, Renata. *Drény a drenážní systémy*. [online]. 2016. [2017-04-09]. Dostupné z:  
[http://nas.lf3.cuni.cz/materialy/CNS002P2/drenaze\(5087d2542eb3f\).pdf](http://nas.lf3.cuni.cz/materialy/CNS002P2/drenaze(5087d2542eb3f).pdf)

**Jiné:**

Zdravotnická dokumentace pacientky

## 10. SEZNAM ZKRATEK

**ADL** – Activities of Daily Living, Barthel test základních všedních činností

**ARO** – anesteziologicko-resuscitační oddělení

**BMI** – Body Mass Index, index tělesné hmotnosti

**cm** – centimetr

**cps** – kapsle

**CRP** – C-reaktivní protein

**CT** – Computed Tomography (výpočetní tomografie)

**CŽK** – centrální žilní katetr

**DF** – dechová frekvence

**FF** – fyziologické funkce

**IM** – infarkt myokardu

**i. m.** – intramuskulární aplikace injekce

**INR** – International Normalized Ratio, mezinárodní normalizovaný poměr

**kg** – kilogram

**LTV** – léčebná tělesná výchova

**m. j.** – mezinárodní jednotka

**mg** – miligram

**ml** – mililitr

**mm Hg** – výška rtuťového sloupce v milimetrech

**MMSE** – Mini Mental State Exam, test kognitivních funkcí

**P** – puls

**PEG** – perkutánní endoskopická gastrostomie

**PMK** – permanentní močový katetr

**s. c.** – subkutánní (podkožní) podání injekce

**SpO<sub>2</sub>** – saturační tlak kyslíku, nasycení arteriální krve kyslíkem

**tbl** – tableta

**TK** – tlak krve

**TT** – tělesná teplota

**g/l** – gram na litr

**l/l** – litr na litr

**mg/l** – miligram na litr

**mmol/l** – milimol na litr

**µg** – mikrogram

**µmol/l** – mikromol na litr

## **11. SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1: Polykání a jeho fáze .....	10
Obrázek 2: Mechanismus řízení polykacího aktu .....	11

## **12. SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1: Ošetřovatelská anamnéza

Příloha č. 2: MMSE při přijetí na oddělení následné péče (Mini Mental State Exam, test kognitivních funkcí)

**Příloha č. 1 Ošetřovatelská anamnéza**

(vyplnit do 24 hodin po příjmu)

Klinika / oddělení: .....  
**OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA pro n**

Diagnózy: **HEDIASTINITS INFLERATA, PERFORACE ŽÍJNU**

Alergie: **NEUDÁNA**

Datum a hodina příjmu: [redacted]

Pracovní neschopnost: ano / ne ne

<p><b>Přijetí</b></p> <p>Přijat odkud: [redacted]</p> <p>Opakované přijetí: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p>Rodina informována: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><b>Předchorobí</b></p> <p><input type="checkbox"/> samostatný <input type="checkbox"/> samost. chůze</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> dopomoc <input checked="" type="checkbox"/> s pomůckou</p> <p><input type="checkbox"/> nesamostatný <input type="checkbox"/> nechodící</p> <p><b>Vědomí</b></p> <p><b>Kvalita</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> při vědomí <input type="checkbox"/> sopor <input type="checkbox"/> koma</p> <p><input type="checkbox"/> somnolence</p> <p><b>Psychický stav</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> klidný <input checked="" type="checkbox"/> orientovaný</p> <p><input type="checkbox"/> rozrušený <input type="checkbox"/> zmatený</p> <p><b>Dýchání</b></p> <p>Potíže s dýcháním: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>dušnost (jaká):</p> <p><input type="checkbox"/> cyanóza</p> <p><input type="checkbox"/> kašel (jaký):</p> <p><input type="checkbox"/> jiné:</p>	<p><b>Bolest</b></p> <p>Lokalizace: <b>NEUDÁNA</b></p> <p>Intenzita (dle škály):</p> <p>Co pomáhá:</p> <p><b>Hydratace / Výživa</b></p> <p>Hmotnost / výška: <b>VELZÉ</b></p> <p>Dieta: <b>PEG</b></p> <p>Příjem tekutin/stav hydratace: <b>+</b></p> <p>Zvláštnosti: <b>+</b></p> <p>Nutriční screening: <b>15</b></p> <p>(viz druhá strana)</p> <p>Kontaktovat nutričního terapeuta:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><b>Vyprazdňování moče</b></p> <p>Potíže s močením: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><input type="checkbox"/> pálení <input checked="" type="checkbox"/> inkontinence</p> <p><input type="checkbox"/> jiné:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> perm.katétr zaveden dne: [redacted]</p> <p><b>Vyprazdňování stolice</b></p> <p>Jak často chodí na stolici: <b>DEN NE</b></p> <p>Datum poslední stolice: [redacted]</p> <p>Potíže se stolicí: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> stomie</p> <p><input type="checkbox"/> jiné:</p>	<p><b>Spánek</b></p> <p><input type="checkbox"/> bez poruchy <input checked="" type="checkbox"/> s poruchou</p> <p>Léky (jaké): <b>HYPNOTIKA</b></p> <p><b>Stav kůže</b></p> <p>Poruchy integrity kůže: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><input type="checkbox"/> hematomy</p> <p><input type="checkbox"/> otoky</p> <p><input type="checkbox"/> eflouescence</p> <p><input type="checkbox"/> dekubity (lokalizace):</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> jiné: <b>DEKUBIT I. ST. ZAJAMENEN PEG</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> stupeň: <b>I. st velikost: 1x1cm</b></p> <p><b>Riziko dle Nortonové: 15</b></p> <p><b>Pohyblivost</b></p> <p><input type="checkbox"/> chodící sám</p> <p><input type="checkbox"/> chodící s pomocí</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ležící pohyblivý</p> <p><input type="checkbox"/> ležící nepohyblivý</p> <p><b>Pomůcky</b></p> <p><input type="checkbox"/> brýle, čočky <input type="checkbox"/> naslouchátko</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> zubní protéza <input checked="" type="checkbox"/> berle, hůl</p> <p><input type="checkbox"/> protéza <input type="checkbox"/> vozík, chodítko</p> <p><input type="checkbox"/> jiné:</p>	<p><b>Soběstačnost</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> vysoce závislý</p> <p><input type="checkbox"/> závislost středního stupně</p> <p><input type="checkbox"/> lehká závislost</p> <p><input type="checkbox"/> nezávislý</p> <p>(dle testu ADL, viz druhá strana)</p> <p><b>Smyslové bariéry</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> problémy se zrakem: →</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> problémy se sluchem: →</p> <p><input type="checkbox"/> problémy s řečí: <b>řím k věky</b></p> <p><input type="checkbox"/> problémy s porozuměním</p> <p><input type="checkbox"/> cizinec, který nerozumí česky</p> <p><b>Jméno a podpis sestry:</b> [redacted]</p> <p><b>Datum:</b> [redacted] <b>Čas:</b> [redacted]</p>
--	---	--	---

Strana 1 z 2



Příloha č. 1 Ošetřovatelská anamnéza

Barthel test základních všedních činností (ADL - Activities of Daily Living)		bodové skóre*	
činnost	provedení činnosti	10	0
1. příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5	0
5. kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10	0
8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci s málo pomocí vydrží sedět neprovede	15	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10	0
<b>Celkem</b>		<b>70</b>	

Rozšířená stupnice Nortonové									
Schopnost spolupráce	Věk	Stav kůže	Zvláštní rizika	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	
4	• do 10 let • do 30 let	• normální • suchá, supinatá	• žádná • snížení imunity • horečka • diabetes mellitus	• dobrý • zhoršený	• bdělý • apatický	• chodící samostatně • chodící s doprovodem	• úplná • částečně omezená	• kontinentní • občasná inkontinence	
3	• do 60 let	• vlhká	• sklerosis multiplex • obezita • anemie	• špatný	• zmatený	• sedící na lůžku, v křesle	• velmi omezená • žádná	• inkontinence převážně moče • inkontinence moče a stolice	
2	• do 60 let	• alergické, porušena	• onemocnění cév • kachexie • karcinom	• velmi špatný	• bezvědomí	• ležící			
1	• 60 let +								
5	1	1	1	2	3	1	2	1	<b>Celkem 15</b>
Riziko vzniku dekubitu			nizké (25 - 24 bodů)	střední (23 - 19 bodů)	vysoké (18 - 14 bodů)	velmi vysoké (13 - 9 bodů)			

GIT/zažívací potíže, odmítání jídla	Vážený úbytek za poslední měsíc	Pohyblivost	Fyzické vypětí nebo akutní onemocnění	Neurovegetativní potíže	BMI
0 nor. chut k jídlu	Bez úbytku	bez omezení	ne	žádné obtíže, dobrý psych.stav	23 a více
1 mírné nechutenství nebo obtíže	méně 1-3kg volně šaty	s omezenou pohyblivostí	ano	mírná demence	mezi 21-23
2 silné nechutenství nebo obtíže	nevím	ležící pac. připoutaný na lůžko, křeslo		těžká demence	mezi 19-21
3	méně 3kg a více			méně než 19	celkem 5
PEG	2	2	1	0	N/A
Riziko malnutrice	Bez nutnosti intervence (0 - 2 body)	Nutné vyšetření nutričním terapeutem, speciální dieta (3 - 7 bodů)	Nutná nutriční léčba (8 - 13 bodů)		

**Příloha č. 2 MMSE při přijetí na oddělení následné péče (Mini Mental State Exam, test kognitivních funkcí)**

**STATE EXAMINATION (MMSE TEST)**

datum: \_\_\_\_\_

Za každý správně provedený úkol je posuzovaný hodnocen jedním bodem (=1), za každý špatně provedený úkol nula body (=0)

**1. Orientace**

	vyšetření		
	1.	2.	3.
Kolikátého je dnes?	1		
Který je den v týdnu?	1		
Který je nyní měsíc?	1		
Který je nyní rok?	1		
Které je roční období?	1		
Jak se jmenuje země ve které jsme?	1		
Ve kterém jsme okrese?	1		
Ve kterém jsme městě?	1		
Jak se jmenuje nemocnice, v níž jsme?	1		
Ve kterém jsme poschodí?	1		

**2. Zapamatování**

Nyní Vám vyjmenuji tři předměty. Zopakujte je po mě a zapamatujte si je, za chvíli se vás na tato slova zeptám znovu.

Lopata	1		
Šátek	1		
Váza	1		

**3. Pozornost a počítání**

Odečítějte od čísla 100 stále sedmičku. Skončete, až odečtete pětkrát za sebou.

93	1		
86	1		
79	1		
72	1		
65	1		

Pokud testovaná osoba úkol nezvládá nebo jej nechce provádět, vyzveme ji, aby hláskovala pozpátku slovo o pěti písmenech, např. POKRM.

M			
R			
K			
O			
P			

**4. Výbavnost**

Vyzvěte testovanou osobu, aby zopakovala 3 slova, která si měla zapamatovat.

Lopata	1		
Šátek	1		
Váza	1		

**5. Pojmenování**

Ukažte náramkové hodinky. Co je to? 

1		
---	--	--

Ukažte propisovací tužku. Co je to? 

1		
---	--	--

**6. Opakování**

Opakujte po mě:  
„Žádná kdyby, nebo, ale.“ 

1		
---	--	--

**7. Třístupňový příkaz**

Před testovanou osobu položíme list papíru a vyzveme ji, aby vzala papír do pravé ruky, přeložila jej na polovinu a položila na zem.

Uchopení papíru	1		
Přeložení papíru	1		
Položení na zem	1		

**8. Čtení a splnění příkazu**

Testovanou osobu vyzveme, aby přečetla a provedla úkol napsaný na druhé straně tohoto listu (úkol - „zavřete oči“).

1		
---	--	--

**9. Psaní**

Vyzveme testovanou osobu, aby napsala libovolnou větu. Věta musí dávat smysl, musí mít podmět a přísudek (podmět může být nevyjádřený).

1		
---	--	--

**10. Obkreslení obrazce**

Testovaná osoba musí správně obkreslit 2 stejně pravidelné pětiúhelníky, protínající se jako čtyřúhelník.

1		
---	--	--

1. vyšetření    2. vyšetření    3. vyšetření

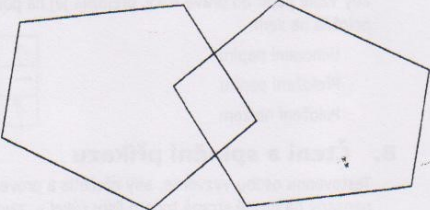
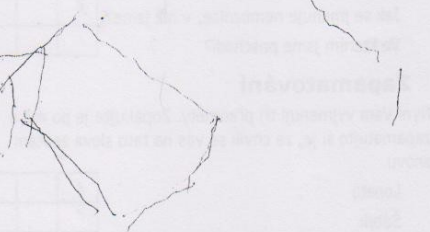
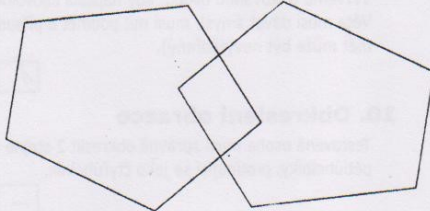
**Celkem bodů**    17

**HODNOCENÍ**  
max. počet = 30 bodů

**27 - 30**    normální stav  
**25 - 26**    hraniční nález, možnost demence  
**10 - 24**    demence mírného až středně těžkého stupně  
**6 - 9**       demence středně těžkého až těžkého stupně  
**6 a méně**   demence těžkého stupně

**Příloha č. 2** MMSE při přijetí na oddělení následné péče (Mini Mental State Exam, test kognitivních funkcí)

# Zavřete oči

<b>vyšetření 1:</b> 	<i>zamkněte</i> <i>oči</i> 
<b>vyšetření 2:</b> 	
<b>vyšetření 3:</b> 