

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S VŘEDOVOU
CHOROBU GASTRO-DUODENA

Bakalářská práce

ANNA LOUMOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ O.P.S. V PRAZE

PhDr. Anna Mazalánová PhD.

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2008-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu.

Souhlasím s tím, aby moje bakalářská práce byla půjčována k studijním účelům.

V Praze dne

.....

Anna Loumová

Abstrakt

LOUMOVÁ, Anna: Ošetrovatelský proces u pacienta s vředovou chorobou gastro-duodena. (Bakalářská práce). Anna Loumová – Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář v oboru všeobecná sestra. Školitel: PhDr. Anna Mazalánová, PhD. Vysoká škola zdravotnická Praha, 2008.

Hlavním tématem této bakalářské práce je především problematika vředové choroby gastro-duodena. Teoretická část práce charakterizuje anatomické poměry žaludku a dvanáctníku, jejich funkce, etiologii a patogenezi onemocnění, komplikace a možnosti léčby včetně edukace o vhodném stravování s onemocněním vředovou chorobou. Nosnou částí práce je praktická část, jejímž cílem je vytvoření a aplikace ošetrovatelského procesu tak, aby vyhovoval individualitě pacienta, byl zachován holistický přístup a byly splněny biologické, psychologické, sociální a duchovní potřeby pacienta.

Klíčová slova: Vředová choroba, léčba, ošetrovatelský proces, edukace, holistický přístup.

Předmluva

Téma této bakalářské práce vzniklo ve snaze zaměřit se v dané problematice na význam ošetrovatelského procesu v práci všeobecných sester, s úmyslem zkvalitnit ošetrovatelskou péči. Ačkoliv je vředová choroba onemocnění vyléčitelné, často se projeví až vážnými komplikacemi, které mohou bezprostředně ohrozit život. Ošetrovatelský proces by proto neměl být procesem náhodným, ale cílevědomým, plánovitým, respektujícím individuální potřeby pacienta.

Výběr tohoto tématu práce byl ovlivněn studiem oboru všeobecná sestra a zároveň absolvováním klinických cvičení na různých odděleních v Praze a v Náchodě. Materiál jsem čerpala především z knižních publikací, méně ze zdrojů časopiseckých.

Práce je určena studentům v oboru všeobecná sestra, také v ní mohou najít podnětné rady zdravotní sestry z praxe, které se věnují péči o pacienty s tímto onemocněním. I samotní pacienti a jejich rodiny, kteří se chtějí o vředové chorobě dozvědět více, než je v informačních letácích.

Zároveň bych chtěla touto cestou vyslovit poděkování vedoucí bakalářské práce PhDr. Anně Mazalánové PhD. za odborné vedení a podnětné rady, které mi poskytla během vypracovávání bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat své rodině a blízkým za jejich podporu a pochopení během psaní této práce.

Obsah

| | |
|---|----------|
| ÚVOD | 8 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 9 |
| 1. Klinická charakteristika onemocnění | 9 |
| 1.1 Historie vředové choroby | 9 |
| 1.2 Anatomie | 9 |
| 1.2.1 Cévní zásobení žaludku..... | 10 |
| 1.2.2 Inervace žaludku | 10 |
| 1.3 Histologický obraz žaludku | 10 |
| 1.3.1 Exokrinní buňky sliznice žaludku..... | 11 |
| 1.3.2 Endokrinní buňky sliznice žaludku..... | 11 |
| 1.4 Fyziologie žaludku | 11 |
| 1.4.1 Motorické funkce žaludku | 12 |
| 1.4.2 Sekrece žaludku | 12 |
| 1.4.2.1 Receptory | 12 |
| 1.4.2.2 Protonová pumpa | 13 |
| 1.4.2.3 Pepsinogen | 13 |
| 1.4.2.4 Vnitřní činitel | 14 |
| 1.4.2.5 Gastrin | 14 |
| 1.4.2.6 Hlen | 14 |
| 1.4.2.7 Hydrogenkarbonáty..... | 14 |
| 1.4.2.8 Antibakteriální ochrana | 14 |
| 1.4.3 Regulace sekrece žaludku | 14 |
| 1.5 Etiologie a patogeneze | 15 |
| 1.5.1 Genetické predispozice | 16 |
| 1.5.2 Emoce a nervové vlivy..... | 16 |
| 1.5.3 Protektivní a agresivní faktory | 16 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1.6 | Klinický obraz..... | 17 |
| 1.6.1 | Vřed duodenální..... | 17 |
| 1.6.2 | Vřed gastrický..... | 17 |
| 1.6.3 | Akutní vřed gastrický..... | 18 |
| 1.6.4 | Akutní vřed duodenální..... | 18 |
| 1.6.5 | Chronický vřed peptický..... | 18 |
| 1.6.6 | Zollingerův-Ellisonův syndrom..... | 19 |
| 1.7 | Komplikace vředové choroby..... | 19 |
| 1.7.1 | Krvácení..... | 19 |
| 1.7.2 | Perforace..... | 20 |
| 1.7.3 | Penetrace..... | 20 |
| 1.7.4 | Pylorostenóza..... | 20 |
| 1.7.5 | Maligní zvrát..... | 20 |
| 1.8 | Diagnostika vředové choroby..... | 20 |
| 1.8.1 | Osobní a rodinná anamnéza..... | 21 |
| 1.8.2 | Sezónní výskyt..... | 21 |
| 1.8.3 | Fyzikální vyšetření..... | 21 |
| 1.8.4 | Endoskopické vyšetření..... | 21 |
| 1.8.5 | Rentgenové vyšetření..... | 22 |
| 1.8.6 | Ultrasonografie..... | 22 |
| 1.9 | Helicobacter pylori..... | 22 |
| 1.9.1 | Invazivní metody..... | 22 |
| 1.9.2 | Neinvazivní metody..... | 22 |
| 2. | Terapie vředové choroby..... | 24 |
| 2.1 | Konzervativní terapie..... | 24 |
| 2.1.1 | Farmakoterapie..... | 24 |
| 2.1.2 | Eradikace Helicobacter pylori..... | 25 |
| 2.1.3 | Dietoterapie..... | 25 |
| 2.1.4 | Psychoterapie..... | 26 |
| 2.2 | Chirurgická terapie..... | 26 |
| 2.2.1 | Chirurgická terapie gastrického vředu..... | 27 |

| | |
|---|-----------|
| 2.2.2 Chirurgická terapie duodenálního vředu..... | 27 |
| 2.3 Prognóza..... | 27 |
| PRAKTICKÁ ČÁST..... | 28 |
| 3. Ošetrovatelský proces u pacienta s vředovou chorobou gastro- duodena..... | 28 |
| 3.1 Sesterská anamnéza..... | 30 |
| 3.2 Lékařská anamnéza..... | 31 |
| 3.3 Fyzikální vyšetření sestrou..... | 33 |
| 3.4 Aktuální léčba..... | 35 |
| 3.5 Ošetrovatelská anamnéza dle M. Gordon..... | 36 |
| 3.6 Ošetrovatelské Diagnózy..... | 39 |
| 3.7 Závěrečné vyhodnocení po deseti dnech..... | 58 |
| ZÁVĚR..... | 59 |
| SEZNAM LITERATURY..... | 60 |
| SEZNAM PŘÍLOH..... | 62 |

Úvod

„Správné uvažování je stejně vzácné, jako dokonalé zdraví.“

Black

Vředová choroba gastro-duodena zaujímá ve svém výskytu jedno z předních míst jak v České republice, tak ve světě. Problematika vředové choroby je o to závažnější, že kromě osob v produktivním a vyšším věku postihuje i mladé jedince. Statistické údaje uvádějí, že vředovou chorobu v průběhu života prodělá 10-12% populace. Znovuobjevení bakterie *Helicobacter pylori* představuje jeden z největších mezníků v oblasti gastroenterologie za posledních 50 let. Na základě tohoto objevu již není vředová choroba spojována pouze s poruchou rovnováhy agresivních a protektivních faktorů žaludeční sliznice, ale především s přítomností infekce *Helicobacter pylori*. Toto onemocnění vyžaduje cílenou, různě kombinovanou konzervativní terapii. Při vzniku komplikací využijeme i terapie chirurgické. (Švestka, T., 2000). Převratným jak vyšetřovacím, tak terapeutickým vyšetřením je endoskopie. Tato metoda umožňuje bezbolestné prohlédnutí trávicí trubice s možností odběru bioptického materiálu na histologické vyšetření, stavění krvácení, odstranění polypů a dalších výkonů. Hlavním cílem mé bakalářské práce je naleznout ošetrovatelské problémy u dané pacientky a navrhnout ošetrovatelský plán, který akceptuje holistický přístup a plní individuální biologické, psychologické, sociální a duchovní potřeby pacientky s vředovou chorobou gastro-duodena. Touto prací bych chtěla napomoci zkvalitnění ošetrovatelské péče u lidí s onemocněním žaludku a dvanáctníku.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Klinická charakteristika onemocnění

V této kapitole bych se chtěla zmínit o historii, anatomii, histologickém obrazu, fyziologii. V neposlední řadě etiologii a patogenezi, klinickému obrazu, komplikacím, diagnostice, terapii a prognóze vředové choroby gastro-duodena.

1.1 Historie vředové choroby

V 19. století byl duodenální vřed považován za relativně vzácné onemocnění. Žaludeční vřed popsal patologickoanatomicky v roce 1835 Cruveilhier. Název peptický vřed pochází z roku 1882 od Quinckeho. V 19. století vřed gastrický převládal nad vředem duodenálním, hlavě u mladších žen s nízkou životní úrovní (Mařatka, Z., 1999).

K zásadnímu pokroku v diagnostice vředových lézí došlo v souvislosti s rozvojem endoskopických metod. Zpřesnil se průkaz vředu, rozlišení benigních a maligních lézí, u některých případů je možno zastavit krvácení (Mařatka, Z., 1999).

1.2 Anatomie

- **Kardie:** nebo-li česlo, je uložena v oblasti gastroezofageálního spojení při malé kurvatuře. Je zřetelná za normálního stavu, kdy jícen vstupuje do žaludku pod bráničním hiátem v ostrém Hisově úhlu.
- **Fundus:** také fornix, je horní část žaludku kranálně vyklenutá, většinou obsahuje bublinu vzduchu.
- **Corpus:** je část žaludku mezi fornixem a antrem.
- **Angulus:** je zářez na malé kurvatuře , který odděluje tělo žaludku od antra.
- **Antrum:** správně pylorické antrum, je dolní část žaludku pod angulem, je kryto hladkou sliznicí bez řas, oproti corpu krytého sliznicí zřasenou.

- **Pylorus:** nebo-li vrátník, tvoří přechod mezi žaludkem a duodenem. Úsek 2-3cm, kde přechází antrum do pyloru vlastního se nazývá pylorický kanál, uzavíratelné vyústění žaludku do dvanáctníku jako ostium pyloricum.
- **Také rozlišujeme:** malé a velké zakřivení a přední a zadní stěnu žaludku.

1.2.1 Cévní zásobení žaludku

Všechny tři kmeny celiakální artérie, levá gastrická, slezinná a arteria hepatica communis, zásobují žaludek. Žaludeční mikrocirkulace je klinicky velice významná. V submukóze se nachází hustá kapilární síť s odstupy pro vrstvy svaloviny i mukózu. Tato síť je přítomna v celém žaludku, kromě malé křivky, kde také dochází k častějším ulceracím. Lymfatické cévy odvádějí veškerou lymfu z gastrické oblasti do celiakálních uzlin. Z celiakálních uzlin je lymfa drenována do ductus thoracicus, do žilního řečiště vena jugularis interna a levé vena subclavia. V submukóze je velmi bohatá pletěň lymfatických cév (Mařatka, Z., 1999).

1.2.2 Inervace žaludku

Inervace žaludku jde cestou nervus vagus a splachnických nervů. Za dominantní úlohu nervu vagu je považována motorická a sekreční funkce. Každá z větví nervi vagi se rozděluje v oblasti gastroezofageálního přechodu.

1.3 Histologický obraz žaludku

Transmurální řez stěnou žaludku ukáže čtyři vrstvy. Seróza je uložena zevně, je viscerálním peritoneem. Tunica muscularis je tvořena ze tří vrstev. Submukóza leží mezi tunica muscularis a tunica mucosa. Tvoří ji řídké kolagenní vazivo.

V místě gastroezofageálního spojení je žaludeční cylindrický epitel ostře ohraničen do vícevrstevného dlaždicového epitelu jícnu. Okraj označený jako Z-linie nebo Z-zóna, je viditelný na povrchu sliznice jako vklínění žaludku do jícnu.

Parietální buňky odpovědné za tvorbu vnitřního činitele a kyseliny chlorovodíkové (HCl), jsou přítomny ve velkém množství v corpu žaludku. Hlavní buňky, které

produkují lipázu a pepsinogen jsou převážně na bázi žlázek. Tzv. buňky krčků žlázek produkují lysozym a hlen. Oblast krčku žlázek je výrazně citlivýma a aktivním místem gastrické sliznice, od které vychází i její regenerace. Jsou zde přítomny nezralé kmenové buňky, které jsou schopny diferenciaci na jakýkoliv epitelový element výstelky žaludku (Mařatka, Z., 1999).

1.3.1 Exokrinní buňky sliznice žaludku

Jednovrstevný povrchový sekreční epitel produkuje neutrální hlen. Je výstelkou celé sliznice žaludku, tedy od gaeetroezofageálního spojení až k ústí pyloru. Hlavní funkcí je vytvářet hlenovou vrstvu na povrchu sliznice, chránící před natrávením žaludeční šťávou. V hlavních buňkách se ve formě proenzymu vytváří pepsinogen, který se stává pepsinem, aktivním proteolytickým enzymem, pod vlivem HCl.

1.3.2 Endokrinní buňky sliznice žaludku

Endokrinní buňky jsou součástí difuzního neuroendokrinního systému organismu. G-buňky jsou lokalizovány v oblasti krčku žlázek. Nejvíce jich je v pylorické oblasti. Hyperplazie G-buněk může vést k hypergastrinémii, která ze určitých podmínek vede k vzniku vředové léze. D-buňky, které produkují somatostatin, byly prokázány podél celého trávicího traktu a v pankreatu. Somaostatin je důležitým inhibítorem řady gastrointestinálních hormonů, včetně gastrinu, inzulínu a glukagonu, cholecystokinínu. D-buňky se nacházejí blízko G-buněk i parietálních buněk. Enterochromafinní buňky, tzv. EC-buňky strádají 5-hydroxytryptamin a prokazují se histochemickými metodami. Také se nacházejí v tenkém a tlustém střevě. Mají výrazné role v řízení motility, vazomotorické aktivity a uvolňování substancí, jako jsou serotonin, substance fosforu a enkefaliny (Mařatka, Z., 1999).

1.4 Fyziologie žaludku

Fyziologie žaludku do sebe zahrnuje motorické funkce žaludku, sekreční funkce žaludku a regulátory žaludeční sekrece.

1.4.1 Motorické funkce žaludku

- **Funkce rezervoáru:** tato funkce je důležitá pro každého jedince, aby se po jídle cítil dobře. Hlavně jde o funkci fornixu a corpu žaludku. Žaludek se může přizpůsobit poměrně velkým objemům, aniž by došlo k velkému zvýšení nitrožaludečního tlaku.
- **Rozměňování a drcení:** hlavní funkcí žaludečního antra je rozmělnit a rozdrtit potravu na kousky optimální velikosti, která může snadno proniknout do duodena. Peristaltické vlny se dostávají asi třikrát za minutu a dokáží posouvat potravu, dokud není schopna přechodu do duodena.
- **Rozdělování:** funkcí fundu, horní části těla a antra je evakuace větší části tekutin tak, aby pevné části potravy zůstaly v žaludku.
- **Prosévání:** Hlavní funkce pyloru je zadržet větší části potravy a zajistit jejich rozpuštění, aby mohly postupovat dále do duodena.
- **Vyprazdňování žaludku:** je velmi složitý děj. Víme, že se tekutiny z žaludku vyprázdňují bezprostředně po požití, nezávisle na jeho náplni. Vyprazdňování je také ovlivňováno řadou faktorů, například psychickými faktory, osmolalitou.

1.4.2 Sekrece žaludku

Kyselá žaludeční sekrece: tvorba kyseliny chlorovodíkové je základem kyselé žaludeční sekrece. Dochází k ní na podkladě složitých pochodů v parietální buňce. První fáze kyselá žaludeční sekrece zahrnuje aktivaci parietálních buněk vnějším stimulem. Mezi čtyři základní stimuly patří gastrin, histamin a acetylcholin vazbou na receptory na bazolaterální membráně a extracelulární Ca^{2+} (Mařatka, Z., 1999).

1.4.2.1 Receptory

- **Histaminové receptory:** H_2 -receptor je glykoprotein. Jeho stimulací dochází k transmembránovému signálu a aktivaci nitrobuněčného

guanozintrifosfátového proteinu (GTP). Ten pravděpodobně aktivuje adenylátcyklázu za tvorby cyklického adenosinmonofosfátu (cAMP), který působí jako druhý posel.

- **Muskarinové cholinergní receptory:** acetylcholin je fyziologickým antagonistou pro muskarinové cholinergní receptory. Cholinergní aktivace je závislá i na extracelulárním kalciumu, které může být redukováno některými blokátory kalciového kanálu.
- **Gastrinové receptory:** gastriny jsou peptidické hormony, z nichž je zejména důležitý nízkomolekulární gastrin, vzhledem ke vztahu k žaludeční sekreci. Gastrin zvyšuje odpověď parietální buňky na histamin. Přibývá také podkladů, že gastrin ovlivňuje tvorbu HCl zvyšováním hladiny intracelulárního kalcia.
- **Inhibiční receptory:** minimálně dva receptory na parietální buňce mohou inhibovat kyselou žaludeční sekreci, somatostatin a prostaglandin E.

1.4.2.2 Protonová pumpa

Protonová pumpa, nebo-li H^+ , K^+ -ATPáza, je enzym vázaný na membránu parietální buňky, podobný jiným ATPázám. Je-li aktivována parietální buňka, umožní enzym lokalizovaný na apikální části membrány sekreci protonů přímo do lumen žlásky.

1.4.2.3 Pepsinogen

Pepsinogeny tvoří heterologní skupinu neaktivních proenzymů, velice podobnou ostatním proteázám. Tvořeny jsou téměř vždy v hlavních buňkách. Pepsinogeny jsou degradovány autokatalyticky v kyselém žaludečním prostředí na řadu aktivních forem pepsinů, počínajících trávení štěpením proteinů. Pepsinogeny se podílejí na agresivitě kyselého žaludečního šťávy při vzniku peptických vředů.

1.4.2.4 Vnitřní činitel

Vnitřní činitel je nepostradatelná látka pro resorpci vitamínu B₁₂ v tenkém střevě. Váže se pevně s kobalaminem v makromolekulární komplex. Jeho sekreci stimulují histamin, pentagastrin a cholinergní látky. K sekreci dochází rychleji než k tvorbě kyseliny chlorovodíkové.

1.4.2.5 Gastrin

Gastrin je uvolňován do cirkulace z astrálních G-buněk. Gastrin stimuluje kyselou žaludeční sekreci přímým účinkem přes receptory parietální buňky a nepřímo uvolněním histaminu z buněk obsahujících histamin v žaludeční sliznici.

1.4.2.6 Hlen

Hlen obsahuje 70% vody, dále se skládá z lipidů a fosfolipidů, elektrolytů a odloučených buněk. Glykoproteiny, označené jako muciny, které polymerují a podmiňují většinu vlastností hlenu, jsou jeho hlavní složkou. Hlenová sekrece je stimulována nervem vagem, sekretinem a prostaglandiny. Hlen a hydrogenuhličitan chrání sliznici před autodigestí.

1.4.2.7 Hydrogenuhličitan

K sekreci hydrogenuhličitanů dochází v povrchových buňkách žaludečního epitelu i v povrchových buňkách duodenálního epitelu. Nejvýznamnější funkcí hydrogenuhličitanů je udržení intracelulárního pH, které umožňuje s adekvátní mikrocirkulací ochranu sliznice.

1.4.2.8 Antibakteriální ochrana

Žaludek je relativně prostý mikroorganizmů. Kyselá žaludeční šťáva si udržuje baktericidní aktivitu s pH čtyři a nižším. Významnou roli také hraje imunitní systém.

1.4.3 Regulace sekrece žaludku

Regulace sekrece žaludku zahrnuje čtyři fáze, které jsou popsány níže.

- **Interdigestivní fáze (kyselá bazální sekrece)**

Žaludeční sekrece je kontinuální děj, který trvá i mezi jídly a během spánku. Cirkadiální rytmy existují a vrchol bazální sekrece je okolo půlnoci a kolem sedmé hodiny ranní je nejnižší. Vzhledem k tomu, že bazální sekrece je potlačena vagotomií, je možné, že tato fáze je zprostředkována převážně nervem vagem.

- **Kefalická fáze**

Kefalická fáze je zprostředkována také nervem vagem, protože je závislá na aferentních podnětech, jako jsou chuť na jídlo, vůně, představa o jídle nebo pohled na jídlo. K útlumu této fáze může dojít například pod vlivem strachu nebo náplní v žaludku.

- **Žaludeční fáze**

Žaludeční fáze tvoří asi 40-50% celkové kyselé sekreční odpovědi na jídlo. Za tuto fázi jsou odpovědné chemické a mechanické vlivy pocházející z bezprostředně konzumované stravy. Téměř celá žaludeční fáze je závislá na zvýšení koncentrace sérového gastrinu. Nervové mechanismy mají význam při zprostředkování kyselé sekreční odpovědi na roztažení žaludku pod vlivem jídla.

- **Střevní fáze**

Kyselou žaludeční sekreci stimuluje i inhibuje přítomnost chymu v duodenu. Důležitý je inhibiční vliv této fáze na kyselou žaludeční sekreci.

1.5 Etiologie a patogeneze

Ložiskové léze sliznice žaludku, které se vyskytují v dosahu působení žaludečních šťáv, se označují jako peptické léze. Za eroze jsou označovány povrchové léze, sahající k muscularis mucosae. Vřed tvoří léze přesahující muscularis mucosae. Nejčastěji v bulbu duodena nebo v žaludku vzniká peptický vřed. Působení žaludeční šťávy se

může uplatnit i při vzniku jícnového vředu označovaného jako reflux, vředu v tenkém střevě, vzácněji v tlustém střevě nebo v Meckelově divertiklu. Vředovou chorobou označujeme pouze peptický vřed, který vznikl v místě odolnosti proti žaludeční šťávě. Dodnes platí Schwarzovo dictum z roku 1910, „není vředu bez kyseliny“ (Mařatka, Z., 1999).

V dnešní době se jako podmínka přidává průkaz infekce *Helicobacter pylori*, která má mimořádný význam. Na vzniku vředové choroby se mohou dále podílet genetické faktory, vlivy vnějšího i vnitřního prostředí, náročné psychické situace.

1.5.1 Genetické predispozice

U jednovaječných dvojčat byl prokázán výskyt vředové choroby s dědičnou dispozicí. V dnešní době se nejedná pouze o familiární výskyt s genetickou predispozicí, ale také o familiární rozšíření *Helicobacter pylori*.

V minulosti byl u nás prokázán častější výskyt duodenálních vředů u pacientů s krevní skupinou nula, proto je třeba tento aspekt znovu posoudit.

1.5.2 Emoce a nervové vlivy

Součástí psychosomatické a kortikoviscerální teorie je porucha nervové regulace, spojená se silnými emočními vlivy.

V období relapsu ulku byly zpozorovány zvýšené hladiny dopaminu, serotoninu, kortizolu a noradrenalinu, tedy hodnoty podobné změnám při stresu. Po zhojení ulku došlo k poklesu hodnot výše uvedených látek.

1.5.3 Protektivní a agresivní faktory

Mezi protektivní faktory patří alkalita slin a pankreatické šťávy, bikarbonáty v žaludečním sekretu, vrstva hlenu na sliznici žaludku, endogenní prostaglandiny, fyziologická cirkulace a mikrocirkulace, regenerační schopnost buněk, antiulcerotika a alkalický vliv potravy (Kohout, P., 2005).

K agresivním faktorům řadíme kyselinu chlorovodíkovou, peptickou aktivitu žaludečního sekretu, *Helicobacter pylori*, žluč a pankreatické enzymy, poruchu

cirkulace a mikrocirkulace, kouření, medikamentózní vlivy a kofein a některá dráždivá jídla (Kohout, P., 2005).

1.6 Klinický obraz

V klinickém obraze popisují nejčastější formy vředové choroby gastro-duodena zejména dle lokalizace.

1.6.1 Vřed duodenální

Dominantním příznakem je bolest v epigastriu. Udává ji 60-80% nemocných. Bolest se dostavuje většinou za 1-4 hodiny po jídle, často budí nemocného ze spánku. Bolest ustoupí buď po najedení nebo po antacidech. Nemocní charakterizují bolest jako tlakovou. Někdy jako pálivou, křečovitou, která je přirovnávána k bolesti při velkém hladovění. Vředy hluboké, s tendencí k penetraci, často nereagují na najedení, ani na antacida. Kromě bolesti v epigastriu se méně často objevuje bolest v pravém podžebří, šířením do zad nebo do jiných partií břicha. Pro duodenální vřed je především charakteristická noční bolest, kterou udává 50-80% nemocných (Mařatka, Z., 1999).

Typické pro vředy jsou epizodické ataky, které většinou trvají 1-2 týdny, s několikedenní výraznou bolestí. K relapsům dochází relativně často, 1-4krát za rok.

Nemocní s duodenálním vředem nemusejí mít chuť k jídlu narušenou, naopak jiní nemocní hubnou a trpí anorexií.

Při vzniku náhlé prudké bolesti epigastria, může jít o perforaci vředu. Proto je zapotřebí okamžité chirurgické vyšetření. (Foto viz. příloha č. 1).

1.6.2 Vřed gastrický

Hlavní odlišení od duodenálního vředu je, že bolest přichází dříve po jídle, často již do třiceti minut. Také odpověď na antacida bývá méně výrazná. U žaludečních vředů jsou také časté dyspeptické potíže, jako je nechut k jídlu, časná sytost, nauzea, zvracení, hubnutí, až anorexie a zhoršování bolestí v souvislosti s jídlem (Mařatka, Z., 1999).

Bolest je často tupá, v oblasti středního nebo horního epigastria. U vředů lokalizovaných pod kardií, může být bolest retrosternální, související s gastroezofageálním refluxním onemocněním, které je provázáno pyrózou. (Foto viz. přílohy č. 1 a č. 2).

1.6.3 Akutní vřed gastrický

Tento vřed mívá podobně dramatické příznaky jako náhlá příhoda břišní. Často velmi hodně krvácí a v mnoha případech končí letálně. Vyskytuje se v několika následujících podobách.

- **Stresový vřed žaludku**

Tato forma se vyskytuje nejčastěji. Léze sliznice nepřesahují muscularis mucosae. Opakem je léze vředová, která touto vrstvou proniká.

Příčiny jsou multifaktoriální. První podmínkou je poškození bariéry žaludeční sliznice, hlavně sníženým prokrvením. To povolí působení kyselého žaludečního prostředí na sliznici s následnou nekrózou. Podílí se na ní také duodenální obsah, který je regurgitován do žaludku (Mařatka, Z., 1999).

- **Vřed vyvolaný medikamentózně**

Slizniční bariéru naruší působení některých farmak, mezi které patří například kyselina acetylsalicylová, fenylobutazon, indometacin nebo nesteroidní antirevmatika.

1.6.4 Akutní vřed duodenální

Akutní duodenální vřed se projevuje podobně jako akutní gastrický vřed. Velmi silně krvácí a je méně často doprovázen dyspeptickými potížemi.

1.6.5 Chronický vřed peptický

Tento vřed představuje nejčastější formu vředové choroby žaludku i duodena. Dělí se do čtyř forem, dle lokalizace.

- **Ulcus chronicum mediogastricum**- je důležité odlišit jej od karcinomu žaludku.
- **Ulcus chronicum ventriculi et duodeni**- nachází se v kombinaci na malé kurvatuře a v duodenu.
- **Ulcus chronicum praepyloricum**- se nachází těsně nad pylorem a projevuje se stejně, jako vřed duodenální.
- **Ulcus chronicum duodeni**- nejčastěji se lokalizuje v bulbu duodena.

1.6.6 Zollingerův-Ellisonův syndrom

Projevuje se hypersekrecí žaludeční kyseliny, většinou z peptické vředové choroby, způsobené nádorem pankreatu, gastrinomem. Gastrin produkující nádory se nazývají apudomy. Jsou to nádory pankreatu, či duodena z non-B buněk ostrůvků (Way, L. W. a kol. 1998).

Častými komplikacemi bývá krvácení, perforace a obstrukce. Po chirurgických výkonech se objevují vředy v anastomóze, které by jinak vyléčili běžnou vředovou chorobu.

1.7 Komplikace vředové choroby

Rozeznáváme několik druhů komplikací. Mezi nejčastější patří krvácení, perforace, penetrace, pylorostenóza. Maligní zvrát není zcela objasněn, proto ho někteří autoři mezi komplikace neřadí.

1.7.1 Krvácení

Krvácení je nejčastější komplikací. Projevuje se jako hemateméza nebo meléna. Dále vzniká posthemoragická anémie, slabost, únava a tachykardie. Peptický vřed žaludku i duodena mohou při pokračující nekróze adorovat cévy s následným krvácením. Může

k němu dojít kdykoli během onemocnění. Často je způsobeno požitím salicylátů nebo nesteroidních antirevmatik, kterých stačí i velmi malá dávka.

Vždy je důležité a rozhodující provést urgentní endoskopii!

1.7.2 Perforace

Perforace znamená proniknutí vředové léze stěnou žaludku do volné peritoneální dutiny dříve, než dojde k adhezím s okolními orgány. Pacient pocítuje náhle vzniklou, prudkou bolest, která je neovlivnitelná. Dochází k rozvoji akutní peritonitidy a šokového stavu, kdy je nutná urgentní operační terapie. Kontrastní rentgenologické vyšetření baryovou kaší se nesmí provádět!

1.7.3 Penetrace

Penetrace je charakteristická postupným pronikáním vředu sliznicí žaludku nebo duodena do okolních orgánů. Duodenální vřed penetruje nejčastěji, a to do pankreatu. Dochází k reaktivnímu zánětu vytvářejícímu okolní srůsty, takže nedochází k perforaci do dutiny břišní.

Pro penetraci jsou charakteristické úporné, vytrvalé bolesti, často vyzařující do zad.

1.7.4 Pylorostenóza

K této komplikaci dochází jen velmi málo u duodenálního nebo pylorického vředu. Nemocný má pocit plnosti, zvrací většinou 1-3krát denně zbytky potravy staršího data, ale v poměrně velkém množství. Indikována je operace.

1.7.5 Maligní zvrát

Stále je nejasné, zda-li se jedná o komplikaci vředové choroby nebo od počátku o jiné onemocnění.

1.8 Diagnostika vředové choroby

K nejspolehlivějšímu vyšetření při podezření na vředovou chorobu bezesporu patří endoskopie. Je ale důležité neopomínat ostatní druhy vyšetření.

1.8.1 Osobní a rodinná anamnéza

U nemocného je třeba zjistit, jestli trpí dyspeptickými obtížemi nebo trpěl v minulých letech. Důležitým údajem je v minulosti prokázaný vřed. Spolehlivým průkazem je endoskopické vyšetření, rentgenologické nikoliv.

1.8.2 Sezónní výskyt

Mnoho let byl považován sezónní výskyt za jednu ze základních příčin. Ještě dnes mnoho pacientů udává sezónní zhoršování obtíží. Na základě analýz však sezónní výskyt nebyl prokázán.

1.8.3 Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření bývá normální u lidí bez komplikací. Subjektivními příznaky nemocných je bolest v epigastriu, bolesti za hrudní kostí a pyróza, bolest v levém nebo pravém podžebří, bolest šířící se do zad. Nauzea a zvracení.

1.8.4 Endoskopické vyšetření

Endoskopie je vyšetřovací zobrazovací metoda, umožňující prohlížet přímo i nepřímo tělesné dutiny. Pro vyšetření gastrointestinálního traktu se používá endoskop flexibilní, protože snižuje riziko poranění jícnu. Endoskopickým vyšetřením lze odebrat vzorky na biopsii a stěry na cytologické vyšetření. Také je možné odstranit polypy a cizí tělesa z trávicí trubice. Stavět krvácení elektrokoagulací, laserem, či teplem.

Endoskopii horní části trávicí trubice lze provádět jako akutní výkon k zjištění zdroje nebo léčení masivního krvácení.

Vhodné je, pokud pacient osm hodin před vyšetřením nejí, nepije a nekouří. Aby se zamezilo aspiraci a dosáhlo optimálního zobrazení. Edukujeme pacienta o průběhu vyšetření. Vyšetření není bolestivé, jen nepříjemné.

Dle stavu nemocného podáváme před výkonem intravenózně sedativa. Lokální znecitlivění hrdla provedeme pomocí spreje nebo napuštěným tamponem.

Pacienta uložíme na levý bok. Lékař zavede fibroskop do hypofaryngu. Vyzveme pacienta, aby polykal a bylo tak možno postupovat dále. Během vyšetření insuflujeme

malým množstvím vzduchu, abychom dosáhli přehlednosti vyšetřované části trávicí trubice.

1.8.5 Rentgenové vyšetření

Toto vyšetření se již mnoho neprovádí. Pouze v případech, kdy je kontraindikováno endoskopické vyšetření. Navíc zatěžuje pacienta škodlivým zářením.

1.8.6 Ultrasonografie

Provádí se pouze k vyloučení cholelitiázy, pro vředovou chorobu je nevýznamná.

1.9 Helicobacter pylori

K průkazu infekce Helicobacter pylori používáme metody invazivní a neinvazivní. Tato bakterie se podílí na vzniku vředové léze téměř ve sto procentech.

1.9.1 Invazivní metody

- **Rychlý ureázový test**- odebraný vzorek se naloží do testovacího prostředí, kde je přítomna urea. Je-li přítomen Helicobacter pylori, změní se barva indikátoru.
- **Histologické vyšetření**- k přesnému stanovení Helicobacter pylori v sliznici žaludku se užívá stříbření metodou dle Warthina a Starryho.
- **Kultivace**- patří k nejpřesnějším vyšetřením, ale je příliš náročné a nákladné.

1.9.2 Neinvazivní metody

- **Dechové testy**- používají se testy s ureou. Ureu podáváme v tekutině nebo v kapsli. V žaludku je hydrolyzována ureázou Helicobacter pylori. Uvolněný označený oxid uhličitý se dostane plícemi do vydechaného vzduchu, který je analyzován několika způsoby, dle označení urey.

- **Protilátky proti Helicobacter pylori**- užívá se techniky ELISA. Nejčastěji jsou protilátky určovány v oblasti IgG, IgA a IgM. Tato metoda nám však není schopna říci, jestli je Helicobacter pylori v sliznici žaludku stále přítomen, či nikoliv.

2. Terapie vředové choroby

Nešetrnější a nejpoužívanější léčbou vředové choroby je bezesporu léčba konzervativní.

2.1 Konzervativní terapie

Konzervativní terapie dosáhla obrovského vývoje a stále se rozrůstá o nové účinnější přípravky.

2.1.1 Farmakoterapie

a) Antacida

Neutralizují kyselou žaludeční šťávu a druhotně snižují její peptickou aktivitu. Dnes se antacida podávají pouze symptomaticky na počátku onemocnění. Jsou to například Anacid, Maalox, Rennie.

b) Antagonisté H₂ receptodů

Blokují působení histaminu na H₂ receptory. Terapie trvá 4-5týdnů a neovlivňuje *Helicobacter pylori*. Nejznámější jsou Cimetidin, Ranitidin, Famotidin a Nizatidin. Cimetidin se však pro mnohé nežádoucí účinky neužívá.

c) Cytoprotektiva

Tyto léky podporují obranné mechanismy žaludeční sliznice. Sukralfát i bismutová sůl přilnou k vředovým defektům. Vytvářejí obrannou bariéru proti kyselé žaludeční šťávě. Zároveň zvyšují tvorbu hlenu.

- **Sukralfát**- je zásaditá sůl hydroxidu hlinitého a sulfatovaná sacharóza, které při nízkém pH vytvářejí vazký gel. Pro léčbu žaludečních a duodenálních vředů není jednoznačná indikace. Preparáty: Venter, Ulcogant.

- **Bismut**- mechanismus účinku je stejný jako u sukralfátu. Navíc se uplatňuje v eradikaci *Helicobacter pylori*. Nežádoucím účinkem je tmavé zbarvení jazyka a stolice. Dnes již není k dispozici v databázi České republiky.

- **Syntetická analoga prostaglandinů**- nahrazují nedostatek prostaglandinů v žaludeční sliznici. Nevýhodou je vznik průjmů a vysoká cena.

d) Inhibitory protonové pumpy

V dnešní době jsou léky první volby, pro dokonalou supresi produkce kyseliny chlorovodíkové. Tato léková skupina se užívá téměř ve všech indikacích léčby peptického vředu, bez ohledu na lokalizaci v trávicí trubici. Inhibitory protonové pumpy se mimo jiné používají i k eradikaci *Helicobacter pylori*. Nejznámějším a nejvíce používaným lékem je Omeprazol. Za dva týdny zhojí 67% vředových lézí a za čtyři týdny až 90%.

- **Omeprazol**- je obsažen v mnoha generických lécích, jako jsou například- Gasec, Helicid, Losec, Loseprazol, Omeprazol AL, Ortanol atd.

2.1.2 Eradikace *Helicobacter pylori*

Helicobacter pylori má zásadní význam v etiopatogenezi vředové choroby žaludku a duodena. Je nezbytné tuto infekci vyléčit. Peptické vředy jsou touto infekcí sdruženy až ve sto procentech, ale vždy záleží na místě odběru. Dále musíme rozlišit dva pojmy.

- **Eradikace *Helicobacter pylori***- znamená trvalé odstranění helicobacterové infekce. Může dojít k reinfekci, proto se jako rozhodná doba udává jeden měsíc po ukončení léčby.
- **Eliminace *Helicobacter pylori***- znamená vymizení helicobacterové infekce bezprostředně po léčbě. Pro posouzení úspěchu léčby je nevýznamná.

V České republice se používají trojkombinace nebo čtyřkombinace s přidáním bismutových solí, které jsou velmi účinné.

2.1.3 Dietoterapie

V dnešní době se klade důraz na racionální stravu s vyváženým obsahem živin. Ukázněnost pacienta, změna životního stylu a stravovacích návyků, jsou důležitými faktory při vzniku vředové choroby. Důležité je vědět, čeho by se měl nemocný vyvarovat.

Nejobávanější škodlivinou je kouření, v závislosti na množství vykouřených cigaret. Kouření zpomaluje hojení vředu a má negativní vliv na jeho recidivu. U kuřáků hrozí vyšší riziko komplikací vředové choroby. Měli bychom pacienta motivovat, aby přestal kouřit nebo alespoň cigarety radikálně omezil pouze na dobu po jídle.

Další nevhodnou pochutinou je káva a silný černý čaj. Zvyšují kyselost žaludeční šťávy. Kávu by měli nemocní konzumovat maximálně jednou denně, nejlépe po jídle, ale nekombinovat s kouřením.

U vředové choroby je absolutně nevhodná konzumace alkoholu, zejména koncentrovaného. Přímo poškozují žaludeční sliznici a dráždí k větší produkci kyseliny chlorovodíkové.

Nemocní s vředovou chorobou by si ke konzumaci měli vybírat lehká, snadno stravitelná jídla. Vyvarovat by se měli tučným smaženým jídlům, dráždivým a kořeněným pochutinám, tuhé a nezralé zelenině a ovoci, které je vhodnější nastrohat nebo rozmixovat. Nevhodné jsou papriky a cibule, uzeniny, konzervy, džusy a perlivá voda. Tito lidé by neměli jíst před spaním nebo v noci.

2.1.4 Psychoterapie

Z důvodu úplného vyléčení je důležité, aby nemocný dodržoval správnou životosprávu. Nejenom dietu, ale i pravidelný denní režim a vhodný celkový styl života. Dostatečný odpočinek a spánek je velice důležitý. Stres působí negativně na vlastní onemocnění, proto se snažíme stres redukovat i dostatečným informováním o jeho zdravotním stavu a vyšetřeních, která bude absolvovat. Nemocného motivujeme k aktivní spolupráci při léčbě. Upozorníme na různé relaxační techniky. Pro toto onemocnění je absolutně nevhodné stresové prostředí, psychické vypětí, řešení mnoha problémů, spěch, nepravidelné stravování a životní nespokojenost.

2.2 Chirurgická terapie

Chirurgická terapie je všeobecně indikována po vyčerpání všech dostupných druhů konzervativní terapie.

2.2.1 Chirurgická terapie gastrického vředu

Chirurgická terapie u žaludečního vředu je indikována, když vředy nereagují na konzervativní léčbu během osmi týdnů, při mnohočetných žaludečních vředech, u medikamentózně vyvolaných vředů, kde se musí pokračovat v léčbě. Časné recidivy vředu.

Resekce žaludku je základním chirurgickým výkonem. Může mít různý rozsah, počínaje antrektomií konče subtotální resekcí. Řídíme se velikostí vředu a jeho uložením. Vagotomie má výsledky lepší u vředu duodenálního (Mařatka, Z., 1999).

2.2.2 Chirurgická terapie duodenálního vředu

Chirurgickou terapii upřednostníme tehdy, jestliže vředy nereagují na konzervativní terapii, obtíže recidivují 3-4krát během dvou let, pacient nedodrží konzervativní terapii, například pije alkohol, kouří, užívá analgetika apod. (Mařatka, Z., 1999).

Vagotomie je základním výkonem. Vagotomii lze také kombinovat s antrektomií.

2.3 Prognóza

Prognóza vředové choroby je v podstatě velmi příznivá za předpokladu, že se nemocný bude léčit včas a v plném rozsahu. To znamená, že bude mimo jiné ochoten plnit všechna doporučení, o kterých v této práci píše.

V současné době se intenzivně pracuje na vakcíně proti *Helicobacteru pylori*, která by výrazně omezila nejen výskyt vředové choroby, ale i rakoviny žaludku.

PRAKTICKÁ ČÁST

3. Ošetřovatelský proces u pacienta s vředovou chorobou gastro-duodena

Komplexní ošetřovatelská péče identifikuje aktuální a potencionální zdravotní problémy pacienta. Sestra má specifickou zodpovědnost při vyhledávání, stanovování a poskytování priorit (Farkašová, D. a kol. 2005).

Realizuje se metodou ošetřovatelského procesu. Zaměřuje se na strukturu poskytované péče tak, aby odpovídala potřebám jednotlivce, skupiny nebo komunity.

Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a realizace ošetřovatelské péče, která sestává z pěti základních kroků.

Posuzování- znamená vytvoření databáze, sběr dat a informací. Je základním prvkem ošetřovatelského procesu. Patří k němu odebrání anamnézy, zhodnocení zdravotního stavu, přehled laboratorních výsledků a dalších vyšetření. Spolupráce s rodinnými příslušníky a klinickými odborníky.

Diagnostika- je zhodnocení potřeb nemocného a stanovení ošetřovatelských diagnóz dle priorit.

Plánování- je vytvoření cílů dle priorit, výsledných kritérií, vypracování intervencí závislých na ošetřovatelské péči.

Realizace- je vykonávání plánovaných ošetřovatelských zásahů na pomoc pacientovi, abychom dosáhli stanovených cílů.

Vyhodnocení- znamená určení rozsahu splnění cílů nemocného a ošetřovatelské péče. Jeho závěry rozhodují, zda máme ošetřovatelské zásahy ukončit nebo je máme zrevidovat, či dokonce změnit. (Kozierová, B. a kol. 1995).

Postupně se s teoretickým a klinickým vývojem ošetřovatelského procesu začal používat termín sesterská ošetřovatelská diagnóza. Tento pojem se vyvíjí už od 50.- 60. let minulého století. Používáme ho k formulaci problémů a potřeb pacienta. Cílem ošetřovatelského procesu je zhodnocení zdravotního stavu pacienta, naplánování péče k uspokojení zjištěných potřeb a hlavně vykonání specifických zásahů k dosažení jejich uspokojení.

Ošetřovatelský proces je cyklický děj, jehož pět složek probíhá v logickém uspořádání a v daném časovém průběhu. Na konci prvního cyklu můžeme péči ukončit,

jestliže jsme dosáhli stanoveného cíle nebo můžeme cyklus opět opakovat, po novém posouzení. (Kozierová, B. a kol. 1995).

Ošetrovatelský proces má pro sestru mnohé výhody. Tím jsou například důsledné a systematické vzdělávání, sebevědomí, odborný růst, uspokojení v zaměstnání. Sestra se zároveň vyhýbá rozporům se zákonem. Při dodržování všech pěti fází ošetrovatelského procesu sestra plní všechny zákonné normy vzhledem k pacientovi a zároveň splňuje odborné ošetrovatelské normy.

Ošetrovatelský proces má výhody samozřejmě i pro pacienta. Řadíme mezi ně kvalitní plánovanou ošetrovatelskou péči k uspokojení potřeb jednotlivce, rodiny nebo společnosti. Systematické vyhodnocování a opakované posuzování potřeb, měnících se, se stavem pacienta, které zajišťují odpovídající úroveň ošetrovatelské péče. Snažíme se získat účast pacienta na ošetrování, což pacientovi pomůže získat vědomosti o daném ošetrovatelském postupu.

3.1 Sesterská anamnéza

Jméno a příjmení: A. B.

Bydliště: Náchod

Datum přijetí: 1.12. 2007

Den hospitalizace: 1

Povolání: Důchodkyně, dříve prodavačka

Stav: Vdova

Datum narození: 1926

Věk: 81

Pohlaví: Ženské

Oddělení: Chirurgie

Důvod přijetí: Akutní bolest břicha

Lékařská diagnóza: Abdominální algický syndrom

Minerálová dysbalance

Po gastrokopii zjištěn pylorický vřed

Přidružená onemocnění: Stav po operaci levé kyčle- totální endoprotéza- TEP

Chronická obstrukční plicní nemoc-CHOPN

Hypertenzní nemoc

Diabetes Mellitus II. typu na perorálních antidiabetických

Stav po cholecystectomii

Fyzikální vyšetření: Výška- 160 cm

Hmotnost- 67 kg

BMI= 26

Dieta: 0s/ 9

Pohybový režim- klid na lůžku

FF- Dech 20´

Pulz 80´

TK 130/80

TT 36,6°C

3.2 Lékařská anamnéza

Pacientka byla přivezena rychlou lékařskou pomocí pro bolesti břicha.

Subjektivně: asi týden mám bolesti břicha v okolí pupku a nad pupkem, opakovaně zvracím, nemůžu jíst. Na stolici jsem byla naposled ve středu, to je před třemi dny. Od té doby se mi zastavily i větry. Zhubla jsem, ale nevím kolik, za jak dlouho.

Osobní anamnéza:

Stav po operaci levé kyčle 2005

Chronická obstrukční plicní nemoc

Hypertenzní nemoc

Diabetes Mellitus II. typu na perorálních antidiabetických

Stav po cholecystectomii

Prodělala běžná dětská onemocnění, v mládí se s ničím neléčila.

Rodinná anamnéza:

Matka se léčila s hypertenzí, zemřela na infarkt myokardu.

Otec byl zdravý, zemřel přirozenou smrtí.

Sourozenci- sestra zemřela v 77 letech na cévní mozkovou příhodu.

Děti- dcera 58 let, léčí se s hypertenzí, dcera 51 let zdráva, syn zemřel ve 44 letech při autonehodě.

Úrazy:

V roce 2005 si zlomila krček levé dolní končetiny, byla provedena totální endoprotéza.

Chronická farmakologická anamnéza:

Afonilum: 250mg 1-0-1 p.o. tbl.- bronchodilatans

Berodual: 1-0-1 inhalace- bronchodilatans

Amicloton: 25mg 1-0-0 p.o. tbl.- diuretikum

Enalapril: 5mg 1-0-1 p.o. tbl. - vazodilatans

Ginkgio: 40mg 1-1-1 p.o. tbl.- nootropikum

Minidiab: 5mg 1-0-0 p.o. tbl,- perorální antidiabetikum

Molsihexal: 2mg 1-1-1 p.o. tbl.- vazodilatans

Neurol: 0,5mg 1-0-1 p.o. tbl.- anxiolytikum

Prothiaden: 25mg 0-0-1 p.o. tbl.- antidepresivum

Nitromint: 0,4mg 1-0-1 p.o. tbl.- vazodilatans

Zolpidem: 10mg 0-0-1/2 p.o. tbl.- hypmotikum

Medrin: 1-0-0 p.o. tbl.- antiemetikum

Alergická anamnéza:

Neguje.

Abúzy:

Alkohol nepije, kávu občas, nekouří.

Gynekologická anamnéza:

Sexuální život nevede, porodila tři děti, potrat ani interrupci neprodělala. Menopauza v padesáti letech. Ochlupení ženského typu, prsy bez patologických rezistencí a změn na kůži.

Sociální anamnéza:

Pacientka bydlí v penzionu pro seniory s ošetrovatelskou péčí, kde je navštěvována rodinou.

Pracovní anamnéza:

Pacientka pracovala jako prodavačka, toho času je v důchodu.

3.3 Fyzikální vyšetření sestrou

Hlava a krk:

Hlava normocefalická, pokleповě nebolestivá, nervus trigeminus nebolestivý, bulvy ve středním postavení, hybné všemi směry. Skléry bílé, zornice jsou izokorické. Uši a nos fyziologické, bez sekrece, sluch orientačně neporušený. Jazyk plazí ve střední linii, sušší, mírně povleklý. Sliznice vlhké, tonzily nezvětšeny. Chrup- umělá protéza. Krk je souměrný, bez omezené hybnosti. Lymfatické uzliny jsou nezvětšené, thyroideu nehmatám. Krční cévy pulzují symetricky s přiměřenou náplní.

Hrudník:

Pacientka je bez klidové dušnosti, bez akrální cyanózy. Hrudník má souměrný, bez deformit. Poklep plný, dýchání auskultačně sklípkové s ojedinělými chrůpky. Dech 20'. Srdeční akce pravidelná- 80', ozvy ohraničené, šelest neslyším. Prsy jsou bilaterálně symetrické, palpačně bez rezistence. Bradavky a kůže jsou fyziologické.

Břicho:

Břicho nad niveau, hůře prohmatné. Palpačně difúzně bolestivé s maximem v epigastriu. Bez hmatné rezistence. Tapottement negativní. Peristaltika auskultačně výrazně omezena. Játra a slezinu nehmatám. Jizva po cholecystectomii klidná, podbřišky volné, bez patologického nálezu. Mírná nadváha. Pacientka trpí nauzeou a zvracením.

Urogenitální systém:

Pacientka neudává problémy při močení.

Horní a dolní končetiny:

Horní končetiny volně pohyblivé, bez bolesti, bez patologických změn.

Dolní končetiny bez edémů, lýtka palpačně nebolestivá. Pulzace dolních končetin je slabě hmatná do periferie. V coxofemorální krajině levé končetiny je jizva po operaci

totální endoprotézy. Tato končetina je zkrácena o 1cm. Pohyb bilaterálně volný, mírně bolestivý v oblasti levé kyčle. Pacientka ujde pouze krátkou vzdálenost, za podpory francouzských holí.

Nervový systém:

Pacientka je lucidní, spolupracuje, kontakt je dobrý. Je orientovaná osobou, místem i časem. Mluví zřetelně, artikulovaně. Reflexy má zachované. Zrak, sluch a čich bez patologie. Ústní koutky bez poklesu. Vraštění čela, špulení úst a nazolabiální rýhy jsou bilaterálně symetrické.

Kůže:

Kůže je bez ikteru a cyanózy, teplá, nezpocená. Kožní turgor přiměřený.

3.4 Aktuální léčba

Pacientce je zaveden periferní žilní katétr a permanentní močový katétr. Naordinovaná je dieta 0s/ 9, o které je pacientka poučena. Pohybový režim- klid na lůžku.

Infuzní terapie:

1. Fyziologický roztok 1000 ml + 30 ml NaCl + 20 ml KCl + 1 ampule MgSO₄ na 3-4 hodiny. Podáno v 18 hodin.
2. Fyziologický roztok 1000 ml + 20 ml NaCl na 3-4 hodiny. Podáno ve 22 hodin.
3. Ringerův roztok 1000 ml + 20 ml NaCl + 20 ml KCl na 3-4 hodiny. Podáno ve 2 hodiny.

Lactulóza 3x denně 1 lžice, p.o.- laxativum

Apo-ome 20mg 1-0-1, p.o.- antiulcerozum

Degan 1 ampule i.v. á 8-16-24, i.v.- prokinetikum

Clexane 0,4 ml á 24 hodin, s.c.- antikoagulans

Vyšetření:

Laboratorní vyšetření: urea, kreatinin, Na, K, Cl, bilirubin, ALT, AST, GMT, ALP, AMS, CRP, glukóza, leukocyty, erytrocyty, hemoglobin, hematocrit. Moč + sediment.

Ostatní vyšetření:

Ultrasonografie břicha, rentgen- nativní snímek břicha, gastroscopie.

3.5 Ošetřovatelská anamnéza dle M. Gordon

1. Vnímání zdraví

Pacientka vnímá svůj zdravotní stav jako narušený. Pro udržení zdraví se snaží jíst pravidelně. Jídlo do penzionu dováží firma ve všední dny, pouze obědy. Za poslední rok neprodělala žádné závažnější onemocnění, ani úrazy. Lékařská doporučení dodržuje důsledně a léky, které si sama připravuje, užívá pravidelně. Při objevení současných potíží byla pacientce přivolána rychlá lékařská pomoc.

2. Výživa, metabolismus

Pacientka udává, že dosti zhubla, ale neví kolik kilogramů, za jak dlouho. Pacientka trpí mírnou nadváhou, BMI= 26. Nyní pacientka lační, vzhledem k endoskopickému vyšetření, přijímá pouze tekutiny po lžičkách. Dieta číslo 0s/ 9 – čajová diabetická, o které je poučena. Má umělou zubní protézu. Pacientka neudává potíže při polykání, ale trpí nauzeou, zvracením a pyrózou. Jelikož má pacientka Diabetes Mellitus II. typu, je omezena diabetickou dietou číslo 9. Běžně vypije denně asi 1,5 litru tekutin. Ví, že by měla hodně pít. Pocitem sucha v ústech netrpí. Kožní turgor má přiměřený, sliznice růžové. Stav vlasů a nehtů má dobrý.

3. Vylučování – moče, stolice, potu

Pacientce byl zaveden permanentní močový katétr, problémy nemá. Vylučované množství moči je fyziologické, bez patologických příměsí.

Pacientka byla přijata se zácpou, která je řešena ordinací Lactulosity. Obtížemi během defekace netrpí.

4. Aktivita, cvičení

Doma se pohybuje poslední dobou méně, potíže jí způsobuje operovaná končetina. K pohybu využívá francouzských holí. Pacientka nyní dodržuje ordinovaný klid na lůžku. Myslí si, že má dostatek síly a energie. Pacientka necvičí, vzhledem k svému věku a přidruženým onemocněním. Pacientka potřebuje při jídle minimální pomoc. Při mytí, koupání, oblékání a pohybu potřebuje úplný dohled. (V příloze č. 4 naleznete

škálu dle Nortonové hodnotící riziko vzniku dekubitů- 26 bodů- nehrozí vznik dekubitů. Škálu hodnotící riziko pádu- 5 bodů- pacientka je ohrožena pádem, viz. příloha č.5. Barthelův test základních všedních činností- 55 bodů- ukazuje na závislost středního stupně, viz. příloha č.6).

5. Spánek, odpočinek

Pacientka říká, že má problémy s probouzením, které nastane, když si nevezme prášek na spaní. V noci ji však nic neruší. Po probuzení se cítí často unavená. Spí přes den několik hodin, nejméně dvě.

6. Vnímání

Pacientka udržuje pozornost stálou, je plně orientovaná osobou, časem i místem. Sluch má neporušený. Zrak má zhoršený na obě oči, používá brýle na čtení i na dálku, které má u sebe. Paměť má neporušenou, učí se logicky i mechanicky. Řeč je plynulá, artikulovaná a mluvenému slovu rozumí. Kontakt udržuje otevřený. Nyní si stěžuje na bolesti břicha, intenzitu označila za strašnou, stupněm 4.

7. Sebepojetí

Pacientka se považuje za optimistu, ale důvěřuje si méně. Ráda dělá ruční práce a považuje se za zručnou. Nyní má strach, protože neví, co jí je. Také se jí stýská po dcerách a synovi, který tragicky zahynul při autonehodě. Nervózní pacientka nebývá. Se svým vzhledem je spokojená, úměrně svému věku.

8. Role – mezilidské vztahy

Pacientka bydlí v penzionu pro seniory, kde je celkem spokojená, ale stýská se jí po rodině. Má dvě dcery a vnoučata. Syn zemřel při tragické autonehodě, manžel na cévní mozkovou příhodu. Rodina reaguje na onemocnění matky se zájmem a ochotou pomoci. Pacientka je toho času v důchodu. Dříve pracovala jako prodavačka. S lidmi je v kontaktu málo kdy, chová se k lidem přátelsky.

9. Sexualita

Sexuální život nevede, porodila tři děti. Neprodělala potrat, ani umělou interrupci. Menstruovat začala v šestnácti letech s cyklem 28 dnů. Menopauza nastala v padesáti letech.

10. Stresové zátěžové situace

Napětí prožívá zřídka a nejčastěji ho způsobuje onemocnění nebo rodina. Snižuje ho pouze čas a nemyslet na to, co ho způsobilo. Vyrovnává se s ním jak kdy. Záleží na tom, co ho způsobilo. Chvíli jí trvá, než se s ním vyrovná. Pomáhá jí rodina nebo samota. Žádné důležité změny v posledních dvou letech nenastaly. (V příloze č. 7 naleznete Stupnici hodnocení psychického zdraví- 3 body- pacientka nemá psychické zdraví porušené).

11. Víra, životní hodnoty

Náboženská víra je pro pacientku důležitá hodnota, i při hospitalizaci. Osobní zájem na návštěvě duchovního nebo kaple nemá. Víra ji nezavazuje k žádnému omezení. Následující hodnoty seřadila v tomto pořadí- zdraví, rodina, víra, peníze, záliby, práce, cestování.

12. Jiné

Pacientka jiné, než uvedené problémy nesdělila. Nic nepožaduje.

3.6 Ošetrovatelské Diagnózy

1. Bolest akutní z důvodu algického abdominálního syndromu, projevující se verbalizací, hledáním úlevové polohy, nauzeou a zvracením, pyrózou, zácpou a zástavou větrů.

Dlouhodobý cíl: Pacientka je bez bolesti do 1. týdne.

Krátkodobý cíl: Pacientka verbalizuje snížení bolesti o 1 stupeň ze 4. na 3. (stupnice 0- 5) do 2 dnů.

Výsledná kritéria:

Pacientka verbalizuje zmírnění bolesti do 24. hodin.

Pacientka zná úlevovou polohu do 24. hodin.

Pacientka ovládá dechová cvičení do 24. hodin.

Pacientka zná a dodržuje ordinovanou dietu- ihned.

Pacientka zná důvod pyrózy do 24. hodin.

Pacientka provádí masáž břicha napomáhající k odchodu větrů do 4. hodin.

Pacientka zná možnosti vyprázdnění stolice do 4. hodin.

Intervence:

Hodnot' bolest 3x denně na škále 0- 5.

Podávej analgetika dle ordinace lékaře.

Pozoruj neverbální projevy bolesti při každém kontaktu s pacientkou.

Ulož pacientku do zvýšené polohy nebo na bok do 2. hodin.

Zajisti na pokoji příjemné prostředí a klid do 2. hodin.

Edukuj pacientku o klidovém režimu do 2. hodin.

Edukuj pacientku o dietě 0s/ 9 = čajová šetřící diabetická- ihned.

Zajisti emitní misku a buničinu, dle potřeby.

Edukuj pacientku o příčinách pálení žáhy do 2. hodin.

Edukuj pacientku o postupu zavedení rektální rourky do 2. hodin.

Zajisti spolupráci fyzioterapeuta do 24. hodin.

Realizace:

1.12.2007

17.30 hodin

- Pacientku jsme uložili na lůžko do zvýšené polohy.
- Zavedli jsme permanentní močový katétr a periferní žilní kanylu.
- Odebrali jsme moč na biochemické vyšetření.
- Podali jsme infuzní terapii.
- Změřili jsme pacientce vitální funkce- krevní tlak-130/80, pulz-80', dech- 20', tělesná teplota- 36,8°C a saturace kyslíku- 96%.
- Pacientce jsme dali k ruce emitní misku a buničinu.

18.00 hodin

- Vyhodnocení bolesti na škále 0-5, pacientka označila bolest za strašnou, a to číslem 4.
- Edukovali jsme pacientku o typu diety.
- Edukovali jsme pacientku o klidovém režimu.
- Edukovali jsme pacientku o zavedení rektální rourky.
- Aplikovali jsme ordinované léky.
- Pacientka má k dispozici dostatek tekutin.

19.00 hodin

- Zajistili jsme na pokoji příjemné a bezpečné prostředí a čerstvý vzduch.
- Monitorujeme příjem a výdej tekutin u pacientky.
- Zavedli jsme pacientce rektální rourku.

2.12.2007

9.00 hodin

- Znovu jsme hodnotili škálu bolesti, kterou pacientka označila opět číslem 4.
- Přizvali jsme fyzioterapeuta, který pacientku naučil několik dechových a relaxačních technik a provádí rehabilitaci na lůžku.
- Vykonali jsme s pacientkou hygienu na lůžku.

12.00 hodin

- Podali jsme léky dle ordinace lékaře.
- Změřili jsme fyziologické funkce, které jsou v normě.

- Vedli jsme rozhovor o pocitech pacientky a o intenzitě bolesti.

17.00

- Hodnocení bolesti pomocí škály 0-5, pacientka určila stupeň 3.
- Provedli jsme sterilní převaz periferní žilní kanyly.
- Lékař vysvětlil pacientce příčiny prózy.

3.12.2007

9.00 hodin

- Podali jsme léky dle ordinace lékaře.
- Vyhodnotili jsme s pacientkou intenzitu bolesti na stupeň 2.
- Vyndali jsme pacientce periferní žilní kanylu.
- Nabízeli jsme pacientce dostatek tekutin.
- Změřili jsme fyziologické funkce, které jsou v normě.
- Vykonali jsme s pacientkou hygienu ve sprše, kam byla dovezena na vozíku.
- Přizvali jsme fyzioterapeuta k rehabilitaci s pacientkou na lůžku a u lůžka.

12.00 hodin

- Podali jsme léky dle ordinace lékaře.
- Vedli jsme s pacientkou rozhovor o jejich pocitech a intenzitě bolesti.

Hodnocení 3.12.2007 ve 12.00 hodin

Krátkodobý cíl se splnil. Pacientka verbalizuje snížení bolesti o 2 stupně za 3 dny. Spolupracuje dobře. Nyní se již cítí se lépe, nezvrací, ani netrpí nauzeou. Snaží se realizovat dechová a relaxační cvičení.

2. Strach z důvodu vlastního onemocnění, projevující se obavami z budoucnosti, smutkem, plačtivostí.

Dlouhodobý cíl: Pacientka je bez strachu v maximální možné míře do 2. měsíců.

Krátkodobý cíl: Pacientka zná diagnózu a prognózu svého onemocnění do 5-ti dnů.

Výsledná kritéria:

Pacientka je informovaná o průběhu léčby a výkonech do 48. hodin.

Pacientka ovládá relaxační techniky do 48. hodin.

Pacientka chce mluvit o svých pocitech do 48. hodin.

Intervence:

Zajisti informovanost pacientky lékařem do 24. hodin.

Motivuj pacientku, aby mluvila o svých pocitech a problémech, několikrát denně.

Pozorně pacientce naslouchej- vždy.

Dle potřeby přizvi na pomoc klinického psychologa.

Nauč pacientku za pomoci fyzioterapeuta relaxačním technikám do 48. hodin.

Zajisti klidné prostředí na pokoji i v prostorách oddělení do 2. hodin.

Zjisti zájmové činnosti pacientky do 24. hodin.

Snaž se pacientku motivovat k pozitivním myšlenkám do 24. hodin.

Kontaktuj příbuzné pacientky a snaž se zajistit jejich návštěvy do 24. hodin.

Realizace:**1.12.2007**

18.00 hodin

- Pacientku jsme uložili na lůžko do zvýšené polohy.
- Během rozhovoru jsme se snažili rozpoznat verbální i neverbální projevy pacientky a zároveň ji motivovat k pozitivním myšlenkám.
- Informovali jsme pacientku o důvodech zavedení periferní žilní kanyly a permanentního močového katétru.

2.12.2007

9.00 hodin

- Vedli jsme s pacientkou rozhovor o jejích pocitech smutku strachu, snažili jsme se ji motivovat k pozitivnímu myšlení.
- Snažili jsme se pacientku zabavit poslechem rádia, sledováním televize a četbou.
- Přizvali jsme fyzioterapeuta k nácviku relaxačních technik.

12.00 hodin

- Podali jsme léky dle ordinace lékaře.
- Kontaktovali jsme příbuzné a vyzvali je k návštěvě pacientky.
- Naslouchali jsme pacientce a vyzvali ji k vyjádření pocitů a emocí.
- Vyzvali jsme lékaře, aby pacientku informoval o zdravotním stavu.
- Snažili jsme se s pacientkou provádět relaxační techniky.

3.12.2007

9.00 hodin

- Podali jsme léky dle ordinace lékaře.
- Při rozhovoru s pacientkou jsme zaznamenali veselejší náladu, z důvodu včerejší návštěvy rodinou.
- Vykonali jsme s pacientkou hygienu ve sprše s malou pomocí, kam byla odvezena na vozíku.

12.00 hodin

- Podali jsme léky dle ordinace lékaře.
- Při vedeném rozhovoru byla pacientka otevřenější, těšila se na další návštěvu příbuzných.
- Přizvali jsme fyzioterapeuta k rehabilitaci u lůžka.

Hodnocení 3.12.2007 ve 14.00 hodin

Krátkodobý cíl se splnil. Pacientka byla informována o svém zdravotním stavu do 3. dnů. Pacientka spolupracovala, verbalizovala své pocity. Po návštěvě rodinou se cítila lépe, měla lepší náladu. Snažila se zapojit do komunikace se spolupacientkami. Strachu se však úplně nezbavila, proto pokračujeme v naplánovaných intervencích.

3. Společenská izolace z důvodu hospitalizace, projevující se pocitem osamělosti, smutkem, sníženou sebedůvěrou.

Dlouhodobý cíl: Pacientka je v častějším kontaktu s lidmi do 1. měsíce.

Krátkodobý cíl: Pacientka je navštěvována rodinou minimálně 4x týdně.

Výsledná kritéria:

Umožníme pacientce alespoň telefonický kontakt s rodinou do 24. hodin.

Pacientka ovládá relaxační techniky do 48. hodin.

Pacientka zná postup léčby do 24. hodin.

Pacientka ví, jaká vyšetření bude absolvovat do 24. hodin.

Intervence:

Kontaktuj rodinu pacientky a zajisti návštěvy alespoň 4x týdně do 24. hodin.

Zajisti pacientce klid na pokoji, dle potřeby.

Zjisti záliby a zájmy pacientky do 48. hodin.

Snaž se s pacientkou mluvit o jejích pocitech a problémech několikrát denně.

Zajisti, aby byla pacientka informovaná lékařem o zdravotním stavu do 24. hodin.

Edukuj pacientku o průběhu léčby a vyšetřeních během hospitalizace do 48. hodin.

Dle potřeby zajisti spolupráci klinického psychologa.

Zajisti spolupráci fyzioterapeuta do 48. hodin.

Realizace:**1.12.2007**

18.00 hodin

- Zajistili jsme pacientce klidné a příjemné prostředí na pokoji.
- Během vedeného rozhovoru jsme se pacientkou snažili mluvit o jejích problémech a pocitech a motivovat ji k pozitivním myšlenkám.
- Kontaktovali jsme rodinu pacientky a informovali o hospitalizaci.

2.12.2007

9.00 hodin

- Podali jsme léky dle ordinace lékaře.
- Vykonali jsme s pacientkou hygienu na lůžku.
- Provedli jsme sterilní převaz periferní žilní kanyly.
- Během vedeného rozhovoru jsme zjistili zájmy pacientky a zajistili poslech rádia, četbu a sledování televize.

12.00 hodin

- Podali jsme léky dle ordinace lékaře.
- Přizvali jsme na fyzioterapeuta k nácviku relaxačních technik.
- Během vedeného rozhovoru si pacientka vyžádala telefonický kontakt s rodinou, při kterém si domluvila návštěvu.
- Edukovali jsme pacientku o průběhu plánovaného vyšetření- gastrokopie.

3.12.2007

9.00 hodin

- Podali jsme léky dle ordinace lékaře.
- Vykonali jsme s pacientkou hygienu ve sprše s malou pomocí, kam byla dovezena na vozíku.
- Během vedeného rozhovoru byla pacientka otevřenější, s veselejší náladou, z důvodu včerejší návštěvy rodinou.

12.00 hodin

- Podali jsme léky dle ordinace lékaře.
- Zajistili jsme spolupráci fyzioterapeuta při rehabilitaci u lůžka.
- Při vedeném rozhovoru se pacientka více otevřela, měla veselejší náladu, těšila se na další návštěvu rodiny.
- Pacientka se snažila zapojit do komunikace se spolupacientkami.

Hodnocení 3.12.2007 ve 14.00 hodin

Krátkodobý cíl se splnil. Pacientka spolupracuje, je otevřenější a snaží se komunikovat s vrstevníky. Rodinou je navštěvována téměř každý den. Pacientka verbalizuje zlepšení zdravotního stavu.

4. Spánek porušený z důvodu abdominálního algického syndromu, projevující se probouzením v noci 1x, denní únavou, spánkem během dne.

Dlouhodobý cíl: Pacientka má fyziologický spánek do 14-ti dnů.

Krátkodobý cíl: Pacientka spí bez probuzení minimálně 5 hodin do 5-ti dnů.

Výsledná kritéria:

Pacientka ovládá spánkovou hygienu do 48. hodin.

Pacientka má denní aktivity během dne do 3. dnů.

Pacientka spí přes den maximálně 2 hodiny do 3. dnů.

Intervence:

Edukuj pacientku o spánkové hygieně do 24. hodin.

Podávej léky dle ordinace lékaře.

Zjistí zájmové činnosti pacientky do 48. hodin.

Zajisti pacientce denní aktivity, dle možností zdravotního stavu.

Zajisti před spaním klid na pokoji.

Zajisti na pokoji čerstvý vzduch před spaním.

Uprav pacientce lůžko před spánkem.

Realizace:**1.12.2007**

18.00 hodin

- Zajistili jsme pacientce klidné a příjemné prostředí na pokoji.
- Během vedeného rozhovoru jsme se snažili zjistit zvyky, které pacientka vykonává před spánkem.
- Podali jsme léky dle ordinace lékaře.

2.12.2007

9.00 hodin

- Podali jsme léky dle ordinace lékaře.
- Během vedeného rozhovoru jsme zjistili zájmy pacientky a zajistili poslech rádia, sledování televize a četbu.
- Vyhodnotili jsme s pacientkou škálu bolesti, kterou pacientka označila stupněm 4.
- Vykonali jsme s pacientkou hygienu na lůžku.

12:00 hodin

- Podali jsme léky dle ordinace lékaře
- Edukovali jsme pacientku o způsobech spánkové hygieny.

- Snažili jsme se pacientku stimulovat poslechem radia, sledováním televize, četbou.

17:00 hodin

- Znovu jsme vyhodnotili škálu bolesti, kterou pacientka označila stupněm 3.
- Během vedeného rozhovoru jsme zjistili, že pacientka spala během dne 2 hodiny.
- Upravili jsme pacientce řádně lůžko, vyvětrali vzduch na pokoji.
- Kontrolními otázkami jsme si ověřili, zda si pacientka pamatuje zásady spánkové hygieny.

3.12.2007

9.00 hodin

- Podali jsme léky dle ordinace lékaře.
- Vykonali jsme s pacientkou hygienu ve sprše, kam byla dovezena na vozíku.
- Vyhodnotili jsme s pacientkou intenzitu bolesti na stupeň 2.
- Pacientka během rozhovoru sdělila, že spala bez probuzení 6 hodin.
- Během vedeného rozhovoru pacientka mluvila otevřeněji o svých pocitech, verbalizovala pomalý ústup bolesti, měla veselejší náladu, protože včera byla navštívena rodinou.

12.00 hodin

- Podali jsme léky dle ordinace lékaře.
- Pacientka rehabilitovala s fyzioterapeutem na lůžku i u lůžka.
- Pacientka navázala kontakt se spolupacientkami.
- Pacientka se věnovala četbě, poslechu rádia a sledování televize.
- Během rozhovoru jsme zjistili, že pacientka spala během dne necelé 2 hodiny.

Hodnocení 3.12.2007 ve 14.00 hodin

Krátkodobý cíl se splnil. Pacientka spí bez probuzení 6 hodin. Spolupracuje a během dne je zaměstnaná svými zájmy a komunikací se spolupacientkami. Přes den spí 1.30-2 hodiny. Pacientka ovládá základy spánkové hygieny.

5. Pohyblivost porušená z důvodu úbytku svalové síly, projevující se schopností ujít pouze krátkou vzdálenost, neschopností stát déle než 3- 5 minut.

Dlouhodobý cíl: Pacientka je schopná delší chůze do 2. měsíců.

Krátkodobý cíl: Pacientka cítí nárůst svalové síly do 1. měsíce.

Výsledná kritéria:

Pacientka ovládá jednoduché rehabilitační cviky do 3. dnů.

Pacientka cvičí pasivně i aktivně do 3. dnů.

Pacientka nacvičuje stoj u lůžka, dle zdravotního stavu do 3. dnů.

Intervence:

Zajisti spolupráci fyzioterapeuta do 48. hodin.

Motivuj pacientku k lepším výkonům každý den.

Zajisti francouzské hole na dosah pacientce do 24. hodin.

Zajisti bezpečné prostředí pro pacientku do 2. hodin.

Monitoruj fyziologické funkce 1x denně, zapisuj do dokumentace.

Realizace:

1.12.2007

18.00 hodin

- Během vedeného rozhovoru jsme zjistili, že má pacientka problémy s chůzí.
- Ihned jsme zajistili bezpečné prostředí na pokoji a lůžko zajistili postranicemi.

2.12.2007

9.00 hodin

- Podali jsme léky dle ordinace lékaře.
- Vykonali jsme s pacientkou hygienu na lůžku.
- Během vedeného rozhovoru jsme vyhodnotili intenzitu bolesti stupněm 4.
- Zajistili jsme spolupráci fyzioterapeuta k pasivní rehabilitaci 2x denně.

12.00 hodin

- Podali jsme léky dle ordinace lékaře.

- Společně s fyzioterapeutem jsme pacientku naučili několik rehabilitačních cviků na lůžku.
- Během rozhovoru jsme se snažili pacientku motivovat a povzbuzovat k větší snaze při rehabilitaci.

17.00 hodin

- Znovu jsme vyhodnotili intenzitu bolesti, a to na stupeň 3.
- Upravili jsme řádně lůžko.
- Zajistili jsme čerstvý vzduch na pokoji.
- Aktivně jsme pacientce nabízeli tekutiny.

3.12.2007

9.00 hodin

- Podali jsme léky dle ordinace lékaře.
- Vykonali jsme s pacientkou hygienu ve sprše, kam byla dovezena na vozíku.
- Vyhodnotili jsme s pacientkou intenzitu bolesti na stupeň 2.
- Během rozhovoru byla pacientka otevřenější, měla veselejší náladu- včera byla navštívena rodinou.
- Fyzioterapeut nacvičoval s pacientkou stoj u lůžka a krátkou chůzi.

12.00 hodin

- Podali jsme léky dle ordinace lékaře.
- Zajistili jsme pacientce poslech rádia, sledování televize a četbu.
- Aktivně jsme vybízeli pacientku k samostatné rehabilitaci na lůžku.
- Nabízeli jsme dostatek tekutin.
- Fyzioterapeut nacvičoval s pacientkou stoj u lůžka a krátkou chůzi.

17.00 hodin

- Zajistili jsme čerstvý vzduch na pokoji.
- Upravili jsme pacientce řádně lůžko.
- Během rozhovoru jsme zjistili, že se pacientka snažila rehabilitovat.

Hodnocení 3.12.2007 v 18.00 hodin

Cíl se nesplnil. Pacientka se cítí ještě dost slabá. Pacientka ale velmi dobře spolupracuje a snaží se rehabilitovat i bez přítomnosti fyzioterapeuta. V naplánovaných intervencích budeme pokračovat.

6. Péče o sebe sama nedostatečná při mytí a osobní hygieně z důvodu zhoršené hybnosti, projevující se neschopností přemístit se do koupelny a zpět.

Dlouhodobý cíl: Pacientka je sama schopná hygieny a koupání do 2. měsíců.

Krátkodobý cíl: Pacientka ujde každý den o 1 metr delší vzdálenost do 10-ti dnů.

Výsledná kritéria:

Pacientka zná příčinu zhoršené hybnosti do 48. hodin.

Pacientka ví, jak správně používat kompenzační pomůcky do 3. dnů.

Intervence:

Zajisti informovanost pacientky lékařem do 24. hodin.

Zajisti spolupráci s fyzioterapeutem do 48. hodin.

Motivuj pacientku k lepším výkonům každý den.

Zajisti bezpečné prostředí na pokoji do 2. hodin.

Monitoruj fyziologické funkce 1x denně.

Zajisti, aby měla pacientka francouzské hole při ruce do 24. hodin.

Zajisti dostatečnou hygienu a péči o pokožku dle potřeby.

Realizace:

1.12.2007

18.00 hodin

- Během vedeného rozhovoru jsme zjistili, že pacienta má problémy s chůzí a samostatnou hygienou.
- Zajistili jsme bezpečné prostředí na pokoji a lůžko zajistili postranicemi.

2.12.2007

9.00 hodin

- Podali jsme léky dle ordinace lékaře.
- Vykonali jsme s pacientkou hygienu na lůžku.
- Během rozhovoru jsme s pacientkou vyhodnotili intenzitu bolesti stupněm 4.
- Zajistili jsme spolupráci fyzioterapeuta 2x denně.
- Zajistili jsme informovanost pacientky lékařem o jejím zdravotním stavu.
- Změřili jsme fyziologické funkce, které jsou v normě.

12.00 hodin

- Podali jsme léky dle ordinace lékaře.
- Zajistili jsme poslech rádia, sledování televize a četbu.
- Pacientka rehabilitovala s fyzioterapeutem na lůžku.
- Snažili jsme se pacientku povzbuzovat k lepším výkonům během rehabilitace.
- Snažili jsme se pacientku motivovat, aby rehabilitovala sama bez fyzioterapeuta.

17.00 hodin

- Opět jsme s pacientkou hodnotili intenzitu bolesti, a to stupněm 3.
- Aktivně jsme nabízeli pacientce tekutiny.
- Upravili jsme pacientce řádně lůžko.
- Zajistili jsme čerstvý vzduch na pokoji.

3.12.2007

9.00 hodin

- Podali jsme léky dle ordinace lékaře.
- Vyhodnotili jsme s pacientkou intenzitu bolesti na stupeň 2.
- Vykonali jsme s pacientkou hygienu ve sprše, kam byla dovezena na vozíku- umyla se minimální pomocí sama.
- S pomocí fyzioterapeuta pacientka nacvičovala stoj u lůžka a krátkou chůzi.
- Aktivně jsme pacientce nabízeli tekutiny.

12.00 hodin

- Podali jsme léky dle ordinace lékaře.
- Zajistili jsme pacientce sledování televize, četbu a poslech rádia.
- Fyzioterapeut nacvičoval s pacientkou stoj u lůžka a krátkou chůzi.

- Vybízeli jsme pacientku k samostatné rehabilitaci ve volném čase.
- Aktivně jsme nabízeli tekutiny pacientce.
- Zjistili jsme klid na pokoji a čerstvý vzduch.

Hodnocení 3.12.2007 v 15.00 hodin

Cíl se nesplnil. Pacientka není schopna samostatné chůze, cítí se slabá. Ve sprše se ale sama omyje s minimální pomocí. V naplánovaných intervencích budeme pokračovat.

7. Péče o sebe sama nedostatečná při oblékání a úpravě zevnějšku z důvodu omezené hybnosti, projevující se ztíženým oblékáním dolní poloviny těla.

Dlouhodobý cíl: Pacientka se oblékne bez pomoci do 4. týdnů..

Krátkodobý cíl: Pacientka si bez pomoci oblékne kalhoty do 2. týdnů.

Výsledná kritéria:

Pacientka zná postupy a pomůcky usnadňující oblékání do 5-ti dnů.

Pacientka ovládá posilovací cviky do 5-ti dnů.

Intervence:

Zajisti spolupráci fyzioterapeuta do 48. hodin.

Zajisti bezpečné prostředí do 24. hodin.

Zajisti vhodné oblečení do 24. hodin.

Zajisti pomocné pomůcky- nazouvač obuvi, navlékač ponožek, dle možností oddělení do 48. hodin.

Zajisti spolupráci rodiny do 48. hodin.

Motivuj pacientku ke snaze a spolupráci kdykoliv během rozhovoru.

Realizace:

1.12.2007

18.00 hodin

- Během vedeného rozhovoru jsme zjistili, že má pacientka problémy s oblékáním dolní poloviny těla.
- Zajistili jsme pacientce bezpečné a příjemné prostředí.

2.12.2007

9.00 hodin

- Podali jsme léky dle ordinace lékaře.
- Vykonali jsme s pacientkou hygienu na lůžku.
- Zajistili jsme spolupráci fyzioterapeuta.
- Aktivně jsme nabízeli pacientce tekutiny.
- Během rozhovoru jsme s pacientkou vyhodnotili intenzitu bolesti na stupeň 4.

12.00 hodin

- Podali jsme léky dle ordinace lékaře.
- Zajistili jsme poslech rádia, četbu, sledování televize.
- Pacientka rehabilitovala s fyzioterapeutem na lůžku.
- Snažili jsme se pacientku motivovat a povzbuzovat, aby ve volném čase rehabilitovala sama.
- Aktivně jsme nabízeli tekutiny.

17.00 hodin

- Opětovně jsme s pacientkou zhodnotili intenzitu bolesti, a to na stupeň 3.
- Aktivně jsme pacientce nabízeli tekutiny.
- Rehabilitovali jsme s pacientkou na lůžku.
- Zajistili jsme čerstvý vzduch na pokoji.
- Upravili jsme pacientce řádně lůžko.
- Domluvili jsme s rodinou zajištění vhodného oblečení a obuvi.

3.12.2007

9.00 hodin

- Podali jsme léky dle ordinace lékaře.

- Vykonalí jsme s pacientkou hygienu ve sprše, kam byla dovezena na vozíku- s minimální pomocí se umyla sama.
- Vyhodnotili jsme intenzitu bolesti na stupeň 2.
- Pacientka za pomoci fyzioterapeuta nacvičovala stoj u lůžka a krátkou chůzi.
- Aktivně jsme pacientce nabízeli tekutiny.

12.00 hodin

- Podali jsme léky dle ordinace lékaře.
- Zajistili jsme pacientce poslech rádia, četbu a sledování televize.
- Během vedeného rozhovoru byla pacientka otevřenější a veselejší, prý z důvodu návštěvy rodinou.
- Fyzioterapeut nacvičoval s pacientkou stoj u lůžka, krátkou chůzi a protahování na lůžku.
- Aktivně jsme nabízeli pacientce tekutiny.
- Zajistili jsme klid a čerstvý vzduch na pokoji.

Hodnocení 3.12.2007 ve 14.00 hodin

Cíl se nesplnil. Pacientka si bez pomoci neoblékne kalhoty, ani nezaváže obuv. Pacientka ale dobře spolupracuje a snaží se dosáhnout co nejlepších výsledků. V naplánovaných intervencích budeme pokračovat.

8. Aspirece, zvýšené riziko z důvodu zvracení.

Dlouhodobý cíl: Pacientka nezvrací do 5-ti dnů.

Krátkodobý cíl: Pacientka zaujímá polohu na boku nebo v polosedě- ihned.

Intervence:

Zajisti pacientce vhodnou polohu do 1. hodiny.

Podávej léky dle ordinace lékaře.

Zajisti na pokoji čerstvý vzduch dle potřeby.

Zajisti pacientce k ruce emitní misku a buničinu dle potřeby.

Zajisti pacientce k ruce signalizační zařízení- ihned.

Zapisuj do dokumentace.

Realizace:

1.12.2007

17.30 hodin

- Uložili jsme pacientku do zvýšené polohy.
- Podali jsme léky dle ordinace lékaře.
- Zajistili jsme pacientce k ruce emitní misku a buničinu.
- Zajistili jsme pacientce k ruce signalizační zařízení a dostatek tekutin.
- Zajistili jsme na pokoji čerstvý vzduch a klid.

Hodnocení 1.12.2007 v 19.00 hodin

Krátkodobý cíl se splnil. Pacientka zaujímá bezpečnou polohu v polosedě a dobře spolupracuje.

9. Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedení periferního žilního katétru a permanentního močového katétru.

Dlouhodobý cíl: Pacientka je bez známek infekce po dobu hospitalizace.

Krátkodobý cíl: Pacientka zná projevy infekce do 24. hodin.

Intervence:

Edukuj pacientku o projevech infekce, jako jsou zarudnutí, bolest, zvýšená tělesná teplota, otok, do 48. hodin.

Pouč pacientku, jak pečovat o vstupy do 48. hodin.

Pravidelně prováděj sterilní převazy periferního žilního katétru dle ordinace.

Zaznamenávej do dokumentace.

Realizace:**1.12.2007**

17.30 hodin

- Uložili jsme pacientku do zvýšené polohy.
- Zavedli jsme periferní žilní katétr a permanentní močový katétr.

2.12.2007

9.00 hodin

- Podali jsme léky dle ordinace lékaře.
- Vykonalí jsme s pacientkou hygienu na lůžku.
- Edukovali jsme pacientku o projevech infekce z periferního žilního katétru o infekci močových cest.
- Ověřili jsme si znalosti pacientky kladením otázek.
- Edukovali jsme pacientku, jak zacházet s oběma katétry.
- Provedli jsme sterilní převaz periferní žilní kanyly.

Hodnocení 2.12.2007 ve 12.00 hodin

Krátkodobý cíl se splnil. Pacientka pozná projevy infekce v místě periferní žilní kanyly i infekci močových cest.

10. Poranění, zvýšené riziko z důvodu snížené svalové síly.

Dlouhodobý cíl: Pacientka je bez úrazu po dobu hospitalizace.

Krátkodobý cíl: Pacientka je v bezpečném prostředí- ihned.

Intervence:

Zajisti bezpečné prostředí na pokoji- ihned.

Dej pacientce k ruce francouzské hole do 24. hodin.

Zajisti lůžko postranicemi do 1. hodiny.

Zajisti spolupráci s fyzioterapeutem do 48. hodin.

Případný pád zaznamenej do dokumentace a informuj lékaře.

Realizace:**1.12.2007**

17.30 hodin

- Uložili jsme pacientku do zvýšené polohy.
- Podali jsme léky dle ordinace lékaře.
- Zajistili jsme bezpečné prostředí na pokoji.
- Zajistili jsme lůžko postranicemi.
- Zajistili jsme pacientce k ruce signalizační zařízení.

2.12.2007

9.00 hodin

- Podali jsme léky dle ordinace lékaře.
- Zajistili jsme fyzioterapeuta k rehabilitaci s pacientkou 2x denně.
- Zajistili jsme pacientce k lůžku francouzské hole.
- Aktivně jsme nabízeli pacientce tekutiny.
- Zajistili jsme čerstvý vzduch a klid na pokoji.
- Zajistili jsme pacientce poslech rádia, sledování televize a četbu.

Hodnocení 2.12.2007 ve 12.00 hodin

Krátkodobý cíl se splnil. Pacientka je v bezpečném prostředí a dobře spolupracuje.

3.7 Závěrečné vyhodnocení po deseti dnech

Po deseti dnech péče na chirurgickém oddělení je pacientka aktivnější a verbalizuje ústup obtíží. Spolupracuje dobře a aktivně se podílí na léčebném procesu. Během hospitalizace u pacientky bolest vymizela úplně, nemá problémy s nauzeou, ani zvracením. Cítí se duševně lépe a uvolněněji. Pacientka navázala přátelský kontakt se spolupacientkami a věnovala se i zájmům. Během hospitalizace vymizely i problémy se spánkem, také díky naplánovaným denním aktivitám. Na konci hospitalizace je pacientka schopna ujít delší vzdálenost za podpory francouzských holí, sama se umýt. Sama se také oblékne, ale problém jí dělá oblékání ponožek. Během hospitalizace nedošlo ke vzniku infekce v místě periferní žilní kanyly, ani k infekci močových cest. Téměř všechny cíle byly splněny.

Závěr

„Moudrost je pro duši totéž, co zdraví pro tělo.“

Francois de La Rochefoucauld

Poskytnutí materiálů na vytvoření této bakalářské práce mi bylo umožněno na chirurgickém oddělení v Oblastní nemocnici Náchod. Po přijetí pacientky na oddělení jsme ji uložili na lůžko a provedli fyzikální vyšetření. K sběru dat jsme použili ošetřovatelskou anamnézu dle modelu Marjory Gordon. Stanovili jsme ošetřovatelské problémy. Jako hlavní jsme detekovali bolest, nauzeu, zvracení, strach, porušenou sebeképi a porušenou hybnost. Dále jsme zhodnotili individuální biologické, psychologické, sociální a duchovní potřeby a na jejich základě jsme naplánovali ošetřovatelské diagnózy. Snažili jsme se tyto problémy odstranit, zlepšit, zmírnit a docílit maximální soběstačnosti ve všech zmiňovaných oblastech. Tento cíl se z největší části splnil. Pacientka verbalizuje ústup obtíží, aktivně spolupracuje, věnuje se volnočasovým aktivitám a snaží se dosáhnout co nejlepších výsledků.

Cílem při psaní této bakalářské práce bylo přispět k zvýšení kvality ošetřovatelské péče u pacientů a vředovou chorobou gastro-duodena v praxi, vytvořit jakousi předlohu jak pro zdravotní sestry v praxi v poskytování kvalitní ošetřovatelské péče, tak pro studenty zdravotnických škol a bakalářských programů. Dále vytvořit pomůcku pro semináře a přednášky.

Věříme, že tato práce bude dobrá pomůcka nejen pro sestry na zkvalitnění ošetřovatelské péče, ale i pro pacienty a jejich rodiny, ve smyslu získání informací, jak zlepšit péči o sebe sama a zabránění recidiv onemocnění.

Seznam literatury

1. Dítě, P.: Akutní stavy v gastroenterologii. Praha: Galén, 2005. s. 314
ISBN 80-7262-305-2
2. Doegnes, M. E., Moorhouse, M. F.: Kapesní průvodce zdravotní sestry. 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha: GRADA Publishing, 2001. s. 565,
ISBN 80-247-0242-8
3. Farkašová, D. a kolektiv: Ošetrovatel'stvo- teória. Martin: Osveta, 2005. s. 215,
ISBN 80-8063-182-4
4. Klener, P. et al.: Vnitřní lékařství. Praha: Galén, 2001. druhé doplněné vydání, s.
949, ISBN 80-7262-101-7
5. Kohout, P.: Vředová choroba. Praha: MAXDORF, 2005. s. 77
ISBN 80-7345-077-1
6. Kozierová, B., Erbová, G., Olivieriová, R.: Ošetrovatel'stvo I. a II díl. Martin:
Osveta, 1995. s.1474, ISBN 80-217-0528-0
7. Krška, Z., Zavoral, M. et al.: Krvácení do gastrointestinálního traktu. Praha:
TRITON, 2007. s. 384, ISBN 978-80-7254-994-8
8. Mařatka, Z. a spolupracovníci: Gastroenterologie. Praha: Karolinum, 1999. s.
490, ISBN 80-7184-561-2
9. Meško, D., Katuščák, D., Findra J. a kol.: Akademická příručka. Martin: Osveta,
2006. české upravené vydání, s. 481, ISBN 80-8063-219-7
10. Sýkora, J.: Onemocnění žaludku a dvanáctníku v dětském věku. Praha:
TRITON, 2002. s. 211, ISBN 80-7254-212-5

11. Sysel, D., Pavlíková, S., Sklářová, V.: Základy ošerovatelského procesu v kocke. Bratislava: Štúdio Tatratron, 2002. ISBN- neuvedenoí
12. Šafránková, A., Nejedlá, M.: Interní ošetřovatelství. Praha: GRADA Publishing, 2006. s. 280, ISBN 80-247-1148-6.
13. Špičák, J., Martínek, J.: Onemocnění jícnu., Švestka, T.: Onemocnění žaludku. Brno: APOTEX, 2000. s. 128, ISBN 80-238-5436-4
14. Zeman, M. et al.: Speciální chirurgie. Praha: Galén, 2004. 2. vydání, s. 575, ISBN 80-7262-260-9
15. Vokurka, M., Hugo, J.: Velký lékařský slovník. Praha: MAXDORF, 2004. 4. vydání, s. 966, ISBN 80-7345- 037-2
16. Way, L. W. a kolektiv: Současná chirurgická diagnostika a léčba. Praha: GRADA Publishing, 1998. 1. díl, s. 800, ISBN 80-7169-397-9

Seznam příloh

Příloha č. 1 Duodenální vřed

Příloha č. 2 Antrální vřed

Příloha č. 3 Pylorický vřed

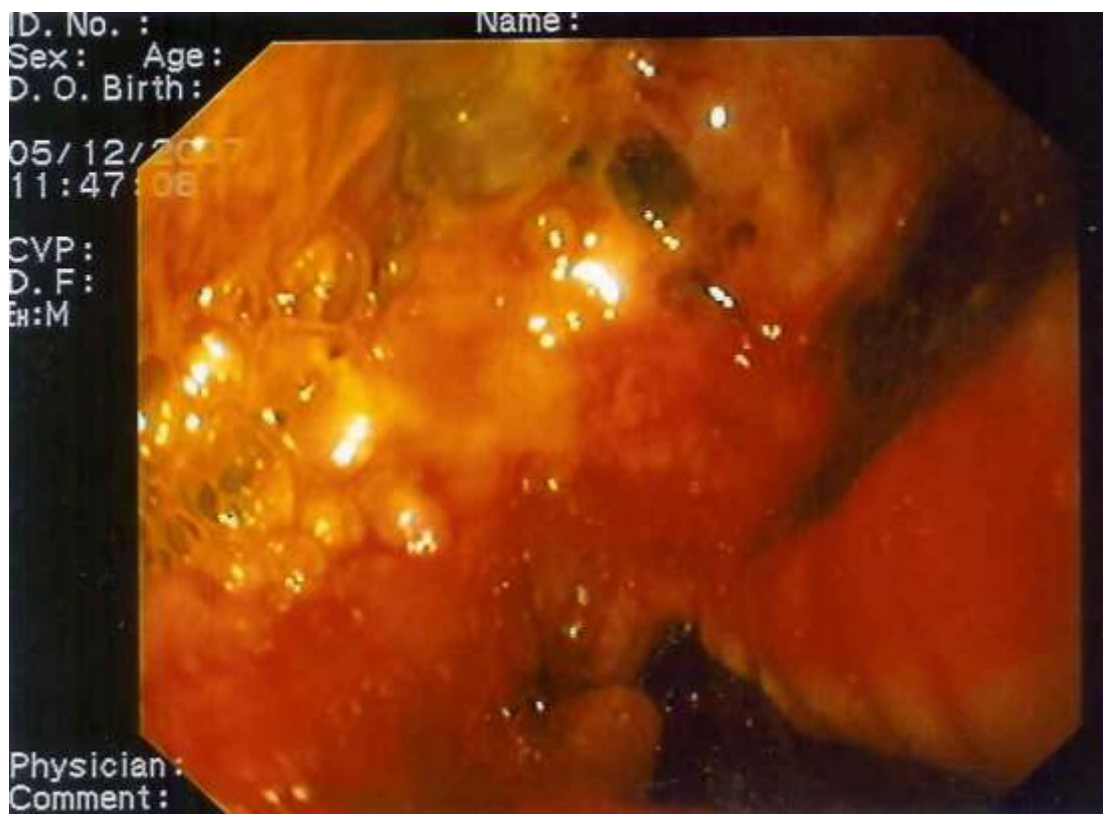
Příloha č. 4 Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové

Příloha č. 5 Zjištění rizika pádu

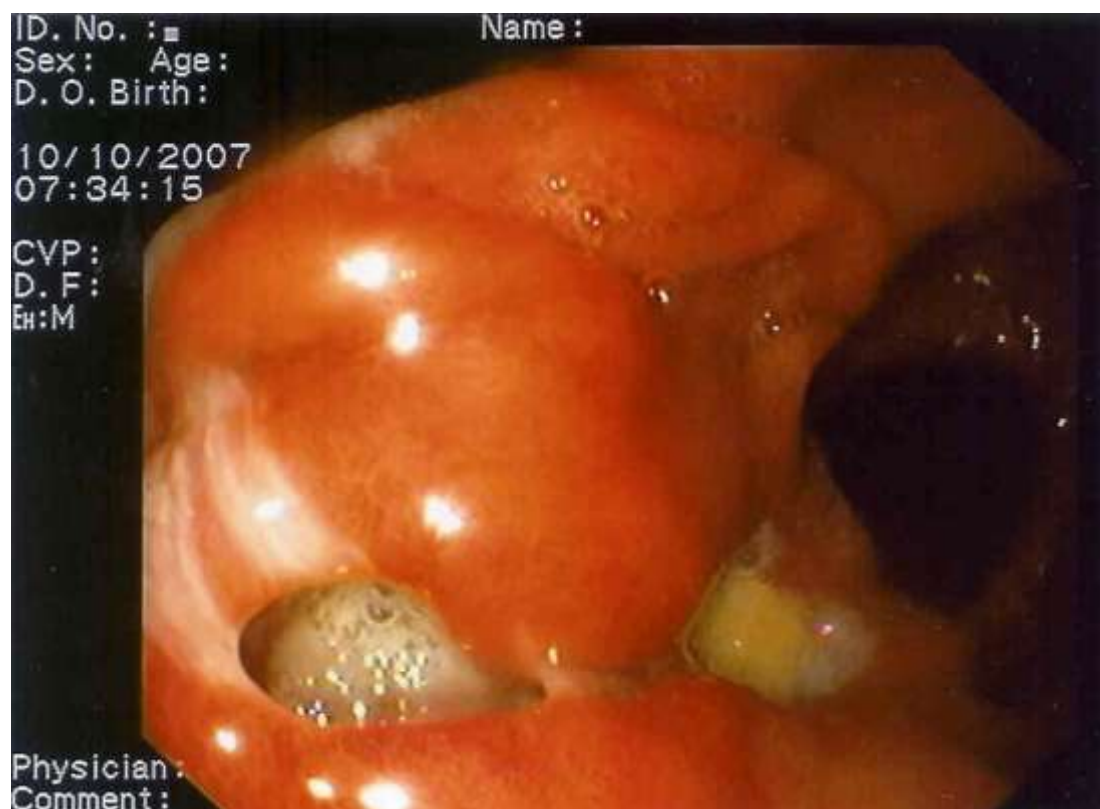
Příloha č. 6 Barthelův test základních všedních činností

Příloha č. 7 Stupnice hodnocení psychického zdraví

Příloha č. 8 Duodenální vřed



Příloha č. 9 Antrální vřed



Příloha č. 10 Pylorický vřed



Příloha č. 11 Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové

| Riziko vzniku dekubitů: (dle Nortonové) vzniká při 25 bodech a méně | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------|--------------|--------------|--------------|-------------|------------------|-----------------|--------------|---|--|--|--|--|
| Schopnost spolupráce | Věk | Stav pokožky | Další nemoci | Tělesný stav | Stav vědomí | Pohyblivost | Inkontinence | Aktivita | | | | | |
| úplná | do 10 | normální | žádné | dobrý | dobrý | úplná | není | chodí | 4 | | | | |
| malá | do 30 | alergie | | horší | apatie | částečně omezená | občas | s doprovodem | 3 | | | | |
| částečná | do 60 | vlhká | | špatný | zmatený | velmi omezená | převážně močová | sedáčka | 2 | | | | |
| žádná | 60+ | suchá | | velmi špatný | bezvědomí | žádná | stolice i moč | leží | 1 | | | | |
| Dne: 26. bodů (součet bodů) | | | | | | | | | | | | | |

Příloha č. 12 Zjištění rizika pádu

| Zjištění rizika pádu | | | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|---|------------------|--------------------------------------|--|---|
| Skóre vyšší než 3, riziko pádu | | | | | | |
| Pohyb | neomezený | 0 | Pád v anamnéze | | 1 | |
| | používá pomůcky | 1 | | Medikace | neužívá rizikové léky | 0 |
| | potřebuje pomoc k pohybu | 1 | | | užívá léky ze skupiny diuretik, antiepileptik, antiparkinsonik antihypertenziv psychotropní léky, benzodiazepiny | 1 |
| Vyprazdňování | neschopnost přesunu | 1 | | | | |
| | nevyžaduje pomoc v anamnéze | 0 | | | | |
| Věk | nykturie/inkontinence | 1 | | | | |
| | vyžaduje pomoc | 1 | | | | |
| Mentální status | 18 - 75 | 0 | Smyslové poruchy | žádné | 0 | |
| | 75 a více | 1 | | | | |
| | orientován | 0 | | vizuální, sluchový, smyslový deficit | 1 | |
| | občasná/ noční inkontinence | 1 | | | | |
| | historie desorientace/demence | 1 | | | | |
| Celkové skóre: 5 bodů | | | | | | |

Příloha č. 13 Barthelův test základních všedních činností

Barthelův test základních všedních činností.
(ADL-activity daily living)

| Činnost: | Provedení činnosti: | Bodové skóre |
|-------------------------------|--------------------------|--------------|
| 01. Najedení, napití | Samostatně bez pomoci | 10 ✓ |
| | S pomoci | 05 |
| | Neprovede | 00 |
| 02. Oblékání | Samostatně bez pomoci | 10 |
| | S pomoci | 05 ✓ |
| | Neprovede | 00 |
| 03. Koupání | Samostatně nebo s pomoci | 05 |
| | Neprovede | 00 ✓ |
| 04. Osobní hygiena | Samostatně nebo s pomoci | 05 ✓ |
| | Neprovede | 00 |
| 05. Kontinence moči | Plně kontinentní | 10 ✓ |
| | Občas inkontinentní | 05 |
| | Trvale inkontinentní | 00 |
| 06. Kontinence stolice | Plně kontinentní | 10 ✓ |
| | Občas inkontinentní | 05 |
| | Inkontinentní | 00 |
| 07. Použití WC | Samostatně bez pomoci | 10 |
| | S pomoci | 05 ✓ |
| | Neprovede | 00 |
| 08. Přesun lůžko-židle | Samostatně bez pomoci | 15 |
| | S malou pomoci | 10 ✓ |
| | Vydrží sedět | 05 |
| | Neprovede | 00 |
| 09. Chůze po rovině | Samostatně nad 50 metrů | 15 |
| | S pomoci 50 metrů | 10 |
| | Na vozíku 50 metrů | 05 |
| | Neprovede | 00 ✓ |
| 10. Chůze po schodech | Samostatně bez pomoci | 10 |
| | S pomoci | 05 |
| | Neprovede | 00 ✓ |

Hodnocení stupně závislosti

| Hodnocení: | Závislost | Body |
|------------|----------------------------|---------------|
| 55 bodů | Vysoce závislý | 00 – 40 bodů |
| | Závislost středního stupně | 45 – 60 bodů |
| | Lehká závislost | 65 – 95 bodů |
| | Nezávislý | 96 – 100 bodů |

Příloha č. 14 Stupnice hodnocení psychického zdraví

Stupnice hodnocení psychického zdraví
(Savage, Britton, 1967, Kolibíáš a spol. 1993)

| Položky: | | Odpověď: | |
|-----------------------|--|----------|------|
| 01. | Cítíte se většinu času dobře? | ano ✓ | ne |
| 02. | Máte často obavy o své zdraví? | ano | ne ✓ |
| 03. | Trpíte často bolestmi hlavy? | ano | ne ✓ |
| 04. | Měl-a jste v poslední době závratě? | ano ✓ | ne |
| 05. | Často se Vám třesou ruce při práci? | ano | ne ✓ |
| 06. | Míváte záškuby ve svalech? | ano | ne ✓ |
| 07. | V poslední době jste měl bolesti jen zřídka nebo vůbec ne? | ano ✓ | ne |
| 08. | Vnímáte necitlivost v jedné nebo více částech těla? | ano | ne ✓ |
| 09. | Máte vždy ruce a nohy dostatečně teplé? | ano ✓ | ne |
| 10. | Je Váš spánek přerušovaný, povrchní nebo jinak narušený? | ano ✓ | ne |
| 11. | Jdete většinou spát bez myšlenek, které by Vás trápily? | ano ✓ | ne |
| 12. | Máte rád společnost, jste rád mezi lidmi? | ano ✓ | ne |
| 13. | Často Vás něco trápí? | ano | ne ✓ |
| 14. | Jste často plný elánu či energie? | ano ✓ | ne |
| 15. | Cítíte se často neužitečný? | ano ✓ | ne |
| Součet: <i>3 body</i> | | | |

Hodnocení:

| | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|
| 1 bod za odpověď „ano“ u otázek | | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 | 10 | | 13 | 15 |
| 1 bod za odpověď „ne“ u otázek | 1 | | | | | 7 | 9 | 11 | 12 | 14 | |
| Skóre 6 a více svědčí pro poruchu psychického zdraví | | | | | | | | | | | |