



ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2017**

**Růžena Krippnerová**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

**Růžena Krippnerová**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U GERIATRICKÉHO  
PACIENTA SE STŘEVNÍ NEPRŮCHODNOSTÍ**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Šafránková

PLZEŇ 2017

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

### Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 21. 3. 2017.

.....

vlastnoruční podpis

## Poděkování

Děkuji Mgr. Zuzaně Šafránkové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji osloveným pacientům, kteří mi poskytli údaje a data ze svého soukromí ke zpracování kazuistik.

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Krippnerová Růžena

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelský proces u geriatrického pacienta se střevní neprůchodností

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Šafránková

Počet stran: 105

Počet stran: 12

Počet příloh: 12

Počet titulů použité literatury: 42

Klíčová slova: geriatrický pacient, tenké střevo, tlusté střevo, případová práce

### **Souhrn:**

Tato práce se zabývá problematikou včasné diagnostiky, přípravy předoperační a pooperační péče o geriatrické pacienty se střevní neprůchodností. Teoretická část je rozdělena na dvě části. V první části práce je definován pojem geriatrický pacient s obecnými problémy této skupiny. Druhá část je věnována předoperační a pooperační péči, jejich specifickým a komplikacím.

V praktické části jsou uvedeny dvě kazuistiky pacientů geriatrického věku, kteří byli hospitalizováni a operováni na chirurgickém oddělení pro střevní neprůchodnost s neodkladným operačním řešením založením kolostomie pacientovi první kazuistiky. V druhé kazuistice střevní neprůchodnost byla řešena bez vyústění střeva. Obě případové studie byly mezi sebou hodnoceny.

## **Annotation**

Surname and name: Krippnerová Růžena

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Nursing process of geriatric patients with bowel obstruction

Consultant: Mgr. Zuzana Šafránková

Number of pages: 105

Number of pages: 12

Number of appendices: 12

Number of literature items used: 42

Keywords: geriatric patient, small intestine, colon, stoma, case study

### **Summary:**

This bachelor thesis is focused on specific problems of early diagnostics of an intestinal obstruction, a preoperative preparation and postoperative care of geriatric patients with the intestinal obstruction.

The theoretical part is divided in two sections. The term geriatric patient is defined in the first one together with general problems of this category. The second one is aimed on preoperative and postoperative care, its specifics and complications.

The analytical part consists of two case studies of geriatric patients who were hospitalized and operated for intestinal obstruction on a surgical ward. The first case demanded urgent solution by creating an intestinal stoma. Outcome of the second case was an urgent surgery without creating a stoma. Both cases are reciprocally evaluated throughout the analytical part.



# OBSAH

OBSAH.....	9
ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST .....	9
1 CHARAKTERISTIKA STÁŘÍ .....	9
1.1 Kvalita života.....	9
1.2 Stáří.....	9
1.2.1 Geriatrický syndrom .....	10
1.3 Funkční klasifikace seniorů .....	12
1.4 Komunikace se seniory .....	12
1.5 Pobyt geriatrického pacienta v nemocničním zařízení .....	12
2 NÁHLÉ PŘÍHODY BŘÍŠNÍ.....	14
2.1 Rozdělení NPB .....	14
2.1.1 Zánětlivé .....	14
2.1.2 Krvácení do GIT .....	15
2.1.3 Střevní neprůchodnost - ileus .....	15
2.1.4 Rozdělní střevní neprůchodnosti .....	15
3 STŘEVNÍ VÝVODY .....	16
3.1 Stomie tenkého střeva .....	17
3.2 Stomie tlustého střeva .....	17
3.3 Operační výkony k založení stomie.....	17
3.3.1 Radikální.....	17
3.3.2 Paliativní.....	18
3.4 Komplikace stomií.....	18
4 PŘEDOPERAČNÍ PÉČE .....	20
4.1 Dlouhodobá předoperační příprava .....	21
4.1.1 Specifika u dlouhodobé předoperační přípravy.....	21
4.2 Krátkodobá příprava pacienta na operaci .....	24
4.3 Bezprostřední příprava na operaci .....	25
4.4 Příprava k urgentní operaci (neodkladné).....	25
4.5 Pooperační péče .....	26
4.6 Ošetrovatelské intervence .....	27
4.6.1 Pooperační komplikace.....	29
PRAKTICKÁ ČÁST .....	33
5 FORMULACE PROBLÉMU .....	33
6 CÍL A ÚKOL PRÁCE .....	34

6.1	Dílčí cíle.....	34
6.2	Výzkumné otázky .....	34
6.3	Metodika práce .....	34
6.4	Vzorek respondentů .....	34
7	POUŽITÝ MODEL VE ZPRACOVÁNÍ KAZUISTIK.....	36
8	PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ .....	38
8.1	Kazuistika č. 1.....	38
8.1.1	Katamnéza .....	38
8.1.2	Anamnéza .....	38
8.1.3	Průběh hospitalizace .....	41
8.1.4	Edukační plán o dietě .....	68
8.1.5	Edukační plán o pomůckách.....	69
8.2	Kazuistika č. 2.....	70
8.2.1	Katamnéza .....	70
8.2.2	Anamnéza .....	70
8.2.3	Plán ošetrovatelské péče .....	97
	DISKUZE .....	103
	ZÁVĚR.....	112
	CITOVANÁ LITERATURA .....	114
	SEZNAM ZKRATEK .....	117
	SEZNAM TABULEK .....	119
	SEZNAM OBRÁZKŮ .....	120
	SEZNAM PŘÍLOH .....	121
	PŘÍLOHA A - EDUKACE PACIENTA SE STOMÍÍ .....	122
	PŘÍLOHA B - PŘÍKLADY JÍDELNÍČKU .....	130
	PŘÍLOHA C - VIZUÁLNÍ ANALOGO VÁ ŠKÁLA.....	131
	PŘÍLOHA D - BARTHELŮV TEST BĚŽNÝCH DENNÍCH ČINNOSTÍ .....	132
	PŘÍLOHA E - DOSPĚLÉ NUTRIČNÍ SKÓRE .....	133
	PŘÍLOHA F - KLASIFIKACE DUŠNOSTI PODLE NYHA.....	134
	PŘÍLOHA G - KLASIFIKACE ASA .....	135
	PŘÍLOHA H - PRÁVA VŠECH STOMIKŮ .....	136
	PŘÍLOHA I - STŘEVNÍ VÝVODY .....	137
	PŘÍLOHA J - SOUHLAS SE SBĚREM IFORMACÍ .....	138
	PŘÍLOHA K - INFORMOVANÝ SOUHLAS - KAZUISTIKA 1.....	139
	PŘÍLOHA L - INFORMOVANÝ SOUHLAS - KAZUISTIKA 2 .....	140

## ÚVOD

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo poukázat na zachování specifického přístupu ošetrovatelské péče ke geriatrickým pacientům, kteří podstoupili chirurgický zákrok, zaměření na zmapování odlišností v péči o tyto pacienty v pooperační péči podle druhu, rozsahu onemocnění a provedené chirurgické intervence metodou ošetrovatelského procesu.

Ošetrovatelský proces je systémová metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče složených z fází získávání ošetrovatelské anamnézy a diagnózy, stanovení cílů a vytvoření plánu ošetrovatelských intervencí, realizací, a hodnocení dosažené péče. Cílem vlastní realizace procesu je změna zdravotního stavu pacienta vedoucí k uspokojování jeho tělesných, psychických a sociálních potřeb. Pro navázání kontaktu a spolupráce pacienta pro zapojení do péče jsou důležité komunikační dovednosti sester i celého ošetrovatelského personálu.

Střevní neprůchodnost (ileus) je jedna z forem náhlé příhody břišní ohrožující zejména geriatrické pacienty bezprostředně na životě. Jako indikace k operacím pro střevní neprůchodnost mohou být zánětlivá onemocnění, ale bohužel převládají nálezy nádorového charakteru končící v některých případech založením stomie trvalé nebo dočasné. Tento nový stav je pro pacienta zatěžující po fyzické, psychické a sociální stránce. Podpora rodiny a přátel je v těchto chvílích nezastupitelná. Role ošetrovatelského personálu napomáhá pacientovi kromě dovedností s ošetřováním operačních ran včetně stomie, nalézt ztracené sebevědomí, soběstačnost v seběpěči.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 CHARAKTERISTIKA STÁŘÍ

### 1.1 Kvalita života

Kvalita života je dynamický proces a je součástí společenského života. Demografická data ukazují na zvyšující se věk obyvatelstva v průběhu celého 20. století. K prodloužení věku populace přispělo zlepšení zdravotní a sociální péče. Dochází ke geriatrizaci medicíny v pochopení potřeb a problémů seniorů. (Šváb, 2008, s. 13)

K celkové seniorské ohroženosti přispívá nejen klesající obranyschopnost, rostoucí zranitelnost, ale i věková diskriminace - ageismus v různých podobách. Například odpírání nákladných terapeutických postupů, podceňování a nerespektování osobnosti, ponižování důstojnosti. (Kalvach, 2006, s. 10)

Bohužel přibývají i onkologická onemocnění spojená s tímto věkem. (Šváb, 2008, s. 127). Nejčastěji se jedná o karcinom tlustého střeva se stoupajícím výskytem. U 20% nemocných je prvním příznakem náhlá střevní neprůchodnost vyžadující chirurgickou léčbu. ([www.anameza.cz](http://www.anameza.cz))

Dostupnost a vysoká kvalita perioperační a pooperační péče, včetně péče intenzivní, je přínosem pro výše uvedenou skupinu nemocných. Zdokonalením operačních metod, instrumentářií, přístrojových zařízení souvisí se zlepšením operační techniky, zkracováním operačních časů, které zvyšují u i velmi starých lidí úspěšnost výkonu. (Šváb, 2008, s. 26).

Velmi důležitou součástí efektivní péče o seniory je kvalitní ošetrovatelská péče spolu s komunikací a spoluprací rodiny. (Pokorná/b, 2013, s. 47)

Téma pro svoji bakalářskou práci bylo zvoleno z prostředí chirurgického oddělení, kde většinu tvoří staří nemocní přijímaných pro akutní stav, vyžadující specializovanou přípravu v předoperačním i v pooperačním období. Tato péče má svá úskalí a specifika, která se zohledňují v poskytnutí té nejlepší odborné a kvalitní péči.

### 1.2 Stáří

Definice stáří existuje několik. Podle Haškovcové je stáří přirozeným obdobím lidského života, které je vztahováno k období dětství, mládí, zralosti. (Pokorná/a, 2011,

s. 81). Jiná definice stáří je chápána jako přirozený důsledek involučních změn. (Šváb, 2008, s. 15)

Z obecného hlediska rozlišujeme stáří kalendářní, sociální, biologické. Kalendářní stáří je přesně vymezitelné, ale bez rozlišením individualit jedinců. Rozdělení kategorie ve věku od 65 až 74 let jsou mladí senioři. Jejich problém je odchod do důchodu a hledání seberealizace v denních aktivitách. Věk 75 až 84 let je označován jako staří senioři, kteří špatně tolerují zátěž a osamělost. Věk 85 a více let se označuje jako velmi staří senioři řešící především soběstačnost a zabezpečení v životě. (Šváb, 2008, s. 15)

Uvádím pro názornost jiné členění věku podle Světové zdravotnické organizace (WHO). Období středního věku 45 až 59 let, období raného stáří, staršího věku 60 až 74 let, období vlastního stáří, pokročilého, vysokého věku 75 až 89 let, období dlouhověkosti je nad 90 let. (Říčan, 1990, s. 332). *Sociální stáří* dělí věk podle ekonomického postavení na věk od dětství až po období ztráty soběstačnosti. *Biologické stáří* označuje funkční stav a kondice jedince. (Šváb, 2008, s. 15)

Počet seniorů dle Českého statistického úřadu k datu 31. 12. 2015 udává, že v České republice celkem žije 10 553 843 obyvatel, z tohoto počtu ve věku 100 a více let celkem 733 obyvatel, nad 65 let celkem 1,9 milionů obyvatel, nad 80 let 420,5 tisíc. Údaje odpovídají 4 procentům populace České republiky. (www.csu-vekove-starnuti obyvatelstva-2015)

### 1.2.1 Geriatrický syndrom

Tyto syndromy jsou charakterizovány jako skupiny příznaků nebo problémů související se stářím. Mají chronický průběh, multifaktoriální etiologii a špatně se léčí. Vedou k poklesu nezávislosti člověka. (Janíková, 2013, s. 4)

**Syndrom instability** se projevuje závratěmi a nestabilitou těla. Rizikem jsou pády s poraněními jako zlomeniny, tržné rány, nitrolební krvácení, popáleniny. Příčinami mohou být onemocnění páteře nebo poškození pohybového aparátu, nervového systému, ateroskleróza cév, kardiovaskulární onemocnění, poruchy rovnovážného systému.

Ošetřovatelské intervence spočívají v umístění pacienta na pokoj co nejbližší sesterské místnosti, edukovat ho o používání signalizace s ukázkou, která bude v dosahu, odstranit všechny rizikové faktory bránící chůzi jako mokrá podlaha, nedostatečné osvětlení, nevhodná výška lůžka. Vždy ujistit nemocného, nebát se požádat o pomoc ošetřovatelský personál. (Vytejková, II, 2013, s. 153)

**Syndrom inkontinence** je poškození, ztráta kontroly nad odchodem stolice a plynů. Vede k izolaci nemocného ze znečištění, zápachu. Dochází k postižení emocionální a sociální stránky se snížením kvality života. (Vytejková, II, 2013, s. 153)

**Inkontinence stolice** může být z příčiny vrozené vady (spina bifida), z neurologických onemocnění (iktus, nádory, diabetická neuropatie), z poruchy psychiky (demence), zácpy, vlivu léků, imobility a zejména choroby střev a konečníku. Mezi jiné příčiny lze zařadit špatnou dostupnost toalety, překážky v cestě.

Ošetrovatelskou intervencí je vhodná úprava jídelníčku s dostatkem vlákniny, omezení tučných jídel jako těžce stravitelné složky potravy, zajištění dostatečného pitného režimu, zachování soukromí, používání kompenzačních pomůcek jako toaletní židle, křeslo. Podpora soběstačnosti při vyprazdňování zajištěním úpravou prostředí s dostatkem místa v bezpečném místě, nácvik hygienických úkonů po vyprázdnění. Kontrola kůže, dekubitů a používání vhodných pomůcek k zabránění znečištění lůžka (plnkové kalhoty, jednorázové podložky). (Vytejková, II, 2013, s. 154)

**Inkotinence moči** příčinami mohou být funkční příčiny neurogenní, traumatické, netraumatické (nádory, míšní poranění, poškození centrálního nervového systému (CNS), Parkinsonova choroba, diabetes mellitus a jiné). Mezi morfologické příčiny se řadí vrozené vývojové vady močového systému, záněty, tumory močového měchýře. Jako další příčinou může být zácpa, kóma, centrální mozková příhoda (CMP), změna prostředí. (Vytejková, II, 2013, s. 149)

Ošetrovatelská intervence spočívá v úpravě jídelníčku včetně zavedení a sledování pitného režimu. Dalšími opatřeními je snížení hmotnosti, nácvik posilování pánevního dna a mikčního reflexu, zavedení permanentního katetru, užívání vhodných inkotinenčních pomůcek. Významné je zachování intimity nemocného. Kontroly prokrvení a čistoty kůže slouží jako prevence dekubitů (Vytejková, II, 2013, s. 151)

**Syndrom dekondice a hypomobility** se projevuje omezováním pohybové aktivity, poposedáváním, poleháváním. Příčinou je ztráta motivace, poruchy výživy, deprese, nežádoucí účinky léků. **Syndrom imobility** je soubor negativních důsledků dlouhodobého upoutání na lůžku. Projevy jsou dekubity, kontraktury svalů, hypoventilace, pneumonie, tromboembolická nemoc, svalová atrofie, dehydratace. **Syndrom anorexie a malnutrice** jeho příčina může být v závažnosti onemocnění, v nežádoucích účinků léků, v nevhodné

úpravě potravy, v depresi, přítomnosti obstipace. **Syndrom psychické alterace** spočívá v poruše kognitivních funkcí, vede až k syndromu demence s poruchami chování (apatie, agitovanost) i projevy deliria. **Syndrom smíšeného smyslového a komunikačního deficitu** je porucha zraku a sluchu s omezeným kontaktem okolí. **Syndrom maladaptace a psychosomatické dekompenzace** vzniká při závažné životní události, po přijetí do ústavní péče projevujícím se stesky, bušení srdce, pocení. **Syndrom terminální geriatrické deteriorace**, kdy mluvíme o zhoršování zdravotního stavu křehkých pacientů bez zjevné příčiny spějící ke smrti. Příznakem je nechutenství, hubnutí apatie, inkontinence. (Kalvach, 2006, s. 26-30)

### **1.3 Funkční klasifikace seniorů**

Abychom mohli určit míru dopomoci a rozsahu péče, je nutná akceptace zdatnosti a funkční úrovně seniorů. Elitní senioři se zařazují do vysokého věku extrémní tolerance k výkonům. Zdatní senioři vykazují dobou tělesnou aktivitu, sportují, nemají limit pro pohybovou zátěž. Nezávislí senioři nemají problémy se soběstačností za standardních podmínek, upřednostňují zátěž, jako operaci. Křehcí senioři mají problémy s IADL (instrumentální činnost denního života), vyhledávají chráněná prostředí (domy s pečovatelskou službou, stacionáře), potřebují pravidelnou pomoc rodiny nebo pečovatelské služby v některých činnostech. Závislí senioři mají závažnou disabilitu, zvládají krátké procházky, potřebují trvalou péči rodiny nebo sociálních služeb. Zcela závislí senioři jsou upoutáni na lůžko, nezvládají základní sebeobsluhu, rozvíjí se u většiny imobilizační syndrom. Jsou klienty dlouhodobé ústavní péče. (Pokorná/b, 2013, s. 10)

### **1.4 Komunikace se seniory**

Schopnost komunikace navazuje a rozvíjí kontakt s pacientem. S příchodem nemoci nastávají změny v sociální oblasti přerušením aktivity nemocného, zejména při chronických onemocněních. Bolest je stresující, zhoršuje prožívání se stažením se do izolace. Dále nastávají změny tělesné s omezením možnosti rozvoje nemocného, zhoršující kvalitu života. Psychické změny související s přijetím nemoci, se změnami role. Vlivem dlouhodobé zátěže dochází ke frustraci. (Venglářová, 2006, s. 75, 77)

### **1.5 Pobyt geriatrického pacienta v nemocničním zařízení**

Hospitalizovaný pacient je plný úzkosti a obav, co ho v tomto prostředí čeká. Objevuje se celá řada psychologických příznaků jako deprese, úzkost, obavy nervozita z vyšetření nebo z operace. Nemocnice je zcela odlišné zařízení než nemocný znal ze svého

běžného života. V době nemoci se mění jeho psychická situace. Projevem může být pasivita, závislost na druhých lidech se snižováním sebevědomí a sebehodnocení v činnostech, které neumí a nezná. Trpí sociální izolací z neznámých lidí, z absence rodiny a přátel. Nezvládá problémy z neznalosti fyzického a psychického stavu, kdy neví, co se s ním děje. Emocionální stav se projevuje v souboru negativních citů jako strach, obavy, nejistota, bolest. (Křivohlavý, 2002, s. 48-51)

Nečinnost může na seniora působit negativně jednak na celkový tělesný stav, vedoucí až k imobilizačnímu syndromu, případně končící smrtí. (Kopecká/a, 2011, s. 173, 174)

Zvláště seniorům je třeba věnovat zvýšenou pozornost, čas a laskavým přístupem se snažit je přesvědčit, že budou schopni zvládnout novou životní a sociální změnu. (Boháček, Kaletová, Florence 6/2016, s. 13)

Holistickou ošetrovatelskou péčí se akceptují práva pacienta, člověk je chápán jako bytost bio-psycho-socio-spirituální. Není zaměřena jen na nemoc, ale na celého člověka. Medicína proto neléčí jen příznaky onemocnění, ale hledá cestu k odstranění příčin. (Pavlíková, 2006, s. 15)



## 2 NÁHLÉ PŘÍHODY BŘIŠNÍ

Náhlé příhody břišní (NPB) jsou onemocnění břicha s rychlým začátkem z plného zdraví a rychlým průběhem. Tyto stavy vyžadují rychlé stanovení diagnózy s následnou terapií. Neléčené NPB vedou ke komplikacím ohrožující život pacienta. (Slezáková, 2010, s. 9)

Starší pacienti podceňují své obtíže pro málo výrazné symptomy, mají sníženou vnímavost pro bolesti, které souvisí s úbytkem kognitivních funkcí. Často je bolest ovlivněna užíváním analgetik. Dalšími příčinami může být obava z hospitalizace, ze ztráty soběstačnosti a i strach ze smrti. To vše může být důvodem pozdního příchodu k lékaři a do nemocnice. Pozdní operace pak řeší již pokročilé onemocnění včetně komplikací z dalších přidružených chorob. (Šváb, 2008, s. 79)

Úmrtnost s chirurgickými výkony stoupá s věkem. Chronické interní nemoci pak zvyšují mortalitu a morbiditu seniorů. Nejčastější příčinou smrti po operacích je kardiologické a respirační selhání a infekční břišní komplikace. (Šváb, 2008, s. 80)

### 2.1 Rozdělení NPB

#### 2.1.1 Zánětlivé

Akutní apendicitida neboli zánět červovitého přívěsku slepého střeva appendix vermiformis. Incidence ve stáří klesá, ale stále se vyskytuje.

Kolitida neboli zánět tlustého střeva, divertikulitida je v současnosti druhou nejčastější zánětlivou příhodou. Bývá komplikace divertikulitidy jako perforace, abscesy, ileózní stavy. Vyžaduje vícedobé operační řešení.

Cholecystitida (zánět žlučníku a žlučových cest) s vysokým výskytem cholecystolitiázy (žlučových kamenů). Jako komplikace jsou perforace, abscesy, pankreatitida, cholangitida, biliární ileus). (Šváb, 2008, s. 80)

Pankreatitida (zánět slinivky břišní). Dochází k aktivaci pankreatických enzymů se samonatrávením parenchymu slinivky břišní. Při malém poškození slinivka zduří (edematozní pankreatitis) nebo při velkém poškození vznikají nekrózy a krvácení (nekrotizující pankreatitis). Příčina souvisí se žlučovými kameny jako obstrukce Vaterské papily (biliární pankreatitida), nebo s alkoholem. Vždy ohrožuje stav pacienta na životě. (Slezáková, II, 2010, s. 30)

Peritonitida je zánět pobřišnice lokalizovaný nebo difuzní. Je způsobena bakteriemi či působením toxických a chemických látek. Vzhledem k velké resorpční ploše úzce související s lymfatickým systémem a orgány jako játra, plíce, retikuloendotelový systém, vzniká sepse jako rozvoj systémového onemocnění. Prognóza je vážná a závisí na zjištění příčině zánětu. (Slezáková/b, II, 2010, s. 12)

### 2.1.2 Krvácení do GIT

Traumatické s krvácením do dutiny břišní (hemoperitoneum). U seniorů jsou méně časté. Jedná se o otevřené poranění (sečné a bodné rány) nebo zavřené (tupá poranění po pádu). (Matějovská Kubešová, 2009, s. 104)

### 2.1.3 Střevní neprůchodnost - ileus

Jedná se o poruchu až ztrátu motoriky na tenkém i v tlustém střevě s následnou distenzí (rozepnutí) střevních kliček nad překážkou. Nemocný je bezprostředně ohrožen na životě nedojde-li k odstranění příčiny překážky. (Slezáková, II, 2010, s. 39)

### 2.1.4 Rozdělní střevní neprůchodnosti

**1. Ileus mechanický** (obstrukční) vzniká při ucpání lumen střeva nádorem.

Podle příčiny se dělí na **intraluminální** způsobené vniknutím překážky do trávicího ústrojí. Mohou to být žlučové kameny, kusy potravy (pecky, dužina ovoce apod.), vrozené stenózy a atrézie, cizopasnici.

**Intramurální**, kdy ve stěně střeva nejčastěji roste pomalu rostoucí nádor a postupně uzavírá střevní lumen nejvíce v levé části tlustého střeva. Jako další příčiny mohou být jizevnaté stenózy po předešlých operacích či zánětech.

**Extramurální** vzniká útlakem střeva zvenčí např. nádory a plošnými adhezemi ztěžující pohyby střev.

**Volvolus** je otočení střeva rotací kolem své vlastní osy více než o 180 stupňů. Pak jsou již postiženy cévy i nervy mezenteria.

**Strangulační** vzniká sevřením střeva např. srůsty po předešlých operacích, uskřínutými kýly s utlačením lokální cévy. Nastávají tak oběhové poruchy ve střevní stěně s možnou perforací a s rozvojem difuzní peritonitidy.

**Invaginace** je vsunutí orálního úseku střeva do aborálního střeva sousedního. Příčiny mohou být vrozené nebo získané- polypy střev apod.

## 2. Ileus neurogenní funkční

Při paralytickém ileu dochází k rozšíření střevních kliček, následuje zástava střevní peristaltiky po poranění břicha, při peritonitidě.

Při spastickém ileu je příčinou onemocnění nervové soustavy jako renální a biliární kolika, meningitida, poranění míchy. (Slezáková, II, 2010, s. 41)

## 3. Ileus cévní

Vzniká ucpáním mezenterických tepen embolem nebo trombem nejčastěji v povodí horní mezenterické tepny. Následuje ischemie střeva a rozvoj peritonitidy. Srdeční choroby i ateroskleróza bývá příčinou tohoto stavu. (Slezáková/b, 2010, s. 41)

Obvykle dochází k diagnostice trombózy, až když je rozvinuta střevní gangréna. Tento stav i po odstranění celého postiženého střeva nezastaví progresi a končí multiorgánovým selháním a smrti. V opačném případě pacient trpí syndromem krátkého střeva. (Schein, Rogers, 2011, s. 18)

# 3 STŘEVNÍ VÝVODY

Stomie pochází z řeckého slova stoma, stomatos (ústa, otvor). Znamená vyústění dutého orgánu na povrch těla chirurgickým vyjitím nebo zavedením katétru. Jsou zakládány z důvodu onemocnění střev, nitrobřišních orgánů anebo jako komplikace při léčbě. (Zachová, 2010, s. 31)

Stomie se dělí dle **časového trvání**. Trvalé jsou založeny, pokud není možno obnovit přirozenou cestou odchod stolice a moči. Konečník a anus není funkční z důvodu vrozeného defektu či nádoru. Dočasné jsou založeny na dobu k obnovení plné funkčnosti stěny střevní. Je vytvořena v první době vícedobé operace. Též při poranění břicha úrazem nebo komplikovaným zánětem. (Slezáková/b, II, 2010, s. 43, Zachová, 2010, s. 31)

Při dělení dle **urgentnosti** se udává dělení na *akutní*, například při NPB, úrazech, perforaci divertiklu tlustého střeva. *Elektivní* (plánované) je indikací k založení stomie. (Slezáková, II, 2010, s. 43)

### **3.1 Stomie tenkého střeva**

Vývod v první části tenkého střeva se nazývá duodenostomie, z jejuna jejunostomie. Tyto vývody slouží jako výživové či derivační vstupy. U jejunostomie nastává syndrom krátkého střeva s doplňující parenterální výživou. Jsou lokalizovány na pravé straně břicha. Střevní obsah je tekutý a agresivní, proto ošetřování ileostomie (vyústění kyčelníku) je náročnější než u kolostomie. Množství stolice a konzistence se dá ovlivnit stravou i léky, ale přesto dochází k velkým odpadům stolic za den. (Zachová, 2010, s. 35)

### **3.2 Stomie tlustého střeva**

Cékostomie je vyústění v oblasti slepého střeva v pravém podbřišku. Lze ji vytvořit pomocí drénu či katétru, která po vyjmutí spontánně zanikne, ascendentní stomie je výraz vývod v oblasti vzestupného tračníku, transverzostomie označuje vývod v příčném tračníku v oblasti pupeční krajiny, descendetní stomie je vývod v distální (sestupné) části tlustého střeva, sigmoideostomie označuje vývod v místě esovité kličky v levé polovině stěny břišní (Zachová, 2010, s. 33, 34). Dle způsobu konstrukce se dělí stomie na nástěnnou, odlehčovací, vyšití střeva ke stěně břišní. Axiální dvouhlavňová stomie spočívá ve vyústění orální i aborální části střeva. Terminální jednohlavňová stomie vyúsťuje v orální části střeva. (Zachová, 2010, s. 35, 36)

### **3.3 Operační výkony k založení stomie**

#### **3.3.1 Radikální**

Radikální výkon dle Hartmana, kdy je proximální úsek střeva vyústěn v levém podbřišku jako axiální sigmoideostomie. Distální úsek je vyveden ven na stěnu břišní jako mukózní píštěl.

Dle Dixona je dolní přední resekce střeva hluboko v malé pánvi 3cm pod tumorem a 10 cm nad tumorem. Chirurg vyšije anastomózu a nad ní založí transverzostomii. Po zhojení anastomózy se zanoří stomie.

Dle Milese jako amputace rekta s jeho definitivním odstraněním pro nízko uložené tumory. Založí se terminální sigmoideostomie a je nevratná.

Totální kolektomie je odstranění celého tlustého střeva i rekta, zavádí se ileostomie. Z kliček tenkého střeva se vytvoří rezervoár (pouch) k nahrazení rekta, pak je ileostomie dočasným řešením. (Slezáková, II, 2010, s. 45)

### 3.3.2 Paliativní

Paliativní výkon je indikován, kdy není možné odstranit celou tkáň postiženou tumorem. Jedná se o resekce menšího rozsahu jako bypassové s obejitím či přemostěním části střeva s inoperabilním tumorem, ale s obnovou pasáže střevní. Obvykle se před nádorem zakládá odlehčující stomie jako ileo či transverzostomie. (Slezáková/b, II, 2010, s. 43-45)

## 3.4 Komplikace stomií

Je označení nežádoucího stavu vzniklý v časném či pozdním období, které ztěžují adaptaci na nové podmínky.

**Parastomální absces** je lokální zánětlivá komplikace vedoucí až k dehiscenci stomie. Drenuje se infiltrát s péčí o ošetřování a s pečlivou toaletou stomie. Dle bakteriologického vyšetření se nasazují vhodná antibiotika. (Zachová, 2010, s. 53)

**Nekróza** (odumření) sliznice se projeví změnou barvy stomie. Sliznice má nafialovělé zbarvení. Nekrotická tkáň měkne, zežloutne a začíná fáze odlučování. Tento stav vzniká při sutuře stomie pod velkým napětím. Dochází k poruše vitality stomie pro nedostatečné krevní zásobení. Terapie spočívá ve snesení nekrotických částí, část se jich odloučí spontánně. Důsledná hygiena, toaleta rány a vhodný stomický systém napomůže k vyhojení defektu. (Zachová, 2010, s. 153)

**Dehiscence stomické sutury** je odloučení střevní sliznice střeva od okrajů rány. (Zachová, 2010, s. 153)

**Stenóza** je následkem dehiscence, kdy dochází k zúžení vývodu. Je třeba hodnotit průchod stolice stomií. Příčinou je tvorba vazivového kruhu kolem vývodu u pacientů se sklonem k tvorbě keloidních jizev. Prevence je digitální dilatace prstem či dilatátory. (Zachová, 2010, s. 154)

**Retrakce** znamená vtažení stomie pod úroveň pokožky. (Slezáková/b, II, 2010, s. 45.). Vzniká při nestabilitě hmotnosti pacienta nebo při nepříznivém stavem střeva před operací. Pod pomůcky podtéká střevní obsah a irituje kůži. (Zachová, 2010, s. 151-160)

**Prolaps** je vyhrěznutí střeva z dutiny břišní až o několik centimetrů, které způsobuje odchlípnutí stomických pomůcek. Iritace kůže je pak další komplikací. Prolabující střevo se

reponuje zpět, aby nebylo přerušeno jeho cévní zásobení. Velké prolapsy pak vyžadují chirurgické řešení.

**Parastomální kýla** je získaná zevní kýla vzniklá vyklenutím peritonea skrze kýlní branku v oslabené části stěny břišní. Příčina je ve zvýšeném nitrobřišním tlaku při fyzické práci, zácpě, kašli apod. Nerovnosti vyklenutí pak ztěžují péči o vývod, snižuje komfort nemocného. Jako operační řešení je přemístění stomie na jiné místo nebo plastika kýly vložením síťky. Zpevňuje se přiložením zevně stomickým pasem.

**Fistula** je označení pro píštěl, pro komplikaci zánětů. Nejčastěji jsou to stehové píštěle jako reakce na šicí materiál. Prevence je včasné odstranění kožních stehů.

**Krvácení** z lumen stomie způsobeno NPB vyžadující urgentní lékařské ošetření. Krvácení může souviset s průjmy, onkologickou terapií nebo prorůstáním nádoru či hypergranulací na sliznici stomie.

**Ztížené vyprazdňování** stomií souvisí s příčinou obstipace u stomiků vyššího věku s užíváním léků, nedostatečným pitným režimem, pohybovým režimem. Zaměření je vhodné na funkčnost a kvalitu chrupu.

**Folikulitida** neboli zánět vlasového váčku vzniká mikrobiální infekcí při vytržení chloupků při sejmutí stomického sáčku či podložky. Vhodné je chloupky holit elektrickým strojkem, který eliminuje poškození povrchové vrstvy kůže.

**Nekróza** vzniká při ischemii kůže kolem stomie mechanickým tlakem, který omezuje prokrvení kůže. Příčinou je v pooperačním období pod vyústěním spigotu (kolíčku) nebo v nevhodném stomickém systému pomůcky.

**Hypergranulace** na sliznici bývá způsobeno chronickým drážděním nevhodně vystřiženou pomůckou a nesprávným postupem v péči o stomii. (Zachová, 2010, s. 164-167)

## 4 PŘEDOPERAČNÍ PÉČE

Chirurgické ošetřovatelství je obor zaměřující se na ošetrovatelskou péči u pacientů vyžadující chirurgickou léčbu. (Janíková, 2013, s. 25). Operační výkony vyžadují chirurgické přetěti tkáně pacienta nebo uzavření rány předešlé. Chirurgický obor využívá operačních výkonů, diagnostiky pomocí přístrojové techniky k terapii patologických stavů. (Drábková, Florence 1-2/2016, s. 28)

Cílem je pomáhat nemocným a rodinám jak v nemoci, tak ve zdraví. Hlavní náplní je asistence u operací, péče o nemocného před a po operaci (perioperační péče). (Janíková, 2013, s. 25)

Důsledná předoperační vyšetření zabraňují pooperačním komplikacím. Cílem je vytvořit co nejoptimálnější podmínky ke zvládnutí operačního výkonu a zabránit tak v rozvoji pooperačních komplikací. (Janíková, 2013, s. 26)

Předoperační péče se rozděluje na obecnou a speciální, která je společná pro všechny operační výkony lišící se typem onemocnění a charakteru operačního výkonu. Dále na tělesnou, psychickou a medikamentozní, která zahrnuje přípravu organismu, úpravu medikace, zmírnění obav.

Plánované operace se dělí na dlouhodobé, krátkodobé, bezprostřední. (Janíková, 2010, s. 26), plánované (operace žlučníku), urgentní (NPB), neodkladné vitální indikace (krvácení ohrožující život pacienta). (Slezáková, I, 2010, s. 34)

Základem všech příprav je standardní vyšetření spočívající v zajištění zdravotní dokumentace u praktických či odborných lékařů nemocného. Interní vyšetření zahrnuje odebrání anamnézy osobní, pracovní a sociální. Fyzikální vyšetření zjišťuje pohledem (inspekce), poklepem (perkuse), poslechem (auskultace), pohmatem (palpitace) aktuální stav vyšetřovaného. Řadí se sem také zhodnocení vitálních funkcí, screeningové vyšetření krve a moči, natočení elektrokardiogramu (EKG), rentgenové vyšetření srdce a plic. (Chrobák, 2014, s. 19-25)

Anesteziologické vyšetření řeší druh a způsob podání narkózy, kterou hodnotí anesteziolog na základě proběhlého interního vyšetření, druhu operačního zákroku a celkového zdravotního stavu pacienta. Dle těchto kritérií lékař stanoví klasifikaci ASA k stanovení perioperačních rizik (American Society of Anesthesiologists, Americká

anesteziologická společnost) její hodnocení vyjadřuje rizika pravděpodobné smrti od zahájení anestezie až do 7. pooperačního dne. (Janíková, 2010, s. 27). Druhy anestezie se dělí na celkovou dle způsobu aplikace léků k navození anestezie jako inhalační, nitrožilní, nitrosvalovou, rektální. Místní anestezie: dle místa aplikace se dělí na topickou, infiltrační, okrskovou, blokádu nervových pletení a periferních nervů, epidurální. (Janíková, 2010, s. 28). Topická aplikace místního anestetika se aplikuje na povrch, který se znecitliví (gel na ústí močové trubice, sprej na hlasivky). Infiltrační se aplikují přímo do místa operačního zákroku (extirpace drobných fibromů). Svodná je aplikace látek mimo oblast operačního pole. Okrsková přerušuje vodivosti nervových vláken v malé vzdálenosti od místa operace. Blokáda nervových pletení anestetikem se aplikuje cíleně k nervu. Epidurální spočívá v aplikaci látky do kanálu páteřního vně do vaku tvrdé míšní pleny. Při subarachnoidální anestezii je látka aplikována do vaku tvrdé pleny a je vhodná u výkonů v dolní polovině těla (gynekologická, urologická). (Janíková, 2013, s. 44)

#### **4.1 Dlouhodobá předoperační příprava**

Časové hledisko dlouhodobé předoperační péči závisí na celkovém stavu pacienta s ohledem na přidružená onemocnění a typu budoucí operace. Lékařem náležitě podané vysvětlení včetně aktivního zapojení pacienta do celého procesu je základ veškeré léčby. Tato příprava zahrnuje podepsání informovaného souhlasu s operačním zákrokem. (Janíková, 2013, s. 26)

Písemný informovaný souhlas musí obsahovat informace o účelu a povaze diagnostického nebo léčebného zákroku, o obvyklých důsledcích terapie (omezení v životních situacích), údaje o rizicích týkající se výkonu, jaké jsou možnosti léčebné alternativy, záznam o ústním podání informací lékařem nemocnému a prostor pro otázky při neporozumění edukace. (Haškovcová, 2015, s. 80)

##### **4.1.1 Specifika u dlouhodobé předoperační přípravy Dlouhodobá antikoagulační léčba**

Riziko tromboembolických komplikací (TEN) a plicní embolie se zvyšuje s rozsahem a délkou operačního výkonu. Užívání antikoagulačních látek snižují rizika vzniku tromboembolických komplikací, ale také zvyšuje rizika krvácení při operačních výkonech. Individuální přístup a sledování hodnot INR (International Normalised Ratio - mezinárodní doporučené jednotky pro měření koagulace) s následnou úpravou je velmi důležitý. Obvykle nemocní doma užívají Warfarin tablety, které se vysazují obvykle až 7 dní



před plánovanou operací a sleduje se pokles INR. Pro urychlení poklesu INR např. při nutnosti operačního výkonu dříve, či hrozí-li NPB, používají se přípravky vitamínu K (sníží INR za 12-24 hod), dále aplikace zmražené plazmy nebo podáním faktorů protrombinového komplexu. V celém perioperačním období se podává antikoagulační léčba v podobě injekčního přípravku - nízkomolekulární heparin (LMWH - Low Molecular Weight Heparin jako Clexane, Fragmin aj.) doplněné přikládáním kompresemi elastickými punčochami či bandážemi končetin. Jako prevence TEN přispívá včasná mobilizace po operačním zákroku, dostatečná hydratace organismu. (Janíková, 2013, str. 29)

### **Onemocnění srdce a cév**

Kardiovaskulární komplikace patří k nejčastějším a v perioperačním období tvoří až 25-50% mortality. Jsou stavy, kdy se musí operační výkon odložit na různě dlouhou dobu týdnů, měsíců do zkompenzování stavu, jako např. u akutního infarktu myokardu (AIM), dekompenzace vysokého tlaku.(Janíková, 2013, s. 30). Pak lékař hodnotí přidružená onemocnění dle klasifikace NYHA (New York Heart Association -. Funkční hodnocení srdečního selhání podle schopnosti nemocného snášet fyzickou zátěž: *I. stupeň* bez omezení, kdy běžná námaha nepůsobí pocit vyčerpání, dušnost. *II. stupeň*- menší omezení zátěže, kdy běžná zátěž vede k vyčerpání, dušnosti, *III. stupeň*- velké omezení už při malé zátěži projevujícím se namáhavou dušností, vyčerpání, *IV. stupeň* -omezení při jakékoliv aktivitě i v klidu s projevy dušnosti, palpitacemi, která vede i k invalidizaci nemocného. (Hradec, Býma, 2011, s. 10)

Standardní vyšetření je doplněno specialisty jako kardiolog, internista. U nemocného je monitorován krevní tlak, pulzy, EKG, echokardiologické vyšetření, zátěžové EKG, holterovské monitorování, odběr krve na speciální kardiální soubor na troponin, myoglobin apod., případně se indikuje koronarografie. (Janíková, 2013, s. 31)

### **Onemocnění dýchacího ústrojí**

Plicní komplikace patří mezi časté pooperační komplikace (20 - 40%). Tyto komplikace zvyšují kromě operačního výkonu také obezita, kouření. Doporučuje se minimálně 12 - 48 hod. před plánovaným výkonem nekouřit. Provádějí se vyšetření jako rentgen plic a srdce, spirometrie, vyšetření krevních plynů (ASTRUP), odběr sputa na mikrobiologické vyšetření, pulzní oxymetrie. Cílem je stabilizace přidružených onemocnění plic a edukace pacienta o dechové rehabilitaci, která by měla začít již před výkonem.

K prevenci plicních komplikací u vybraných stavů se aplikují profylaxně antibiotika, bronchodilatancia, kortikoidy. (Janíková, 2013, s. 31)

### **Diabetes mellitus (DM)**

Toto onemocnění představuje ohrožení v pooperačním období kardiovaskulárními, nefrologickými komplikacemi a delší dobou hojení. Mortalita u diabetika je kolem 3,4%, u osob bez DM 1%-2,5% (Janíková, 2013, s. 31). Je důležitá kompenzace diabetu a držení hladiny glykemie mezi 6-10 mmol/l. Odběry glykemií, glykovaného hemoglobinu (HbA1c), C peptid. Mezi další vyšetření patří u diabetika konzultace angiologa pro angiopatie, neurologa pro neuropatie, nefrologa pro nefropatie. Zvýšenou péčí o dolní končetiny se zabývá podiatrická poradna, kterou by měl nemocný absolvovat. U kompenzovaného diabetu na dietě a perorálních antidiabeticích je nemocný hospitalizován minimálně jeden den před operací. Vyšší hladiny glykemie se kompenzují podáním inzulinoterapie. (Janíková, 2013, s. 31)

### **Onemocnění ledvin**

Chronické onemocnění ledvin a dialyzovaní nemocní zasluhují zvláštní pozornost. Kromě základních vyšetření doplňuje ještě funkční vyšetření ledvin (moč), krve (urea, kreatinin, kyselina močová). Ze zobrazovacích vyšetření je indikována ultrasonografie (USG), rentgen ledvin, počítačová tomografie (CT), magnetická rezonance (MR), izotopová vyšetření. Dialyzovaní pacienti by měli být vyšetřováni alespoň jeden měsíc před plánovaným výkonem a program dialýzy se upravuje dle průběhu výkonu. Důležité je sledování bilance tekutin, nutriční podpora, sledování hladiny kaliumu v séru. (Janíková, 2013, s. 32)

### **Onkologické onemocnění**

Přínos operace a celkový stav nemocného by měl být předoperačně pečlivě zhodnocen. Mohou to být radikální nebo paliativní výkony. V onkologické léčbě je buď adjuvantní terapie, kdy po chirurgickém výkonu následuje další podpůrná léčba chemoterapií, radioterapií apod., nebo neadjuvantní terapie, kdy chirurgické operaci předchází např. chemoterapie. Cílem je zmenšení nádoru pro výkon a dosažení optimálního stavu nemocného, sledování výživy, tlumení bolesti. Důležitá je péče o psychiku nemocného a jeho rodiny. (Janíková, 2013, s. 32)

Nejčastější onkologická diagnóza je kolorektální karcinom se stoupající incidencí ve věku 60-79 let. ([www.kolorektum.cz](http://www.kolorektum.cz)). Nádory v pravé polovině tlustého střeva nezpůsobují dlouho žádné potíže. Zjištěná anémie z příčiny chronického drobného krvácení z nádoru upozorní přítomností krvavé stolice. Na rozdíl nálezu nádoru v levé polovině tlustého střeva, jsou projevy poruchy pasáže střev, zácpa, střídání průjmu a obstipace. Chirurgická léčba je nezastupitelná, spočívá v odstranění úseku střeva s nádorem a spádovými uzlinami. Kontinuita střeva se obnoví jeho sešitím (anastomózou). ([www.anamneza.cz/nemoc](http://www.anamneza.cz/nemoc))

## **4.2 Krátkodobá příprava pacienta na operaci**

Tato příprava je omezena na 24 hodin před výkonem. Fyzická příprava včetně výživy a tekutin je omezena lačněním 6-8 hod před operací. U nemocných s poruchou výživy a dehydratovanými se aplikuje parenterální výživa. Snižuje se tak riziko pooperačních komplikací.

Spontánní vyprázdnění močového měchýře provádí pacient těsně před operací a před podávanou premedikací předepsanou anesteziologem. Katetrizace před náročnými operacemi probíhá na operačním sále, u inkontinence ještě na lůžku před odjezdem k výkonu. Vyprázdnění tlustého střeva závisí na druhu operace. Například operace střev vyžaduje kombinaci projímavého roztoku s doplněním opakovaných klyzmat. (Janíková, 2013, s. 35)

Hygienickou péči po zhodnocení soběstačnosti buď pacient provádí sám, při disabilitě tuto péči zajišťuje zdravotnický pracovník. Příprava operačního pole spočívá podle druhu operace, zvyklostí oddělení. Spánek a odpočinek anesteziolog ordinuje sedativa a hypnotika pro nerušený spánek ke zvládnutí stresu před operačním výkonem. Cennosti a protetické pomůcky jako šperky, cennosti se ukládají do trezoru oproti podpisu. Zubní náhrady snímatelné se vyjmou z dutiny ústní a bezpečně uloží. (Janíková, 2013, s. 36, 37)

Prevence tromboembolické nemoci (TEN) spočívá v přiložení antiembolických punčoch nebo bandážování obou dolních končetin. (Janíková, 2013, s. 36). Zajištění invazivních vstupů jako například periferní žilní katetr, zavedení žaludeční sondy

**Anesteziologická příprava** anesteziolog hodnotí stav nemocného na základě proběhlých předešlých vyšetření, seznamuje s podáním a druhem anestezie, upozorňuje na možná rizika v průběhu operace. Doplnjuje své ordinace a dle stavu předepisuje vhodnou premedikaci. (Slezáková, 2010, s. 35). U seniorů je velmi obtížné zklidnění farmaky bez

nežádoucího stavu útlumu a zmatenosti. Benzodiazepiny i opioidy jsou často užívané v redukované dávce pro farmakokinetické změny (osud léčiva v organismu včetně vstřebávání (absorpce), rozložení (distribuce), přeměny (metabolismus), vzájemné působení (interakce), vyloučení z organismu (eliminace) i pro farmakodynamické změny (účinek léčiva na organismus). (Šváb, 2008, s. 73)

**Psychická příprava** její cíl je minimalizovat strach a stres z nastávající operace. Spolupráce sester a lékařů eliminuje výše uvedené. Špatně je bagatelizování otázek od nemocného týkající se operace, délky výkonu, pooperační bolesti a také starosti o rodinu. Komunikace s pacientem představením se, seznámení s domácím řádem nelze opomenout. (Slezáková/a, I, 2010, s. 35)

### **4.3 Bezprostřední příprava na operaci**

Tato příprava se omezuje na časový úsek, asi 2 hodiny před operací. V této době je nutná kontrola vitálních funkcí, dokumentace nemocného, výsledků, souhlasů s výkonem, kontrola operačního pole, přiložení bandáží dolních končetin, zjistit stav lačnění, zajistit parenterální přístup, zavedení permanentního močového katetru dle druhu operace a indikace lékaře, zavedení žaludeční sondy se zdokumentováním. (Slezáková/a, I, 2010, s. 35) U diabetiků se vysazuje perorální antidiabetikum a převádí na krátkodobou insulinoterapii. Premedikace závisí na typu operace posuzující anesteziolog. Většinou se podává parenterálně do svalů nebo ústy 30-60 minut před výkonem. Vše je třeba řádně zapsat do dokumentace, znát i vedlejší účinky podávaných léků. Po aplikaci je nutné dodržovat klidový režim. (Janíková, 2010, s. 37)

### **4.4 Příprava k urgentní operaci (neodkladné)**

Urgentní operace nesou s sebou vyšší výskyt pooperačních komplikací, ale i úmrtí související s dekompenzovaným stavem při přijetí či souvislost se základní příčinou akutní operace. Pro časovou tíseň nelze důkladně vyšetřit nemocného včetně zkompenzovat jeho přidružená onemocnění. Anamnéza se částečně odebírá od nemocného za pomoci jeho doprovodu či rodiny, hygienická péče se omezuje jen eliminaci hrubých nečistot, vyjmutí zubní protézy a přípravy operačního pole. Krevní odběry jsou STATIM, včetně zajištění žilního vstupu, aplikace parenterální výživy, zavedení permanentního katetru či dalších invazivních vstupů. Doplnuje se natočení EKG, RTG, včetně interního vyšetření. Jako prevence TEN se přikládají bandáže DK. Cennosti se sepisují a uschovávají oproti podpisu

dle stavu nemocného. Komunikace s nemocným a jeho doprovodem je nezbytný až po předání do rukou profesionálů. (Janíková, 2010, s. 36)

#### **4.5 Pooperační péče**

Je období začínajícím předáním pacienta v předsálí (filtr) až po jeho převzetí zpět na standardní oddělení nebo na JIP/ARO. Dělení do etap zahrnuje přípravu operační skupiny, příprava pacienta a jeho předání do péče personálu operačního sálu, transport na operační sál, uložení do základní polohy, dezinfekce a zarouškování operačního pole, rozmístění operační skupiny, vlastní operace, předání pacienta po výkonu na standardní oddělení či JIP. (Janíková, 2013, s. 46)

Pooperační péče se dělí na bezprostřední, která je zaměřena na prevenci pooperačních komplikací a následnou, která je zaměřena na rehabilitaci, jako návrat k předchozímu stavu. (Janíková, 2013, s. 47)

Tato péče probíhá ihned po výkonu, pacient se probouzí z anestezie za monitorace na zotavovací dospávací jednotce, která je v blízkosti operačního sálu. Je vybavena dalším monitorovacím zařízením, pomůckami k resuscitaci a dalším vybavením potřebnému na dobu pobytu nemocného v tomto úseku. Péči provádí anesteziologická sestra, kontroluje pacientovo vědomí, vitální funkce, postupné odeznívání anestezie, místo operační rány, sekreci v drénech a hodnotí bolest pacienta. Tato intervence je důležitá v oblasti zotavování pacienta z anestezie a prevenci vzniku raných pooperačních komplikací jako např. zástava dechu, silné krvácení. Všechny hodnoty sledování jsou řádně zdokumentovány a při překlada nemocného jsou předány spolu s pacientem na příslušné oddělení. (Drábková, Florence 1-2/2016, s. 28)

Po stabilizaci stavu z dospávací jednotky je pacient přeložen na chirurgické standardní oddělení. Hlavní ošetrovatelskou péčí je monitorace bolesti, eliminace pooperačních komplikací a snaha o návrat zdravotního stavu na optimální úroveň. Všechny intervence by měly směřovat k soběstačnosti a samostatnosti pacienta. (Janíková, 2013, s. 54)

## 4.6 Ošetrovatelské intervence

### Monitorování

Mezi základní pooperační péči patří měření fyziologických funkcí dle ordinace anesteziologa, kontrola aktuálního stavu pacienta, stupeň vědomí po anestezii, stav operační rány, sledování sekrece z drénů, podávání aktuální medikace. Pooperační bolest je základním projevem každé chirurgické operace s různou intenzitou, lokalizací a dobou trvání. (Janíková, 2013, s. 54). Hodnocení bolesti vyžaduje ze stran zdravotníků profesionální a specifický přístup. (Pokorná/a, 2013, s. 109) K tišení bolesti jsou používána neopioidní analgetika, opioidy a případně jejich kombinace. Jako alternativní možnost tlumit bolest je chlazení rány, změna polohy nemocného. Bolest nepodceňujeme a sledujeme intenzitu dle dostupných škál (VAS 0-10), lokalizaci, charakter a reakci na podávané léky. Kromě analgetik jsou aplikováno sestrou také antibiotika, antikoagulacia, antiemetika v případě nauzey nebo zvracení, parenterální infuzní terapie. (Janíková, 2013, s. 54, Drábková Florence 1-2/2016, s. 29)

### Výživa

Stav výživy je nutné sledovat již v předoperačním období a tím předejít malnutrici, která se podílí na zhoršené rekonvalescenci po operaci. Výživa je považována za základní biologickou potřebu člověka, která dodává organismu energii a další stavební látky. (Kabátová, Florence 5/2016, s. 22) Stav výživy se hodnotí podle biochemických ukazatelů nebo škál, např. MNA (Mini Nutritional Assessment), nebo dle Nottinghamského screeningového systému. Po operacích dochází přechodně k hladovění, ztráta dusíku a bílkovin při katabolismu ovlivní hojení ran). Nutriční podpora během krátké doby není indikována. Při hladovění více jak 5-7 dní, je třeba zvážit dodání výživy parenterální cestou, nejlépe zavedeným centrálním žilním katetrem. Vhodnější je v souvislosti s činností gastrointestinálního traktu podávat výživu zavedenou žaludeční, enterální sondou, nebo jejunostomií. Kombinují se obě formy podání včetně sippingu a převedení na normální stravu postupným zatěžováním zažívacího traktu. (Janíková, 2013, s. 55) Seniorům se podává strava vsedě nebo ve zvýšené Fowlerově poloze, kterou zajistíme alespoň 15 minut před i po podávání stravy. Snažíme se o aktivizaci nemocného, dohlížíme na porce, případně pomůžeme se stravou krměním. Má-li zubní protézu, je vhodné ji vložit do dutiny ústní, před a po jídle vyjmout, zbavit zbytků stravy pro její nedoléhání k dásním. (Pokorná/b, 2013, s. 68)

**Hodnocení stavu hydratace** její prevenci u seniorů sledujeme identifikací rizikových faktorů (zvracení, horečka, průjem), přesným hodnocením příjmu a výdeje tekutin včetně hodnocení barvy moče, zajištění vyšší frekvence podávání tekutin v průběhu celého dne- v kratších časových intervalech, dostatečnou péčí o sliznice a kůži. Prevence vysoušení je hydratace a také zvlhčování dutiny ústní tyčinkami jako mechanická orofaciální stimulace zvyšující podporu tvorby slin s vnímáním potřeby příjmu tekutin. Analýza dat vyhodnocuje pozitivní či negativní bilanci tekutin korespondující s aktuálním stavem nemocného (obstipace, zvracení, průjem, otoky, pocení apod.). (Pokorná/b, 2013, s. 74)

### **Vyprazdňování moče**

Vymočení po operaci by se měl pacient do 6-8 hodin. Mikci se snažíme podpořit fyzikálními prostředky, ale většinou se zavádí permanentní močový katetr. Je nutné sledovat dále bilanci tekutin, při nízké diuréze je vhodná medikamentózní podpora. (Janíková, 2013, s. 55) U akutních břišních operací se zavádí permanentní katetr již v předoperačním období pro předpokládaný dlouhotrvající výkon. Katetrizace se považuje za invazivní výkon přinášející s sebou komplikace (infekce močových cest), u mužů epididymitis což je zánět varlete, hematurie s poraněním, obstrukce močového katetru inkrustací, biofilmem, krevními koaguly., poranění svěračů při dlouhodobém zavedení. (Vytejková, II., 2013, s. 135)

Indikací k zavedení permanentní cévky je přesná bilance vyloučené moči (hodinová diuréza), retence moči po chirurgických, urologických a gynekologických operacích, u pacientů v komatózních stavech, inkontinence již trvající, k dočasné imobilizaci stavu pro cílený omezený pohyb na lůžku po úrazech páteře. (Vytejková, II, 2013, s. 133)

### **Vyprazdňování stolice**

Peristaltika GIT se obnovuje druhý až třetí den po operaci. Odchod plynů lze podpořit zavedením rektální rourky do konečníku. Při přetrvávání parézy je možná medikamentózní podpora nebo podáním kapénkového klyzmatu do konečníku či do stomie. Včasná rehabilitace a mobilizace prospívá k motilitě střev. (Janíková, 2013, s. 55)

## **Péče o invazivní vstupy a operační ránu**

Každý invazivní vstup se považuje za možnou bránu vstupu infekce. Po operacích je zajištěn periferní nebo centrální žilní katetr pro aplikaci medikace, infúzí, transfúzí. Důležitá je pravidelná kontrola vpichu, funkčnosti a pravidelnými převazy katetru.

Operační ránu (průsak) kontrolujeme ihned po příjezdu z operačního sálu a dále co nejčastěji. Při průsaku krytí pouze navazujeme další vrstvou obvazu a informujeme lékaře. Následující den se provádí první převaz rány za aseptických podmínek. Stehy se odstraňují podle druhu operace. Hojení ovlivňuje stav výživy, věk, infekce, léky.

Drény pro zajištění odvodu sekretu z rány a patologických ložisek. Jsou zaváděny v průběhu operace incizí mimo operační ránu zajištěné fixací (kožním stehem) proti vypadnutí. Sleduje se množství a vzhled sekrece, okolí kůže. Drény se mohou proplachovat dezinfekčním roztokem. Drenážní systém může být aktivní podtlakový (redonův drén), pasivní podtlakový drén, který odvádí sekreci přímo do obvazů, spádové drény (subhepatální). Drenáž je ponechána několik dnů dle zmenšujícího se objemu sekretu. (Janíková, 2013, s. 55, 56)

## **Péče o jizvy**

Udržování jizvy v čistém prostředí, chránit ji před mechanickým drážděním, slunečním zářením. Vhodné je provádět tlakové masáže zahojené rány stlačováním proti její spodině včetně promašťování jako prevence přesychání kůže. (Janíková, 2013, s. 56)

### **4.6.1 Pooperační komplikace**

**Respiračními komplikacemi** jsou ohroženi nemocní s chronickou obstrukční plicní nemocí. Již v předoperačním období je indikováno vyšetření plicních funkcí. U astmatiků jsou preventivně předoperačně a pooperačně podávány kortikoidy. Atelektáza je další komplikací a znamená nerozpětí plicní tkáně, nevzdušnost. Vzniká vdechnutím hlenové zátky, krevní sraženiny. Léčebná intervence u menších ložisek spočívá v dechové gymnastice, nácviku odkašlávání, oxygenoterapii, podání antibiotik. (Chrobák, 2014, s. 69). V ostatních případech je nutné aktivní odsávání z trachey bronchoskopem, laryngoskopem, případně zavedení tracheostomie. (Zeman, Krška, 2014, s. 279)

**Aspirace** vzniká vniknutím pevných látek do dýchacích cest, kterou právě senioři bývají nejvíce ohroženi. Příčinou bývá přeplněný žaludek. Jako prevence je zavedení žaludeční sondy před plánovaným výkonem. Aspirace též způsobuje dechovou



nedostatečnost a rozvoj bronchopneumonie. Poranění nebo podráždění sliznice hrtanu a průdušnice endotracheální kanylou vyvolá laryngotracheitidu. (Zeman, Krška, 2014, s. 279)

**Plicní edém** vzniká přítomností tekutiny a alveolech a v intersticiální tkáni při selhávání levého srdce ledvin, při předávkování tekutin parenterální cestou. Terapie této komplikace se řeší podáním diuretik, kardiotonik, přetlakem při řízeném dýchání.

**Apnoe** může pooperačně nastat do 2 hodin v době odeznívání anestezie jako důsledek účinku myorelaxačních látek, ale také to může být respirační, kardiální, mozková komplikace. (Zeman, Krška, 2014, s. 280)

### **Kardiovaskulární komplikace**

U seniorů je porušena srdeční odpověď na stres, kterým prochází v předoperačním i v pooperačním období. Často se právě zjistí v rámci předoperační přípravy, že nemocný trpí neléčenou závažnou kardiální poruchou, která je spojena s pooperační morbiditou. Městnavé srdeční selhání nad 65 let věku vede až k úmrtí (Šváb, 2008, s. 47)

Plicní edém a srdeční selhání v perioperačním období nastává bezprostředně a do 48 hodin po výkonu.

**Infarkt myokardu** bývá příčinou pooperačních komplikací a nejčastější příčina úmrtí. Rizikové nemocní by měli být hemodynamicky sledováni již před operací. Hypertenze vede k srdečnímu selhání, u seniorů je spojena s rizikem cévní mozkové příhody, renální insuficience. Hypotenze může být následkem působením anestetik, krevními ztrátami, plicní embolií, sepsí, šokem. Tento stav může vyústit v myokardiální ischemii způsobující vzestup srdeční frekvence. Důsledkem je zvýšená potřeba kyslíku myokardem.

**Perioperační arytmie** bývá poškozením autonomie sympatiku a parasympatiku. Na stavu se podílí stres, bolest, horečka. (Šváb, 2008, s. 52)

S přibývajícím věkem stoupá riziko **flebotrombozy dolních končetin a plicní embolie**. Jako prevence je zařazení brzké operace, včasná pooperační rehabilitace přispívající k mobilitě pacienta. Mezi další prevenci patří přiložení elastických bandáží k urychlení toku krve v žilách, aktivní cvičení s dolními končetinami, časná vertikalizace. Z farmakologického hlediska je indikována aplikace nízkomolekulárního heparinu v předoperačním i v pooperačním období. (Zeman, Krška, 2014, s. 283)

**Embolie plicnice** je nejzávažnější komplikace při uvolnění trombu z periferní žíly, subklaviálních a žil pánevního dna do pravého srdce a plicní tepny. Nejčastěji se projeví až ve druhém pooperačním týdnu. (Zeman, Krška, 2014, s. 285)

### **Komplikace trávicího ústrojí**

Po břišní operaci dochází k útlumu břišní peristaltiky se zástavou odchodu plynů v délce 1 až 2 dnů. Samovolně by se měl stav upravit do 72 hodin po operaci. (Janíková, 2013, s. 52) Nevyprázdní-li se pacient do 5 dnů po operaci, je možno myslet na ileus paralytický jako potlačená činnost parasymptiku. Ileus cévní bývá způsoben žilním nebo tepenným uzávěrem mezenterických cév, ileus mechanický je spojován se srůsty v dutině břišní střevních kliček. (Krška, 2011, s. 296)

Mezi méně závažné komplikace trávicího ústrojí patří nechutenství, nauzea, zvracení. Zavedením nazogastrické sondy se předchází výše uvedeným obtížím, navíc je možno změřit žaludeční reziduum.

Škytavka (singultus) je děj vyvolaným stahem bránice s prudkým vdechem. Bývá krátkodobá a brzy vymizí. Při přetrvávání pátráme po příčinách jako zánět plic, dilatace žaludku. (Janíková, 2013, s. 52)

### **Renální pooperační komplikace**

Zahrnují především retenci močovou, pakliže se nemocný spontánně nevymočí do 6-8 hodin po výkonu. (Janíková, 2013, s. 55). U seniorů je pak způsobena bakteriální infekcí způsobena katetrizací. (Šváb, 2008, s. 55) Dalším faktorem může být pooperační imobilita, pocit studu, nedostatek soukromí. (Trachtová, 2013, s. 98). Renální insuficience nejčastěji z důvodu dehydratace je další komplikací. (Šváb, 2008, s. 55)

### **Pooperační komplikace v operační ráně**

Krvácení operační rány upozorní při její kontrole, kdy krev vytéká zpod obvazu, nebo se vytvoří hematoma. Důvod může být porucha hemokoagulace, nedostatečné zástava z krvácení během operace. Tepenné krvácení vyžaduje revizi operační rány, žilní se zkomprimuje vrstvou sterilního krycího materiálu. K dehiscenci (rozestupu) rány dochází mezi 5. -8. pooperačním dnem. Příčinou může být věk, obezita, zvýšený nitrobřišní tlak při kašli nebo nedokonalý uzávěr rány. Projevy infekce rány mohou být celkové (febrilie) nebo

místní (zarudnutí, bolest, hnisavá sekrece). Hovoříme při jejich výskytu jako o sekundárním hojení ran. (Janíková, 2013, s. 53)

Nekróza a infekce v ráně jako sekundární infekce bývá u výkonů zasahujících infikované tkáně jako absces. I aseptické rány mohou být infikované ze zdroje u samotného nemocného (kůže), rukama operační skupiny, kapénkovou infekcí. Nozokomiální infekce jsou infekce vzniklé při nedodržování aseptických zásad při převazech, výkonech. Jsou rezistentní na antibiotika a léčba je zdlouhavá s izolačním opatřením. (Zeman, Krška, 2014, s. 298)

### **Psychiatrické a neurologické**

U seniorů se projevují poruchy kognitivních funkcí i kvalitativní poruchy vědomí, které může být způsobeno dehydratací, metabolickými poruchami, ale i podáváním opiátů. Projevují se zmateností až agresí. Delirium se vyskytuje zejména v seniorském věku s projevy dezorientace, neklidem. (Janíková, 2013, s. 54). Etiologie těchto stavů je nejasná. Možnost peroperační drobné embolizace, vlivem vyšší koncentrace anestetik a hypoxie mozkové je pravděpodobná. (Šváb, 2008, s. 52, 53)

Vznik dekubitů v pooperačním období může vzniknout již po dvou hodinách, kdy dochází k poruše mikrocirkulace a tím k ireverzibilním změnám ve tkáních predilekčních míst. Jako prevence je v zajištění dostatečné hydrataci, výživě. Věnovat dostatečnou pozornost hygieně, pravidelné polohování nemocného ošetřujícím personálem. (Mikšová, 2006, s. 45)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 FORMULACE PROBLÉMU

Geriatrizační medicíny přibývá pacientů, kteří ve stáří podstupují stále častěji operační výkon. Únosnost k operaci, diagnostika a léčba patří k zásadním úvahám vzhledem k věku seniora.

Chirurgickou intervencí si vyžaduje mnoho onemocnění trávicího onemocnění, především ale střevní neprůchodnosti jako náhlé příhody břišní, které vyžadují mnohdy neodkladné řešení.

Důvodem k operaci nejsou jen záněty, úrazy, ale bohužel i nádory. Kolorektální karcinom patří k těm nejčastějším a doba záchytu je důležitá pro stanovení prognózy a další následnou terapii. (Janíková, 2013, s. 180)

K eliminaci výskytu nežádoucích komplikací a zároveň k podpoře rychlé rekonvalescence je bezpodmínečně nutná informovanost ošetřujícího personálu, aktivní vyhledávání, uspokojování a znalost potřeb nemocných. Respekt a úcta k lidské důstojnosti představuje jednu z největších hodnot.

## **6 CÍL A ÚKOL PRÁCE**

Hlavním cílem této práce bylo poukázat na zachování specifického přístupu ošetrovatelské péče ke geriatrickým pacientům, kteří podstupují chirurgický operační zákrok na standardním chirurgickém oddělení. Zaměření na zmapování odlišností v péči o pacienta v pooperační péči podle druhu, rozsahu onemocnění a chirurgického zákroku.

### **6.1 Dílčí cíle**

1. Zpracovat kazuistiku.
2. Sledovat specifické potřeby geriatrických pacientů v rámci celé perioperační péče.
3. Zmapovat pooperační komplikace u vybraných geriatrických pacientů.
4. Sledovat geriatrického pacienta se stomií v rekonvalescenci po propuštění z nemocnice.

### **6.2 Výzkumné otázky**

1. Jaké byly nejčastější potřeby geriatrických pacientů v celé předoperační i pooperační péči a jak byly respektovány zdravotníky.
2. Jaké komplikace nastaly u vybraných geriatrických pacientů v pooperační době a jak byly řešeny.
3. Jaké má pacient informace o své nemoci.
4. Jak probíhá následná péče o stomii v ambulantní péči.

### **6.3 Metodika práce**

Informace pro moji bakalářskou práci budou získávány pomocí kvalitativního výzkumu, které budou prováděny na chirurgickém oddělení Domažlické nemocnice. Individuální rozhovor a pozorování bude doplňovat nahlížení do zdravotní dokumentace nemocného. Výzkum probíhá od října 2016.

V rámci výzkumné části budou zpracovávány dvě kazuistiky. Bude použit Model teorie základní ošetrovatelské péče Virginie Henderson.

Předmětem výzkumu je zaměření na pacienty, kteří podstupují chirurgický výkon, zejména na jejich specifické potřeby.

### **6.4 Vzorek respondentů**

Ke své bakalářské práci jsem zpracovala kazuistiku dvou geriatrických pacientů na chirurgickém oddělení, podstupující operační výkon pro střevní neprůchodnost. Jako

metodu sběru dat jsem použila polostrukturovaný rozhovor, ke kterému mi oba pacienti poskytli písemný souhlas.

## **7 POUŽITÝ MODEL VE ZPRACOVÁNÍ KAZUISTIK**

### **Model Virginia Henderson**

Každý jedinec má své specifické potřeby ovlivněné kulturou i jeho vlastní osobností, uspokojující své potřeby nezávislostí a soběstačností. Znamka porušení zdraví nebo příznaky nemoci vzniká z neuspokojování potřeb pro ubývající síly, z nedostatku vůle a vědomostí.

Cílem ošetřovatelství je v nezávislosti pacienta při uspokojování potřeb biologických, psychologických, sociálních a spirituálních. Hlavním východiskem modelu je čtrnáct základních lidských potřeb s upřednostněním biologických.

Hendersonová vychází z poznání, že sestra má pomáhat, asistovat případně vykonávat za jedince plnění základních potřeb nemůže-li sám. Výsledkem bude nezávislost pacienta v uspokojování základních lidských potřeb, zvýšení nezávislosti nebo klidná smrt.

#### **Při poskytování ošetřovatelské péče pak vznikají vztahy:**

1. sestra a pacient, kdy sestra působí jako náhrada při nesoběstačnosti pacienta v nahrazování to, co mu chybí (vůle, síla, vědomosti),
2. sestra jako pomocník pacienta v době uzdravování k obnově soběstačnosti pacienta,
3. sestra jako partnerka pacienta vzniká při formulaci plán péče na základě společného hodnocení,
4. sestra a lékař je ve vzájemné spolupráci ošetřovatelského a léčebného plánu,
5. sestra a zdravotnický tým, kdy členové týmu považují pacienta za ústřední postavu, které pomáhají.

#### **Základní potřeby jsou:**

1. normální dýchání
2. dostatečný příjem potravy a tekutin
3. vylučování
4. pohyb a udržování vhodné polohy
5. spánek a odpočinek
6. vhodný oděv, oblékání a svlékání
7. udržování fyziologické tělesné teploty
8. udržování upravenosti a čistoty těla

9. odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých
10. komunikace s ostatními osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů
11. vyznávání vlastní víry
12. smysluplná práce
13. hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace
14. učení, objevování nového, zvědavost vedoucí k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení (Pavlíková, 2006, s. 43-51)



## **8 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ**

### **8.1 Kazuistika č. 1**

#### **8.1.1 Katamnéza**

28. 10. 2016 v 00.44 hod. pacient ve věku 75 let přivezen rychlou záchrannou službou na chirurgické oddělení jako náhlá příhoda břichní. Stěžuje si na bolesti břicha, zvracení, poruchu střevní peristaltiky se zástavou plynů a stolice trvající již 2 dny.

#### **8.1.2 Anamnéza**

##### **Osobní anamnéza**

Pacient se léčí pro vysoký krevní tlak, dnu. Dosud žádnou operaci neprodělal, bez úrazů.

Alergie: neudává

Kouření: nekouří

Transfúze: nedostával

Alkohol: příležitostně pivo

Trombózu, embolizace: neprodělal

##### **Farmakologická anamnéza**

Enap 5mg tbl per os 1-0-0

Milurit 100 mg tbl per os 1-0-0

##### **Rodinná anamnéza**

Rodiče již zemřeli, otec na infarkt myokardu v 70 letech, matka asi na gynekologický nádor v 65 letech.

Sourozence nemá, má jednu dceru, která je zdráva.

##### **Sociální anamnéza**

Žije s manželkou v rodinném domku. Je v důchodu již 15 let. Pracoval jako řidič autobusu.

## **Objektivní nález**

Pacient je orientován časem i místem, spolupracuje. Schvácený. Kůže mírně vlhká, bez známek anemie, ikteru či cyanózy.

Hlava: nebolestivá, zornice izokorické reagující správně. Inervace bez poruchy. Jazyk plazí ve střední čáře, vlhký, nepovleklý.

Krk: hrdlo klidné, šije nevázne, uzliny a ŠŽ nezvětšeny.

Hrudník: dýchání sklípkové bez patologických fenoménů, přiměřeně klenutý, souměrný, nebolestivý, srdeční akce pravidelná, bez šelestů, prsy bez patologické rezistence.

Břicho: v nivo, dýchá volně, tuhé, neprohmatné, difúzně citlivé. Bez rezistence. Játra a slezina nehmatná. Kýla pupeční: velikosti 1x1cm volně reponabilní. Jizvy nejsou.

Per rektum: normální nález v dosahu prstu.

Páteř: nebolestivá na poklep, rozvíjí se volně.

Pánev: stabilní, pevná, nebolestivá.

HK: hybnost normální a citlivost zachována, pohyb v celém rozsahu.

DK: dobré pulzace do periferie, bez trofických defektů, otoky a varixy obou DK nejsou přítomny.

Fyziologické vitální funkce: TK 140/90 mm Hg, P 80/min, TT 36,5 °C

Hmotnost: 75 kg, výška 175 cm

BMI: 24,5 (hmotnost v normě s minimálním zdravotním rizikem)

Bolest: VAS 3

## **Výsledky vyšetření**

**Sérum:** vykazuje fyziologické hodnoty

**Krevní obraz:** Leukocyty  $13,8 \cdot 10^9/l$ , Erytrocyty  $3,96 \cdot 10^{12}/l$ , Hemoglobin 125 g/l, Hematokrit 0,37 l, Trombocyty  $286 \cdot 10^9/l$

**Quickův test:** INR 1,6

**Moč:** normální fyziologické hodnoty

**Krevní skupina:** A<sub>2</sub>Rh pozitivní

**Rentgen plic:**

Parenchym bez ložisek, bez městnání, srdce hraniční šíře

**Rentgen nativního břicha ve stoje:**

Subileozní stav tenkých kliček, více stolice v tračníku

**CT břicha s kontrastní látkou i.v. (bez reakce)**

Ileus tenkých kliček, tumor sigmoidu, tekutina v mezogastriu s bublinkami plynu, volná tekutina v podbřišku.

**EKG:**

Akce srdeční pravidelná, sinusový rytmus 72 / min, křivka bez ischemických změn.

**Interní předoperační vyšetření:**

**Závěr:** ileus, arteriální hypertenze, toho času kardiálně kompenzován.

**Doporučení:** z interního hlediska schopen operačního výkonu, vhodná korekce koagulace podáním plazmy, prevence TEN fyzikálně a medikamentózně aplikací LWMH. Pooperačně pokračovat v léčbě arteriální hypertenze dle kontrol TK a stavu hydratace.

**Závěr anesteziologické předoperační vyšetření:** 75 letý pacient je v současné době kardiopulmonálně kompenzovaný. Je schopen výkonu v celkové anestezii, riziko hodnotím dle ASA II, korekce koagulace aplikací Kanavitu 10 mg i.v. a podáním plasmy, zajistit 2 T.U. EBR k výkonu do zásoby, ATB podat před výkonem. Premedikace bude podána až na operačním sále.

### **8.1.3 Průběh hospitalizace**

#### **28. 10. 2016 příjem pacienta a 1. operační den na oddělení**

Dne 28. 10. 2016 v 00.44 hod. byl pacient přijat k hospitalizaci na chirurgické oddělení s diagnózou: náhlá příhoda břišní se střevní neprůchodností pro perforovaný tumor sigmoidu k akutnímu operačnímu řešení. Pacient souhlasil s hospitalizací a navrhovaným operačním zákrokem.

Okamžitě po uložení na lůžko bylo započato s předoperační přípravou. Operatér pacientovi vysvětlil druh operace se založením stomie, pacient podepsal informovaný souhlas s operací. Také ho upozornil, že po výkonu pravděpodobně bude sledován na anesteziologickém oddělení. Sestrami byla sepsána s pacientem ošetrovatelská anamnéza a provedeno zhodnocení v oblasti ADL, rizika vzniku dekubitů, rizika pádu a hodnocení nutričního hodnocení.

Periferní žilní katetr byl již zaveden sestrou při příjmu na chirurgické ambulanci, kde byly pacientovi provedeny odběry krve biochemické, hemokoagulační a hematologické. Parenterální výživa a podání antibiotik bylo využito tímto funkčním žilním vstupem za pravidelné kontroly místa vpichu.

Před kontrastním CT vyšetřením břicha byl opětovně nemocný dotázán na alergie. Podepsal souhlas a sestra aplikovala na výzvu Dithiden jednu ampuli. intravenózně před odjezdem na vyšetření dle ordinace lékaře.

Sestra na oddělení zavedla žaludeční sondu k derivaci žaludečního obsahu na spád do sběrného sáčku. Před zavedením byl pacient edukován a souhlasil. Byla vyjmuta horní zubní protéza a uložena do nádoby s vodou. Pacient dobře spolupracoval, sonda byla bez komplikací zavedena a ihned začala odvádět žaludeční obsah do sběrného kalibrovaného sáčku.

Lékař zavedl za asistence sestry permanentní močový katetr Nelaton CH 16 ke sledování bilance tekutin po předchozí domluvě s pacientem. Katetrizace proběhla bez komplikací. Sestra kontrolovala průchodnost zavedeného katetru, jeho funkčnost a množství odvedené moči.

Ošetřující lékař zajistil interní a anesteziologické vyšetření u lůžka nemocného za neustálé monitorace fyziologických funkcí: TK, TT, P, D, SpO<sub>2</sub>. Lékař anesteziologického oddělení pacienta informoval o druhu a způsobu podání celkové anestezie v průběhu celé

operace, byl seznámen i s případnými riziky spojené s tímto akutním výkonem. Sestra seznámila pacienta s dechovou rehabilitací k prevenci respiračních pooperačních komplikací jako nácvik odkašlávání a správného dýchání.

Ke korekci hemokoagulačních parametrů byl podán Kanavit 1 amp. intravenózně a transfudována 1x mražená plazma s kontrolním odběrem po aplikaci s cílem hodnoty pro bezpečné provedení operace. Pacient souhlasil s podáním tohoto krevního derivátu. Byly objednány 2 T. U. EBR k operačnímu výkonu.

Jako prevence TEN byly pacientovi přiloženy antitrombotické punčochy včetně aplikace LWMH s. c. Sestra pacienta poučila o rehabilitaci DK na lůžku. Průběžně kontrolovala přiložení kompresí k zamezení komplikací jako dekubitů, zaškrcení tkáně, prstů nohy.

Před odjezdem k výkonu byla provedena předoperační příprava spočívající v toaletě celého těla, vyčištění pupíku, šetrné oholení operačního pole sanitářem. Pro prevenci vysychání sliznice dutiny ústní včetně jazyka ji sestra zvlhčovala a vyplachovala antiseptickým roztokem pro zakázaný příjem tekutin per os za spoluúčasti pacienta. NGS byla kontrolována sestrou, zda je ve stabilní pozici, bez dislokace, jaký je obsah a zbarvení sekretu. Vše bylo pečlivě zdokumentováno v dokumentaci nemocného.

Celou dobu předoperační přípravy pacient se snažil spolupracovat, jevil známky obavy z výkonu, z pooperační bolesti. Na výzvu anesteziologického pracoviště operačního sálu pacient transportován na lůžku dvěma sestrami do filtru operačního traktu, kde proběhlo převzetí pacienta a celé dokumentace anesteziologickou sestrou s nutnými podpisy, časem předání a převzetí nemocného do jejich péče.

**Dieta:** nic per os

**Medikace:** chronické léky dnes nepodávat (Milurit, Enap), Isolyte 1000 ml i. v. frekvencí 100 ml / hod, ATB: Amoksiklav 1,2g i. v. v 6.00 hod., Metronidazol 500 mg i. v. v 8.00 hod., Gentamicin 240 mg i. v. v 10.00 hod., Zibor 3500 j. s. c. v 6.00 hod., Dithiaden 1 amp. i. v. před CT vyšetřením, NGS č. 18 zavést na spád a sběrný sáček, PMK CH 16 na sběrný sáček, Kanavit 1 amp. i.v. do 20 ml G 5%, NGS č. 18 zavést na spád a sběrný sáček, PMK CH 16 na sběrný sáček, nasadit kompresivní punčochy, zajistit podání 1 T. U. mražené plazmy, objednat 2 T. U. EBR ze zásoby laboratoře k operaci.

**Laboratoř:** kontrolní INR 1,5 po aplikaci 1 amp. Kanavitu a 1 T.U. mražené plazmy i.v.

**Hodnotící škály:** Barthelův test všedních činností a dovedností- 85 bodů (lehká závislost); riziko pádu 4 body (je ohrožen rizikem pádu); riziko vzniku dekubitu rozšířené stupnice dle Nortonové 31 bodů (není ohrožen), dospělé nutriční skóre dle zvyklosti oddělení-2 body (není nutná nutriční intervence); vizuální analogová škála bolesti dle Melzacka 3 stupeň (intenzivní bolest); klasifikace tíže tromboflebitis dle Maddona - 0 bodů (není bolest ani reakce v okolí).

Pacient byl pooperačně přeložen na anesteziologicko-resuscitační oddělení od 28. 10. - 1. 11. 2016 k observaci po chirurgickém výkonu, kde extubován a byl spontánně ventilující (dle záznamu anesteziologa).

### **28. 10. - 1. 11. 2016 - 3. pooperační den**

Pacient po předchozí domluvě s lékaři byl přeložen z anesteziologicko-resuscitačního oddělení zpět na standardní chirurgické oddělení.

Hygienickou péči prováděly sestry pacientovi vsedě, za jeho aktivní spoluúčasti. Pacient provedl sám hygienu dutiny ústní včetně vyčištění horní zubní protézy. Za asistence ošetřujícího personálu následovala vertikalizace s nácvikem vstávání, přešlapováním na místě, přemístěním na připravenou židli u lůžka. Pacient se cítil ještě unavený a slabý, proto byl uložen zpět na lůžko.

Pacient měl stále zavedenou NGS, ale již uzavřenou. Odpady se měřily po 6 hodinách aspirací obsahu žaludku se zápisem množství do akutní karty. Péče o dutinu ústní se zavedenou sondou vyžadovala zvýšenou pozornost, prováděly se výplachy dutiny ústní dezinfekčním přípravkem Skinsept mucosou. Pacient byl plně při vědomí, spolupracoval, je však psychomotoricky zpomalený. Ošetřující personál nespěchal na odpovědi a úkony, tím mu poskytl čas k vykonání pokynů.

Sestra provedla kontroly všech invazivních vstupů. Periferní žilní katétr - 2. den bez známek zánětu a bolesti, funkční. Permanentní močový katétr - 3. pooperační den odvádí čistou moč, je funkční. Bylo ošetřeno ústí močové trubice dezinfekčním přípravkem pro cévkování Skinsept mucosa pro tvořící se hlen v okolí cévky.

Oxygenoterapie kyslíkovými brýlemi byla nastavena na průtok 2 l/ minutu s cílem saturace krve kyslíkem 95% a více. Hodnoty se pohybovaly mezi 94 - 96% SpO<sub>2</sub>.

Antitrombotické punčochy byly sundány, zkontrolovány obě DK, které nebolestivé, bez otoků, hematomů. Po promazání a promasírování DK byly komprese zpět nataženy.

Sestrou byl zkontrolován obsah stomického sáčku, těsnost a kůže v okolí stomie, která nevykazovala známky porušení její integrity ani zarudnutí. Vpravo od vývodu měl pacient zaveden silikonový drén k odvodu sekretu a ascitu svedený do dalšího stomického transparentního sáčku k vizuální kontrole obsahu a množství, které se monitorovalo a zapisovalo do akutní karty dokumentace.

Během dopoledne proběhla u lůžka pacienta lékařská vizita, kdy za asistence sestry proběhl převaz operační rány. Lékař provedl zápis do dokumentace. Pacient se cítil dobře, nezvracel, byl afebrilní. Stolice spíše tekuté konzistence odcházela do stomického sáčku. Množství drénu bylo zaznamenáno do akutní karty. Operační rána byla prosáklá serózní sekrecí a asepticky následně převázána roztokem Betadine a sterilním krytím.

Sestra sledovala pacientovi tlak krevní a puls po 8 hodinách, aplikovala infuzní terapii a medikaci dle ordinace lékaře, příjem a výdej tekutin měřila po 12 hodinách včetně odpadu z drénu. Per os měl dovolen čaj k výplachům dutiny ústní. Zde byla nutná malá dopomoc sestry, pacient si sám ještě nesedl a též bylo nutno kontrolovat, aby se tekutiny nenapil.

Sledování bolesti po 6 hodinách, pacient měl bolesti mezi 2 - 3 stupněm VAS škály. Byla podána analgetika dle ordinace lékaře.

Rehabilitační péče pokračovala v nácviu správného dýchání, odkašlávání, procvičování DK v protahování a pokrčování na lůžku včetně edukace fyzioterapeutem technikou vstávání z lůžka.

Ošetrovatelská péče byla tento den zaměřena také na pečlivou prevenci vzniku dekubitů. Povinností sestry a ošetrovatelského personálu bylo pečovat a kontrolovat čisté, suché lůžko. Ke změně polohy potřeboval pacient ještě pomoc sestry pro bolestivost operační rány a celkovou slabost po výkonu.

Večer měl pacient problémy s usínáním pro hluk a světlo, na vedlejším lůžku byl monitorován pacient krátce po operaci. Sestra ztlumila osvětlení, pokoj vyvětrala. Nyní pacient krátce po půlnoci usnul. Byl dotazován na bolest, udal dle škály VAS stupeň 4. Sestrou byla podána analgetika i. m. dle ordinace lékaře.

**Dieta:** nic per os, čaj k výplachu dutiny ústní.

**Medikace:** Isolyte 1000 ml frekvencí 63 ml/hod i. v., G 5% 500ml s 20 ml 7,5% KCl frekvencí 63 ml/hod i. v., Zibor 3500 m. j. s. c. ve 20 hodin, ACC 300mg i. v. po 12 hodinách (06.00 hod, 18.00 hod.), Degan 20 mg i. v. po 6 hodinách (06.00 hod., 12.00 hod., 18.00 hod., 24 hod.), Nolpaza 40 mg i. v. po 12 hodinách (06.00 hod., 18.00 hod.) do FR 100ml, Amoksiklav 1,2g i. v. po 12 hodinách (6.00hod., 18.00 hod.), Ampicilin 1g i. v. po 6 hodinách (06.00 hod., 12.00 hod., 18.00 hod., 24 hod.), Metronidazol 500mg i. v. po 12



hodinách (6.00hod., 18.00 hod.), dechová a celková rehabilitace, mobilizace, příjem a výdej tekutin po 12 hodinách (12.00 hod, 24 hod.), Dolsin 50 mg i. m. po 6 hodinách.

**Laboratoř: krevní obraz** (HB 114 g/l; HT 0,34; Ery  $3,68 \cdot 10^{12}/l$ ; Leuko  $11,5 \cdot 10^9/l$ ; PLT  $366 \cdot 10^9/l$ ), **biochemie** (Bilirubin 10,0 umol/l; Glukoza 6,0 mmol/l; Sodík 140 mmol/l; Draslík 4,1 mmol/l; Chloridy 108 mmol/l; Urea 6,6mmol/l; Kreatinin 97 umol/l).

**Hodnotící škály:** Barthelův test běžných denních činností a dovedností - 50 bodů (vysoce závislý); hodnocení bolesti dle škály VAS se pohybuje kolem stupně 4 - 5; hodnocení tíže tromboflebitis dle Madonna vykazuje stupeň 0; hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové je 30 bodů (střední riziko); hodnocení rizika pádu jsou 2 body (není ohrožen pádem).

## 2. 11. 2016 - 4. pooperační den

Ráno se za pomoci sestry pacient dokázal postavit na DK k lůžku, přisednout na toaletní křeslo. Tentokrát se ranní hygiena provedla v koupelně s osprchováním operační rány, genitálií. Kompresivní punčochy byly sundány. DK zkontrolovány- nebyly shledány otlaky, otoky nebo jiné změny. Po osprchování již nebyly zpět přiloženy, pacient dnes bude více rehabilitovat, chodit. DK byly promazány olejem, promasírovány. Hygienu dutiny ústní pacient provedl sám před umývadlem, zvládnul se učesat.

Dále sestra zkontrolovala všechny invazivní vstupy, jako permanentní močový katetr zaveden pátý den byl bez poruchy funkce, odváděl čistou moč. Periferní žilní katetr byl zaveden třetí den bez známek zánětu, funkční. Zítra bude nutné zavést nový katetr dle platného standardu oddělení a hodnocení tíže tromboflebitis dle Madonna.

NGS dnes byla zrušena. Odpady sekrece sondy byly minimální. Opatrnou manipulací byla sonda odstraněna a provedena toaleta dutiny ústní výplachem dezinfekčním roztokem Skinsept mucosa.

Ohledně v péči o stomii byl pacient edukován stomickou sestrou, která pacienta bude mít v péči i po propuštění z nemocnice. Pacientovi se pomalu a zřetelně objasňovala výměna stomických pomůcek, ukazovaly se pomůcky jako podložky, sáčky, kosmetické přípravky k ošetření kůže. Pro názornost si jednotlivé komponenty pacient osahal, zkusil dle šablony vystříhnout předem označený otvor pro stomii. Byla přizvána manželka i dcera k edukaci na přání pacienta.

V rámci dopolední vizity provedl lékař převaz operační rány, včetně ošetření stomie, která byla vitální, bez nektróz. Parastomální okolí kůže nevykazovalo porušenou integritu, bez zarudnutí. Po toaletě a péči o vývod byl přiložen dvoudílný stomický systém Coloplast Alterna. Drén dnes odvedl jen malé množství tekutiny, proto byl zrušen a místo vstupu sterilně převázáno a překryto mulovými kompresemi. Operační rána nebyla prosáklá, bylo vyměněno lékařem krytí s obkladem Betadine.

Sestra sledovala vitální funkce po 8 hodinách, tělesnou teplotu po 12 hodinách dle zvyklosti oddělení. Příjem a výdej tekutin měřila a sledovala po 24 hodinách.

Lékař zrušil aplikaci všech antibiotik, ponechal infuzní terapii. Permanentní cévka zatím ponechána ke sledování bilance tekutin. Navrácení chronické terapie. Pokračovala

rehabilitace chůze v pultovém chodítku po pokoji, dechová rehabilitace, nácvik sebeobsluhy. Opakovaná edukce fyzioterapeutem o nácviku vstávání z lůžka za pomoci loktů s převalením na boky. Pacient se posadil za pomoci ošetrovatelského personálu na lůžko ke snídani, obědu i k večeři.

**Dieta: kaše a Nutridrink sipping 250 ml/24 hod**

**Medikace:** Isolyte 1000 ml frekvencí 84 ml/hod , pak ex s ohledem na diurézu, Zibor 3500 m. j. s. c. 1x denně ve 20.00 hodin, ACC dnes již vysazeno, ATB dnes vysazeno, Nolpaza 40 mg tbl per os 1-0-0, Degan 10 mg tbl per os 1-1-1, Enap 5 mg tbl per os 1-0-0, Purinol 100 mg tbl per os 1-0-0, Ketonal 1 amp i. m. bolesti VAS >3.

**Hodnotící škály:** Barthelův test všedních činností - 65 bodů (lehká závislost); hodnocení bolesti dle škály VAS - 2. stupeň (mírná bolest); hodnocení tíže tromboflebitis dle Madonna - stupeň 0; hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové - 30 bodů (nehrozí riziko dekubitů); riziko pádu - 2 b (není ohrožen rizikem pádu); hodnocení nutričního stavu dle zvyklosti oddělení - 1 bod (bez ohrožen malnutricí, není nutná intervence nutričního terapeuta).

### 3. 11. 2016 - 5. pooperační den

Pacient při ranní hygieně sám s malou pomocí sestry došel do koupelny, kde provedl hygienickou péči celého těla osprchováním včetně operační rány. Pacient se cítí se lépe. Proběhla též vizuální kontrola permanentního katetru sestrou, ústí močové trubice bylo též osprchováno, poté ošetřeno dezinfekcí Skinsept mucosa. Dnes byl zrušen periferní venozní katetr s ošetřením místa vpichu.

Dále proběhla kontrola dolních končetin, které byly nadále bez otoků a dekubitů.

Péče o stomii probíhala v koupelně před zrcadlem, pacient se pohledem seznámil s vývodem a pak sám za asistence sestry sejmul stomický sáček, následovala sprcha mírným proudem vlažné vody, osušení a následně přiložení pomůcky - to vše pod dohledem a pomocí sestry. Odpoledne přišla dcera k edukaci a manipulaci se stomií na pozvání stomické sestry.

V průběhu dopolední vizity provedl lékař převaz rány, která byla jen mírně prosáklá. Po provedení její hygieny byl opět přiloženo sterilní krytí s Betadine. Permanentní cévka odvedla čirou moč v dostatečném množství za sledování diurézy.

Během dopoledne a odpoledne rehabilitoval chůzi v chodítku již po chodbě s fyzioterapeutem, dechovou rehabilitaci provádí pacient sám - nafukuje míč několikrát denně, zhluboka se nadechuje.

**Dieta:** 5 (bezezbytková) a nutridrink sipping.

**Medikace:** Zibor 3500 m.j. s.c. 1x denně ve 20.00 hodin, Nolpaza 40 mg tbl per os 1-0-0, Enap 5 mg tbl per os 1-0-0, Purinol 100 mg tbl per os 1-0-0, Ketonal 50 mg tbl per os při bolesti >VAS 3.

**Hodnotící škály:** Barthelův test všedních činností - 75 bodů (lehká závislost); hodnocení bolesti dle Melzacka - 0 bodů (nemá bolest); hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové - 33 bodů (nehrozí riziko dekubitů); riziko pádu - 1 b (není ohrožen rizikem pádu); hodnocení nutričního stavu dle zvyklosti oddělení - 1 bod (není ohrožen stavem malnutrice).

#### **4. 11. 2016 - 7. 11. 2016 - 5 - 8. operační den**

V těchto dnech docházelo k plné mobilitě a soběstačnosti pacienta, po oddělení se již procházel s doprovodem ošetřovatelského personálu a rodiny. Ranní hygienu zvládal jen s malou pomocí sestry, má zábrany si sám osprchovat operační ránu. Dolní končetiny nevykazovaly známky otoku. Permanentní cévka byla odstraněna 6. pooperační den, pacient močil do nádoby určenou pro sledování diurézy. U lůžka měl připravenou močovou lahev pro močení v nočních hodinách, nebo kdyby nestačil dojít na toaletu. Funkční signalizace byla v dosahu ruky pacienta k zavolání o pomoc sestry. Diuréza byla nedostatečná, jednotlivé porce moči byly malé. Pacient měl pocit tlaku v podbřišku s odkapáváním moče. Proto pacient byl 7. pooperační den opět zacévkován s jeho ponecháním, retence moči po zavedení katetru byla 800 ml, moč byla tmavě žluté barvy bez příměsi krve.

Stomii si zatím pacient měnit nezvládal, bál se chybného vystřížení a nalepení podložky. Pohled na vývod před zrcadlem v koupelně ho znepokojoval, odvracel oči. Bál se vlastního těla. Opakovaně byl ujišťován, že je vše v pořádku. Okolí stomie nevykazovaly známky poškození kůže, podložka a sáčky dobře drží. Výměna 1x denně a dále vždy podle potřeby po naplnění obsahu pomůcky stolicí.

Edukace pokračovala v názorných obrazových ukázkách o jídelníčku doma, vhodných potravinách a tekutinách. Aktivně se zapojovala rodina, která se o pacienta postarala.

Operační rána minimálně sákně serózním sekretem, převazuje se 1x denně s pravidelnou sprchou. Byla ve fázi hojení. Pacient udával mírné bolesti dolních končetin v souvislosti s dnou udané v anamnéze.

**Dieta:** 5 a bílkovinné přídavky (jogurt, tvaroh).

**Medikace:** Zibor 3500 m. j. 1x denně ve 20.00 hod., Nolpaza 40 mg tbl per os 1-0-0, Enap 5mg tbl per os 1-0-0, Purinol 100 mg tbl per os 1-0-0, Ketonal 50 mg tbl per os 1-0-1, kondiční rehabilitace, vertikalizace, chůze, urologické kozilium

**Hodnotící škály:** Barthelův test všedních činností - 80 bodů (lehká závislost); hodnocení bolesti dle VAS 2. stupeň (mírná bolest); hodnocení tíže tromboflebitis dle Madonna - stupeň 0; hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové - 30 bodů (nehrozí riziko dekubitů);

riziko pádu - 1 b (není ohrožen rizikem pádu); hodnocení nutričního stavu - 1 bod (není ohrožen stavem malnutrice a není nutná intervence nutričním terapeutem).

## 8. 11. 2016 - 9. pooperační den

Pacient téměř soběstačný, ráno prováděl toaletu samostatně, sestra mu odlepila krytí z rány a on sám ránu sprchuje. V péči o stomii se zdrženlivý, ale má pocit jistoty v rodině, která je mu velkou oporou. Proto edukace se hlavně týkala manželky a dcery. Samy již zvládaly jak očistu vývodu za použití kosmetiky, tak výměnu stomického systému v podobě sáčku a podložky.

Operační rána vyžadovala nadále pravidelné převazy se sprchováním. I toto zvládal pacient jen s malou pomocí sestry.

Permanentní cévka byla ponechána dle urologického konzilia, kde diagnostikována benigní hyperplazie prostaty po provedené ultrazvukové sonografii močového systému. Pacient se učil manipulaci s cévkou, s kterou byl nakonec propuštěn domů.

V průběhu dopolední vizity provedl ošetřující lékař převaz rány se zápisem do dokumentace. Pacient si stěžoval jen na bolesti dolních končetin, které nevykazovaly známky zánětu či otoku. Zdrojem obtíží byla již dříve ambulantně diagnostikována dna. Pacientovi byla doporučena dieta s výběrem vhodných potravin pro toto onemocnění. Kontaktována byla nutriční terapeutka, která pacienta edukovala o dietě vhodné po operaci střeva se stomií, tak provedla seznámení i s prvky diety proti dně. Pacient měl již znalosti z domova, dokázal vyjmenovat některé složky potravy.

**Dieta:** 5 a bílkovinné přídavky.

**Medikace:** Nolpaza 40 mg tbl per os 1-0-0, Enap 5 mg tbl per os 1-0-0, Purinol 100 mg tbl per os 1-0-0, Tamsulosin 0,4 mg tbl per os 1-0-0.

Použité škály: Barthelův test všedních činností - 80 bodů (lehká závislost); hodnocení bolesti dle škály VAS - 1. až 2. stupeň (má mírnou bolest); hodnocení tíže tromboflebitis dle Madonna - stupeň 0; hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové - 25 bodů (nehrozí riziko dekubitů); riziko pádu - 1 bod (není ohrožen rizikem pádu); hodnocení nutričního stavu dle zvyklosti oddělení - 1 bod (není ohrožen stavem malnutrice a není nutná intervence nutričním terapeutem).

## 9. 11. 2016 - 10. pooperační den

Pacientovi bylo dnes oznámeno propuštění domů. Cítí se dobře, péči o permanentní cévku zvládá, kterou umí zaštípnout urologickou zátkou a opětovně bezpečně napojit na sběrný sáček. Byl poučen o důsledné hygieně močové trubice v místě vyústění cévky a nutnosti dodržování zásady asepse při jakékoliv manipulaci s pomůckami. Domů byly vydány sběrné sáčky s plastovým úchytem k lůžku, urologické zátky. Znovu byl opakována důležitost pitného režimu nejméně 2,5 litru za den a celkové neprochladnutí.

Se stomií a operační ránou mu bude pomáhat rodina a sestry Agentury domácí péče, které byly již informovány. Do té doby pacientovi byly vydány stomické pomůcky ze zásob oddělení, které byly již objednány a budou mu doručeny do bydliště trvalé adresy. Domů byl vybaven na několik dní dostatečným množstvím převazového materiálu. Edukace o stravě, druhů pomůcek a materiálu byla vysvětlena a předána formou letáků a brožur. Pacient dostal také kontakt na stomickou sestru, která mu bude zajišťovat objednávky pomůcek, kontrolovat a navrhopvat eventuálně změnu druhu sáčků dle stavu stomie a parastomálního okolí. I v den propuštění si téměř sám s malou pomocí sestry vyměnil stomický sáček včetně celkového ošetření okolí vývodu. Sám dokázal určit, jaké přípravky bude používat k očištění, osušení a k prevenci narušení integrity kůže jako je ochranný bariérový film.

Sestra se ujistila, že pacient má doma léky chronické medikace v dostatečném množství. Nový lék Tamsulosin tbl si vyzvedl na recept u urologického lékaře cestou domů. Ostatní léčiva budou předepsána cestou obvodního lékaře. Analgetikum Ketonal 50 mg tbl předepsal na recept ošetřující lékař a bude ho užívat při bolesti maximálně třikrát denně. Ráno byl pacientovi změřen krevní tlak, který byl 140/85 mm Hg, puls 80/min, tělesná teplota 36,6°C.

Pacient byl objednán 20. 11. 2016 na chirurgickou ambulanci, kde budou kompletní výsledky histologického vyšetření k další následné léčbě. Za měsíc pak je objednán na urologické konzilium k dalšímu zvážení ponechání či vytažení permanentní cévky.

**Medikace:** Enap 5mg tbl per os 1-0-0, Purinol 100 mg tbl per os 1-0-0, Ketonal 50 mg tbl per os 1-0-1, Tamsulosin 0,4 mg tbl per os 1-0-0.



## 20. 11. 2016 ambulantní péče

Pacient byl pozván po propuštění z nemocnice ke kontrole a převazu rány na chirurgickou ambulanci. Rána byla téměř zahojena a již nevyžadovala převazy s krytím. Za další týden měl naplánovanou návštěvu chirurgické ambulance, kde byl sdělen definitivní nález histologického vyšetření. Zhoubný nádor střeva se prokázal bez metastáz, přesto nález bude vyžadovat další následnou terapii na onkologickém pracovišti s dobrou prognózou. Pacient souhlasil a první termín návštěvy byl sjednán za 14 dní.

V témže dni přišel pacient ke kontrole na chirurgické oddělení, kde stomická sestra provedla vizuální kontrolu stomie, výměnu stomického sáčku však již provedl sám pacient. Podložku mění jednou za tři dny, včera byla nalepena doma.

Z rozhovoru jsem získala informace:

**Tazatel:** *„Jak zvládáte obsluhu stomie? Potřebujete pomoc při výměně podložky nebo sáčku?“*

**Respondent:** *„To víte, snažím se, ale manželka mi pomáhá. Denně sprchuju celé tělo bez sáčku i okolí stomie. Podložku pěkně vymyjeme a přiložíme čistý sáček. Jednou za 2 až 3 dny sundáme všechno. Jezdily za mnou takový šikovný sestřičky z domácí péče, to pomohlo. I mě pochválily. Teď už nejezdí. Ránu už mám zahojenou.“*

**Tazatel:** *„Nemáte potíže se stravou? Jak vypadá stolice? Nemáte zácpu nebo průjem?“*

**Respondent:** *„Manželka mi denně vaří, jsme v důchodu a máme čas. Zkusil jsem i kyselé zelí, i když vím, že bych neměl. Měl jsem takový nafouknutý břicho. Už si to nedám. Se stolicí problém není. Občas je řidší, ale to nevadí.“*

**Tazatel:** *„Držíte dietu i na tu dnu? Ještě Vás zlobí? Máte bolesti?“*

**Respondent:** *„Ty prášky na bolest už nepotřebuju, ale klouby nohou se ozývají hlavně ráno.“* *„Nejím uzeniny, maso jen libový.“*

**Tazatel:** *„Dodržujete pitný režim?“*

**Respondent:** *„Vypiju tak okolo 1,5 litru čisté vody. Mám rád zákys, jogurty a kompoty.“*

**Tazatel:** *„Chodíte na procházky nebo jste více doma?“*

**Respondent:** *„I v hospodě jsem už byl, dal jsem si jedno pivo, povídal si se sousedy. Ale měl jsem strach, aby se podložka neodlepila. Bylo to dobrý. Jinak chodím se psíkem na procházky do lesa, po zahradě.“*

- Tazatel:** *„Máte dostatek pomůcek? Nepotřebujete více kusů?“*
- Responent:** *„Mám všeho dost, pomůcky jsem obdržel poštou domů. Moc děkuji.“*
- Tazatel:** *„Nechcete zkusit nějaké vzorky stomických pomůcek od jiných firem?“*
- Responent:** *„Kdepak, já jsem rád, že už jsem se to trochu naučil. Podložky dobře drží, sáček měním dvakrát, někdy třikrát denně. Možná někdy jindy.“*
- Tazatel:** *„Máte problémy s cévkou? Chcete poradit?“*
- Responent:** *„Už jsem si zvykl, ale budu radši bez ní. Musím dávat pozor, abych si ji nevytrhl nebo nerozpojil. Hygienu dodržuji podle Vaší rady. Za 14 dní jsem objednan k urologovi, tak uvidíme.“*

Při rozhovoru pacient odpovídal na kladené otázky klidně a bez rozmyšlení za pomoci gestikulace. Fyzický stav pacienta byl podstatně zlepšen, nehubne. Cítí se dobře, je spokojený, hovorný. Cítí se plný síly a chtěl by co nejdříve pracovat na zahradě. Permanentní cévku bude řešit urolog. Zatím je bez obtíží, léky užívá, cévka derivuje čistou moč. Má ale obavy z chemoterapie, jak jí bude snášet a jestli se nezhorší jeho celkový stav. Byl poučen o předepisování tříměsíčního limitu pomůcek, které si bude objednávat buď telefonicky nebo osobně ve stomické poradně. Byl ujištěn o tom, že se kdykoli může obrátit na pomoc sestry či lékaře v našem zdravotnickém zařízení.

## Zpracování dat podle modelu Virginia Henderson

### Normální dýchání

#### Subjektivně:

*Při přijetí:* Pacient neudával žádné potíže s dýcháním, doma se zadýchával jen při těžké fyzické práci. *Po operaci:* během hospitalizace si výrazně nestěžuje na ztížené dýchání.

#### Objektivně:

*Při přijetí:* dechová frekvence 16 dechů za minutu. *Po operaci:* bezprostředně po výkonu přeložen na anesteziologické oddělení, kde extubován a byl spontánně ventilující. SpO<sub>2</sub>- 95%, polomaska oxygenoterapie 4 l/min. Před překladem úprava hodnot bez aplikace kyslíku na 95%. Nadále pokračováno v dechové rehabilitaci. Při propuštění pacient byl bez dechových obtíží. Dechová frekvence 18 dechů za minutu.

### Dostatečný příjem tekutin a stravy

#### Subjektivně:

*Při přijetí:* pacient udával, že doma plně jedl, jen v posledních dvou dnech před přijetím pil málo asi tak 1 litr za den, zvracel po jídle. *Po operaci:* pacient je plně hydratovaný infúzemí, nepřijímá nic per os.

#### Objektivně:

*Při přijetí:* u pacienta byly patrné známky dehydratace, kůže a sliznici měl suchou, rty oschlé. *Po operaci:* pacient měl zavedenou NGS, po zrušení byla nutná dopomoc sestry při pití, později při přijímání stravy per os. Postupně se pacient mobilizoval a byl plně soběstačný při plném příjmu potravy. Před propuštěním se upravil jídelníček na menší porce vícekrát denně, zařadil do stravy více bílkovin. Hodnocení nutričního stavu byl 1 bod (není žádné ohrožení malnutricí).

## Vylučování

### Subjektivně:

*Při přijetí:* pacient při rozhovoru udával, že již asi dva dny odcházelo jen malé množství stolice, spíše tužkovitého tvaru. Poslední den neodcházely ani plyny. S močením výrazné potíže neměl, jen v noci chodil častěji močit. Nikde zatím nebyl s tímto problémem.

*Po operaci:* pacient má obavy z permanentního katétru, že nebude bez něho moci močit.

### Objektivně:

*Při přijetí:* pacient při přijetí zatím nemočil, neudával obtíže, pomočený nebyl. *Po operaci:* v den operace zaveden permanentní močový katetr ke sledování bilance tekutin v perioperačním období. Ten ponechán do 6 pooperačního dne, kdy zrušen. Pro retenci však opětovně zaveden a ponechán i pro domácí léčbu, předán urologickému lékaři k dalšímu postupu za farmakologické terapie.

Stolice odcházela stomií již druhý den po výkonu. Pacient se bude muset naučit obsluhu stomických sáčků a dbát na stravu, aby nedocházelo k průjmům nebo zácpě.

## Pohyb a udržování vhodné polohy

### Subjektivně:

*Před operací:* pacient uvedl, že k pohybu nepotřebuje žádnou oporu ani pomůcku.

*Po operaci:* si pacient stěžoval na bolesti zad při pohybu, žádal ošetřující personál o pomoc.

### Objektivně:

*Před operací:* pacient při přijetí přišel bez hůlky či berlí. *Po operaci:* 3. pooperační den s pomocí ošetřujícího personálu se pacient vertikalizoval, pohyblivost byla omezena vyčerpaností a slabostí po výkonu. Od dalšího dne pak přibývala chůze nejdříve kolem lůžka, pak po pokoji až nakonec po chodbě oddělení pomocí čtyřkolového chodítka. Od 7. pooperačního dne chodil pacient samostatně nebo s doprovodem sestry či rodinného příslušníka.

## **Spánek a odpočinek**

### **Subjektivně:**

*Před operací:* během rozhovoru udával, že doma spánek v noci přerušovalo močení.

*Po operaci:* v prvních dnech ho rušila monitorace a světlo v pokoji.

### **Objektivně:**

*Před operací:* Pacient téměř nespál, intervence příprav k akutní operaci ho probouzela během krátkého přerušovaného spánku. *Po operaci:* 3. pooperační den (den překladu z anesteziologicko-resuscitačního oddělení) spal dobře, nepotřeboval hypnotika. Rušení spánku monitorací nebo světlem se dalo zmírnit ztlumením světel, vyvětráním pokoje.

## **Vhodné oblečení, oblékání a svlékání**

*Při přijetí:* při rozhovoru udával, že je plně soběstačný, nepotřebuje pomoc při oblékání či svlékání. Manželka dohlíží na vhodné oblečení. *Po operaci:* z důvodu slabosti a bolesti z operačního výkonu žádal slovně personál o pomoc při oblékání v prvních pooperačních dnech.

### **Objektivně:**

*Při přijetí:* na příjem přišel pacient upravený, v čistém oděvu. *Po operaci:* v prvních pooperačních dnech potřeboval pomoc při oblékání i svlékání. Barthelův test se pohyboval v rozmezí 45 bodů - 65 bodů. Nácvik sebeobsluhy a pomnutí slabosti se projevil v jeho soběstačnosti.

## **Udržování čistoty a upravenosti těla**

### **Subjektivně:**

*Při přijetí:* pacient během rozhovoru uvedl, že celou hygienu si doma prováděl sám. *Po operaci:* v prvních čtyřech dnech požádal o pomoc ošetřující personál při hygienické péči.

### **Objektivně:**

*Při přijetí:* pacient přijel upravený a čistý. Vizually bylo posouzeno, že se o svůj zevnějšek dbá. *Po operaci:* v prvních dnech pomáhala sestra udržovat čistotu, hygienu. S návratem sil pomáhal a snažil se být aktivním při osobní hygieně. Při propuštění je schopen samostatné hygienické péče, jen se stomií měl problém ve smyslu obavy, že špatně ošetří a nalepí pomůcku a tím znečistí celé tělo.

### **Udržování fyziologické tělesné teploty**

#### **Subjektivně:**

*Při přijetí:* pacient během rozhovoru udával, že doma netrpěl na žádné zvýšené teploty nebo horečky. *Po operaci:* celou dobu hospitalizace od předoperačního stavu až po propuštění si nestěžoval na zimnici nebo třesavku.

#### **Objektivně:**

*Při přijetí:* pacientovi na ambulanci při přijetí naměřena teplota 36,8°C. Hodnoceno jako afebrilní. *Po operaci:* celou dobu hospitalizace nepřesáhla tělesná teplota dle dokumentace 37°C bez projevů infekce a dyskomfortu.

### **Odstraňování rizik životního prostředí a zabraňování vzniku poškozování sebe i druhých**

#### **Subjektivně**

*Při přijetí:* pacient během rozhovoru uvedl, že nikdy nekouřil, ani nepobýval v rizikovém prostředí. Neprodělal infekční onemocnění. *Po operaci:* pacient si byl vědom rizika pádu bez doprovodu zdravotníka v prvních i následujících pooperačních dnech.

#### **Objektivně:**

*Při přijetí:* při vyhodnocení rizika pádu byly 3 body- zvýšené riziko pádu. *Po operaci:* při přijetí byl upozorněn pacient na rizika pádů, zejména v prvních pooperačních dnech bez pomoci ošetřujícího personálu. Zejména při začínající chůzi, rehabilitaci ve vhodné obuvi. Pacient byl ukázněný a vždy si signálací přivolal pomoc sestry.

## **Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav a názorů**

### **Subjektivně:**

*Při přijetí:* pacient udává, že je doma obklopen rodinou, manželkou, dcera je jezdí dvakrát za týden navštěvovat. Má i milé sousedy, se kterými si dobře rozumí. *Po operaci:* pacient vyjadřoval radost z první návštěvy manželky i dcery

### **Objektivně**

*Při přijetí:* pacient hovoří plynule s personálem, mluví tiše. *Po operaci:* první dny byl pacient málomluvný, ale později začal více komunikovat s přibývajícím mobilitou. Vždy se rozmluvil při návštěvě manželky a dcery. Ošetřující lékař i primář oddělení sdělil jemu i manželce důvod nutnosti operace i následné pooperační péče.

### **Vyznávání vlastní víry**

Subjektivně pacient během rozhovoru udával, že nikdy nechodil do kostela, je nevěřící.

Objektivně nevyžaduje přítomnost duchovního.

### **Smysluplná práce**

**Subjektivně** - pacient během rozhovoru udával radost a spokojenost se svou bývalou prací před odchodem do důchodu.

**Objektivně** - těší se na domácí práce.

Pacient celý život byl zaměstnán jako řidič autobusu, vyučen byl automechanikem. Nyní je s manželkou v důchodu, obdělávají zahrádku kolem rodinného domku, na jaře sázejí brambory na malém políčku. Chovají slepice a králíky.

### **Hry nebo účast na různých formách odpočinku, rekreaci**

**Subjektivně** - udává, že rád četl knihy technického zaměření.

**Objektivně** - nyní nemá zájem o četbu.

Pacient rád čte technickou literaturu, hlavně o automobilech. Dalším koníčkem byla turistika, spolu s manželkou se zúčastňovali víkendových poznávacích zájezdů, často i zahraničních.

## **Učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji**

**Subjektivně** - udává, že sledoval novinky ve světě prostřednictvím televize, rozhlasu a tisku.

**Objektivně** - nevyžaduje v současné chvíli informace ani četbu knih.

Dříve sledoval veškeré dění v televizi, často se zúčastňoval schůzí a akcí pořádaných obcí. V současné době však dává přednost klidnějšímu stylu života, doma se schází s přáteli, probírají dění ve světě a předávají si informace mezi sebou.



## **Plán ošetrovatelské péče**

### **1) 00132 Akutní bolest - související s operačním výkonem**

#### **Projevující se:**

*Subjektivně:* verbalizací pacienta lokalizovanou do oblasti operační rány.

*Objektivně:* bolestivou mimikou v obličeji, zasténáním se snahou najít úlevovou polohu.

Zvýšené hodnoty TK, P.

#### **Cíl:**

pacient po podání analgetik i. v. bude udávat zmírnění bolesti do 30 minut na stupeň VAS < 3. Bude mít normální fyziologické hodnoty vitálních funkcí.

#### **Ošetrovatelské intervence:**

pravidelně sleduj a hodnot' bolest dle vizuální analogové škály, pomáhej pacientovi při polohování zaujmout úlevovou polohu, aplikuj analgetika dle ordinace lékaře a sleduj jejich nástup a dobu účinku včetně zdokumentování v chorobopise, zajisti signalizaci v dosahu pacienta. Sleduj též vedlejší účinky léků či neúčinnost podaných analgetik. Sleduj fyziologické funkce.

#### **Hodnocení:**

V prvních třech dnech nepřesáhla bolest VAS 5 při současně podávaných analgetikách, další dny již došlo k ústupu bolesti. Od pátého dne nepotřeboval aplikaci silných analgetik. Vitální funkce TK, P dosáhly fyziologického výsledku 120/85 mm Hg, P 86/min, T 36,7°C.

### **2) 00032 Neefektivní dýchání související s pooperační bolestí**

#### **Projevující se:**

*Subjektivně:* stížností na únavu a dušnost, ztížením odkašláváním.

*Objektivně:* sníženou saturací kyslíku v krvi, zkráceným dechem, oslabenými dýchacími pohyby hrudníku, zrychlenou dechovou frekvencí 26/min, studený pot v obličeji.

**Cíl:**

pacient bude efektivně dýchat, saturace krve kyslíkem bude dosahovat více než 95%.  
Dechová frekvence bude do 20/min.

**Ošetrovatelské intervence:**

Edukuj pacienta o správném dýchání, sleduj dechovou frekvenci a saturaci krve kyslíkem, dopomoz a zajisti pacientovi vhodnou polohu, dle ordinace lékaře podávej oxygenoterapii a léky.

**Zhodnocení:**

Po ústupu bolesti se zlepšila i saturace kyslíku v krvi, hodnoty bez podání oxygenoterapie byly 97%. Pacient se sám snažil efektivně dýchat. Dechová frekvence dosáhla hodnoty 18/min.

**3) 00108 Deficit sebekpěče při koupání a hygieně související s celkovou slabostí a pooperačním stavem****Projevující se:**

*Subjektivně:* pacient žádá o pomoc při hygieně

*Objektivně:* hygienu provádí ošetroující personál. Barthelův test 40 bodů (3. pooperační den)  
- vysoká závislost

**Cíl:**

Po celou dobu hospitalizace bude pacient v čistotě, deficit se eliminuje v závislosti na jeho stavu. Pacient si bude postupně aktivity zvládat sám nebo s dopomocí ošetrovatelského personálu.

**Ošetrovatelské intervence:**

Zajisti pomůcky k provádění hygieny nemocného, zajisti dostatečné soukromí, poskytni dopomoc při provádění hygieny, podporuj nemocného v soběstačnosti.

### **Zhodnocení:**

V prvních dvou dnech byla hygienická péče prováděna na lůžku za pomoci sester, od třetího dne pacient zapojen aktivně do provádění hygieny, pátý den již jen s malou pomocí sestry dokáže provádět hygienu samostatně.

#### **4) 00093 Únava související s celkovým vyčerpáním v pooperačním stavu**

### **Projevující se:**

*Subjektivně:* verbalizací potíží, zvýšenou potřebou odpočinku.

*Objektivně:* pacient potřebuje pomoc při vykonávání běžných denních činností z důvodu snížené výkonnosti.

### **Cíl:**

Pacient se bude cítit odpočatý se zvýšenou energií, bude více komunikovat, bude schopen vykonávat běžné denní činnosti při propuštění do domácí péče. Pacient bude schopen zvládat a účastnit se denních aktivit sám nebo s mírnou dopomocí. Pacient bude mít vyrovnanou bilanci tekutin per os nejméně 1500 ml za 24 hodin.

### **Ošetřovatelské intervence:**

Vyslechni a akceptuj pacientovy stížnosti ohledně únavy, zajisti spánek bez rušivých elementů. Sleduj v dokumentaci podávanou medikaci vyvolávající vedlejší účinek únavy. Sleduj bilanci tekutin, sleduj vitální funkce. Poskytni pacientovi pomoc v sebepěči, k posílení organismu zajisti rehabilitaci prováděné fyzioterapeutem.

### **Zhodnocení:**

Pacient více rehabilitoval a přijímal častěji návštěvy blízkých příbuzných, které ho povzbuzovaly k aktivitě a sebepěči. Dle dokumentace se aplikovala analgetika s vedlejším účinkem navozující únavu, po zlepšení stavu se postupně rušila jejich aplikace. Tekutiny per os přijímal pacient dostatečném množství 1600 ml za 24 hod. už od 5. pooperačního dne. Fyzický a psychický stav pacienta se zlepšoval a při propuštění byl v plné kondici, necítil se již unavený.

## **5) 00148 Strach související s ošetřováním stomie**

### **Projevující se:**

*Subjektivně:* pocitem studu, panika.

*Objektivně:* vypadá ustrašeně, vyděšený výraz v obličeji, nervozita.

### **Cíl:**

Pacient pochopí důležitost v ošetřování stomie a nebude mít obavy z nezvládnutí výkonu, bude mít dostatek informací. Nebude mít strach a pocit úzkosti před propuštěním z nemocnice do domácí péče.

### **Ošetřovatelské intervence:**

Informuj pacienta o ošetřování stomie, zajisti dostatek informací, ověř, zda pacient všemu rozuměl a pochopil. Věnuj pozornost psychickému stavu pacienta, umožni pacientovi verbalizaci strachu, seznam pacienta se signalizačním zařízením.

### **Zhodnocení:**

Pacient nemá strach a obavy z ošetřování od sedmého pooperačního dne. Aktivně spolupracuje se stomasestrou.

## **6) 00004 Riziko infekce z důvodu zavedení PŽK, PMK**

### **Cíl:**

Pacient není ohrožen infekcí po dobu zavedení invazivních vstupů.

### **Ošetřovatelské intervence:**

**PŽK:** sleduj funkčnost, délku zavedení invazivního vstupu, sleduj místo vpichu a možné projevy infekce, informuj pacienta o počátečních příznacích infekce, prováděj aseptické ošetřování žilního katetru.

**PMK:** sleduj funkčnost, délku zavedení katétru, sleduj místo vyústění katetru močovou trubicí, výtoky a prováděj hygienu genitálií s pečlivým a šetrným oplachem čistou teplou vodou nebo dezinfekčními prostředky určené pro ošetřování močových cévek, sleduj množství a barvu moče, zapisuj denní příjem tekutin, zajisti dostatek tekutin.

**Zhodnocení:**

Po dobu hospitalizace nevznikla infekce místa vpichu periferního žilního katetru, ani infekce močových cest.

## **7) 00040 Riziko imobilizačního syndromu z důvodu klidového režimu po operaci**

### **Cíl:**

Pacient bude mít zachovalou pohyblivost kloubů a svalové hmoty, nebude ohrožen tromboflebitidou, trombózou, embolií, pneumonií, vznikem dekubitů predilekčních míst. U pacienta nedojde k rozvoji imobilizačního syndromu po celou dobu klidového pooperačního léčebného režimu.

### **Ošetrovatelské intervence:**

Zhodnot' rizika imobilizačního syndromu, prováděj ošetrovatelskou a aktivní rehabilitaci, prováděj nácvik sebeděče, zajisti polohování a včasnou mobilizaci vertikalizací a chůzí. Zajisti kvalitní, případně použij antidekubitární matraci. Dbej a kontroluj úpravu lůžka a jeho čisté lůžkoviny. Zajisti pravidelnou hygienu a kontroly pokožky. Sleduj příjem a výdej tekutin a stravy.

### **Zhodnocení:**

Imobilizační syndrom u pacienta za hospitalizace nemocného nevznikl.

### 8.1.4 Edukační plán o dietě

#### Účel plánu:

Edukace pacienta o vhodné dietě v domácím prostředí.

#### Cíl:

Pacient bude seznámen se zásadami dietního systému s ohledem na prodělanou operaci střeva.

Tabulka 1: Edukační plán o dietě

Specifické cíle	Hlavní body plánu	Pomůcky	Výukové metody	Časové dotace	Hodnocení
<b>Kognitivní</b> Pacient bude znát vhodné potraviny.	Pacienta seznámím s vhodnými potravinami, jejich úpravou a přípravou.	Letáky, brožury, vzorový jídelníček.	Rozhovor	15 minut	Pacient vyjmenoval vhodné potraviny 5 z 10.
<b>Kognitivní</b> Pacient bude znát nevhodné potraviny.	Pacientovi vyjmenuji příklady nevhodných potravin a tekutin.	Letáky, brožury.	Rozhovor	15 minut	Pacient zná nejméně pět nevhodných potravin.
<b>Afektivní</b> Pacient vyjádří své pocity a dojmy z dodržování dietního režimu.	Zajistím klidné a nerušené prostředí pro rozhovor, podpořím vyjádření pacienta v souvislosti s novou dietou. Zapojím i rodinu.		Rozhovor, diskuze, dotazy nemocného a rodiny.	10 minut	Pacient nemá obavy s dodržováním diety. Uvědomuje si důležitost dodržování pro jeho současný stav.

### 8.1.5 Edukační plán o pomůckách

#### Účel:

Edukace pacienta o vhodných stomických pomůckách a doplňcích.

#### Cíl:

Pacient bude znát, umět a zvládat manipulaci se stomickými pomůckami.

Tabulka 2: Edukační plán o pomůckách

Specifické cíle	Hlavní body plánu	Pomůcky	Výukové metody	Časové dotace	Hodnocení
<b>Kognitivní</b> Nemocný pochopí význam důležitosti péče o stomii a okolní kůži.	Vysvětlím nemocnému důležitost správné péče o stomii okolí. Seznámím ho s riziky spojenými nedodržováním pokynů.		Ukáži, předvedu. Zapojím pacienta do problematiky a přizvu i rodinu, vysvětlím, popíši, ukáži.	10 minut	Pacient vlastními slovy dokázal hovořit o nutnosti péče o stomii v domácím prostředí.
<b>Afektivní</b> Nemocný vyjádří své pocity s novou rolí péče.	Po provedení výměny a kontroly stomie si s pacientem o samotě promluví.		Rozhovor	10 minut	U pacienta přetrvávají obavy, že sám nezvládne ošetření stomie, bude potřeba pomoci sester ADP a manželky.
<b>Psychomotorické</b> Pacient bude umět sám pečovat o stomii.	Kdykoliv během dne vysvětlím důležitost péče o výměnu stomických pomůcek a dodržování hygieny.	Stomické sáčky, kosmetika, nůžky, buničitá vata, mulové čtverce nesterilní, zrcadlo, sáčky na odpad, letáky, časopisy stomických firem	Ukáži, předvedu. Zapojím pacienta do problematiky a přizvu i rodinu vysvětlím, popíši, ukáži.	20 minut	Pacient částečně zvládá výměnu stomického systému, zatím má obavy ze špatného přilepení sáčku.



## 8.2 Kazuistika č. 2

### 8.2.1 Katamnéza

1. 1. 2017 v 10 hodin pacientka ve věku 78 let přijata na chirurgické oddělení k plánované resekci střeva pro dva stenózující tumory tračnicku na základě výsledku kolonoskopického a CT vyšetření břicha, které proběhlo již před přijetím cestou praktického lékaře. Pacientka udávala obtíže doma asi jeden měsíc. Stěžovala si především na obstipaci s bolestmi v oblasti pupíku a levého podžebří. Všimla si nezvyklé červenočerné barvy stolice a konzistence, která byla dle slov pacientky „*tužkovitá a tenká*“. Neměla chuť na maso, uzeniny. Nezvracela. Operace byla plánována na 2. 1. 2017 po předchozím chirurgickém konziliu, kam byla praktickým lékařem odeslána.

### 8.2.2 Anamnéza

#### Osobní anamnéza

Pacientka se léčí arteriální hypertenzi, osteoporózu, nedoslýchavost a dyslipidémií.

Alergie: chinin.

Kouření: nikdy nekouřila.

Transfúze: asi jednou dostávala po porodu, reakce nebyly žádné.

Alkohol: dříve příležitostně sklenku bílého vína, nyní nepožívá.

Trombóza, embolizace: neprodělala.

Operace: klasická cholecystektomie před deseti lety, apendektomie před osmi lety.

#### Farmakologická anamnéza

Vasocardin SR 200 mg tbl per os 1-0-0

Caltrate tbl per os 0-1-0

Tulip 20 mg tbl per os 0-0-1

Nolpaza 40 mg tbl per os 1-0-0

## **Rodinná anamnéza**

Rodiče již zemřeli před dvaceti lety, matka náhle na infarkt myokardu, otec na nádor střeva. Děti má dvě. Dcera pracuje jako účetní a je zdravá, syn je tři roky v invalidním důchodu.

## **Sociální anamnéza**

Pacientka je vdova již deset let, bydlí v rodinném domku s dcerou. Je již ve starobním důchodu, dříve pracovala jako administrativní pracovnice obecního úřadu.

## **Objektivní nález**

Pacientka je orientována časem, místem. Spolupracuje. Hůře slyší, naslouchátko nemá.

Kůže: bez známek ikteru, bez hematomů, suchá.

Hlava: nebolestivá, zornice izokorické, reagující správně na osvit, jazyk vlhký a pláží symetricky ve střední čáře.

Levé ucho: naslouchadlo pro nedoslýchavost od 70 let věku.

Dutina ústní: bez povlaků, růžové sliznice, snímací dolní i horní zubní protéza, bez otlaků.

Krk: hrdlo klidné, bez zvětšené štítné žlázy a hmatných uzlin.

Hrudník: souměrný, dýchání sklípkové bez patologických fenoménů. Akce srdeční je pravidelná, ozvy ohraničené. Prsy souměrné, bez hmatných rezistencí a sekrece.

Břicho: v nivo, nebolestivé, zvýšená citlivost pod žebry vlevo, játra a slezina palpačně nezvětšena. Jizvy po klasické cholecystektomii a apendektomii klidné, bledé. Kýly nejsou.

Per rektum: bez hmatné rezistence, v dosahu normální nález bez přítomnosti stolice.

Páteř: nebolestivá na poklep, rozvíjí se.

Pánev: pevná, udává bolesti obou kloubů kyčelních.

HK: hybnost, citlivost a rozsah pohybu zachován.

DK: teplé, bez otoků, varixů, pulzace do periferie dobře hmatné oboustranně.

Fyziologické funkce: TK 130/80 mm Hg, P 56/min, D 16/min, TT 36,2°C.

Hmotnost: 68 kg, výška 165 cm, v posledním měsíci se spadla o 1 kg.

BMI: 25 (ideální váha).

Bolest: VAS 1 (mírná bolest).

Barthelův test v základních všedních činnostech: 95 bodů (lehká závislost).

Riziko pádu: 1 bod (bez rizika).

Nutriční hodnocení: bez rizika vzniku malnutrice.

### **Výsledky vyšetření**

**Sérum:** urea 1,7 mmol/l, kreatinin 68 umol/l, chloridy 108 mmol/l, draslík 3,9 mmol/l, sodík 140 mmol/l, celková bílkovina 40 g/l, albumin 26 g/l, CRP 44 g/l, fosfatáza alkalická 1,9 ukat/l, alfa amyláza 2,14 ukat/l, ALT 0,32 ukat/l, AST 0,55 ukat/l, GMT 1,20 ukat/l

**Krevní obraz:** hemoglobin 113 g/l, leukocyty 10,8 10<sup>9</sup>/l, hematokrit 0,34, trombocyty 206 10<sup>9</sup>/l

**Quickův test:** 1,2, APTT40 s

**Moč:** negativní nález

**Krevní skupina:** A Rh pozitivní

### **RTG plic:**

Chronické zánětlivé projevy, bez ložiskových změn a venostázy. Srdce bez dilatace, skleróza aorty.

### **Kolonoskopické vyšetření:**

Tumor vzestupného a příčného tračníku.

**Gynekologické vyšetření:** bez patologických změn.

### **Interní předoperační vyšetření:**

ileózní stav, kardiopulmonálně kompenzována, prevence medikamentózně TEN aplikací nízkomolekulárního heparinu a fyzikálně kompresivními punčochami. EKG: akce srdeční

pravidelná, sinusový rytmus 60/minutu. Arteriální hypertenze. Po operaci indikována včasná mobilizace.

**Anesteziologické předoperační vyšetření:**

78 letá pacientka k výkonu únosná, riziko dle ASA II. K výkonu zajistit 2 T. U. EBR.

Lékař pacientku upozornil na možnost pooperační monitorace na anesteziologickém oddělení.

**Na noc:** Zolpinox 1 tbl per os dle přání pacientky. **Ráno v 6 hodin** podat: Vasocardin SR 200mg 1 tbl per os, Nolpazu 40 mg tbl per os zapít douškem vody. **Premedikace 2. 1. 2017:**

Neurol 0,25 mg per os na výzvu. Antibiotika dle operátéra.

## **Průběh hospitalizace**

### **1. 1. 2016 v 10 hodin příjem pacientky, předoperační příprava**

Pacientka byla přijata k operačnímu zákroku na 2. 1. 2017 s diagnózou stenózující tumory tračníku na základě kolonoskopického vyšetření a CT vyšetření provedeného ambulantní cestou 26. 12. 2016.

Pacientka již byla seznámena s výsledky vyšetření při ambulantní kontrole po vyšetření, kde lékař doporučil neodkladnou hospitalizaci s návrhem operačního řešení střeva. Informovaný souhlas s hospitalizací, s operačním výkonem a anesteziologickým souhlasem byl pacientce předán s náležitou edukací operátorem a lékařem anesteziologického oddělení. Pacientka s navrhovanou operací souhlasila a podepsala souhlasy.

Sestrami byla sepsána ošetrovatelská anamnéza, rizika pádu, zhodnocení v oblasti ADL, rizika vzniku dekubitů, nutriční hodnocení.

Předoperační příprava střeva byla vysvětlena a opakována vzhledem k slabé nedoslýchavosti pacientky.

Příprava spočívala již od oběda, kdy pacientce byl objednan polévkový vývar, dostatek tekutin. Ve 14 hodin byla podána 1. dávka projímavého roztok 100ml per os a od této doby do 20 hodiny si pacientka přijímala minimálně 3 litry libovolných tekutin. Za kontroly sestry dotazy i vizuální kontrolou stolic, barvy a konzistencí byla vyhodnocena příprava jako účinná, stolice byla již vodnatá, bez příměsí krve a pevných částí. Pacientka byla nabádána k přijímání dostatečného množství tekutin jako prevence dehydratace vzhledem k počtu stolic. Ve 20 hodin byla podána 2. dávka projímavého roztoku s příjmem tekutin již podle chuti do 24 hodiny, ale minimálně 1 litr. Neustálá kontrola sestrou celkového stavu pacientky i stolic byla uspokojivá. Vše bylo zdokumentováno do chorobopisu a hlášeno lékaři. Poslední stolice byla ve 23 hodin, bezbarvá, bez příměsí krve. Pacientka provedla večerní hygienu. Prepremedikaci Zolpinox tbl doporučeným anesteziologem odmítla. Pacientka usnula kolem 24 hodiny klidným spánkem. Signalizaci měla v dosahu a byla poučena o jejím použití jako prevenci pádu.

## 2. 1. 2017 operační den

Pacientka již během noci stolici neměla, cítí se unavená. Od 24 hodin nepřijímala nic per os. Celou přípravu pacientka akceptovala a spolupracovala.

V 6 hodin byly podány léky dle anesteziologa, které pacientka zapila douškem vody. Poté byla provedena celková koupel pacientky za pomoci sestry včetně hygieny dutiny ústní a odložením zubní protéz do roztoku.

Po uložení na lůžko proběhla příprava operačního pole v podobě šetrného oholení celého břicha s dezinfekcí pupíku. Na dolní končetiny byl přiloženy kompresivní antitrombotické punčochy jako fyzikální prevence TEN.

Intravenózní kanyla byla zavedena za účelem aplikace infúzního roztoku a antibiotik, která se podala s premedikací.

7.00 proběhla vizita ošetřujícího lékaře, kde pacientka byla bez potíží a bolesti, spolupracovala. Byla bez teploty (36,5<sup>0</sup>C).

7.30 byla podána premedikace Neuro 0,25 mg tbl per os se zapitím douškem čisté vody. Pacientka upozorněna, že od této chvíle nesmí sama chodit, napít se. Signalizace byla přezkoušena a byla v dosahu lůžka.

Permanentní cévka CH 14 (Nelatonův katetr) byla zavedena se souhlasem pacientky a lékaře před odjezdem na operační sál.

Medikace: D nic per os-kromě premedikace a léků dle anesteziologa, infúze: Isolyte 1000ml frekvencí 100 ml/ hodinu, Amoksiklav 1,2g i.v.+ Metronidazol 500mg i.v. s premedikací, přiložit kompresivní punčochy, zavést permanentní katetr před odjezdem na operační sál, 2 T. U. EBR k výkonu.

8.00 odvezena pacientka na operační sál na lůžku se zajištěnými zábrany jako prevenci pádu z lůžka a pocitu bezpečí během transportu. Ve filtru operačního traktu pomocí rolovacího zařízení byla předána pacientka sestrám a lékaři ARO spolu s dokumentací se zápisem času předání a převzetí pacientky do péče anesteziologické sestry, včetně podané medikace.

Operační výkon proběhl bez komplikací, pacientka byla vrácena zpět v 10 hodin na standardní lůžkové chirurgické oddělení a uložena na intermediární pokoj.

Dle ordinací operátora sestra napojila pacientku na monitorovací přístroj se sledováním základních fyziologických funkcí TK, P, dechové frekvence, SpO<sub>2</sub>, tělesné teploty. Dále sestra zajistila aplikaci kyslíku pomocí kyslíkových brýlí rychlostí 4 litry za minutu. Kontrola všech invazivních vstupů včetně operační rány, která prosakovala a vyžadovala navázání obvazovým materiálem. Bylo nutné nadále sledovat sestrou další možný průsak rány se zaznamenáním do dokumentace.

Aplikaci analgetik ordinoval lékař kontinuálně pomocí lineárního dávkovače s možným navýšením frekvence rychlosti dle stupně bolesti. Sestra sledovala účinek podávaných analgetik, který byl dostačující. Dle ordinací lékaře sestra sledovala příjem a výdej tekutin po šesti hodinách, včetně množství obsahu dvou Redonových drénů se záznamem do dokumentace. Medikamentozní prevence TEN byla ordinována na 18 hodinu s. c. společně s odběrem krve na krevní obraz. Výsledek laboratorního odběru sestra hlásila ošetřujícímu lékaři.

Po odeznění anestezie setra pacientce vložila naslouchátko do ucha k efektivní komunikaci. Vybízela k odkašlávání, kontrolovala správnost a funkčnost natažených antitrombotických punčoch jako prevenci tromboembolické nemoci. Poučila pacientku o nutných pohybech s dolními končetinami, vleže. Správnost podání edukace si ověřila zpětným dotazem a pacientka slovně odpověděla nebo kývla hlavou.

Příjem ústy byl pozastaven, bylo nutné, aby sestra pečovala o dutinu ústní pravidelným zvlhčováním sliznic a hygienou.

V noci pacientka klidně spala, nevyžadovala navýšení analgetické dávky. Operační rána dále již více neprosakovala, odvody Redonových drénů pečlivě zaznamenala společně s dalšími hodnotami do dokumentace. Sestra prováděla častou kontrolu pacientky, jako prevenci pádu zajistila zvednutím postranic u lůžka. Signalizaci dala pacientce k dosahu ruky.

**Dieta:** nic per os

**Medikace:** Morphin 10 mg do FR 20 ml v lineární dávkovači frekvencí 2 ml za hod., Amoksiklav 1,2 g i. v. po 12 hodinách ve 20.00 hod, 08.00 hod., Metronidazol 500 mg i. v. po 12 hod ve 20.00 hod, 08.00 hod., Zibor 3500 m. j. s. c. po 24 hod. ve 20.00 hod.

**Infúze:** Isolyte 1000 ml i. v. na 6 hod., Fyziologický roztok 500 ml na 4 hod., Isolyte 1000ml i. v. na 6 hod.

**Laboratoř:** kontrola krevního obrazu v 18 hod. Hodnoty: hemoglobin 113 g/l, leukocyty  $15,8 \cdot 10^9$ /l, erytrocyty  $3,76 \cdot 10^{12}$ /l, hematokrit 0,34, trombocyty  $206 \cdot 10^9$ /l.

**Hodnoticí škály:** Barthelův test běžných činností a dovedností: 30 bodů (vysoká závislost), hodnocení bolesti podle Melzacka: bolest se pohybuje v rozmezí 2-3 stupně, hodnocení tíže tromboflebitis dle Madonna: 0 (bez známek zánětu), hodnocení vzniku dekubitů dle Nortonové-15 bodů (vysoké riziko), hodnocení rizika pádu 6 bodů (pacientka je ohrožena rizikem pádu).



### **3. 1. 2017 - 1. pooperační den**

Ranní hygienu provedla sestra s ošetřovatelkou na lůžku za částečné pomoci pacientky. Vertikalizaci zatím pacientka nezvládla, stěžovala si na slabost. Podle dokumentace byla pacientka v noci klidná, bez známek zmatenosti a dezorientace. Pokynům rozumí, má plně funkční naslouchátko v uchu. Spolupracuje. Psychomotoricky je pacientka zpomalená, potřebuje dostatek času na vyhovění požadavku ošetřujícího personálu.

Při provádění ranní hygieny sestra sundala pacientce kompresivní punčochy, umyla celé dolní končetiny, zkontrolovala predilekční místa vzniku dekubitů, zejména pat obou dolních končetin, vizuálně zhodnotila případné otlaky způsobené těsností punčoch. Po promazání punčochy opět přiložila. Zvýšenou péči sestra věnovala dutině ústní, k výplachu použila dezinfekční roztok určený k použití na sliznice Skinsept mucosa. Zubní protézy si pacientka zatím nepřála vložit do úst. Proto byly jen opláchnuty a ponechány v kazetě s roztokem.

Sestra zkontrolovala všechny invazivní vstupy, periferní žilní katetr byl zaveden druhý den, funkční, bez známek infekce. Permanentní katetr byl zaveden druhý den, funkční, odvádějící čirou moč.

Ráno proběhla lékařská vizita, kde provedl lékař za asistence setry převaz operační rány a kontrolu obsahu a kůže kolem zavedených drénů.

V dokumentaci lékař zaznamenal při ranní vizitě uspokojivý stav pacientky, afebrilní stav, bez známek TEN.

Setra sledovala pacientce tlak a puls po 3 hodinách, tělesnou teplotu po dvanácti hodinách, příjem tekutin a diurézu po šesti hodinách. Infuzní terapii a medikaci podala dle ordinace lékaře. Analgezii Morphinem lékař ponechal ve formě podávání pomocí lineárního dávkovače nitrožilně se sníženou frekvencí množství opiátu. Sestra sledovala a monitorovala, zda je analgezie dostačující, provedla záznam do ošetřovatelské dokumentace. Podle záznamů nebylo třeba, aby lékař zvyšoval množství analgetik.

Pacientka mohla popíjet čaj po lžičkách, za pomoci sestry, maximálně do 200 ml za 24 hodin. Zvýšenou pozornost věnovala sestra rehabilitaci po operačním zákroku. Nejprve v nácviku odkašlávání, správného dýchání, polohování na boky s opatrností na bezpečnost invazivních vstupů, procvičování dolních končetin.

Ošetrovatelská péče byla zaměřena na prevenci vzniku dekubitů s důrazem na upravené, čisté, suché lůžko. K polohování potřebovala pacientka z důvodu slabosti pomoc sestry a bolestivosti operační rány.

Večer měla pacientka problém s usínáním pro pocit horka a zvýšený hluk blízko pokoje. Sestra otevřela na chvíli okno, vyvětrala a po zklidnění provozu na oddělení kolem 22 hodiny pacientka usnula. Krátce se probouzela na pravidelné měření fyziologických funkcí, ale pak opět usínala.

**Dieta:** čaj po lžičkách do 200ml za 24 hodin

**Medikace:** Morphin 10 mg do FR 20 ml frekvencí 1,5 ml za hodinu kontinuálně dávkovačem, Amoksiklav 1,2 g i. v. po 12 hod. v 08.00 hod, 20.00 hod., Metronidazol 500 mg i. v. po 12 hod. v 08.00 hod, 20.00 hod, Zibor 3500 m. j. p o 24 hod ve 20 hod.

**Infúze:** Isolyte 1000 ml i. v. na 6 hodin, Glukóza 5% 500 ml i. v. na 4 hodiny. Isolyte 1000 ml i. v. na 6 hodin, Glukóza 5% 500 ml i. v. na 4 hodiny.

**Hodnotící škály:** Barthelův test všedních činností: 30 bodů (vysoká závislost), hodnocení bolesti podle VAS škály stupeň 2, hodnocení tíže tromboflebitis dle Madonna: stupeň 0, hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové 20 bodů (střední riziko vzniku dekubitů), hodnocení rizika pádu: 3 body (pacientka je ohrožena rizikem pádu).

## 4. 1. 2017 - 2. pooperační den

Při ranní hygieně si zvládla pacientka za pomoci sestry sednout na lůžku s dolními končetinami dolů, s následnou pomalou vertikalizací. Pacientka udávala mírnou závrať, ale dala pokyn v pokračování mobilizace. Pár kroků mimo lůžko do koupelny zvládla bez potíží. Hygienu již zvládala částečně sama, s dopomocí sestry pak byly osprchovány genitálie a dolní končetiny. Hygiena dutiny ústní s nasazením zubních protéz následovala vzápětí. Na lůžku byly antitrombotické punčochy přiloženy zpět po předchozí kontrole kůže, která nejevila známky vzniku dekubitů. Přítomny však byly mírné otoky dolních končetin.

Dále sestra kontrolovala místa invazivních vstupů. Periferní žilní katetr dnes třetí den, vstup nejevila známky zánětu, ale byl mírně bolestivý. Sestra odstranila stávající a zavedla za aseptických podmínek nový. Permanentní močový katetr byl zaveden třetí den, funkční, odváděl čistou moč v menším množství.

V ranních hodinách proběhla lékařská vizita s převazem rány asistované sestrou. Lékař zrušil podávání Morphinu kontinuálně i. v., změnil na jednorázové aplikace jiných analgetik i. v. za sledování bolesti sestrou po 8 hodinách. Sestra sledovala účinek podávaných analgetik, který byl nedostačující. Proto lékař doordinoval ještě jiný druh léčiva v mezidobí. Z důvodu nedostatečného výdeje tekutin naordinoval lékař diuretika i. v. Sestra sledovala příjem a výdej tekutin po šesti hodinách. Krevní tlak, puls sledovala sestra po 6 hodinách, tělesnou teplotu po 12 hodinách.

Dietu ponechal lékař čajovou po lžičkách do 200 ml za 24 hodin. Pacientka byla již schopna samostatného podání a pití tekutin po lžičkách, sestra zapisovala příjem. Pokračovala rehabilitace sestrami oddělení i sestrami odborné rehabilitační péče, která byla zaměřena na způsob vstávání z lůžka, vertikalizaci, chůzi. Dechová cvičení byla podpořena poklepem na hrudník, se střídajícími se nádechy, výdechy. Pacientka se snažila spolupracovat, cvičení byla ukončena při udání bolesti. Z pohledu ošetrovatelské péče přetrvávalo riziko pádu a vzniku rizika dekubitů.

Dopoledne se u pacientky se objevily dechové obtíže s nemožností řádného odkašlávání. Byla poučena o nácviku dechových cvičení současně s přidržováním břicha při odkašlávání.

Během odpoledne pacientka několikrát zvracela, měla nauzeu. Lékař byl přivolán a informován o náhlé změně stavu. Sestrou byla zavedena žaludeční sonda, která odváděla

tmavě hnědý až černý obsah do sběrného sáčku. Okamžitě se pozastavil příjem tekutin ústy. Voda byla povolena jen k výplachům dutiny ústní. Sledování fyziologických funkcí bylo po 1 hodině za kontroly celkového stavu pacientky.

**Dieta:** čaj po lžičkách, pak nic per os od 14 hodin.

**Medikace:** zavést žaludeční sondu, měřit množství odpadů sekrece, Novalgin 1g i. v. po 8 hod. v 8. 00 hod. 16. 00 hod. 24.00 hod., Ketonal 50 mg i. v. v mezidobí při bolesti více než 3 st., Amoksiklav 1,2 g i. v. po 8 hod. v 8.00 hod., 16.00 hod. 24.00 hod., Metronidazol 500 mg i. v. po 12 hod., v 8.00 hod., 20.00 hod., Cerucal 1 amp. i. v. po 8 hod. v 8.00hod, 16.00 hod. 24.00 hod., Zibor 3500 m. j. s. c. po 24 hod., ve 20.00 hod., Furosemid 20 mg i. v. do FR 100ml na 30 minut, Torecan 1 amp. i. v. po 8 hod., Nolpaza 40 mg i. v. po 12 hod. v 10.00 hod, 22.00 hod., ACC 100 mg i. v. do FR 100 ml po 12 hod. v 10.00 hod, 22.00 hod.

**Infúze:** Isolyte 1000 ml i. v. na 6 hodin, Glukóza 5% 500 ml + 20 ml 7,5% KCl na 4 hodiny, Isolyte 1000ml i. v. na 6 hod, Glukóza 5% 500 ml + 20 ml 7,5% KCl na 4 hodiny, Glukóza 10% 500ml + 8 j. Humulin R na 4 hodiny.

**Laboratoř:** vykazovala fyziologické hodnoty, kromě mírného poklesu Hb 104 g/l a zvýšené hodnoty CRP 80 mg/l.

**Hodnotící škály:** Barthelův test denních činností a dovedností 35 bodů (vysoká závislost), hodnocení bolesti dle VAS 4. stupeň, hodnocení tíže tromboflebitis dle Madonna: stupeň 1 (bolest bez reakce v okolí), hodnocení vzniku dekubitů dle Nortonové 19 bodů (střední riziko), hodnocení rizika pádu 4 body (pacientka je ohrožena pádem).

## 5. 1. 2017 - 3. pooperační den

Ráno se pacientka s pomocí sestry a ošetrovatelky nejdříve posadila na lůžko. Sestra se slovně i pohledem ujistila, že aktuální stav a vědomí nebránily v pokračování vertikalizace u lůžka. Pomalu a několikrát sestra zopakovala dotaz. Pacientka trpěla nedoslýchavostí, naslouchátko měla funkční a vložené do ucha. Na dotazy pacientka odpověděla slovně i přikývnutím. Šetrně s ohledem na invazivní vstupy byla posazena na toaletní sedačku a převezena do koupelny, kde sestra poskytla pomoc při hygienické péči. Zkontrolovala dolní končetiny, promazala emulzí a ponechala antitrombotické punčochy.

Po provedení hygieny byla pacientka uložena zpět na ustlané, čisté lůžko. Sestra provedla kontrolu permanentního močového katétru, který byl zaveden čtvrtý den. Moč odváděl čirou v dostatečném množství. Periferní žilní katetr byl dnes noční sestrou zaveden nový. Nejevil známky zánětu a byl nebolestivý. Žaludeční sonda odváděla nadále tmavý obsah. Dutina ústní byla zvlhčována roztokem a rty promazávány balzámem.

Pacientka spolupracovala, jen si stěžovala na zavedenou žaludeční sondu, která jí vadila při dýchání. Lékař při vizitě pacientce převázal za asistence sestry operační ránu Betadinem, místa zavedení Redonových drénů kryl sterilní krytím.

V záznamu lékaře v dokumentaci bylo uveden celkový dobrý stav pacientky, žaludeční sonda začala odvádět stagnační obsah v množství 500 ml za 24 hodin. Bylo indikováno CT vyšetření břicha k objasnění komplikace.

CT vyšetření předcházelo podepsání informovaného souhlasu. Sestra aplikovala antihistaminikum intravenózně jako prevenci alergické reakce dle ordinace lékaře. Poté byla za doprovodu sanitáře a sestry odvezena na lůžko na rentgenologické pracoviště naší nemocnice. Vyšetření proběhlo bez komplikací a pacientka byla zpět přivezena na pokoj. Závěr vyšetření byl sdělen pacientce a dceři lékařem, který nepotvrdil jasnou překážku tenkého střeva. Nadále byl zvolen konzervativní postup.

Pacientka dnes udávala jen mírné bolesti při pohybu. Analgetika odmítala. Sestra nadále sledovala bolest, zapisovala do dokumentace a průběžně informovala lékaře. Během dne nebylo potřeba aplikaci analgetik, až večer před spaním pacientka udávala větší bolest v místě operační rány. Sestra aplikovala analgetika dle ordinace lékaře. Nejevila známky zneklidnění, spolupracovala. Odkašlávala. V noci klidně spala.

Lékař ponechal pacientce zavedenou žaludeční sondu na pasivní odsávání do sběrného sáčku, čaj mohla jen k výplachům dutiny ústní. Sledování příjmu parenterálních tekutin a výdeje tekutin bylo po 12 hodinách, sledování tlaku, pulsu a teploty po 2 hodinách.

**Dieta:** nic per os, čaj k výplachům dutiny ústní.

**Medikace:** Amoksiklav 1,2 g i. v. po 8 hodinách v 8.00 hod., 16.00 hod., 24.00 hod., Metronidazol 500 mg i. v. po 12 hodinách v 8.00 hod., 20.00 hod., Zibor 3 500 m. j. s. c. ve 20.00 hod., Novalgin 1g i. v. po 8 hodinách při bolesti VAS 3 a více, Torecan 1 amp. i. v. po 12 hodinách v 8.00 hod., 20.00 hod., Nolpaza 40 mg i. v. po 12 hod. v 10.00 hod, 22.00 hod., ACC 100 mg i. v. do FR 100 ml po 12 hod. v 10.00 hod, 22.00 hod.

**Infúze:** Nutriflex peri i.v. kontinuálně 42 ml/ hodinu i.v., G 5% 500 ml+ 20 ml 7,5% KCl kontinuálně 100 ml/hod

**Laboratoř:** ani dnes nevykazovala abnormality, pohybovala se ve fyziologických hodnotách. KO 104g/l, CRP 90mg/l.

**Hodnotící škály:** Barthelův test běžných denních činností a dovedností 40 bodů (vysoká závislost), hodnocení bolesti dle VAS, bolest se pohybovala 2-3 stupně, hodnocení tíže tromboflebitis dle Madonna - stupeň 0, hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové 25 bodů, hodnocení rizika pádu 3 body (pacientka je ohrožena pádem).

## 6. 1. 2017 - 4. pooperační den

Ráno se pacientka cítila dobře. Hygienickou péči prováděla s dopomocí sestry, po vertikalizaci z lůžka došla s malou oporou a jistotou do koupelny. V rámci hygienické péče sestra zkontrolovala kůži dolních končetin, kde neshledala žádné známky počínajících dekubitů. Opět byly zpět nasazeny antitrombotické punčochy po osprchování osušení. Po skončení hygieny sestra zkontrolovala na lůžku permanentní katetr, který byl průchodný a odváděl čistou moč. Periferní venózní katetr byl zaveden druhý den - funkční, bez zarudnutí a bolestivosti. Žaludeční sonda od půlnoci již odvedla zelený obsah 500 ml. Redonovy drény byly funkční, ale již odvedly minimální množství serózního sekretu.

V rámci dopolední vizity lékař za asistence sestry převázal operační ránu Betadinem, odstranil oba dva Redonovy drény, sterilně kryl místa vpichu.

Ústy mohla pacientka zatím jen čaj nebo vodu k výplachům dutiny ústní. Nadále sestra zvlhčovala sliznice a rty k zamezení vysušení.

Tlak a puls sledovala sestra po 6 hodinách. Bolesti pacientka neudávala a analgetika nepožadovala. Sestra zaznamenala odchod první stolice. Nadále pokračovala rehabilitace v nácvičku vstávání z lůžka, vertikalizace a chůze po pokoji a chodbě oddělení. Sestra musela respektovat zvýšené riziko pádu, proto byla pacientka poučena o nutnosti přítomnosti personálu při této aktivitě. Pacientka také více komunikovala, těšila se na návštěvu dcery odpoledne.

**Dieta:** nic per os.

**Medikace:** Amoksiklav 1,2g i. v. po 8 hod. v 8.00 hod, 16.00 hod., 24 hod., Metronidazol 500 mg i. v. po 12 hod. v 8.00 hod. 20.00 hod., Zibor 3500 m. j. s. c. ve 20.00hod., Novalgín 1 g i. v. při bolesti st 3, maximálně po 8 hodinách, Nolpaza 40 mg i. v. po 12 hod. v 10.00 hod, 22.00 hod., ACC 100 mg i. v. do FR 100 ml po 12 hod. v 10.00 hod, 22.00 hod.

**Infúze:** Nutriflex 42ml/ hod nechat dokapat a ex, G 10% 500ml + 8 j. Humulin R na 6 hodin.

**Hodnotící škály:** Barthelův test všedních činností a dovedností- 60 bodů (závislost středního stupně); hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové - 20 bodů (střední riziko); hodnocení bolesti dle VAS stupeň 1 - 2, hodnocení tíže tromboflebitis dle Madona - stupeň

0; hodnocení rizika pádu 3 (pacientka je ohrožena rizikem pádu), hodnocení nutričního stavu dle standardu oddělení - 1 bod (není ohrožena rizikem malnutricí).



## 7. 1. 2017 - 5. pooperační den

V těchto dnech docházelo k rozvoji soběstačnosti pacientky. S naučenými pohyby již zvládala se posazovat, vstávat. K bezpečnosti chůze a riziku pádu signalizací si přivolala sestru podle pokynů. Denně za malé pomoci sestry si sprchovala operační ránu a prováděla celkovou hygienu v koupelně. Antitrombotické punčochy byly nadále po ranní hygieně nasazeny zpět s předešlou kontrolou kůže k zjištění rizika vzniku dekubitů. Změny barvy kůže ani bolestivost nebyla sestrou shledány.

Žaludeční sonda odvedla jen minimální odpad, proto byla po ranní vizitě lékaře zašitípnuta sterilní zátkou ke sledování případného zvracení a nevolnosti. V odpoledních hodinách byla sonda opatrně odstraněna, průběh byl bez komplikací, pacientka se cítila dobře.

Dnes byl ordinován čaj a infuzní terapie k doplnění tekutin. Periferní žilní katetr byl dnes nově zaveden za aseptického přístupu pro povytažení v místě vpichu a zaznamenán do dokumentace.

Pacientka se dnes cítila lépe, více komunikovala, jen přetrvávalo nepohodlí v krku při polknutí po zavedené sondě. Ke zlepšení pocitu bylo pacientce nabídnuto kloktání s výplachy dutiny ústní Skinsept Mucosou dvakrát denně.

Permanentní katetr by průchodný, odváděl čirou moč. Sledování krevního tlaku, pulsu bylo ordinováno po osmi hodinách, tělesná teplota dvakrát denně.

Při vizitě lékaře operační rána byla dnes více prosáklá, vyžadovala hlubší vyčistění, byl rozpuštěn další steh. Po obkladu s Betadinem se frekvence převazu zvýšila na dvakrát denně za kontroly průsaku a bolestivosti.

**Dieta:** čaj, voda

**Medikace:** Amoksiklav 1,2g i. v. po 8 hodinách. v 8.00 hod, 16.00 hod., 24.00 hod., Metronidazol 500 mg i. v. po 12 hodinách. v 8.00 hod. 20.00 hod., Zibor 2500 m. j. s. c. ve 20.00 hod., Cerucal 1 amp. i. v. po 8 hodinách v 8.00 hod., 16.00 hod., 24.00 hod., Nolpaza 40 mg i. v. po 12 hodinách v 8.00 hod., 20.00 hod., Ketonal 1 amp. i. v. při bolesti, ACC 100 mg i. v. do FR 100 ml po 12 hod. v 10.00 hod, 22.00 hod.

**Infúze:** Isolyte 1000 ml i. v. na 6 hodin, FR 500 ml i. v. na 4 hodiny.

**Hodnotící škály:** Barthelův test všedních činností a dovedností- 60 bodů (závislost středního stupně); hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové - 25 bodů (nízké riziko); hodnocení bolesti dle VAS - stupeň 1; hodnocení tíže tromboflebitis dle Madonna - 0 bodů hodnocení rizika pádu 2 (pacientka není ohrožena rizikem pádu), hodnocení nutričního stavu dle standardu oddělení- 1 bod (není ohrožena rizikem malnutricí).

## 8. 1. - 9. 1. 2017 - 6. - 7. pooperační den

Celkovou ranní hygienu pacientka zvládala s malou pomocí sestry. Antitrombotické punčochy již zpět nebyly přiloženy. Pacientka již dostatečně rehabilituje v chůzi.

Příjem i výdej tekutin byl dostatečný, proto již pacientce nebyla ordinována infuzní terapie, periferní žilní katetr byl odstraněn a asepticky kryto místo vpichu. Permanentní katetr byl zaslepen sterilní kolíkem a pravidelně po třech hodinách odpouštěn do sběrné močové nádoby jako příprava k definitivnímu zrušení cévky.

Sledoval se sestrou krevní tlak, puls a tělesná teplota 2x denně. Pacientka již neudávala pocit nucení na kašel.

9. ledna 2017 byla po dostatečném množství příjmu a výdeje tekutin definitivně zrušena v 8 hodin permanentní cévka. Nyní byla pacientka edukována o nutnosti sběru množství moče do nádoby k pozdějšímu vyhodnocení bilance tekutin sestrou. Pacientka hlásila sestře první spontánní vymočení již po dvou hodinách v dostatečném množství. Defekace stolice probíhala bez obtíží jedenkrát denně bez patologických příměsí a barvy.

Převaz rány proběhl bez komplikací s obkládáním roztokem Betadine, nadále dvakrát denně. Zítra ráno za pomoci sestry si bude sprchovat ránu, následně bude převázána lékařem.

**Dieta:** kašovitá, od 8. 1. 2017 dieta č. 5 (bezezbytková), přidán nutriční doplněk stravy Nutridrink nápoj 200ml 2x denně.

**Medikace:** Amoksiklav 1 g tbl per os po 12 hodinách v 8.00 hod, 20.00 hod., Entizol 500 mg tbl per os po 12 hodinách v 8.00., 20.00 hod., Ketonal 50mg tbl per os při bolesti, Zibor 2500 m. j. s. c. 1x denně ve 20. 00 hod., Vasocardin SR 200 mg tbl per os 1-0-0, Caltrate tbl per os 0-1-0, Nolpaza 40 mg tbl per os 1-0-0, Ambroxol kapky per os 2ml - 2 ml - 2ml zítra ex.

**Hodnotící škály:** Barthelův test všedních činností a dovedností - 75 bodů (lehká závislost); hodnocení bolesti dle VAS 1. stupeň (slabá bolest); hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové - 27 bodů (není riziko); hodnocení rizika pádem - 2 body (pacientka není ohrožena pádem).

## 10. 1. - 11. 1. 2017 - 8 - 9 pooperační den

Pacientka zvládala ranní hygienu zcela sama, sestra jen přihlížela a dbala o bezpečnost rizika pádu uklouznutím po mokré podlaze v koupelně. Postupně docházelo k navrácení soběstačnosti a posilování sebedůvěry, že i doma bude zvládat běžné úkony v péči o své tělo. Při této hygieně byla osprchována i operační rána pacientkou za kontroly sestry.

Osvojila si nácvik správného vstávání z lůžka z boku za pomoci opory loktů a současného pohybu DK k prevenci vzniku kýly v jizvě a porušení šité operační rány příliš vysokým napětím kůže. Po pokoji i v chodbě si zdokonalovala v chůzi za pomoci rehabilitačních sester i dalšího ošetrovatelského personálu. V odpoledních hodinách pacientku navštěvovala dcera, na kterou se vždy těšila.

S močením po vyjmutí permanentní cévky pacientka neudávala, byla bez obtíží, diuréza ve sběrné nádobě byla dostatečná.

Stravu v podobě diety č. 5 toleruje dobře, sní dvě třetiny porce. Dávala přednost mléčným přídávům na dopolední a večerní druhé večere, které dle zvyklosti oddělení stravování dostávala. Byla přizvána dietní sestra, aby seznámila pacientku s vhodnou stravou doma, jeho úpravou a přípravou. Jako vzor přiložila písemný edukační materiál pacientce v podobě názorného jídelníčku, seznamu všech vhodných a nevhodných potravin.

Při vizitě lékař zkontroloval ránu, převázal a přislíbil propuštění další den, nebude-li komplikace. Defekt bude převazován sestrami Agenturou domácí péče 1 x denně ráno, večer osprchuje ránu pacientka sama a přiloží sterilní krytí. Sestra sledovala fyziologické funkce T K, P jedenkrát denně s hodnotami 130/80 mm Hg, TT dle zvyklosti oddělení dvakrát denně s hodnotami 36,4<sup>0</sup> - 36,6<sup>0</sup>C. Bolesti pacientka neudávala, jen nemohla usnout. Léky navozující spánek odmítla. Sestra přestlala lůžko, pokoj po dohodě s pacientkou vyvětrala, ztlumila osvětlení, které by mohlo pacientku rušit při usínání. Dle záznamu v dokumentaci pacientka usnula kolem 23 hodiny a spala klidným spánkem celou noc.

**Dieta:** dieta č. 5 (bezezbytková) s doplňkem stravy Nutridrink nápoj 200ml 1x denně s mléčnými a bílkovinnými přídávky

**Medikace:** Amoksiklav 1 g tbl per os - dnes již zrušen, Entizol 500 mg tbl per os - dnes již zrušen, Ketonal 50mg tbl per os jen při bolesti VAS 3 a více, Vasocardin SR 200 mg tbl per

os 1-0-0, Caltrate tbl per os 0-1-0., Nolpaza 40 mg tbl per os 1-0-0, Stilnox tbl per os na noc při nespavosti podle potřeby.

**Laboratoř: krevní obraz** Hemoglobin 110 g/l, Hematokrit 0,4, Leukocyty  $6,8 \cdot 10^9/l$ , Trombocyty  $395 \cdot 10^9/l$ .

**Biochemie:** Albumin 30 g/l, Bílkovina 52 g/l, Draslík 4,1 mmol/l, Sodík 140 mmol/l, Chloridy 108 mmol/l, Urea 4,0 mmol/l, Kreatinin 88  $\mu\text{mol/l}$ , C- reaktivní protein 8,0 mg/l, ALT 0,15 ukat/l, GMT 0,61 ukat/l, AST 0,33 ukat/l, Fosfatáza alkalická 0,7 ukat/l.

**Hodnotící škály:** Barthelův test všedních činností a dovedností - 80 bodů (lehká závislost); hodnocení bolesti dle VAS - 0 stupeň (bez bolesti); hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové - 27 bodů (není riziko); hodnocení rizika pádem - 2 body (pacientka není ohrožena pádem).

## 12. 1. 2017 - 10. pooperační den

Pacientka byla dnes propuštěna domů za doprovodu dcery, která společně s manželem bude pacientce pomáhat. Operační rána byla do rána jen mírně prosáklá, pro převazu a přiložení krytí byla objednána sestra domácí péče k denní péči o defekt. Fyziologické funkce měla pacientka stabilizované, proto chronická medikace byla ponechána beze změn. Sestra zjišťovala, zda má pacientka doma dostatečné množství léků.

Pacientka byla vybavena propouštěcí zprávou s pozváním ke kontrole na chirurgickou ambulanci 15. ledna 2017 k převazu rány a sdělení výsledku histologického vyšetření s návrhem další léčby. K převazu defektu byl vystaven poukaz na obvazový materiál. Fyzioterapeut edukoval pacientku o technice vstávání z lůžka v domácím prostředí, aby nedošlo k další možné komplikaci operační rány a vzniku kýly.

**Medikace:** Vasocardin SR 200 mg tbl per os 1-0-0, Caltrate tbl per os 0-1-0, Nolpaza 40 mg tbl per os 1-0-0, Tulip 20 mg tbl per os -0-0-1.

## Zpracování dat dle modelu Virginie Henderson

### Normální dýchání

#### Subjektivně:

*Při přijetí:* Pacientka při rozhovoru se nestěžovala na výrazné problémy s dýcháním. Jen dodala: „*Někdy se zadýchávám při cestě do bytu, kde stoupám po dvaceti schodech.*“

*Po operaci:* během celé hospitalizace pacientka neměla problémy s dýcháním.

#### Objektivně:

*Při přijetí:* dechová frekvence byla 16 dechů za minutu, pravidelná. *Po operaci:* během hospitalizace byla pacientka poučena na důležitost dechové rehabilitace s nácvikem odkašlávání. Druhý pooperační den se u pacientky projeví problémy s odkašláváním. Pomocí podání expektorancií ve formě nitrožilního podání a později ve formě kapek ústy se podařilo zvládnout tento problém. Pacientce byl změřen SpO<sub>2</sub>, který se pohyboval od 93% do 95%. Při propuštění domů již pacientka nevykazovala známky dechových obtíží. Dechová frekvence při propuštění byla 14 dechů za minutu.

### Dostatečný příjem potravin a tekutin

#### Subjektivně:

*Při přijetí:* Pacientka při rozhovoru uvedla: „*Neměla jsem v posledních dvou týdnech chuť k jídlu, maso a uzeniny jsem nemohla ani vidět. Pít jsem mohla jen čistou vodu asi jeden litr denně*“. *Po operaci:* V prvních dnech byl omezen příjem tekutin ústy, pacientka nepocítovala pocit žízně ani hladu.

#### Objektivně:

*Při přijetí:* Pacientka měla projevy nedostatečné hydratace se suchou kůží, byla unavená.

*Po operaci:* V dalších pooperačních dnech byla nutná dopomoc sestry k podání tekutin, později stravy s ohledem na vyhodnocený deficit v oblasti ADL. Barthelův test se pohyboval v rozmezí 40 - 60 bodů. Pitný režim měla pacientka povolena až od třetího pooperačního dne. Do té doby sestra pouze svlažovala a zvlhčovala dutinu ústní s výpachy vodou či čajem. Po zlepšení stavu aktivně sestra pobízela pacientku k sippingu tekutin po malých doušcích,

později v nařízených dávkách. Stravu pacientka tolerovala dobře od kašovitě po bezezbytkovou dietu dobře, ale v menších dávkách a častěji. Se soběstačností pak se celkově zlepšil příjem stravy i tekutin. Před propuštěním pacientka vypila dva litry tekutin za 24 hod. Dle hodnocení nutričního stavu pacientka nebyla ohrožena malnutricí (1 bod).

## **Vylučování**

### **Subjektivně:**

*Při přijetí:* pacientka uvedla při rozhovoru, že větší problémy s močením doma neměla. Občas při zakašlání nebo těžší fyzické zátěži pociťovala částečný únik moči. Zatím tento problém neřešila. V posledních dnech trpěla nepravidelností stolice, která vyvrcholila až v zácpu, chodila jednou za tři dny. Nelíbila se jí barva a konzistence stolice doprovázena bolestivostí břicha při vyprazdňování.

*Po operaci:* pacientka uvedla obavy z inkontinence po odstranění permanentního močového katetru a zácpou po operaci.

### **Objektivně:**

*Před operací:* pacientka netrpěla větší poruchou močení. Inkontinenční vložky nepoužívala.

*Po operaci:* v den operace byl pacientce zaveden permanentní močový katetr z důvodu dlouhodobého trvání operačního výkonu a v pooperačním období k monitoraci bilance tekutin. Sedmý pooperační den byl močový katetr zrušen, pacientka spontánně močila.

Stolici měla pacientka poprvé třetí pooperační den kašovitě až průjmovité konzistence na přiloženou podložní mísu, což bylo pro nemocnou nepohodlné a zároveň nepříjemné s ohledem na přítomnost dalších hospitalizovaných osob na pokoji.

## **Pohyb a udržování vhodné polohy**

### **Subjektivně:**

*Při přijetí:* Pacientka při rozhovoru uvedla: „*Před půl rokem jsem ještě vyšla pořádný kopec, problém s pohyblivostí jsem neměla. Nyní pociťuji při procházkách únavu a bolest v kolenou, ale snažím se nepolevovat a být fit.*“ *Po operaci:* Pacientka udávala obavy, že neudrží rovnováhu při vstávání z lůžka a delší chůze.



### **Objektivně:**

*Při přijetí:* pacientka neprokazovala poruchy chůze, nepoužívala kompenzační pomůcky.

*Po operaci:* V prvních operačních dnech pacientka nejdříve se posadila na lůžko s dopomocí ošetřujícího personálu, vertikalizaci a první kroky zvládala pomocí rehabilitačních a přítomných ošetřujících sester v dalších dnech. Od pátého pooperačního dne sama zvládala posazování s nácvikem správné techniky.

### **Spánek a odpočinek**

#### **Subjektivně:**

*Při přijetí:* pacientka při rozhovoru uvedla: „*Dříve jsem spala dobře, ale v posledním měsíci jsem se často probouzela brzy ráno. Pak už jsem neusnula. Tak jsem si četla.*“ *Po operaci:* v době po operaci pacientka neudávala žádné problémy s usínáním.

#### **Objektivně:**

*Při přijetí:* na pacientce jsou patrné známky únavy, má kruhy pod očima. *Po operaci:* sestra v průběhu pooperačního období nezaznamenala poruchy spánku, jen poruchy s usínáním, které vyřešila vyvětráním pokoje a ztlumením světel v pokoji. V dokumentaci byl záznam o klidném spánku.

### **Vhodné oblečení a svlékání**

#### **Subjektivně:**

*Při přijetí:* pacientka během rozhovoru uvedla: „*Ještě se dovedu sama obléknout a svléknout, ráda nosím nové věci, cítím se v nich dobře. Potíže mi dělá navléknout si punčochy pro bolesti zad. Tak raději nosím kalhoty.*“ *Po operaci:* pacientka se snažila sama oblékat jen s malou dopomocí sestry.

#### **Objektivně:**

*Při přijetí:* pacientka byla čistě oblečená, upravená. *Po operaci:* Pacientka byla v prvních pooperačních dnech upoutána na lůžko vzhledem parenterální výživě, proto potřebovala pomoc ošetřujícího personálu. Barthelův test byl vyhodnocen v den operace 30 bodů (vysoká závislost), v den propuštění 65 bodů (lehká závislost). Během hospitalizace pacientka vlastnila vlastní hygienické potřeby, čisté ručníky a noční košile.

## Udržování fyziologické teploty

### Subjektivně:

*Při přijetí:* pacientka během rozhovoru uvedla: „Nikdy jsem netrpěla na zvýšené nebo dokonce vysoké horečky. Jsem celkem zdravá, nemá ráda parná léta a zase moc tuhé zimy.“

*Po operaci:* v době po operaci si stěžovala na pocit horka.

### Objektivně:

*Při přijetí:* pacientka měla sestrou naměřenou tělesnou teplotu 36,5°C. *Po operaci:* tělesná teplota během celé hospitalizace v pooperačním období se pohybovala v rozmezí 36,5°C až 37,0°C. Pacientka udávala pocit horka, i když pokojová teplota byla 21°C. Spala jen v plátěné košili, lehce přikrytá lůžkovinou.

## Udržování upravenosti a čistoty těla

### Subjektivně:

*Při přijetí:* pacientka při rozhovoru uvedla: „Doma se více sprchuji, nežli koupu ve vaně. Je to pohodlnější a rychlejší. Pomoc dcery potřebuji jen při mytí zad.“ *Po operaci:* pacientka verbalizuje dopomoc sestry při hygieně v časných dnech po výkonu.

### Objektivně:

*Při přijetí:* pacientka při přijetí je čistě oblečená, nebyly známky nedostatečné hygieny.

*Po operaci:* pacientce byla poskytnuta ošetřujícím personálem pomoc při provádění hygienické péče, postupně se zlepšováním tělesné a fyzické zdatnosti se aktivně podílela při mytí. Nejdříve byla hygienická péče prováděna na lůžku, další dny za pomoci sestry v koupelně.

## Odstraňování rizik životního prostředí a zabraňování vzniku poškozování sebe i druhých

### Subjektivně:

*Při přijetí:* pacientka během rozhovoru uvedla: „Nikdy jsem nekouřila, alkohol jsem pila jen příležitostně při oslavách. Chutnalo mě bílé víno. Dneska už nepiji vůbec. Po smrti manžela

*bydlím s dcerou a jsem ráda doma.“ Po operaci: pacientka projevila obavy z uklouznutí či pádu při rehabilitaci.*

#### **Objektivně:**

*Při přijetí: v den příchodu na oddělení nebylo zjištěno riziko pádu. Po operaci: v pooperační době bylo ošetrovatelským personálem zaznamenáno zvýšené riziko pádu, proto byl při posazování, vstávání a chůzi vždy přítomen dostatek ošetrovatelského personálu k zabránění upadnutí. Riziko pádu se pohybovalo v rozmezí od 6 bodů (1. pooperační den) do 2 bodů (8 - 10. pooperační den).*

### **Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav a názorů**

#### **Subjektivně:**

*Při přijetí: pacientka uvedla: „Doma v poslední době skoro vůbec nikam nechodím, nechce se mi. Měla jsem přítelkyně, ale ty jsou již mimo město. Špatně slyším, tak jsem raději doma, sleduji nahlas televizi, čtu knihy a časopisy. Ráda pletu ponožky pro vnuky. Z operace mám strach, ale vím, že je důležitá. Už jsem se rozhodla.“ Po operaci: pacientka měla obavy ze zvládnutí soběstačnosti v nemocnici i doma.*

#### **Objektivně:**

*Při přijetí: pacientka je uzavřená, málomluvná. Bylo nutno opakovat a zřetelně vyslovovat dotazy a informace z důvodu nedoslýchavosti pacientky, i když používala naslouchátko.*

*Po operaci: ihned po výkonu bylo pacientce instalováno zpět naslouchátko k porozumění dotazů a pocitů během intenzivní terapie. Postupně docházelo ke zlepšování komunikace s ošetrovatelským personálem a lékařem.*

V nemocnici často navštěvovala pacientku dcera, která vždy byla očekávána. Její návštěvy přispěly k dobré náladě nemocné a chuť se co nejdříve uzdravit. Po operaci bude opět doma, v láskyplné péči dcery.

### **Vyznávání vlastní víry a vyznání**

Pacientka udávala: „*Jsem sice pokřtěná a věřící, ale do kostela nechodím.*“ Pacientka neměla zájem o návštěvu duchovního, který pravidelně na požádání koná bohoslužby u lůžka nebo v nemocniční kapli.

## **Smysluplná práce**

Pacientka je již v současné době ve starobním důchodu, dříve pracovala jako administrativní pracovnice na obecním úřadě. Ráda měla ruční práce, háčkování a pletení, kterým se věnuje dodnes.

## **Hry nebo účast na různých formách odpočinku, rekreace**

Z rozhovoru pacientky: *„Nejlíp je mě doma s dcerou a zetěm. Vnoučata již bydlí v jiném městě, mají svůj život, ale pravidelně jezdí k nám na návštěvy. Ráda vařím, sleduji zábavné a naučné televizní pořady, i když trochu nahlas.“*

## **Učení, objevování nového, zvědavost vedoucí k normálnímu vývoji**

Pacientka četla noviny, knihy, vyhledávala novinky v kulturním i politickém světě. Absolvovala kurzy německého jazyka, které aktivně využila ve své profesi úřednice, později k pomoci při výuce svých vnuků na střední škole.

### **8.2.3 Plán ošetrovatelské péče**

#### **Aktuální ošetrovatelské diagnózy**

##### **1) 00132 akutní bolest související s operačním výkonem**

#### **Projevující se:**

Subjektivně: verbalizací pacientky.

Objektivně: grimasou v obličeji, nařikání při hledání a změně úlevové polohy.

#### **Cíl:**

Pacientka bude udávat po aplikaci analgetik zmírnění bolesti do 30min.

#### **Ošetrovatelské intervence:**

Pravidelně sleduj a hodnot' projevy bolesti, pomáhej pacientce při zaujmutí úlevové polohy, aplikuj analgetika dle ordinace lékaře, sleduj jejich účinek, zapisuj do dokumentace. Zajisti funkční signalizaci k dosahu nemocné včetně informovanosti o jejím použití.

**Hodnocení:**

Pacientka měla v prvních dvou dnech po operaci bolesti dosahující před aplikací analgetik stupeň 4 (hodnocení dle VAS). Po aplikaci analgetik kontinuálně vždy docházelo ke zmírnění bolesti. Analgetika se podávala do 7. pooperačního dne.

**2) 00002 deficit tělesných tekutin související s nedostatečným příjmem tekutin per os****Projevující se:**

Subjektivně: pocit žízně, únava.

Objektivně: suchá sliznice jazyka, rtů, pokles diurézy, zápach z úst, koncentrované zbarvení moči.

**Cíl:** pacientka bude mít dostatečný příjem tekutin minimálně 1500 ml / 24 hodin po úpravě vedoucího ke zlepšení celkového stavu.

**Ošetřovatelské intervence:** pacientka bude mít v dosahu dostatek tekutin, aktivně nabízej tekutiny, sleduj příjem a výdej tekutin, zapisuj do dokumentace, pravidelně informuj lékaře o zjištěném deficitu, aplikuj infuzní terapii dle ordinace lékaře.

**Hodnocení:** v prvních třech dnech po operaci měla pacientka snížený příjem tekutin per os z důvodu poruchy střevní pasáže a později zavedení žaludeční sondy. Byla plně na infuzní terapii za sledování diurézy. Od 5. pooperačního dne se příjem tekutin per os po zrušení žaludeční sondy postupně zvyšoval k vyvážené bilanci příjmu a výdeje tekutin.

**3) 000108 zhoršená pohyblivost související se slabostí a bolestí operační rány****Projevující se:**

Subjektivně: verbalizací stížnosti na bolest a únavu.

Objektivně: pacientka se nedokáže plně obrátit na lůžku k zajištění úlevové polohy, posazování a vertikalizace jen s plnou oporou sestry.

**Cíl:** Pacientka bude chodit sama nebo s malou oporou do úplné mobilizace, do pátého pooperačního dne.

**Ošetřovatelské intervence:** edukuj pacientku o nácviku vstávání z lůžka z lehu na bok za pomoci loktů, zajisti případně pomůcky k rehabilitaci (chodítko), zajisti aplikaci analgetik před chůzí. Zajisti a zkontroluj signalizaci, která bude v dosahu pacientky. Podílej se na zvyšování fyzické zdatnosti pacientky.

**Hodnocení:** 1. pooperační den pacientka byla za pomoci sestry posazena na lůžku, od 2. pooperačního dne došlo ke zlepšování pohyblivosti, od vertikalizace po chůzi s oporou ošetřujícího personálu.

#### **4) 00146 - úzkost v souvislosti s prožitou a následující náročnou životní situací**

**Projevující se:**

**Subjektivně:** pacientka udávala nepříjemné pocity.

**Objektivně:** pacientka má sklíčený, unavený výraz ve tváři.

**Cíl:** odstranění úzkosti za použití vhodných adaptačních mechanismů. Pacientka uvede situace a okolnosti, které navozují úzkost.

**Ošetřovatelské intervence:** podej dostatečné množství informací o onemocnění, zajisti přítomnost rodiny při poskytování rad a doporučení. Pokus se navázat přátelský vztah s pacientem v klidném prostředí bez rušivých elementů. Povzbud' pacientku, aby se ptala na vše, co jí není jasné. Používej slova a vyjádření tak, aby tomu dobře rozuměla pacientka.

**Hodnocení:** pacientka udávala strach z bolesti, nezvládnutí nového zdravotního stavu doma, samoty. Před propuštěním domů neudává obavy z nezvládnutí sebepečce, bude mít oporu v rodině.

#### **5) 0004 riziko vzniku infekce související s operační ránou**

**Cíl:** po dobu hospitalizace u pacientky nedojde k infekci operační rány.

**Ošetřovatelské intervence:** Pouč pacientku o hygienických zásadách v péči o ránu, při převazu dodržuj aseptický přístup, asistuj lékaři, denně kontroluj stav rány, krytí, bolestivost, sleduj tělesnou teplotu. Změny hlas lékaři.

**Hodnocení:** u pacientky nedošlo k rozvoji infekce operační rány po dobu hospitalizace.

#### **6) 0004 riziko vzniku infekce související se zavedením močového katetru**

**Cíl:** zabránění vzniku infekce po dobu zavedení močového katetru.

**Ošetrovatelské intervence:** Dodržuj zásady aseptického přístupu k zavedenému permanentnímu katetru. Denně ošetřuj a kontroluj vstup ústí močové trubice. Sleduj bilanci tekutin. Sleduj průchodnost močového katetru. Sleduj barvu, konzistenci a příměsi moči. Sleduj a zaznamenávej příznaky celkové infekce, zejména tělesné teploty, její zvýšení hlas lékaři. Dbej o spád moči do sběrného sáčku, zajisti jeho pravidelnou výměnu a bezpečně zajisti jeho fixaci k lůžku. Drenážní systém nerozpoj. Rozhovorem zjisti pocity pacientky spojené se zavedením močového katetru.

**Hodnocení:** Během hospitalizace nedošlo k rozvoji močové infekce. Šestý pooperační den byl močový katetr zrušen, spontánní vymočení bez příznaků patologie proběhlo do tří hodin od jeho zrušení.

#### **7) 0004 riziko vzniku infekce související se zavedením periferního žilního katetru**

**Cíl:** zabránit vzniku infekce po dobu zavedení PŽK.

**Ošetrovatelské intervence:** dodržuj aseptické zásady při kontrole a ošetřování invazivního vstupu zavedení periferního žilního katetru. Sleduj místo vpichu. Používej ochranné pomůcky. Zhodnoť tíži tromboflebitis dle Madonna a proved' záznam do dokumentace. Sleduj příznaky a projevy infekce. Sleduj fyziologické funkce. Dodržuj dle standardu oddělení výměnu celé infuzní linky po 24 hodinách, výměna PŽK po 72 hodinách od jeho zavedení při fyziologických projevech pacienta.

**Hodnocení:** pacientka byla bez projevů známek infekce. Místo a okolí vpichu nevykazovaly bolestivost či zarudnutí. Hodnocení dle Madonna 0 b (bez reakce a bolesti).

#### **8) 0004 riziko infekce související s operační ranou**

**Cíl:** hojení operační rány per primam.

**Ošetrovatelské intervence:** dodržuj aseptický přístup při převazech operační rány. Používej sterilní nástroje a sterilní krytí. Používej ochranné pomůcky. Sleduj operační ránu, její okolí (vzhled, sekreci, krvácení, bolestivost, zarudnutí). Sleduj celkové projevy a příznaky infekce (zvýšené teploty až febrilie, pocení, tachykardie). Změny nahlas lékaři a zaznamenej do dokumentace.

**Hodnocení:** Operační rána vykazovala známky infekce třetí pooperační den. Okolí rány bylo mírně zarudlé, nebolestivé, tělesná teplota nezvýšená. Při převazu rány lékařem za asistence sestry po dezinfekci rány vypuštěn mírně zkalený výpotek v malém množství. Po toaletě a výplachu defektu přiložen odsávací obvaz s Betadinem. Lékař indikoval převaz rány jedenkrát denně za kontroly průsaku sterilního krytí. Došlo k rozvoji vzniku infekce v operační ráně.

#### **9) 00155 riziko pádu související se svalovou slabostí po operačním zákroku**

**Cíl:** zabránit pádu během celé hospitalizace na chirurgickém oddělení.

**Ošetřovatelské intervence:** zajisti bezpečné prostředí a odstraň překážky vedoucí k pádu, Zajisti postranice lůžka během transportu a při odpočinku. Vyzkoušej funkčnost signalizačního zařízení a podej ho k dosahu pacientky. Zajisti vhodnou obuv s protiskluzovou podrážkou k zabránění uklouznutí. Zajisti konzultace a návštěvu fyzioterapeuta k sestavení léčebného rehabilitačního plánu k posílení svalstva dolních končetin, nácviku vstávání z lůžka s vertikalizací a bezpečné chůzi pomocí rehabilitačních pomůcek.

**Hodnocení:** během hospitalizace nedošlo k pádu. Pacientka dodržovala pokyny sestry, která dodržovala doporučené intervence.

#### **10) 00047 riziko vzniku proleženin v souvislosti se svalovou atrofií související s operačním výkonem.**

**Cíl:** zabránit vzniku dekubitů během hospitalizace na chirurgickém oddělení.

**Ošetřovatelské intervence:** zajisti dostatečnou hygienu celého těla zejména v predilekčních místech a prováděj jejich kontrolu s masáží nejméně dvakrát denně. Zajisti vhodnou matraci pro prevenci dekubitů. Kontroluj čisté a suché lůžkoviny. Zajisti polohování pacientky, aktivně ji zapojuj k této účasti, případně využij standardní pomůcky k zajištění polohy. Změny polohy zaznamenej do dokumentace. Dohlížej na polohu pacientky v době odpočinku, zda ji mění. Při každé změně zdravotního stavu pacientky zhodnoť riziko podle bodovacího skóre dle Nortonové a zaznamenej do dokumentace. Sleduj nutriční parametry, dostatečný příjem tekutin. Deficit výživy nahlas nutričnímu terapeutovi.

**Hodnocení:** během hospitalizace byly dodržovány personálem doporučené intervence a nebyly shledány komplikace. Pacientka byla pravidelně polohována, bylo vždy zajištěna



čisté a suché lůžko s kvalitní antidekubitární matrací. S aktivní rehabilitací bylo započato druhý pooperační den.

## DISKUZE

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na poskytování předoperační i pooperační ošetrovatelské péče geriatrickým pacientům se střevní neprůchodností. Moje práce sestry chirurgického oddělení mě umožňovala pečovat o tyto pacienty ve všech fázích jejich hospitalizace od přijetí, přípravy k operačnímu zákroku až po propuštění domů.

Významným podílem úspěšnosti perioperační péče bylo poskytování vysoké odborné kvality ošetrovatelské péče individuálním přístupem sestry zejména ke geriatrickým pacientům s ohledem na jejich přidružená onemocnění a celkový zdravotní stav. Zhodnocení funkční úrovně soběstačnosti, zjišťování deficitu v kognitivní i sensorické oblasti byla zaměřena na každého pacienta individuálně, citlivě, odborně posouzena a řešena.

Předmětem studie byly dvě kazuistiky, ve kterých jsem sledovala specifické potřeby geriatrických pacientů v předoperační i pooperační péči. Kazuistiky jsem zpracovala dle modelu Virginie Hendersonové, která se ve svém modelu zaměřuje na pacienty, kteří se dočasně stávají závislými a neschopnými uspokojovat své potřeby v době, kdy je nemohou plnit sami. Cíl této péče je dosáhnout nezávislosti pacienta v základních lidských potřebách s návratem po operaci do přirozeného domácího prostředí. Role sestry byla zde nezastupitelná. Správně vyhodnocená úroveň soběstačnosti a uspokojování základních potřeb nemocného zajišťovala spokojenost, vyrovnanost a spolupráci pacienta i jeho rodiny.

Potřebné informace pro svou práci jsem čerpala ze zdravotní dokumentace pacientů během ošetrovatelského procesu doplněného rozhovorem.

První kazuistiku jsem zpracovávala se 73 letým pacientem, který byl přijat k akutní operaci resekci střeva pro tumor s trvalým vyústěním střeva stěnou břišní. Na skutečnost možné založení stomie byl pacient upozorněn v rámci předoperační přípravy. Pacienta jsem sledovala od příjmu na oddělení, zajišťovala předoperační vyšetření včetně bezprostřední přípravy operačního pole až po předání týmu zdravotníků operačního sálu.

Pro druhou kazuistiku jsem si vybrala 75 letou pacientku, podstupující plánovaný operační výkon resekci střeva bez vyústění střeva stěnou břišní. Na rozdíl od první kazuistiky se jednalo o plánovaný výkon, pacientka již byla informována lékařem o nálezů dvou nádorů střeva pro proběhlém kolonoskopickém vyšetření. Přidruženým onemocněním

byla léčena hypertenze a nedoslýchavost, kterou měla pacientka kompenzovanou přiloženým naslouchadlem v levém uchu.

Předpokládalo se u pacientky druhé kazuistiky, která byla již předoperačně informována o svém zdravotním stavu, lehčí průběh stonání a rekonvalescence. I příprava střeva k výkonu proběhla klidně, bez těžkostí. Klidná povaha pacientky, rozvážené jednání a smíření s výkonem byly ukazateli lehčího průběhu.

U pacienta druhé studie bylo možno předpokládat komplikace již v průběhu zákroku. Střevo v tomto případě nebylo a nemohlo být řádně připravené pro neodkladnost výkonu. Hrozba infekce operačního pole, sekundárního hojení rány, komplikace se stomií v umístění a vytvoření ukazovaly na nepřímé znaky horšího průběhu. Předpoklady byly mylné. Pooperační komplikace nastaly u pacientky druhé studie. Zástava peristaltiky střeva, zvracení vedlo k zavedení žaludeční sondy, dlouhodobější infuzní terapii a nepřijímání stravy. I rekonvalescence probíhala delší dobu.

K provedení kvalitativního výzkumu v rámci své bakalářské práce jsem si stanovila tyto výzkumné otázky:

### **1. Jaké byly nejčastější potřeby geriatrických pacientů v celé předoperační i pooperační péči a jak byly respektovány zdravotníky?**

U pacienta v první kazuistice se jednalo o akutní střevní neprůchodnost řešenou resekci střeva s jeho vyústěním v levé břišní stěně. Pacient byl o své diagnóze informován lékařem po přijetí na základě proběhlého fyzikálního a biochemického vyšetření včetně proběhlé počítačové tomografie břicha. Operace byla indikována a doporučena v nejkratší možné době pro prevenci komplikací ohrožující pacienta na životě. Součástí informace o zákroku bylo sdělení pacientovi možné založení stomie.

Pacient byl zcela soběstačný, ale jevil známky nejistoty a neklidu. Zcela dobře neporozuměl informaci sdělené lékařem v té části rozhovoru, která se zaměřovala na dopad operace v podobě střevního vývodu. Požádal sestru o zavolání rodiny a lékař informaci zopakoval před všemi přítomnými. Teprve poté došlo k částečnému uklidnění pacienta. Nejistota a neklid pacienta v nemocnici ovlivňuje řada negativních vlivů, jako ztráta svobody, jednání, rozhodování. Křivohlavý popisuje stavy depersonalizace, kdy pacient ztrácí sociální identitu, ocitá se sám v cizím prostředí, bez přátel a rodiny. Rozhovory jsou omezeny jen na dotazování a přikazování ošetřujícím personálem. Vytěšněno je naslouchání

samotnému pacientovi, který byl zvyklý komunikovat doma s jinými lidmi. Informace o nemoci, o vyšetřeních jsou často pro pacienta nesrozumitelné, projevujícími se obavami a zvyšujícím se strachem. Jako účinné je naslouchání a vyposlechnutí pacienta s pochopením zdroje obav a nejistoty.(Křivohlavý, 2002, s. 52).

Povinnost sestry bylo dále informovat pacienta o dalším postupu předoperační přípravy návštěvou interního a anesteziologického lékaře. Při edukaci sestra brala ohled na současný stav nemocného, volila krátké věty a pomalejší věty. Dala tak prostor k dotazům, obavám a vyjádření pocitů.

U pacientky druhé kazuistiky byla zaznamenána dle dokumentace nedoslýchavost kompenzovanou naslouchadlem. Edukace a informace probíhaly formou kombinací odezírání artikulace pacientky a velmi pomalou řečí sestry. Pacienti s poruchou sluchu mají omezený kontakt s okolím, která vede ke komunikační bariéře mezi nimi a zdravotnickým personálem. Ohluchlý nebo neslyšící člověk vynaloží velké úsilí ke sledování mluvené řeči. Venglářová (2006, s. 126) uvádí: „*Snaha porozumět a obava z nepochopení vyvolává v neslyšících úzkost, napětí.*“ Senioři mnohdy zastírají zhoršování sluchu nebo nepoužívají kompenzační pomůcky. Citlivým a důstojným přístupem pomůžeme přijmout jejich zhoršení sluchu. (Venglářová, 2006, s. 126). Pro takové případy jsou v našem zdravotnickém zařízení komunikační karty v případě tlumočit do znakové řeči. K dispozici máme nepřetržitý kontakt na tlumočnicka pomocí tabletu nebo telekomunikačního spojení. V současné době již mnoho nemocnic vlastní a využívá tento komunikační systém jako například nemocnice v Klatovech, v Rokycanech, v Plzni, ve Stodě. ([www.regionplzen.cz](http://www.regionplzen.cz))

Na základě interního vyšetření byl aplikován nízkomolekulární heparin jako prevence tromboembolické nemoci, neboť v tomto zvyšujícím se věku stoupá její riziko. Jako fyzikální prevence byly přiloženy kompresivní punčochy. V předoperační ošetrovatelské péči se proto sestra u obou pacientů zaměřovala na riziko vzniku trombózy dolních končetin procvičováním. Po operaci věnovala zvýšenou pozornost správně a funkčně přiložených kompresivních punčoch s kontrolami stavu kůže a změn vedoucích k výše zmíněným komplikacím. Včasná vertikalizace u lůžka a intenzivní kondiční a dechová rehabilitace vedla zejména k prevenci komplikací respiračního ústrojí. Tromboembolická nemoc žilní je velkým sociálním a ekonomickým problémem kvůli své incidenci, morbiditě a mortalitě. Jejich prevence v profylaxi se řídí rizikem žilní trombózy, která je jen častějším kardiovaskulární chorobou. Chirurgické zákroky, interní onemocnění,

věk pacienta, ovlivňují rozvoj žilní nedostatečnosti. (Kvasnička, [www.zdravi.euro.cz](http://www.zdravi.euro.cz) postgraduální medicína)

Po operaci byli oba pacienti převezeni zpět na lůžko standardní chirurgické péče. Riziko pádu bylo vyhodnoceno jako vysoké, neboť byli pacienti pod vlivem doznívajících anestetik a analgetik. Funkční signalizační zařízení bylo dáno v dosahu ruky pacientů, monitorace všech fyziologických funkcí byla sledována sestrou i lékařem. V případě druhé kazuistiky pacientce bylo zpět po operaci navíc nasazeno naslouchadlo k jejímu většímu pocitu bezpečí a jistoty.

Snížená soběstačnost při provádění běžných denních činností byla u pacienta první kazuistiky zaznamenána do třetího pooperačního dne. Barthelův test byl vyhodnocen 65 body.

U pacientky druhé kazuistiky byla snížená soběstačnost až do šestého pooperačního dne. Barthelův test v den přijetí byl vyhodnocen sestrou 95 bodů (lehká závislost), v operační den 30 bodů (vysoká závislost), čtvrtý pooperační den 60 bodů (závislost středního stupně), 75 bodů (lehká závislost) dosáhla pacientka až šestý pooperační den, před propuštěním dosáhla 85 bodů.

Důležitost sledování a vyhodnocování rizika vzniku dekubitů a pádu byla věnována již od operačního dne až po plnou mobilitu pacienta. Plánování ošetrovatelské péče bylo nutno pak přizpůsobovat aktuálním změnám.

Riziko vzniku dekubitů vyhodnocovala sestra na stupnici Nortonové. Nejvyšší riziko bylo u pacientů obou kazuistik v den operace 15 bodů (vysoké riziko), pátý pooperační den dosahovalo hodnocení již 27 bodů.

Rizika pádu byly hodnoceny téměř po celou dobu hospitalizace. Hodnoty se pohybovaly v rozmezí 3 až 5 bodů. Sestrou byla podávána edukace o rizicích pádů spojených s celkovým stavem, slabostí a vyčerpaností zejména v průběhu časného stavu po operaci. Ošetrovatelská péče se vždy přizpůsobovala aktuálnímu vyhodnocenému stavu pacientů. Významně se projevila role řízené rehabilitace, která ovlivnila návrat pacientky druhé kazuistiky k soběstačnosti, jistoty a pocitu bezpečí.

Vyhodnocení zvýšeného rizika vzniku malnutrice zaznamenala sestra u pacientky druhé kazuistiky, u které byl snížen až vynechán příjem stravy a tekutin od operace až do

5. dne pro sníženou peristaltiku střevní a zvracení. Příjem náhradní stravy v tomto případě byla zastoupena v parenterální podobě infuzního přípravku složeného z aminokyselin, glukózy a bílkovin Nutriflex Peri, od 6. dne popíjením Nutridrinku a čaje. Opět za pečlivého sledování a zaznamenávání bilance tekutin. Plná strava bezzbytková pacientce byla lékařem doporučena a ordinována 7. pooperační den s dobrou tolerancí. Pacient první kazuistiky již dobře toleroval pevnou bezzbytkovou stravu 5. den pro dobrou toleranci příjmu tekutin a čaje per os, střevní peristaltika se obnovila již druhý pooperační den. Nezvracel, stolice odcházela již druhý den po operaci.

## **2. Jaké komplikace nastaly u vybraných geriatrických pacientů po operaci a jak byly řešeny?**

V první kazuistice byla pacientovi zavedena žaludeční sonda na operačním sále před úvodem do vlastní operace dle ordinace anesteziologa. Důvodem bylo nedostatečné lačnění před výkonem, které by mohlo vést k aspiraci obsahu žaludku do dolních dýchacích cest a následně způsobit zánětlivou komplikaci plic.

V druhé kazuistice byla sonda zavedena z důvodu zvracení, poruchy střevní peristaltiky 2. pooperační den. Ošetrovatelská péče se u obou pacientů zaměřovala na sledování odchodu sekretu ze sondy, kontroly průchodnosti a místa vstupu zavedení v nosních dutinách k zabránění tvorby dekubitů.

Zavedení permanentního katetru je součástí předoperační přípravy střeva, obvykle se tato cévka ruší 4. až 5. pooperační den. Komplikace nastaly u pacienta první kazuistiky, kdy po zrušení cévky došlo k nedostatečnému vymočení, provázenou bolestivostí. Dle sonografie močového měchýře došlo k zástavě močení z důvodu obstrukce zvětšené prostaty. Proto byla opětovně za aseptického přístupu cévka zavedena lékařem za asistence sestry. Došlo tím k vyprazdňování moči za úlevy tlaku a bolestivosti v podbříšku pacienta. Vizuálně sestra kontrolovala barvu a množství moče, průchodnost cévky a zvýšenou péči věnovala místu vstupu katetru do močové trubice k prevenci vzniku infekce. Pacientovi byla cévka ponechána i po propuštění, edukace a nácvik její obsluhy byla několikrát opakována a předvedena, vyzkoušena pacientem samým. Pacient byl předán do péče urologického lékaře. Nejsložitější komplikací psychickou i fyzickou bylo založení stomie jako řešení operace střevní neprůchodnosti v případě první kazuistiky. Pro geriatrického pacienta je to často nesmiřitelný zákrok projevujícím se snížením sebeúcty z pohledu na vlastní tělo. Nezastupitelná role především stomické sestry byla snaha nemocného seznámit, předvést,

ukázat péči o střevní vývod moderními pomůckami za jeho aktivní účasti. Neochota, labilita, odmítání účasti se v péči o změněný obraz těla se projevila v počáteční fázi edukace. Podobnost v odmítání a nezájmu pacienta o stomii popisuje ve své bakalářské práci Maršátová (2015), kterou přičítá v nedostatečné edukaci stomasesrou v předoperačním období.

Na žádost pacienta byli přizváni rodinní příslušníci k pocitu bezpečí a jistoty při praktické i teoretické ukázce v péči o stomii. Jemná motorika rukou, nutná při manipulaci s nůžkami pro zvětšení otvoru v podložce stomické pomůcky, byla narušena objektivně třesem, subjektivně strachem a obavou z nezvládnutí úkonu. Nemocný byl ujištěn, že je a bude o něho postaráno a časem dojde k větší jistotě v sebezpečí.

### **3. otázka: Jaké má pacient informace o své nemoci?**

Z rozhovoru s pacientem první kazuistiky jsem zaznamenala v předoperační péči při sdělení diagnózy lékařem, včetně možné založení stomie, jeho nechápavý a tápající pohled. Pacient udával, že informace o svém stavu vnímal jen částečně. Slovo „stomie“ neznal a nikdy se ani neseťkal s podobným výrazem. Proto byl podrobněji seznámen sestrou s tímto výrazem pod překladem slova „vývod, vyústění“. O zhoubném nádoru byl informován chirurgem až po operaci. Lékař naznačil v další pooperační době doplňující onkologickou terapii na základě histologického rozboru vzorku střeva. O této problematice se zmiňuje ve své bakalářské práci na téma Edukace nemocného se stomií Jaroslava Benešová (2013), kdy po sdělení diagnózy nebyli pacienti schopni přijímat další informace o léčbě a dalšího postupu. Informovaný souhlas je samozřejmě nezbytný a pacient ho stvrzuje svým podpisem, ale často mezi sdělením diagnózy a operačním výkonem je velmi málo času.

Časová tíseň z urgentnosti výkonu (jak je uvedeno výše), rušení zevními vlivy chodu oddělení, jako hluk, hovory dalších pacientů a personálu, zvuky přístrojů, odvádějí pozornost a soustředěnost pacienta na právě sdělované informace o nemoci. Velkou roli zde hraje adaptace pacienta na nové, neznámé prostředí s negativními dopady v nemocnici. Nervozita, úzkost z vyšetření nebo operace odvádí pacienta od očekávané spolupráce. Řešením by byla individuální, citlivě opakovaná, vysvětlovaná a objasňovaná podstata nemoci za dostatek času nejen pacientovi, ale i nejbližším příbuzným. Často se sám pacient obrací v rozhodující chvíli na rodinu, aby i oni „rozhodli, co na to říkají, jak to doma udělají.“ Mají strach z přijetí nového obrazu těla po operaci, obtěžování rodiny při pomoci a další léčbě? Právě geriatričtí pacienti se často neodvážejí a dlouze váhají se rozhodnout k radikálnímu kroku. Je nutno mít

na zřeteli latenci odpovědi, přesvědčovat se o správnosti pochopení podávané informace vyplývající v problematice podané edukace seniorům. V těchto chvílích by byla zapotřebí konzultace nemocničního psychologa k vyrovnání, objasnění a pochopení budoucí situace pacienta a rodinu. Nedostatek této profese, zejména v regionálních zdravotnických zařízeních, ztěžuje a znesnadňuje prožívání a pocitů v těžkém období pacienta.

Pacientovi byla provedena resekce tlustého střeva se založením trvalé stomie, ale se zachovaným konečníkem, který občas bude vylučovat sekrety. Edukací ošetřujícího personálu a stomické sestry pacient získal teoretické, později i praktické informace v této problematice týkající se především v ošetřování vývodu, vhodných pomůckách. Uměl vyjmenovat potraviny vhodné i nevhodné pro trávení a vyprazdňování střeva. Poučen byl o nutnosti pohybu, tělesné aktivity například procházkami, turistikou, cestováním. Byla mu doporučena a dodána literatura ve formě letáků, brožur k doplnění znalostí a dovedností. Ve všech bakalářských pracích zabývajících se tématem Stomie a tím související péče o nemocné, je zmiňována práce stomasestry. (Maršátová, 2014; Formanová 2013, Benešová, 2013). Píší o ni jako o nezastupitelné poradkyni, edukátorce a partnerem v péči o stomii. Souhlasím s významem a posláním stomasestry. Nejen po psychické stránce pomáhá pacientovi zvládat překonat vlastní změněný obraz těla, ale i motoricky ho naučí postup v ošetřování vývodu. Je však si uvědomit, že právě stomasestry jsou často zároveň sestrami chirurgického oddělení, sloužícími ve směnách. Často musí skloubit práci sestry oddělení s péčí o stomiky. Problém nastává v době volna nebo dovolené. Do budoucna bychom si přály více specialistek v tomto oboru. Každá naše chirurgická sestra musí mít základní znalosti v ošetřování stomií, umět zastoupit stomickou sestru v její nepřítomnosti. Dle mého názoru ale chybí mnohdy empatie, zkušenosti a hlavně verbální i neverbální komunikační dovednosti sester. Semináře, kongresy a kurzy umožňují prohloubení vzdělávání sester nejen v oblasti ošetřování stomií, ale i v problematice psychologického přístupu k pacientům, respektování intimity a soukromí. Do budoucna bych uvítala více takových vzdělávacích programů. Současný nedostatek všeobecných sester velmi znesnadňuje práci ve všech zdravotnických oborech, ale pro nás je a vždy zůstane pacient, zejména onkologický, v první řadě člověkem žádající naší pomoc.

Pacientka druhé kazuistiky byla již před operací informována o nálezů dvou zhoubných nádorů střeva na základě proběhlého endoskopického a histologického vyšetření vzorku odebrané tkáně. S touto informací se podělila s dcerou, lékař objasnil celý postup radikální terapie s možností založení vývodu s doplněním onkologické léčby. Pacientka už



měla povědomí o této střevní komplikaci, setkala se s ní u vzdáleného příbuzného, ale nikdy vývod střevní neviděla. Operace se nakonec obešla bez vývodu a pacientka projevila radost a úlevu. Onkologická léčba však bude doporučena. Po zhojení operační rány bude možno přistoupit k následující terapii, která je objednána ambulantně. Na termínu nástupu bude pacientka informována cestou ošetřujícího lékaře při pravidelných kontrolách operační rány.

#### **4. otázka: Jak probíhá následná péče o stomii v ambulantní péči?**

Pacient první kazuistiky pravidelně dochází do stomické poradny k předepisování pomůcek v intervalu třech měsíců. Kontrolu stavu stomie a parastomálního okolí zhodnocuje i přítomný lékař. Sestra pacientovi nabízí, zkusí pomůcky i různých firem, doplňuje kosmetické přípravky k šetrnému ošetřování vývodu k prevenci komplikací vzniklé s nedodržením hygieny, o pitném a stravovacím režimu. Pacient si dokáže vyměnit pomůcku, zná postup i druhy přípravků k ošetření. Manželka s dcerou doprovázejí nemocného na každou kontrolu, jsou mu oporou a jistotou. Stolice odchází do sáčku spontánně, zácpou netrpěl.

Operační rána byla již zhojena, jizvu promazával a masíroval dle doporučení sestry. Onkologickou první terapii již absolvoval ambulantně v podobě podání chemoterapie infúzní a tablet bez závažných vedlejších účinků léčby. Čekají ho opakované návštěvy tohoto pracoviště dle stavu a laboratorních hodnot krve.

Pacient má k dispozici telefonní číslo pracoviště i stomické sestry v případě nutnosti rady, pomoci při nesnázích či komplikacích, na které byl upozorněn.

V této části bych se ráda zmínila problematice práce stomasestry související často s doživotním dopadem na kvalitu života nemocného se stomií. Pro vhodné vyústění střeva je důležitá lokalizace výstupu střeva stěnou břišní před vlastní operací. Stomická sestra za spolupráce s operátorem by měla zakreslit nejvhodnější místo vyústění. Určujícími znaky je typ a druh stomie, jak drží cvičně nalepená pomůcka na kůži při pohybu, v klidu. Optimální je alespoň 24 hodin před vlastním výkonem test provést, hlavně z psychologického hlediska pacienta, který si v tu chvíli začne uvědomovat změnu vzhledu svého těla. U urgentních operací však tento krok bohužel odpadá. Ale ani u plánovaných operací není u nás stomická sestra přítomna označení a jako komplikace je založení stomie na nevhodném místě (například v kožní řase). Nalepení vhodné pomůcky na tuto lokalizaci je nesnadné pro nerovnost úseku těla. Podtékání, zápach, znečišťování a poškozování parastomální kůže

zvyšují frustraci pacienta. V bakalářských pracích s podobnou tématikou jsem nikde nezaznamenala tento důležitý předoperační postup ovlivňující následující životní deficit pacienta.(bakalářská práce Formanové 2013; Benešové 2013; Maršátové 2014). Ráda bych pro mou informaci věděla, jestli se tento předoperační postup přípravy uplatňuje a aplikuje v jiných nemocnicích ke zkvalitnění ošetrovatelské péče.

## ZÁVĚR

Celosvětové stárnutí populace, přibývání hospitalizovaných geriatrických pacientů na chirurgických lůžkových odděleních přináší vysoce specializovaný komplexní přístup v ošetrovatelské péči všech zdravotníků. Důležité je zachování individuálního přístupu, respektování osobnosti a zachování lidské důstojnosti v celém procesu ošetřování.

Zpracováním uvedených kazuistik pacientů s nádorovým onemocněním střev jsem si uvědomila nesmírnou odvahu obou nemocných přijmout a zpracovat vyslovenou pravdu o své diagnóze. Jednotlivé fáze reakce na sdělení závažné diagnózy již popisuje E. Kübler-Ross ve své knize *O životě po smrti*. I uvedení nemocní si prošli jednotlivými fázemi od negace s reakcí: „*Proč právě já?*“, odmítání a agrese: „*To je tedy nespravedlivé*“, smlouvání: „*Určitě se najde způsob vyléčení*“, smutek s truchlením se ztrátou kvalit života až po poslední fázi smíření s novou situací. Rozlišnost prožívání nemoci byla individuální, často ukrytá pod dojmem lehkého přijetí a akceptace. Opak byl pravdou. Ztráta zájmu, rezignace učit se něco nového a jiného mě ujišťovala na probíhající změny fází zejména u pacienta první kazuistiky.

Citlivý a empatický přístup ošetrovatelského personálu pomohl překonat těžkosti v počátečních fázích ošetrovatelského procesu krátce po operaci zejména u pacienta první kazuistiky. Založením stomie pacienta první studie se změnou vzhledu těla proběhlo nepřijetím, neakceptací stavu. Edukace stomickou sestrou pak po malých krocích přispěla ke spolupráci pacienta s účastí rodiny.

Provoz chirurgického oddělení vyžaduje dynamiku, rychlost v plánovaných vyšetření, včasnost operačního zákroku k eliminaci komplikací. Geriatrickí pacienti však potřebují mnohem více času k adaptaci na nové neznámé prostředí. Latence odpovědi často související z nepochopení podávané informace nebo způsobená senzitivní poruchou, zpožděné vyhovění požadavkům kladené provozem oddělení negativně ovlivňuje průběh celé hospitalizace. Rozhodování, poskytnutí souhlasu s operací vyžaduje časovou dotaci, která v případě urgentní operace hraje významnou roli pro úspěšnost výkonu. Kladnou roli zaujímá rodina nemocného, která bývá přítomna u stanovení diagnózy, je informována se souhlasem pacienta o následujícím léčebném postupu a napomáhá mu tak k radikálnímu rozhodnutí.

Pomocí této práce jsem chtěla zmapovat odborné znalosti základních i specifických potřeb pacientů. Realizace a začlenění pacientů do ošetrovatelského procesu by měla přispět k eliminaci pooperačních komplikací stanovením cílů, jejich plněním a hodnocením.

Doporučením a výstupem pro praxi jsem vypracovala dva edukační záznamy. Jednou je vytvořená edukace pro stomiky i pro jejich blízké. Názvy termínů jsem volila srozumitelně, tak aby pacient dobře pochopil potřebné informace. Tuto edukaci jsem rozčlenila do několika bodů. Úvod patří stručné anatomii týkající se lokalizace nádorů tlustého i tenkého střeva. Dalším bodem se zmiňuji o komplikacích, které mohou nastat i doma a jejich řešení. Hlavní a zásadní částí je péče o stomii, vyjmenování všech pomůcek a postupů při jejich aplikaci a výměně. O stravě a vhodných potravinách je vypracována tabulka i s nežádoucími projevy trávení. Závěrečná část informuje stomika o praktických radách, odkazy kam a na koho se obrátit v případě dotazu či pomoci. Tato edukace bude připojena jako příloha k bakalářské práci.

Druhou edukací je vypracovaná prezentace s názvem Stomie, která je určená sestřám a studentkám zdravotnické školy jako výukový materiál a doplňující informace k problematice v ošetrování stomií. Obsáhlá prezentace v úvodu zahrnuje přehled všech chirurgických vývodů těla. Hlavním tématem jsou ale stomie zažívacího traktu, jejich ošetření, komplikace, výživa. Obrazová dokumentace doplňuje texty a témata práce. Závěr obsahuje odkazy a adresy stomických společností.

Závěrem bychom si všichni přáli méně nádorových onemocnění, lidé aby více dbali na prevenci kolorektálního karcinomu, která je stále podceňována, ale která je zároveň dostupná pro všechny. Již od roku 2014 probíhá v České republice bezplatný screening rakoviny tlustého střeva a konečníku s cílem snížení nemocnosti i úmrtnosti. ([www.kolorektum.cz](http://www.kolorektum.cz))

## CITOVANÁ LITERATURA

**BOHÁČEK, Pavel a KALETOVÁ, Marie. 2016.** Senioři a chronicky nemocní - zranitelná populace nejen v mimořádných situacích. [editor] Magda HETTNEROVÁ. *Florence*. Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky, Červen 2016, Sv. XII, 6, stránky 12-13.

**DRÁBKOVÁ, Pavla. 2016.** Ošetrovatelská péče u pacientů po operacích na standartním oddělení. [editor] Pavla DRABKOVÁ. *Florence*. ISSN 1801-464 X, Leden - únor 2016, 1-2, stránky 28-31.

**DUŠEK, L. et al.** Kolorektum.cz - Program kolorektálního screeningu v České republice. [Online] [Citace: 31. ŘÍJEN 2016.] <http://www.kolorektum.cz/index..> ISSN 1804-0888.

**HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2015.** *Lékařská etika*. 4. vyd. Praha : Galén, 2015. str. 225. ISBN 978-80-204-6.

**HRADEC, Jaromír, BÝMA, Svatopluk. 2011.** *Chronické srdeční selhání*. 1. novelizace, Praha : Společnost všeobecného lékařství, 2011. str. 16. ISBN 978-80-86998-48-0.

<http://regionplzen.cz/zpravodajstvi/krajske-nemocnice-komunikace-s-neslysicim-pacientem>. [Online] [Citace: 29. Březen 2017.] článek.

<http://www.anamneza.cz/nemoc/Nadory-tlusteho-streva-rakovina-tlusteho-streva-222>. [Online] [Citace: 21. Březen 2017.] ISSN 1802 - 8489.

**2016.** <https://www.czso.cz/csu/czso/vekovek%C3%A9starnuti>. [Online] 2016.

**CHROBÁK, Ladislav a kolektiv. 2014.** *Propedeutika vnitřního lékařství*. 2. vyd., Praha : Grada Publishing, a.s., 2014. str. 244. ISBN 978-80-247-1309-0.

**JANÍKOVÁ, Eva a ZELENÍKOVÁ, Renata. 2013.** *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd., Praha : Grada Publishing, a.s., 2013. str. 256. ISBN 978-80-247-4412-4.

**KABÁTOVÁ, Olga. 2016.** Výskyt malnutricie u hospitalizovaných seniorů. [editor] Jan Kulhavý. *Florence*. Květen 2016, 5/16, stránky 22-23. Příspěvek k problematice malnutrice.

**KALVACH, Zdeněk a ONDERKOVÁ, Alice. 2006.** *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi.* Praha : Galén, 2006. str. 37. CARE. ISBN 80-7262-455-5.

**KOPECKÁ, Ilona. 2011, dotisk 2013.** *Psychologie 1.díl.* 1.vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2011, dotisk 2013. str. 192. ISBN 978-80-247-3875-8.

**KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2002.** *Psychologie nemoci.* 1. vyd., Praha : Psyché, Grada Publishing, a.s., 2002. str. 198. ISBN 802-47-7017-0.

**KVASNIČKA, Petr.** Tromboembolismus a antikoagulační terapie, přehled, perspektivy. <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/tromboembolismus-a-antikoagulacni-terapie-prehled-perspektivy-454144>. [Online] [Citace: 28. Březen 2017.]

**MATĚJOVSKÁ, KUBEŠOVÁ, Hana et al. 2009.** *Akutní stavy v geriatrii.* 1. vyd., Praha : Galén, 2009. str. 233. ISBN 978-80-7262-620-5.

**MIKŠOVÁ, Zdeňka a kolektiv. 2006.** *Kapitoly z ošetrovatelské péče I : aktualizované a doplněné vydání.* 1. vyd., Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. str. 248. ISBN 80-247-1442-6.

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

**OTRADOVCOVÁ, Iva a KUBÁTOVÁ Lucie et al. 2006.** *Komplexní péče o pacienta se stomií.* Praha : Galén, 2006. str. 53. ISBN 80-7262-432-6.

**PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. 2006.** *Modely ošetrovatelství v kostce.* 1. vyd., Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. str. 152. ISBN 80-247-1211-3.

**POKORNÁ, Andrea /a. 2011.** *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství.* 3. vyd. Brno : NCO NZO, 2011. str. 101. ISBN 978-80-7013-524-2.

**POKORNÁ, Andrea a kolektiv /b. 2013.** *Ošetrovatelství v geriatrii, hodnoticí nástroje.* 1. vyd., Praha : Grada Publishing, 2013. str. 202. ISBN 978-247-4316-5.

**ŘÍČAN, Pavel. 1990.** *Cesta životem.* 1. vyd., Praha : Panorama, 1990. str. 332. ISBN 80-7038-078-0.

**SCHEIN, Mosche a ROGERS, Paul N. 2011.** *Urgentní břišní chirurgie*. 1. české vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2011. str. 448. ISBN 978-80-2357-0.

**SLEZÁKOVÁ, Lenka a kolektiv /a. 2010.** *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vyd., Praha : Grada Publishing, a.s., 2010. str. 268. ISBN 978-80-247-3129-2.

**SLEZÁKOVÁ, Lenka a kolektiv /b. 2010.** *Ošetrovatelství v chirurgii II*. 1. vyd., Praha : Grada Publishing, a.s., 2010. str. 308. ISBN 978-80-247-3130-8.

**SYED, G. Husain, Cataldo, Thomas. 2008.** Late Stomal Complications. [editor] E. Beck, M.D. David. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*. 21. Feb. 2008, str. 40.

**ŠVÁB, Jan a kolektiv. 2008.** *Chirurgie vyššího věku*. 1. vyd., Praha : Grada Publishing, a.s., 2008. str. 208. ISBN 978-80-247-2604-5.

**TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv. 2013.** *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vyd., Brno : NCO-NZO Brno, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.

**VČELÁK, Petr.** [Online] [Citace: 21. Březen 2017.] <http://home.zcu.cz/~vcelak/fzs/materialy.php>.

**VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela. 2006.** *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd., Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. str. 144. ISBN 978-80-1262-8.

**VYTEJČKOVÁ, Renata a kolektiv. 2011.** *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I, obecná část*. Praha : Grada publishing, a.s., 2011. str. 256. ISBN 978-80-247-3419-4.

— **2013.** *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II, Speciální část*. 1. vyd., Praha : Grada Publishing, a.s., 2013. str. 288. ISBN 978-80-247-3420-0.

— **2015.** *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III : Speciální část*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2015. str. 308. ISBN 978-80-247-3421-7.

[www.csu-vekove-starnuti-obyvatelstva-2015](http://www.csu-vekove-starnuti-obyvatelstva-2015). [Online] [Citace: 10. říjen 2016.]

**ZACHOVÁ, Veronika a kolektiv. 2010.** *Stomie*. 1. vyd., Praha : Grada Publishing, a.s., 2010. str. 232. ISBN 978-80-247-3256-5.

**ZEMAN, Miroslav, KRŠKA, Zdeněk a kolektiv. 2011.** *Chirurgická propedeutika*. 3. vyd., Praha : Grada Publishing, a.s., 2011. str. 512. ISBN 978-80-247-3770-6.

## SEZNAM ZKRATEK

ABR .....	Acidobazická rovnováha
ACC .....	Léčivo, mukolytikum obsahující acetylcystein
ADL .....	Activities of daily living; běžné denní činnosti
ALT .....	Alanintransferáza
AST.....	Aspartmánamininotransferáza
Amp .....	Ampule
aPTT .....	Aktivovaný parciální tromboplastinový čas
ASA .....	American society of anesthesiologists; americká společnost anesteziologů
ASTRUP.....	Vyšetření krevních plynů
BMI.....	Body mass index, index tělesné hmotnosti
DM.....	Diabetes mellitus
CRP.....	C-reaktivní protein
CT.....	Počítačová tomografie
CNS .....	Centrální nervový systém
CMP.....	Centrální mozková příhoda
DK .....	Dolní končetiny
EKG .....	Elektrokardiograf
EBR .....	Erythrocyty bez buffy coatu resuspendované
FR .....	Fyziologický roztok
HK .....	Horní končetiny
Hb .....	Hemoglobin



HbA <sub>1c</sub> .....	Glykovaný hemoglobin
CH.....	Charrierova stupnice
i. m. ....	Intramuskulárně, nitrosvalově
INR.....	International normalized ratio, mezinárodní normalizovaný poměr
i. v. ....	Intravenózně, nitrožilně
JIP .....	Jednotka intenzivní péče
LMWH .....	Nízkomolekulární heparin
mmol.....	Milimol
mg .....	Miligram
NPB.....	Náhlá příhoda břísni
NYHA.....	New York Heart Association klasifikace dušnosti
SpO <sub>2</sub> .....	Saturace krve kyslíkem
s. c. ....	Subkutánně, podkožně
TEN .....	Tromboembolická nemoc
WHO.....	World Health Organization, Světová zdravotní organizace

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Edukační plán o dietě .....	68
Tabulka 2: Edukační plán o pomůckách.....	69
Tabulka 3: Příklady jídelníčku .....	130
Tabulka 4: Vizuální analogová škála.....	131
Tabulka 5: Barthelův test běžných denních činností.....	132
Tabulka 6: Dospělé nutriční skóre.....	133
Tabulka 7: Klasifikace dušnosti podle Nyha.....	134

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Transverzostomie.....	137
Obrázek 2: Ileostomie.....	137

## SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A - EDUKACE PACIENTA SE STOMÍÍ
- Příloha B - PŘÍKLADY JÍDELNÍČKU
- Příloha C - VIZUÁLNÍ ANALOGOVIÁ ŠKÁLA
- Příloha D - BARTHELUV TEST BĚŽNÝCH DENNÍCH ČINNOSTÍ
- Příloha E - DOSPĚLÉ NUTRIČNÍ SKÓRE
- Příloha F - KLASIFIKACE DUŠNOSTI PODLE NYHA
- Příloha G - KLASIFIKACE ASA
- Příloha H - PRÁVA VŠECH STOMIKŮ
- Příloha I - STŘEVNÍ VÝVODY
- Příloha J - SOUHLAS SE SBĚREM IFORMACÍ
- Příloha K - INFORMOVANÝ SOUHLAS - KAZUISTIKA 1
- Příloha L - INFORMOVANÝ SOUHLAS - KAZUISTIKA 2

# **PŘÍLOHA A - EDUKACE PACIENTA SE STOMIÍ**

## **Pro pacienty a jejich rodinné příslušníky**

### **Vážení pacienti,**

Po operaci střeva bude pro Vás nejsvícetnější úkol doma naučit se žít s vývodem (stomií), obsluhovat, bezpečně a hygienicky se vyprazdňovat. Účelem tohoto edukačního neboli naučného materiálu bude seznámení se způsobem ošetřování stomií pomocí jednoduchých rad a doporučení.

## **ZÁSADY STRAVOVÁNÍ PRO VŠECHNY PACIENTY SE STŘEVNÍMI VÝVODY**

### **Jídlo má být požitkem!**

- Jezte pravidelně, menší dávky, častěji až 5 krát denně, z toho 3 jídla vydatná.
- K jídlu se posaďte.
- Nejezte a nepijte dohromady (způsobuje plynatost).
- Bílkoviny urychlují hojení.
- Jídlo pořádně rozkousejte k lepšímu trávení, dbejte o hygienu chrupu, zubní protézy k rozkousání stravy.
- Potravu je vhodné také namlít, mixovat, vařit, dusit.
- Ovoce a zeleninu jezte každý den.
- Pijte denně hodně nesyčených tekutin (voda, džusy) minimálně 2,5 litrů.
- Vhodné jsou odtučněné (sýry, tvaroh, mléko) a zakysané výrobky (jogurty, acidofilní mléko).
- Tuky jsou vhodné rostlinné.
- Brambory, obilné, krupičné kaše a vaječné těstoviny obsahují vhodné škroby.
- Můžete jednu skleničku piva nebo vína.
- Vyhýbejte se nesnášenlivosti potravin, alergií na některou složku stravy.

## Upozornění

Některá léčiva způsobují změnu barvy a konzistence stolice.

- Opiátová analgetika zpomalují peristaltiku (pohyb střevní), způsobují zácpy.
- Antibiotika, preparáty železa, projímadla způsobují průjmy.
- Potažené tablety určené pro vstřebávání ve střevě se mohou objevit ve stomickém sáčku - informujte lékaře o jiné vhodné formě léčiva.
- Antikoncepční preparáty mají oslabenou účinnost.
- Diuretika (léky močopudné) mohou odvodnit organismus (Furon, Furosemid).
- Aspirin, léky proti srážlivosti krve (Warfarin, Trombex aj.) barví stolicí dočervena.
- Železo a živočišné uhlí zbarvuje stolicí dočerna.

## Pacienti s kolostomií (vyústění tlustého střeva stěnou břišní)

**Kolostomie** (sigmoideostomie, transverzostomie, cékostomie) je souhrnné označení pro vývody tlustého střeva v jeho různých částech, které má vliv na konzistenci stolice. Střevní obsah je tužší, protože tlusté střevo vstřebává vodu, soli, tuky, bílkoviny ze zpracované potravy tenkého střeva. Vyprazdňování stolice bývá 2-3krát denně.

## Pacienti s ileostomií (vyústění tenkého střeva stěnou břišní)

**Ileostomie** je označení vývodu na tenkém střevě, lokalizovaného na pravé straně břišní stěně. Obsah je tekutý, agresivní, objemný a frekvence vyprazdňování bývá častější - až 8krát denně. **Tenké střevo** je nejdélší úsek trávicí trubice a probíhá zde největší část trávení a vstřebávání bílkovin, tuků, cukrů a vitamínů, nedochází ke vstřebávání vody z vyřazení funkce tlustého střeva (které jinak vodu vstřebává). Proto bude stolice řídká, vodnatá.

## **Postup při ošetření kolostomie, ileostomie**

**Pomůcky:** jednodílný (sáček s podložkou dohromady) nebo dvoudílný systém (sáček a podložka zvlášť), rukavice nesterilní (doma nemusíte), sáček na odpad, tupé zahnuté malé nůžky, buničitá vata, čtverce mulové, čistící roztok, ochranný film, měřítko stomie.

### **Jednotlivé kroky výměny jednodílného sáčku**

- Vystříhnete si otvor v podložce nůžkami max. o 5 mm větší než je Váš vývod.
- Šetrně odstraňte použitý sáček směrem odshora dolů.
- Ileostomický sáček ještě před výměnou odpusťte do WC.
- Kolostomický sáček i se stolicí vhod'te do sáčku na odpad.
- Stomii otřete od stolice buničinou.
- Stomii takto můžete osprchovat nebo omýt vlažnou vodou s dětským nebo antibakteriálním mýdlem.
- Osušte jemnou tkaninou.
- Na mulový čtverec naneste čistící roztok nebo použijte čistící ubrousky, odmastěte a očistíte okolí stomie.
- Osušte opět mulovým čtvercem.
- Do okolí stomie po celé ploše budoucí podložky použijte ochranný film ve spreji nebo v ubrouscích.
- Nechte pár sekund zaschnout.
- Odstraňte folii z podložky, již nesaháme na lepicí plochu - nepřilnutí pomůcky!
- Nalepte již předem vystříženou podložku nebo sáček na kůži, přitlačte prsty těsně kolem stomie a následovně po celé zbylé ploše.
- Zahřívejte podložku rukama v místě aplikace.
- Do odpadového sáčku vhod'te použitý materiál.
- Nepoužívejte do okolí stomie sprchové gely, tělové krémy, mléka.

## **Jednotlivé kroky výměny dvoudílného systému**

Podložka může být nalepena 3 až 4 dny, pak její výměna nutná. Sáček se mění podle naplnění stolicí průměrně 2 -3x denně do poloviny až dvou třetin sáčku.

Pomůcky: sáček na odpady, buničitá vata, mulové čtverce, nůžky zahnuté, čisticí roztok, ochranný film 30/60 gramová pasta, přídržný pásek (nemusí být), měřítko stomie, Ileogel do výpustného sáčku.

- Vystříhnete si otvor v podložce nůžkami max. o 5 mm větší než je střešní vývod.
- Šetrně odstraňte použitý sáček směrem odshora dolů.
- Ileostomický sáček ještě před výměnou odpusťte do WC.
- Kolostomický sáček i se stolicí vhod'te do sáčku na odpad.
- Stomii otřete od stolice buničinou.
- Stomii takto můžete osprchovat nebo omýt vlažnou vodou s dětským nebo antibakteriálním mýdlem.
- Osušte jemnou tkaninou.
- Na mulový čtverec naneste čisticí roztok nebo použijte čisticí ubrousky, odmastěte a očistíte okolí stomie.
- Osušte opět mulovým čtvercem.
- Do okolí stomie po celé ploše budoucí podložky použijte ochranný film ve spreji nebo v ubrouscích.
- Nechte pár sekund zaschnout.
- Nahřejte podložku (topení, radiátor, fén, vlastní tělo), sundejte folii, přiložte na kůži kolem stomie, přitlačte.
- U nerovnosti použijte 60 gramová pasta- je lepší ji nanést přímo na podložku nebo vlhkými prsty. Možno použít i vyplňovací proužky. 30 gramová pasta hydrokoloidní se nanáší až po nalepení pomůcky jako ošetření poraněné kůži kolem stomie.
- Nasad'te sáček na kroužek podložky, kontrolujte těsnost.
- Pacient přitlačí nalepené pomůcky k tělu a 10 minut zahřívá.
- Stomickou pomůcku můžete zajistit přídržným sáčkem.
- Uklid'te použité pomůcky do odpadu - nespachujte!!
- Sledujte v oblasti stomie růst chloupků, včas je odstraňte oholením, zabráníte vytržení chlupu pomůckou při výměně a tím i poranění kůže.



## Doporučené rady

- Předepisování počtu pomůcek je limitován, lze pomůcky předepsat na 3 měsíce cestou stomasestry, případně praktického lékaře.
- Nárok na sociální příspěvek můžete uplatňovat prostřednictvím sociálního úřadu.
- Vybavení koupelny- vlastní skříňka na stomické pomůcky s doplňky, zrcadlo, fén, odpadkový koš.
- Rehabilitace a lázně - stomik není omezován.
- Oblékání - dnes diskrétní pomůcky nevyžadující úpravu, speciální prádlo s kapsou na stomický sáček.
- Pásek do pasu a guma není vhodná, raději šle.
- Fyzická námaha je povolena max. do 5 kg- cviky na posílení břišní stěny, ev. zajistit břišní stomický pás.
- Aktivní rekreační sportování je vhodné- jízda na kole, plavání, turistika. Plavky jednodílné s kapsou pro sáček.
- Možný návrat do práce, ev. zažádejte o invalidní důchod.
- Bez omezení účasti na společenském životě.
- Cestování je možné všemi dopravními prostředky - zajistěte si dostatek pomůcek, ukládejte na více místech v případě ztráty zavazadla. Výhodou je soukromá koupelna. Do zahraničí si zažádejte o mezinárodní pas pro stomiky (vydává společnost ILCO s překladem do cizích jazyků).
- V zahraničí pijte jen balenou vodu, omývejte zeleninu i ovoce, k hygieně dutiny ústní. Nedávejte si led do nápojů, nekonzumujte zmrzliny.

## Komplikace stomií

**Řídká vodnatá stolice:** přetrvává-li déle než 48 hodin, vyhledejte lékaře. Tipy k zahuštění stolice například: jablečné pyré, bílá rýže, bílý jogurt, těstoviny, podmáslí. Zvyšte příjem glukózy, tekutin a soli. Do stomických sáčků lze použít ILEOGEL jako zahušťovač stolice.

**Zápach:** zesilují potraviny: cibule, česnek, zelí, květák. Zkontrolujte si těsnost sáčku, při protékání ihned vyměňte- k eliminaci zápachu a abyste ochránili pokožku kolem stomie očištěním a ošetřením. Zápach lze též odstranit neutralizací pomocí antideodoračních prostředků ve formě kapslí, roztoku.

**Nadýmání** (plynatost způsobují perlivé vody, polykání vzduchu, kouření. Mezi potraviny se řadí výše zmíněné česnek, cibule, zelí, houby, vajíčka, květák. Zabránit lze požitím pitím mátového či fenyklového čaje, jogurtu, žvýkání živočišného uhlí. Používejte sáčky s filtrem. U dvoudílného systému lze v průběhu dne regulovat odchod plynů, Zabrání se tím přílišného nafouknutí sáčku a jeho odpadnutí.

**Zácpa** je způsobena z důvodu nestráveného jídla nebo zablokování průchodnosti střeva. Ze stomie nebudou odcházet vůbec nebo jen minimální sekrety, stolice a voda. Průvodním jevem jsou bolesti břicha, nafouknutí, zvracení. Nečekejte, vždy kontaktujte lékaře a stomickou sestru. Potraviny způsobující neprůchodnost jsou ořechy, kokos, celer, ovocné a zeleninové slupky, houby a jiné.

**Krvácení z povrchu stomie nebo z okolí**—důvodem bývá nešetrné ošetření okolí stomie nebo používání nevhodných přípravků a pomůcek. Při masivním krvácení vyhledejte ihned lékaře.

**Prolaps (vyhřeznutí střeva)** nastane při namáhavé práci, zakašlání, změně pohybu. Nesnažte se násilně vrátit střevo do původní polohy, vyhledejte lékaře.

**Retrakce stomie (vtažení střeva)** do dutiny břišní bude vyžadovat výběr vhodné stomické konvexní pomůcky, která zajistí umístění stomie nad podložku. Stomická sestra doporučí a zvolí vhodný typ pomůcky. Pokud se problém nezvládne řešit takto konzervativně, lze řešit i reoperací.

**Stenóza (zúžení stomie)** vzniká jako důsledek hojení v okolí stomie, která příliš zmenší svoji velikost a stane se neprůchodnou pro dostatečný odchod objemu stolice. Proto je důležitá pravidelná kontrola průchodnosti stomie samovyšetřováním nebo pomocí dilátátorů). Informujte stomickou sestru i lékaře.

## **Likvidace pomůcek**

Použité pomůcky se zavřou do igelitového sáčku a vhodí se do infekčního odpadu. Péče doma je obdobná. Doma je vhodné výpustný sáček vyprázdnit, dát do igelitového sáčku, zabalit do novin a vhodit do popelnice. Některé firmy mají na trhu splachovatelné sáčky, které se po odtržení plastového obalu mohou přímo vhodit do WC, kde se ekologicky rozloží. Vhodné pro cestování.

### **Kam a na koho se obrátit v případě dotazů, informací?**

V naší nemocnici je pro Vás stomická sestra na chirurgickém oddělení, která Vás bude mít v péči, bude zajišťovat potřebné pomůcky, konzultovat Vaše problémy týkající se stomie a okolí kůže, stravy. Lékař bude přizván vždy při problému nebo potížích. Pomůcky mohou být předepisovány na poukaz nanejvýše po dobu 3 měsíců, proto si je objednávejte v předstihu alespoň 10 - 14 dnů před uplynutím limitu.

Existuje organizace **České ILCO** - klub zabývající se péčí a specifickými potřebami občanů se stomií s cílem zajištění rovnoprávného postavení ve společnosti a pomoci při řešení pomoci. Můžete odebírat bezplatný časopis pro stomiky např. **Klokanoviny** firmy Lipoelastic, **Stomické listy** firmy B. Braun s užitečnými tipy pro živost se stomií se zkušenostmi odborníků a informacemi o nových produktech. Využit je možno i telefonní **bezplatnou konzultační linku**, kde je k dispozici zkušená sestra s praktickými radami a zároveň pomůže řešit komplikace. Též je možné dohledat adresy a informace na internetových stránkách.

## PŘÍLOHA B - PŘÍKLADY JÍDELNÍČKU

Tabulka 3: Příklady jídelníčku

Potraviny	Vhodné	Nevhodné
<b>Maso a masné výrobky</b>	Maso kuřecí, krůtí, králík, slepice, libové vepřové a hovězí, krůtí a kuřecí šunka	Tučná masa, kachna, husa, zvěřina, konzervy, paštiky, klobásy, jelita, prejt
<b>Mléko a mléčné výrobky</b>	Tavené sýry s obsahem tuku do 30%, netučný tvaroh, tvarohové sýry, netučné jogurty, pudinky, zakysané nápoje - kefir, podmáslí, acidofilní mléko	Mléčné výrobky s vysokým obsahem tuku, smetana, plísňové a zrající sýry.
<b>Tuky</b>	Do hotových jídel přidávejte malé množství másla, rostlinný tuk (Rama, Flora). Ze stravy je úplně nevynechávejte, jsou zdrojem energie.	Přepalované tuky, smažená a grilovaná jídla, slanina, majonézy.
<b>Vejsce</b>	V malém množství vařená natvrdo	Smažená vejce, omelety, sázená vejce
<b>Obiloviny</b>	Housky, rohlíky, starší pečivo, vánočka, piškoty. Krupice, vločky krupky po tepelné úpravě jako zavářka do polévky.	Celozrnné a tmavé pečivo, čerstvý chléb, čerstvé kynuté pečivo (koláče, buchty), müsli
<b>Ovoce</b>	Vyzrálé, oloupané, ve formě pyré- jablka, meruňky, banány, kompotované ovoce	Nedozrálé ovoce, tuhé, kyselé, bobtnající - švestky, rybíz mandarinky, pomeranč, ananas
<b>Zelenina, luštěniny</b>	Nenadýmavá - mrkev, celer, petržel, dýně, patison špenát, dušená mrkev, rajčatový protlak	Červená řepa, rajčata, kapusta, květák, okurky, česnek, cibule, čočka, hrách.
<b>Koření</b>	Zelené natě, pažitka, petrželka, majoránka, kmín, citronová šťáva	Ostré koření - pepř, chilli, paprika, hořčice, sójová omáčka, koření na grilování.
<b>Sladká jídla a pochutiny</b>	Piškot, bílková těsta, tvarohové nákypy a deserty	Ořechy, oříšky, kokos, mák, kečup, kynutá těsta, dorty, krémy
<b>Nápoje</b>	Neperlivé, slabý černý čaj a zelený čaj, bylinné a ovocné čaje, ovocné šťávy,	Sycené perlivé vody, silné kakao, alkohol, zrnková káva
<b>Příkrmy</b>	Brambory vařené, lisované, těstoviny, rýže, dietní knedlík.	Hranolky, pečené a grilované brambory, kynuté knedlíky

Zdroj: <http://vnl.xf.cz/ose/ose-bartel.php>

## PŘÍLOHA C - VIZUÁLNÍ ANALOGOVÁ ŠKÁLA

Tabulka 4: Vizuální analogová škála

<b>0</b>	žádná bolest
<b>1</b>	mírná bolest
<b>2</b>	středně silná bolest
<b>3</b>	velmi silná bolest
<b>4</b>	krutá bolest
<b>5</b>	nesnesitelná bolest

Zdroj: OPAVSKÝ, J. Základní dotazníkové a popisné metody pro hodnocení bolesti v klinické praxi. *Bolest*, 1998, 3, s. 64-67.

## PŘÍLOHA D - BARTHELŮV TEST BĚŽNÝCH DENNÍCH ČINNOSTÍ

Tabulka 5: Barthelův test běžných denních činností

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
Najedení napití	Samostatně bez pomoci	10
	S pomoci	5
	Neprovede	0
Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomoci	5
	Neprovede	0
Koupání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomoci	5
	Neprovede	0
Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomoci	5
	Neprovede	0
Kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomoci	5
	Neprovede	0
Přesun lůžko - židle	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomoci	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
Chůze po rovině	Samostatně nad 50 m	15
	S pomoci 50 m	10
	Na vozíku 50 m	5
	Neprovede	0
Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomoci	5
	Neprovede	0

### Vyhodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

<b>0 - 40</b>	vysoce závislý
<b>45 - 60</b>	závislost středního stupně
<b>65 - 95</b>	lehká závislost
<b>100 bodů</b>	nezávislý

Zdroj: <http://vnl.xf.cz/ose/ose-bartel.php>

## PŘÍLOHA E - DOSPĚLÉ NUTRIČNÍ SKÓRE

Tabulka 6: Dospělé nutriční skóre

<b>Věk</b>	0	Do 65 let
	1	Nad 65 let
<b>BMI</b>	0	BMI 20 - 35
	1	BMI 18-20; nad 35
	2	BMI pod 18
<b>Ztráta hmotnosti za 3 měsíce</b>	1	ztráta 0-3 kg
	2	ztráta 3-6 kg
	3	3 ztráta nad 6 kg
<b>Množství jídla za poslední 3 týdny</b>	0	beze změny
	1	poloviční porce
	2	jí občas nebo nejl
<b>Projevy nemoci v současné době</b>	0	Žádné
	1	nechutenství, bolesti břicha
	2	zvracení, průjem > 6 za den
<b>Stres</b>	0	Žádný
	1	chronická nemoc, DM, menší nekomplikovaný chirurgický zákrok
	2	akutní dekompenzace chronického onemocnění, rozsáhlý chirurgický zákrok, pooperační komplikace, UPV, popáleniny, trauma, hospitalizace ARO, JIP, krvácení do GIT.
<b>Nelze</b>	2	nelze změřit a zvážit
	3	nelze zjistit BMI, ztrátu hmotnosti a jídlo za poslední 3 týdny

### Vyhodnocení:

<b>0 - 3</b>	není nutná nutriční intervence
<b>4 - 7</b>	nutné vyšetření dietní sestrou
<b>7 a více</b>	nutná speciální nutriční intervence

Zdroj: [http://vnl.xf.cz/ose/ose-nutricni\\_skore.php](http://vnl.xf.cz/ose/ose-nutricni_skore.php)



## PŘÍLOHA F - KLASIFIKACE DUŠNOSTI PODLE NYHA

Tabulka 7: Klasifikace dušnosti podle Nyha

<b>Klasifikace dušnosti podle NYHA</b>		
	<b>Definice třídy</b>	<b>Omezení činnosti</b>
<b>NYHA I</b>	Nezvládá jen vyšší námahu, rychlejší běh.	Neomezuje v běžném životě.
<b>NYHA II</b>	Zvládá maximálně rychlejší chůzi, běh nikoliv.	Menší omezení v běžném životě.
<b>NYHA III</b>	Pouze základní domácí činnosti, chůze 4 km/hod. Již běžná aktivita je vyčerpávající.	Významné omezení činnosti i doma.
<b>NYHA IV</b>	Dušnost při minimální námaze i v klidu. Nezbytná pomoc druhé osoby.	Zásadní omezení v životě.

Zdroj: <http://www.wikiskripta.eu/index.php/Du%C5%Dusnost>

## PŘÍLOHA G - KLASIFIKACE ASA

Klasifikace ASA (Do této mutace klasifikace ASA je implementováno riziko pacientů se sníženými energetickými, metabolickými a imunologickými rezervami).		
Skupina	Definice, popis stavu	Perioperační mortalita v %
ASA I	Zdravý pacient bez patologického klinického a laboratorního nálezu. Chorobný proces, jenž je indikací k operaci, je lokalizovaný a nezpůsobuje systémovou poruchu.	0,1%
ASA II	Pacient s lehkým, kontrolovaným, funkčně nelimitujícím systémovým onemocněním, věk nad 70 let.	0,5%
ASA III	Pacient s těžkým nebo obtížně kontrolovatelným systémovým onemocněním, pacienta funkčně limitujícím, neohrožujícím však trvale pacienta na životě.	4,4%
ASA IV	Pacient s funkčně limitujícím onemocněním, které ho trvale ohrožuje na životě, dále pacient po transplantaci, chemoterapii, radioterapii, klinicky imunodeficientní a pacienti ve střední a těžké malnutrici (dle ESPEN 2010).	25%
ASA V	Moribundní pacient, u kterého je předpoklad úmrtí do 24 hodin a operační výkon je poslední možností záchrany života (tzv. vitální indikace).	50%

Zdroj: <http://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-od-2013/DP-Geriatrie-2014.pdf>

## PŘÍLOHA H - PRÁVA VŠECH STOMIKŮ

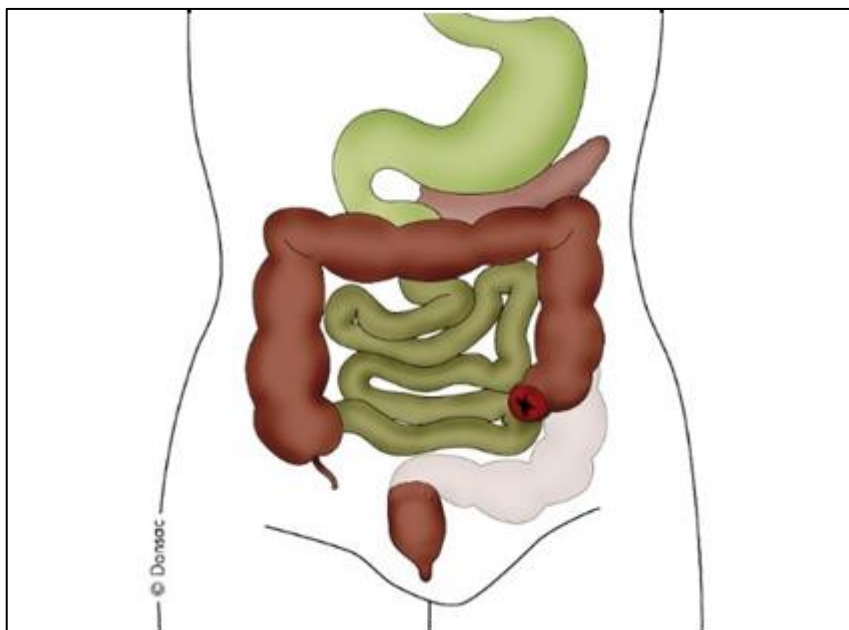
Každý stomik má právo:

- na předoperační poradenství, aby nebylo pochyb o tom, že si je plně vědom přínosu operace a zná základní fakta o životě se stomií.
- na dobře provedenou a vhodně umístěnou stomii, realizovanou s plným ohledem na pohodlí pacienta.
- na kvalitní a profesionální lékařskou a ošetrovatelskou péči před i po operaci, v nemocnici i ve své komunitě.
- na podporu a informovanost rodiny, známých a přátel, aby lépe chápali podmínky a změny, které jsou nutné k dosažení uspokojivé úrovně života se stomií.
- na úplnou a objektivní informaci o všech vhodných stomických pomůckách a výrobcích, které jsou v jeho zemi k dispozici.
- na neomezený přístup k celé škále dostupných stomických pomůcek.
- na informace o nejrůznějších organizacích stomiků v jeho vlasti a službách a podpoře, které poskytují.
- na ochranu proti jakékoliv formě diskriminace.
- na jistotu, že osobní informace týkající se jeho operace vedoucí k vytvoření stomie zůstanou důvěrné a utajené, aby bylo zachováno jeho soukromí, a že nikdo, kdo tyto informace zná, je bez výslovného svolení stomika nesdělí žádnému subjektu, který je angažován ve výrobě, prodeji nebo distribuci stomických pomůcek, ani žádné osobě, která by z nich mohla profitovat přímo nebo nepřímo, díky svému vztahu ke komerčnímu trhu se stomickými pomůckami.

*Zdroj: <http://www.zelenahvezda.cz/pacientska-sekce/p-stomie/charta-prav-stomiku>*

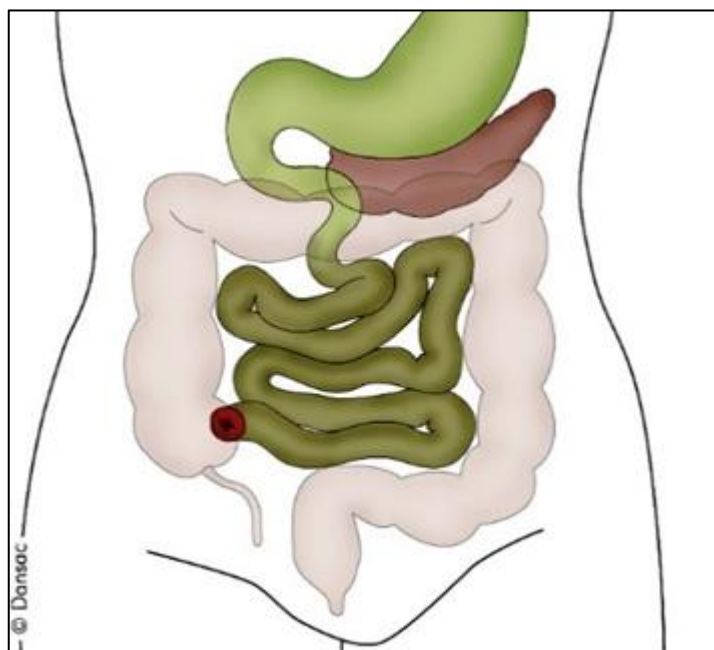
# PŘÍLOHA I - STŘEVNÍ VÝVODY

Obrázek 1: Transverzostomie



Zdroj: <http://zivotsestomii.cz/stomie/kolostomie/obecne-informace.html>

Obrázek 2: Ileostomie



Zdroj: <http://zivotsestomii.cz/stomie/ileostomie/obecne-informace.html>

# PŘÍLOHA J - SOUHLAS SE SBĚREM INFORMACÍ

## Souhlas manažerky pro NLP se sběrem informací k vypracování BP

Mgr. et Mgr. Jana Barbora Boučková  
Manažerka pro NLP  
Domažlická nemocnice a.s.  
Kozinova 292  
344 22 Domažlice

V Domažlicích dne 1. 10. 2016

Vážená paní magistro,

pracuji jako sestra na chirurgickém oddělení Domažlické nemocnice. Žádám vás touto cestou o povolení sběru informací v rámci sestavování kazuistiky do bakalářské práce formou ošetrovatelského procesu.

Jedná se o sběr informací u vybraných pacientů hospitalizovaných na chirurgickém oddělení. Pro svoji bakalářskou práci jsem zvolila téma „Ošetrovatelský proces u geriatrických pacientů se střevní neprůchodností“. Vedoucí mé práce je paní Mgr. Zuzana Šafránková. Veškerá získaná data budou anonymní a použita pouze pro účely této bakalářské práce.

Růžena Krippnerová



Souhlasím s vykonáním průzkumného šetření v Domažlické nemocnici, a.s.

**Mgr. et Mgr. Jana Barbora Boučková**  
Manager pro nelékařské profese

**Domažlická nemocnice, a.s.**  
Kozinova 292  
344 22 Domažlice  
Tel.: +420 379 710 271  
Mob.: +420 605 523 666  
E-mail: [jana.bouckova@donem.cz](mailto:jana.bouckova@donem.cz)

**DONEM**  
Domažlická nemocnice, a.s.

# PŘÍLOHA K - INFORMOVANÝ SOUHLAS - KAZUISTIKA 1

## INFORMOVANÝ SOUHLAS

### Ošetrovatelský proces u geriatrických pacientů se střevní neprůchodností

#### STUDENT

Růžena Krippnerová  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
Fakulta zdravotnických studií ZČU  
e-mail krippnerova@centrum.cz

#### VEDOUcí BP:

Mgr. Zuzana Šafránková  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
Fakulta zdravotnických studií ZČU  
e-mail: safrankz@kos.zcu.cz

#### CÍL STUDIE

Cílem studie je poukázat na zachování specifického přístupu ošetrovatelské péče ke geriatrickým pacientům, kteří podstupují chirurgický operační zákrok na standardním chirurgickém oddělení. Zmapování odlišností v péči o pacienta v pooperační péči podle druhu, rozsahu onemocnění a chirurgického zákroku.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude získáván ústně, případně zaznamenán písemnou formou. Pořízený písemný záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Písemné záznamy budou ihned po kompletaci studie znehodnoceny. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym. Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

#### SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já ..... ŠILUNGS JOSEF .....

souhlasím s účastí ve výzkumné studii formou rozhovoru. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu: ..... Josef ..... Datum: 20.11.2016

Podpis studenta: ..... [Signature] ..... Datum: 20.11.2016

# PŘÍLOHA L - INFORMOVANÝ SOUHLAS - KAZUISTIKA 2

## INFORMOVANÝ SOUHLAS

### Ošetrovatelský proces u geriatrických pacientů se střevní neprůchodností

#### STUDENT

Růžena Krippnerová  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
Fakulta zdravotnických studií ZČU  
e-mail

#### VEDOUcí BP:

Mgr. Zuzana Šafránková  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
Fakulta zdravotnických studií ZČU  
e-mail: safrankz@kos.zcu.cz

#### CÍL STUDIE

Cílem studie je poukázat na zachování specifického přístupu ošetrovatelské péče ke geriatrickým pacientům, kteří podstupují chirurgický operační zákrok na standardním chirurgickém oddělení. Zmapování odlišností v péči o pacienta v pooperační péči podle druhu, rozsahu onemocnění a chirurgického zákroku..

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude získáván ústně, případně zaznamenán písemnou formou. Pořízený písemný záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Písemné záznamy budou ihned po kompletaci studie znehodnoceny. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym. Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

#### SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já ..... HŮBKOVÁ RŮŽENA .....

souhlasím s účastí ve výzkumné studii formou rozhovoru. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu: ..... Krippnerová ..... Datum: 12. 1. 2014

Podpis studenta: ..... R. Krippnerová ..... Datum: 12. 1. 2014